

**МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ**



**Наукова конференція молодих вчених**

**25–27 травня 2020 року**

**(тези доповідей)**

**Частина II**

**Київ–2020**

Наукова конференція молодих вчених 25–27 травня 2020 року:  
Тези доповідей. Ч.2. [електронне видання].– К.: УВМА, 2020. – 164 с.

Автори несуть безпосередню відповідальність за погляди, думки,  
достовірність інформації в результатах та висновках, що викладені у тезах.

За наукове редагування редакційно-видавнича група відповідальності  
не несе.

Матеріали укладені та підготовлені до друку колективом науково-  
організаційного відділення Української військово-медичної академії.

## ВІЙСЬКОВА ТЕРАПІЯ

### АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СХЕМ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

К. А. Лазарева

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** Синдром подразненого кишечника (СПК) представляє одну з серйозних проблем сучасної гастроентерології, актуальність якої в значній мірі зумовлена високою поширеністю захворювання серед населення, переважно, в молодому працездатному віці. Значний інтерес до даної патології пов'язаний з великими економічними витратами на діагностику і лікування цієї категорії пацієнтів.

**Мета.** Порівняти клініко-економічну ефективність схем лікування СПК у військовослужбовців.

**Матеріали і методи.** Дослідження проводилось на базі клініки НВМКЦ «ГВКГ» в період з 2014–2019 рр. шляхом ретроспективного аналізу 25 історій хвороб пацієнтів з СПК. Діагноз встановлювали на підставі локального клінічного протоколу. Залежно від схем лікування хворі були розподілені на дві рівні групи. В першій групі хворі приймали Дуспаталін (мебеверин гідрохлорид) у дозі 1 капсула (200 мг) 2 рази на день. Друга група – приймала Спазмомен (отилоній бромід) у дозі 1 капсула (40 мг) 3 рази на день. У дослідженні враховано динаміку больового синдрому на 10-й день застосування спазмолітичної терапії та вартість лікування вказаними препаратами.

**Результати дослідження.** В досліджуваній групі обсягом 25 однорідних хворих, які лікувалися Дуспаталіном 13 осіб, або 52%, Спазмоменом – 12, або 48% відповідно. Після проведеного лікування в групі з Дуспаталіном больовий синдром на 10-й день лікування залишився у 4 осіб, в групі зі Спазмоменом – у 5 осіб. В групі хворих, які лікувалися Дуспаталіном, отримали позитивний ефект 9 (69,2±27,8)% осіб, а в групі хворих, які лікувалися Спазмоменом, отримали позитивний ефект 7 (58,3±31,3)% пацієнтів відповідно. Критерієм ефективності було значне зменшення больового синдрому на 10-й день лікування.

Результати досліджень свідчать про те, що Дуспаталін та Спазмомен однаково ефективні для зняття больового синдрому в пацієнтів з СПК, адже встановлена відсутність статистично достовірної відмінності між схемами лікування на досягнення позитивного клінічного ефекту ( $p_a > 0,05$ ). Проте, курс лікування Спазмоменом на 16,1% дешевший, ніж при лікуванні Дуспаталіном. Тому з економічних міркувань, в лікуванні хворих з СПК слід віддати перевагу Спазмомену.

**Висновок.** Порівняльний аналіз клініко-економічної ефективності спазмолітичної терапії у хворих на СПК військовослужбовців свідчить про економічні переваги у 16,1% застосування Спазмомену порівняно з Дуспаталіном.

### ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ НА ФОНІ ТЕРАПІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНЕ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Д. С. Беляник, С. А. Бичкова

*Українська військово-медична академія*

Епідеміологічні дослідження, які проводяться протягом багатьох років в різних частинах світу, показали, що хвороби органів дихання складають значний відсоток, захворюваність залишається стабільно високою і не має тенденції до зниження. До 2030 року хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) посідатиме 3-є місце серед

причин смерті. Кожну годину 340 осіб вмирає з причин, які пов'язані з ХОЗЛ. Проте, навіть в Європейських країнах лише 25% випадків ХОЗЛ діагностується своєчасно, що є причиною ранньої інвалідності та їхньої смертності. У свою чергу, серцево-судинна патологія також посідає вагомe місце і становить близько 68% в загальній структурі смертності. В Україні зареєстровано понад 12 млн хворих з артеріальною гіпертензією (АГ), що свідчить про її практичну й економічну значущість.

Коморбідність АГ та ХОЗЛ спостерігається в 35% хворих. З ростом розповсюдження бронхо-легеневої і серцево-судинної патології, постарінням населення в майбутньому прогнозується збільшення хворих з комор бідною патологією. Передумовами поєданого перебігу АГ і ХОЗЛ є ряд спільних факторів ризику, зокрема вік, системне запалення, оксидативний стрес, ендотеліальна дисфункція, а також вплив побутових і промислових поллютантів. Труднощі при лікуванні пацієнтів з ХОЗЛ, поєданого з АГ є серйозною проблемою, оскільки комбінація цих захворювань призводить до значного взаємного обтяження, а антигіпертензивні препарати та бронходилататори в ряді випадків мають побічні ефекти, які ускладнюють їхній перебіг. Незважаючи на актуальність цієї проблеми, на сьогодні не існує мультидисциплінарного протоколу з ведення пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ, що утруднює їх лікування в реальній практиці,

**Мета роботи** – визначити клінічну ефективність та безпечність використання інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (еналаприлу) та блокаторів рецепторів ангіотензину 2 (телмісартану) у хворих на ХОЗЛ, поєдане з АГ на тлі базисної терапії ХОЗЛ.

**Об'єкт дослідження:** поєднаний перебіг ХОЗЛ та АГ у військовослужбовців та пенсіонерів МО.

**Предмет дослідження:** клінічні симптоми, рівень артеріального тиску, частота пульсу та показники функції зовнішнього дихання у хворих на ХОЗЛ, поєдане із АГ, в динаміці лікування.

Для вирішення поставленої мети було обстежено 56 хворих чоловічої статі, які мали підтверджений діагноз ХОЗЛ, групи А,В,С із рівнем обструкції GOLD 1–3, з супутньою артеріальною гіпертензією I–II стадії, із 2–3 ступенем підвищення артеріального тиску (АТ), з 2–4 рівнем ризику розвитку серцево-судинних ускладнень, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у клініці пульмонології НВМКЦ «ГВКГ» у 2018–2019 роках. Середній вік хворих становив  $49,06 \pm 5,17$  років.

В результаті проведених досліджень встановлено, що еналаприл та телмісартан є ефективними препаратами для зниження АТ у хворих на ХОЗЛ, поєдане з АГ, мають стійкий ефект та достатню тривалість дії за даними офісного вимірювання артеріального тиску. Для досягнення більшого клінічного ефекту в аспекті досягнення цільових рівнів АТ доцільно поєднувати дані препарати з антагоністами кальцію, а саме амлодипіном. Еналаприл та Телмісартан не мали посилювали бронхіальну обструкцію за даними дослідження показників функції зовнішнього дихання у пацієнтів з ХОЗЛ та не сприяли посиленню симптомів основного захворювання.

## **РАННЯ ДІАГНОСТИКА УРАЖЕНЬ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

**С. В. Свічарова, І. Р. Воронець**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** Цукровий діабет (ЦД) – хронічне захворювання, що потребує пожиттєвого моніторингу глікемічного профілю та вимагає вироблення стратегії для попередження розвитку інвалідизуючих ускладнень. За даними МОЗ України кількість хворих на ЦД за 2003–2013 рік збільшилась на 48,5%. Згідно з прогнозами, до 2030 року, враховуючи дані темпи поширення ЦД, у світі кількість хворих становитиме 552 мільйонів

чоловік. Загальновідомим фактом являється те, що при ЦД відбуваються мікросудинні пошкодження очного дна, нервової системи, нирок та макроангіопатії коронарних, церебральних та інших великих судин. Нажаль, ЦД найчастіше діагностується на момент розвитку уражень органів-мішеней. Так, у 7% хворих з вперше виявленим ЦД спостерігається мікроальбумінурія (МАУ), а поява постійної протеїнурії свідчить про 50–75% склерозованих клубочків, яка має необоротний характер. Із цього моменту швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) зменшується на 10 мл/хв/рік. МАУ при діабеті майже у 9 разів збільшує ризик виникнення серцево-судинних подій, що має летальні наслідки. Сьогодні відомі методи діагностики уражень органів-мішеней при ЦД, але відкритим залишається питання ранньої діагностики судинних ускладнень, необхідні нам для розроблення лікувально-профілактичних заходів щодо формування ангіопатій. З розвитком перспективних методик ультразвукової діагностики стало доступним вивчення внутрішньоорганного кровотоку та стану периферичних судин. Тому, актуальним являється оцінка змін гемодинаміки в органах-мішенях при ЦД.

**Мета роботи:** оцінити стан гемодинаміки в органах-мішенях при ЦД шляхом використання дуплексного ультразвукового дослідження.

**Матеріали та методи дослідження.** Для досягнення мети та виконання поставлених завдань було відібрано 52 пацієнтів, хворих на ЦД, що перебували на лікуванні у клініці терапевтичних хворих у ГВМКЦ (ЦКГ) ДПСУ у 2018–2019 роках. Вони були розділені на дві групи: 1-ша група – 14 чоловік з вперше діагностованим ЦД 2 типу, 2-га група – 38 чоловік з ЦД 2 типу тривалістю більше 10 років. Їм виконувалось ультразвукове дуплексне сканування екстракраніального відділу брахіоцефальних ( БЦА ) артерій, ультразвукове дослідження орбітального та ниркового кровотоку з доплерометрією. Дослідження відбувалось з використанням кольорового доплерівського картування (КДК) та імпульсно-хвильового режиму на апараті En-Visor. Для накопичення та зберігання інформації застосовувались Електронні таблиці Excel 2010.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Середній вік обстежених складав  $54,1 \pm 4,03$  років. При УЗД екстракраніального відділу БЦА ознаки стенозування БЦА були виявлені у 15,7% хворих з вперше виявленим ЦД та 43,8% – у хворих з ЦД тривалістю більше 10 років. Ступінь стенозування в обох групах не перевищував 50%. Спостерігалось достовірне збільшення товщини комплексу інтима-медіа (КІМ) у групі з тривалим діабетом –  $0,92 \pm 0,1$  мм у порівнянні з групою вперше діагностованого ЦД –  $0,68 \pm 0,09$  мм. Товщина КІМ збільшувалась паралельно тривалості і тяжкості ЦД. Швидкісні показники, а саме  $V_{ps}$  ЗСА у 1-ій групі –  $64,5 \pm 5,23$  см/с та у 2-ій групі  $57,15 \pm 12,05$  см/с були дещо знижені, а от індекс периферичного опору (RI) у 2-ій групі був підвищеним – 0,81, у порівнянні з 1-ою групою – 0,72. При ультразвуковому дослідженні орбітального кровотоку у осіб з вперше виявленим ЦД виявлено підвищення  $V_{ps}$  – 41,6 см/с в очній артерії (ОА). Натомість у групі з тривалим ЦД відзначалось зниження  $V_{ps}$  – 32,7 см/с, що вказує на зниження артеріального кровотоку в ОА. Індекс периферичного опору – RI при вперше діагностованому ЦД був в межах норми або знижений, а при тривалому ЦД – підвищеним. При доплерометрії ниркових артерій в 2-ій групі було відмічено незначне зниження пікової систолічної та діастолічної швидкості кровотоку (  $V_{ps}$  – 54,9 см/с,  $V_{ed}$  – 15,5 см/с ) та підвищення індексу периферичного опору (RI – 0,72, RI – 1,37). У 1-ій групі лише була тенденція до збільшення пікової діастолічної швидкості кровотоку ( $V_{ed}$  – 25,9 см/с).

**Висновки:** Відомо, що цукровий діабет веде до розвитку тяжких, інвалідизуючих ускладнень, в основі формування яких, перш за все, лежить ураження як капілярів та дрібних артерій (діабетична мікроангіопатія), так і судин середнього і великого калібру (діабетична макроангіопатія), що представляє собою більш агресивно протікаючий атеросклеротичний процес. Атеросклеротичне ураження судин збільшує частоту виникнення серцево-судинних захворювань, смертність від яких у пацієнтів з діабетом в

2–3 рази перевищує аналогічний показник у осіб, які не страждають цим захворюванням. Сучасна епідемія ЦДє лише верхівкою айсберга. Проведення ультразвукової доплерометрії в органах-мішенях у пацієнтів з цукровим діабетом під час динамічних оглядів дає можливість виявити момент виникнення змін в судинній системі. Тому правильна організація скринінгу та розробка доплерографічних критеріїв оцінки стану судин може сприяти ранній діагностиці уражень органів-мішеней та профілактиці розвитку макро- та мікросудинних ускладнень.

## **КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ХВОРИХ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С НА ФОНІ СУЧАСНОГО ЛІКУВАННЯ**

**О. А. Красюк, С. К. Грабовський**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** У світі налічується 300–500 млн носіїв вірусу гепатиту С, 80% з них є хворими на хронічний вірусний гепатит С (ХГС), в Україні налічується від 1 до 3 млн хворих, проте за даними деяких досліджень, ця цифра насправді становить близько 8% населення. ХГС призводить до розвитку цирозу печінки (ЦП), який, в свою чергу, провокує розвиток інших ускладнень. Печінкова енцефалопатія (ПЕ) є одним з найбільш грізних ускладнень ХГС і часто визначає прогноз ураження. ПЕ, як правило, є зворотним порушенням психомоторної, інтелектуальної, емоційної і поведінкової функцій мозку внаслідок метаболічних порушень, що розвиваються в результаті гострих або хронічних уражень печінки. Частота виявлення клінічно маніфестної ПЕ при ЦП становить близько 30–45%. З урахування млатентної ПЕ, діагностовано тільки за допомогою спеціальних тестів, частота ПЕ у хворих з ЦП сягає 50–70%. Згідно даних іноземних джерел, при дослідженні когнітивних функцій та психоемоційного стану при патології печінки, у 53–57% хворих відмічається наявність депресивних симптомів, серед яких 4% тяжкого ступеню з суїцидальним компонентом, у 48–53% відмічаються когнітивні розлади різного ступеню тяжкості, що включають поведінкові, соціальні, розлади логічного мислення та пам'яті, у 37–58% в поєднанні з депресивними проявами, та корелюють зі ступенем тяжкості патології печінки. Значна частота розвитку когнітивних порушень та їх негативний вплив на якість життя пацієнтів з ХГС обумовлюють актуальність проблеми пошуку шляхів запобігання та корекції цих проявів шляхом оптимізації терапії.

**Мета роботи:** оцінити рівень порушення когнітивної функції у пацієнтів з ХГС на фоні сучасного лікування.

**Матеріали та методи дослідження.** Для досягнення мети та виконання поставлених завдань було відібрано 44 пацієнтів, хворих на ХГС, що перебували на лікуванні у терапевтичному відділенні НВМКЦ «ГВКГ» у 2018–2019 роках. Пацієнтів було розділено на 2 групи, в залежності від схеми протівірусної терапії – з використанням інтерферону (26 людей) та без (18). Когнітивні функції оцінювались за Монреальською шкалою когнітивної оцінки (МОКА), тестом Струпа та клінічною рейтинговою шкалою деменції (CDR), ступінь вираженості депресивних симптомів оцінювався за шкалою Гамільтона. Для накопичення та зберігання інформації застосовувались Електронні таблиці Excel 2010.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Середній вік обстежених складав  $38,1 \pm 8,05$  років. За шкалою МОКА показники оптико-просторової діяльності у першій групі складала  $3,76 \pm 1,1$  бали, у другій –  $4,05 \pm 1,02$ , уваги –  $4,48 \pm 0,48$  та  $4,52 \pm 0,71$  відповідно, абстрактного мислення –  $3,48 \pm 0,5$  та  $3,73 \pm 0,39$ , орієнтування у просторі –  $5,29 \pm 0,41$  та  $5,58 \pm 0,49$ , пам'яті –  $2,62 \pm 0,47$  та  $2,68 \pm 0,43$  бали відповідно. Загалом, за шкалою МОКА у першій групі показник складав  $24,23 \pm 1,99$  балів, у другій –  $27,16 \pm 1,96$  балів, що достовірно свідчить про більш виражені когнітивні порушення у пацієнтів першої групи. За шкалою Струпа оцінювалась різниця  $T_3$  і  $T_2$ . У першій групі в

середньому вона складала  $33,9 \pm 8,28$  с, у другій –  $31 \pm 9,58$  с, що недостовірно, але свідчить про більш виражену когнітивну ригідність пацієнтів першої групи. За CDR середній показник у першій групі складав  $25,03 \pm 0,29$  балів, відхилення від норми не спостерігалось у 11,5% пацієнтів цієї групи, у другій групі показник складав  $27,05 \pm 0,12$  балів, у 16,7% пацієнтів не визначалось відхилення від норми. Середній показник депресії за шкалою Гамільтона у першій групі складав  $13,2 \pm 3,04$  бали, у другій –  $11,95 \pm 3,52$  бали. Депресії тяжкого ступеню відзначались у пацієнтів 23,1% пацієнтів першої групи та 11,1% пацієнтів другої групи.

**Висновки:** Отже, в ході дослідження було встановлено когнітивні відхилення у пацієнтів обох груп переважно легкого ступеню. Проте відмічено більш виразні когнітивні та депресивні розлади в групі пацієнтів, що знаходились на інтерферону-вмісній противірусній терапії.

## **ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ЯК МЕТОД ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОНТУЗІЙНИМ СИНДРОМОМ**

**Л. М. Демченко, В. В. Стеблюк**  
*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** Актуальність проблеми постконтузійного синдрому (ПКС) у сучасних умовах зумовлена високою питомою вагою легкого травматичного ушкодження мозку (за термінологією НАТО – mildtraumaticbraininjury? mTBI) у структурі бойової травми в учасників бойових дій на сході України. На сьогодні причиною понад 80% бойових ушкоджень є мінно-вибухова травма і третина поранень – поранення голови. Разом з тим, є частина військовослужбовців, які після повернення із зони бойових дій за медичними показами направляються на стаціонарне лікування та/або реабілітацію для як найшвидшого відновлення здоров'я і боєздатності. Виходячи з цього виникає нагальна потреба у проведенні досліджень з оцінки працездатності та функціонального стану військовослужбовців для визначення динаміки їх відновлення, встановлення ефективності та доцільності проведення тих чи інших реабілітаційних заходів.

**Метою** дослідження було визначення показників-маркерів покращання стану ССС після лікування за результатами поглибленого аналізу ЕКГ.

### **Завдання дослідження:**

Дослідити функціональний стан, працездатність і стан здоров'я військовослужбовців з постконтузійним синдромом, які перебувають у реабілітаційних центрах.

Визначення ефективності реабілітаційних заходів для військовослужбовців з постконтузійним синдромом.

Вивчити можливі трансформації у регуляції серцевого ритму, що віддзеркалюють функціонування енергетичної сфери при відновленні функціональних резервів організму військовослужбовців.

**Матеріали та методи.** Для виконання даної роботи було обстежено 106 військовослужбовців, які брали безпосередню участь у бойових діях і отримали легке травматичне ушкодження мозку та відновлювались у Центральному військовому клінічному санаторії «Хмільник». Усі досліджені військовослужбовці проходили призначений курс фізіотерапевтичного та психотерапевтичного лікування у стаціонарних умовах. Психофізіологічні дослідження проводилися на початку та наприкінці курсу реабілітації за наявності біотичної згоди.

Проведено ретроспективний аналіз клінічного дослідження стану серцево-судинної системи 106 військовослужбовців. Дослідження здійснювали за допомогою програмно-апаратного комплексу «Кардіо+\_П», розробленого в Інституті кібернетики імені В. М. Глушкова

НАН України та виготовленого ТОВ «Метекол». У 79 чоловік записи ЕКГ проводили двократно: на початку та після санаторного лікування. Статистичний аналіз даних відбувся за застосуванням методів варіаційної статистики за допомогою пакета програм STATISTICA 10.0.

**Результати дослідження.** Позитивні зміни підсумкових оцінок стану ССС спостерігались у 38 пацієнтів. У 4-х сумарні оцінки не змінилися. Визначимо тих пацієнтів, у яких спостерігались негативні зміни підсумкових оцінок стану ССС, їх кількість – 37. Якщо виділити із групи з найкращими оцінками тих, хто після лікування відійшов у іншу групу з нижчими оцінками, отримаємо їх кількість – 15. У цієї підгрупи з високим початковими оцінками наприкінці дещо знизилась значення всіх комплексних показників, крім комплексного показника поглибленого аналізу ЕКГ ПАЕКГ.

Негативні зміни, нехарактерні результати перебування в санаторному закладі, в першу чергу проявились в зниженні комплексного показника регуляції ССС у 15 пацієнтів.

У інших пацієнтів, яких було 38 чоловік (більшість яких з початковими низькими оцінками) значно покращився стан міокарда.

**Висновки.** Відновлювальні заходи, застосовані для бійців після їх перебування у зоні бойових дій, що проводяться у реабілітаційному відділенні військового санаторію у м. Хмільник, є ефективним підходом для підвищення боєздатності військовослужбовців Збройних Сил України, зниження соціального і психологічного напруження у суспільстві. Застосування цих заходів значно збільшує можливості організму військовослужбовців з переробки інформації, підвищуючи його працездатність та трансформуючи механізми регуляції серцево-судинної системи у бік її покращення.

## **АНАЛІЗ ЗМІН СТАНУ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ТА ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ Й ЗНИЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ**

**Ю. М. Макарова, М. М. Коваль**  
*Українська військово-медична академія*

Збереження і зміцнення здоров'я особового складу Збройних Сил (ЗС) є одним з найважливіших завдань сучасної військово-медичної служби України як фактор національної безпеки, оскільки стан здоров'я особового складу істотно впливає на боєготовність військ в цілому.

Праця військових відрізняється від праці цивільних. Вивчення захворюваності в ЗС України, тобто захворюваності, яка виникла в результаті специфічної трудової діяльності військовослужбовців – це перший крок до їх соціального захисту.

Закономірно, що у військовослужбовців (передусім у військовослужбовців офіцерського складу та військовослужбовців за контрактом) за час проходження служби у військових частинах та установах ті захворювання, які мали місце до призову на військову службу та не обмежували можливість проходження військової служби нерідко досягають такого розвитку, що обмежує придатність до військової служби або навіть призводить до непридатності.

**Метою дослідження** є аналіз змін здоров'я у військовослужбовців із захворюваннями внутрішніх органів під час проходження військової служби та шляхи оптимізації диспансеризації й зниження захворюваності. Об'єктом дослідження є військовослужбовці ЗС, котрі проходили військово-лікарську комісію у військово-медичних закладах Міністерства оборони України та мали зміни стану здоров'я.

**Предмет дослідження** – це зміни стану здоров'я у військовослужбовців із захворюваннями внутрішніх органів, котрі привели до зміни категорії придатності до військової служби за даними результатів військово-лікарської комісії.

Для виконання поставленої мети були визначені наступні задачі дослідження:



вивчити рівень та структуру професійної дискваліфікації військовослужбовців ЗС України за результатами роботи ВЛК;

провести аналіз динаміки змін дискваліфікації військовослужбовців за період проведення АТО, ООС;

вивчити роль та місце захворювань внутрішніх органів, що призвели до зміни ступеня придатності військовослужбовців за період 2015–2019 років;

намітити шляхи зниження захворюваності, що призводить до зміни ступеня придатності військовослужбовців.

Для виконання поставленого завдання було проведено ретроспективний аналіз затверджених у Центральній військово-лікарській комісії МО України свідоцтв про хворобу військовослужбовців Збройних Сил України за період з 2015 по 2019 роки і аналіз щорічних звітів по формі 4/МЕД та здійснено їх обробку і аналіз.

Під час дослідження ми виявили наступне:

Кількість військовослужбовців, що пройшли ВЛК за період 2015–2019 роки невинно зростала. Що ж до військовослужбовців за мобілізацією ситуація протилежна.

Частка захворювань внутрішніх органів складає близько 60,0% (22307 випадків) серед усіх захворювань, що призвели до зміни ступеня придатності військовослужбовців ЗС, зафіксованих за період з 2015 по 2019 рік. З них найбільша частка винесених рішень ВЛЕ: 58,1% – були непридатні до військової служби у мирний час, обмежено придатні у воєнний час; 27,1% – це обмежено придатні до військової служби, 14,8% – непридатні до військової служби зі зняттям з військового обліку.

Виявлено, що в початковий період проведення АТО перше рангове місце в структурі захворюваності, яка призвела до зміни категорії придатності військово службовців, займали психічні розлади і порушення поведінки (2200 осіб). У наступні роки даний показник зменшився втричі. Друге рангове місце у цей період займали хвороби системи кровообігу, проте кількість випадків у наступні роки невинно зросла, що вивело їх на перше рангове місце серед причин зміни категорії придатності. Третє рангове місце займали захворювання кістково-м'язової системи і сполучної тканини.

Встановлено, що хвороби системи кровообігу та психічні розлади і порушення поведінки найчастіше стають причиною прийняття рішення про непридатність до військової служби з виключенням з військового обліку або непридатності до військової служби в мирний, обмеженої придатності у воєнний час.

Потрібно звернути особливу увагу на якість відбору військовослужбовців за контрактом та строкової служби. Посилити заходи з вторинної профілактики захворювань серцево-судинної системи, що надасть можливість значно знизити кількість винесених рішень ВЛЕ за графою непридатні з виключенням з військового обліку. Покращити заходи спрямовані на профілактику психічних розладів і порушень поведінки (кваліфікована психологічна допомога, покращити морально-психологічне забезпечення військово службовців усіх категорій).

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ КОРУ,  
У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ЗНАХОДИЛИСЬ НА СТАЦІОНАРНОМУ  
ЛІКУВАННІ У КЛІНІЦІ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НВМКЦ «ГВКГ»  
У 2018 РОЦІ**

**О. П. Пасюк, В. І. Трихліб**

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Ускладнення з боку органів дихання спостерігаються приблизно у 9% хворих. Найчастішим ускладненням, зумовленим активацією або приєднанням бактерійної флори, є пневмонія. Пневмонія серед ускладнень є основною причиною смерті при кору (80–90%

усіх летальних наслідків). Лікар при розпізнаванні ураження легень та їх характеру може зіткнутися з певними труднощами. Так, гарячка триває протягом катарального періоду і періоду висипань, тому не може бути надійною ознакою розвитку пневмонії у цей час, однак підвищення температури тіла після закінчення появи висипань – дуже важлива ознака. Симптомами кору, як і пневмонії, є кашель з виділенням слизового мокротиння, жорстке дихання, іноді – сухі хрипи; рентгенологічно – посилення легеневого малюнку, можливі невеличкі вогнища перибронхіальної інфільтрації, що відображає розвиток специфічних інтерстиційних змін і не потребує антибактерійної терапії. Однак, інфільтративні тіні повинні привернути увагу лікаря і як можлива ознака приєднання бактерійної флори. Кількість лейкоцитів може коливатися від рівня лейкопенії до помірного лейкоцитозу незалежно від розвитку ускладнень. Бактерійна пневмонія може перебігати навіть на тлі нормоцитозу, але при цьому зазвичай спостерігається виражений паличкоядерний зсув. Таким чином, лише комплексна оцінка всіх клініко-лабораторних даних дозволяє діагностувати гнійне ураження легень.

**Мета.** Встановити частоту розвитку та клініко-лабораторні особливості пневмонії як ускладнення кору у військовослужбовців, що знаходились на стаціонарному лікуванні у Клініці інфекційних захворювань НВМКЦ «ГВКГ» у 2018 році.

**Матеріали та методи.** Був проведений аналіз даних 120 медичних карт стаціонарних хворих військовослужбовців, які знаходились на лікуванні у Клініці інфекційних захворювань в період з 01.01.2018 по 31.12.2018 року.

**Результати та обговорення.** Пневмонія в структурі ускладнень кору серед військовослужбовців, що лікувались у Клініці інфекційних захворювань у 2018 році, займає третє місце (19,2%). На стаціонарному лікуванні переважно знаходились хворі віком від 21 до 30 років – 56,5% та до 20 років – 30,4%. З однаковою кількістю зустрічались хворі віком від 31 до 40 років, від 41 до 50 років та більше 50 років – по 4,3% відповідно. Перебіг пневмонії у військовослужбовців найчастіше був у нетяжкій формі – у 69,6%, дещо рідше – у середньотяжкій – у 30,4%. Пневмонія найчастіше виявлялась на 7-ий день – 17,4%, 3-ій, 4-ий, 6-ий та 9-ий день від моменту захворювання (по 13% відповідно). Хворі військовослужбовці скаржились на слабкість – 82,6%, сухий кашель – 73,9%, біль/дертя/першіння в горлі – 69,6%, вологий кашель – 26,1%, дискомфорт/біль в грудній клітці – 17,4%. Максимальна температура за час перебування в стаціонарі у хворих на кір, ускладнений пневмонією, становила в середньому –  $39,03 \pm 0,7^\circ\text{C}$ , мінімальна –  $37,4^\circ\text{C}$ , максимальна –  $40,1^\circ\text{C}$ . Лихоманка продовжувалась в середньому  $4,1 \pm 0,48$  днів, мінімально – 1 день, максимально – 7 днів. Розвиток лейкоцитозу спостерігався у 17,4%, лейкопенії – 21,7%, найчастіше реєструвався паличкоядерний зсув лейкоцитарної формули – 52,2%, найрідше виявлявся лімфоцитоз – у 4,3%, лімфопенія розвинулась у 17,4%, тромбоцитопенія – у 21,7% хворих. Патологічний процес найчастіше локалізувався в нижніх частках обох легень – 26,1%, нижній частці лівої легені – 21,7%, нижній частці правої легені – 17,4%. В однаковій кількості уражались наступні ділянки легень: верхні частки обох легень, верхня та нижня частки правої легені та нижня частка лівої легені, верхня та нижня частки правої легені та верхня частка лівої легені, середня частка правої легені, середня та нижня частки правої легені, верхня частка правої легені, верхня частка лівої легені та полісегментарна пневмонія обох легень – по 4,3% відповідно. За даними рентгенографії легень розсмоктування пневмонічної інфільтрації в середньому відбувалось на  $11,95 \pm 1,03$  день, мінімально – на 7 день, максимально – на 23.

**Висновки.** Пневмонія, як ускладнення кору, частіше розвивається серед військово службовців молодого віку. Зміни в загальному аналізі крові не завжди є інформативними, особливу увагу слід звертати на паличкоядерний зсув лейкоцитарної формули, що свідчить про приєднання бактеріальної флори. Зважаючи на наявність однакових скарг у хворих із неускладненим кором та кором, ускладненим пневмонією, проведення рентгенографії органів грудної клітки необхідно з 3-го по 9-й день від початку захворювання. При описанні рентгенограм слід звертати більшу увагу на нижні відділи легень.

## СИНТЕТИЧНА ФУНКЦІЯ ПЕЧІНКИ У ПОРАНЕНИХ З РЕАКТИВНИМ ГЕПАТИТОМ

К. В. Савічан, А. Ю. Іванова, Н. А. Трачук

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** В структурі контингенту санітарних втрат Збройних Сил України на момент написання все ще присутні поранені військовослужбовці. Згідно наших даних, 34,2% поранених мають підвищення рівня печінкових ферментів вже в першу добу після поранення. Зарубіжні дослідження свідчать, що дисфункція печінки, яка виникає після травми або поранення, проявляється підвищенням печінкових проб та призводить до достовірного збільшення часу лікування в стаціонарі, подовження перебування у палаті інтенсивної терапії та збільшення внутрішньогоспітальної летальності у порівнянні з такими ж пацієнтами без дисфункції. Також дані кількох метааналізів вказують на достовірний вплив підвищених показників печінкових ферментів на зростання смертності від всіх причин у загальній популяції. Нами було проведено дослідження синтетичної функції печінки, як однієї з основних життєво-важливих функцій цього органа.

**Матеріали і методи.** Для вивчення особливостей ураження печінки у військово-службовців, які отримали поранення від вогнепальної зброї у зоні проведення АТО/ООС, проведений ретроспективний аналіз 199 медичних карт стаціонарних хворих, які знаходились на лікуванні у відділеннях хірургічного профілю. Виявлено 68 поранених із підвищенням амінотрансфераз у біохімічних дослідженнях сироватки крові. Вказану групу склали чоловіки віком від 19 до 52 років (медіана – 31 років), які були виписані з НВМКЦ «ГВКГ» в 2014–2017 рр. Досліджувалися показники аланінамінотрансферази (АЛТ), аспартатамінотрансферази (АСТ), альбуміну, загального білку, глюкози, протромбінового індексу (ПТІ), фібриногену протягом першого тижня після отримання поранення. Додатково вивчені показники гемоглобіну, еритроцитів та сечовини. Критерієм виключення з дослідження були наявність безпосереднього ураження печінки бойовими вражаючими елементами та захворювання печінки в анамнезі.

**Результати та їх обговорення.** АЛТ мав стабільно підвищені показники впродовж першого тижня в середньому  $78,47 \pm 10,7$  Од/л і нормалізувався в середньому на 21 добу. АСТ мав пік на другий день після поранення з середніми значеннями  $139,35 \pm 52,25$  Од/л протягом першого тижня. Динаміка була розбіжною в порівнянні з динамікою АЛТ та АСТ при травматичному рабдоміолізі.

Білок альбумін виробляється виключно печінкою. Альбумін протягом першого тижня після поранення був на рівні  $28,4 \pm 2,0$  г/л, що є нижчим референтних значень. Загальний білок знаходився на рівні  $53,9 \pm 3,7$  г/л, що також знаходиться нижче референтних значень і вказує на зниження протеїнсинтетичної функції гепатоцитів. Рівень глюкози крові був  $5,8 \pm 0,2$  ммоль/л, що розцінювалося нами як верхня межа норми. ПТІ знаходився в межах нормальних показників ( $85 \pm 3\%$ ). Фібриноген визначався на рівні  $4,69 \pm 0,78$  г/л, що є вищим за норму, з поступовим підвищенням з першого дня після поранення.

На етап надання першої лікарської допомоги зі зниженим артеріальним тиском було доставлено 32,4% ( $n=22$ ) поранених даної групи. Гемотрансфузії отримувало 54,4% ( $n=37$ ) поранених. Рівні еритроцитів та гемоглобіну знаходились на рівні  $3,43 \pm 0,2$  Т/л та  $105 \pm 5$  г/л відповідно. Рівні еритроцитів та гемоглобіну в цілому нормалізувалися до кінця першого тижня після поранення на фоні інфузійної терапії. Таким чином, зниження рівня альбуміну неможливо пояснити крововтратою. Показники сечовини перебували в межах  $6,87 \pm 1,19$  ммоль/л, що не виходило за межі референтних значень.

**Висновки.** Аналіз отриманих даних свідчить про виявлені особливості синтетичної функції печінки у поранених хворих з реактивним гепатитом у вигляді своєрідних «ножниць»: зниження протеїнсинтетичної функції (гіпопротеїнемія, гіпоальбумінемія) асоціюється з підвищеною профібриногенною активністю (гіперфібриногенемія), що потребує подальших досліджень.

## ПРОГНОЗУВАННЯ ЛЕТАЛЬНОСТІ ХВОРИХ З ДІАГНОЗОМ ТРОМБОЕМБОЛІЯ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ У НВМКЦ «ГВКГ»

Я. П. Гончаров, З. В. Левшова, М. С. Грод

*Українська військово-медична академія*

Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) – одне з найпоширеніших ускладнень багатьох захворювань, що представляють загрозу для життя людини. Щорічно від ТЕЛА помирає 0,1% населення земної кулі. Вірогідна частота ТЕЛА в Україні становить приблизно 50 тис. випадків на рік, в тому числі з летальним наслідком – близько 10 тис. На теперішній час у медичній літературі широко описано декілька шкал для прогнозування летальності у цих хворих. Проте досвід використання цих шкал в НВМКЦ «ГВКГ» недостатній.

**Мета роботи:** Визначення найбільш достовірних критеріїв прогнозу летальності у хворих з ТЕЛА в НВМКЦ «ГВКГ».

**Методи:** В досліджувану групу увійшли 62 хворих з діагнозом ТЕЛА, що проходили лікування у 2017–2019 роках в НВМКЦ «ГВКГ», чоловіків – 51 (82%), жінок – 11 (18%). Середній вік хворих становив  $66,5 \pm 15,8$  років. У дослідженні використано критерії прогнозу летальності при ТЕЛА наявні в шкалах PESI, sPESI (спрощена PESI), GPS (Женевська прогностична шкала), PROGNOSTIC ALGORITHM (Прогностичний алгоритм), RIETE SCORE (шкала Ріете). Для проведення аналізу, пацієнтів розділили на дві групи: I група – 35 (56%) пацієнти, що вижили, II група – 27(44%) пацієнти що померли під час стаціонарного лікування.

**Результати:** У II групі пацієнтів, частота виявлення зниження систолічного артеріального тиску нижче 100 мм рт. ст. (САТ < 100 мм рт. ст.) була достовірно більша ніж у I групі 63% та 11,4% відповідно ( $p < 0,01$ ), частота серцевих скорочень 110 і більше ударів в хвилину (ЧСС  $\geq 110$  уд./хв.) виявлена у 70,4% та 31,4% пацієнтів відповідно ( $p < 0,001$ ), частота дихання більше 30 в хвилину (ЧД > 30/хв.) у 48,2% та 0% пацієнтів відповідно ( $p < 0,01$ ), зниження сатурації кисню за даними пульсоксиметрії менше 90% (SaO<sub>2</sub> < 90%) у 55,6% та 2,9% пацієнтів відповідно ( $p < 0,01$ ), зниження парціального тиску кисню в аортальній крові менше 60 мм рт. ст. (PaO<sub>2</sub> < 60 мм.рт.ст.) – у 77,8% та 5,7% відповідно ( $p < 0,01$ ), онкологічні захворювання виявлені в анамнезі у 51,9% та 20% хворих відповідно ( $p < 0,05$ ), наявність недавньої іммобілізація протягом 4 дні і більше у 25,9% та 5,7% відповідно ( $p < 0,05$ ), кліренс креатиніну крові менше 30 мл в хвилину – у 44,4% та 14,3% відповідно ( $p < 0,05$ ).

Нами не виявлено достовірної різниці в частоті виявлених критеріїв: хронічна серцева недостатність в анамнезі, хронічні захворювання легень, хронічні захворювання нирок, цереброваскулярні захворювання, недавні великі кровотечі, тромбоз глибоких вен в анамнезі, порушення психічного стану, рівень тромбоцитів менше 100,000/мл або більше 450,000/мл, кліренс креатиніну 30–60 мл/хв., тромбоз глибоких вен за даними УЗД.

Враховуючи те, що між проаналізованими нами прогностичними критеріями можуть бути взаємозв'язки та взаємозалежність, ми провели багатофакторний аналіз залежності летальності від виявлених симптомів. З цією метою проведено дискримінантний аналіз з використанням пакету статистичної обробки (Statistica 8.0). В результаті проведеного аналізу нами отримано математичну модель дискримінантної функції. Модель достовірна: Wilks Lamda = 0,392, F (критерій Фішера) = 22,094  $p < 0,001$ .

На підставі цієї моделі нами запропоновано визначення критерію летальності (KL): KL = 1,5 – SaO<sub>2</sub> – 1,5 x САТ – ЧСС – ЧД (де SaO<sub>2</sub> – сатурація кисню менше 90% – 1 бал, SaO<sub>2</sub> більше 90% – 0 балів; САТ – систолічний артеріальний тиск нижче 100 мм рт. ст. – 1 бал, САТ вище 100 мм рт. ст. – 0 балів; ЧСС – частота серцевих скорочень 110 і більше

уд/хв. – 1 бал, ЧСС менше 110 уд/хв. – 0 балів). Оцінка цього критерію :  $KL < 0$  – високий ризик летальності в стаціонарі,  $KL \geq 0$  – помірний та низький ризик летальності.

Також нами проаналізовано летальність серед пацієнтів з ТЕЛА залежно від наявного в них ризику, виявленого за даними наступних шкал: PESI, sPESI, GPS, PROGNOSTIC ALGORITHM, RIETE SCORE, в тому числі запропонованого нами критерію летальності (KL).

За шкалою PESI: у групі пацієнтів з низьким ризиком (11 пацієнтів) жоден не помер, у той час як у групі пацієнтів з високим ризиком (51 пацієнт) померло 27 пацієнтів (52,9%). Різниця статистично достовірна ( $p < 0,05$ ). За шкалами sPESI та PROGNOSTIC ALGORITHM: у групі пацієнтів з низьким ризиком (4 пацієнти) померлих не було, у групі пацієнтів з високим ризиком 58 (пацієнтів) померло 27 чоловік (46,5%), ( $p < 0,05$ ). За GPS у групі пацієнтів з низьким ризиком (23 пацієнти) померло 3 особи (13%), у групі пацієнтів з високим ризиком (39 пацієнтів) померло 24 пацієнтів (61,5%) ( $p < 0,05$ ). За шкалою RIETE SCORE у групі пацієнтів з низьким ризиком (3 пацієнтів) жоден не помер, у групі з високим ризиком (59 пацієнтів) померло 27 осіб (45,8%) ( $p < 0,05$ ). За KL: у групі пацієнтів з помірним та низьким ризиком (37 пацієнтів) померло 4 хворих (10,8%), у групі пацієнтів високого ризику (25 пацієнтів) померло 23 особи (92%), ( $p < 0,01$ ).

#### **Висновки:**

1) Нами встановлено, що у пацієнтів з ТЕЛА, які лікувались в НВМКЦ «ГВКГ», прогностичними факторами негативного прогнозу (летальності) були: зниження систолічного артеріального тиску нижче 100 мм рт. ст., частота серцевих скорочень 110 і більше ударів в хвилину, частота дихання більше 30 в хвилину, зниження сатурації кисню менше 90%, зниження парціального тиску кисню в аортальній крові менше 60 мм рт. ст., онкологічні захворювання в анамнезі, іммобілізація протягом 4 дні і більше, кліренс креатиніну крові менше 30 мл в хвилину.

2) Усі проаналізовані шкали можуть бути використані для прогнозування летальності у хворих з ТЕЛА у НВМКЦ «ГВКГ». Шкали PESI, sPESI, GPS, PROGNOSTIC ALGORITHM мають найбільшу цінність у виявленні пацієнтів з низьким ризиком летальності.

3) Запропонований нами критерій летальності (KL) у більшій мірі дозволяє виявити пацієнтів з високим ризиком летальності.

## **СЕЗОННА ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ**

**Н. А. Боханова, В. І. Трихліб**

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Вірусні інфекції верхніх дихальних шляхів є найпоширенішими інфекційними захворюваннями. Вони реєструються всюди протягом року. За даними ВООЗ, щорічно на цю групу захворювань хворіє кожен житель планети. В Україні щорічно на грип та ГРЗ хворіє від 6 до 8 млн осіб. Захворювання органів системи дихання залишаються актуальними для військовослужбовців і в теперішній час.

**Мета.** Вивчити сезонність госпіталізації хворих військовослужбовців на деякі інфекційні захворювання органів системи дихання у зоні адміністративно територіальної відповідальності НВМКЦ «ГВКГ».

**Матеріали та методи.** Були вивчені дані журналів стаціонарних хворих за 2018–2019 рр. клініки інфекційних захворювань НВМКЦ «ГВКГ» стосовно госпіталізації військовослужбовців, хворих на гострі респіраторні захворювання, гострі респіраторні захворювання ускладнені пневмонією.

**Результати та обговорення.** У клініці інфекційних захворювань НВМКЦ «ГВКГ» у 2018 році з приводу гострих респіраторних захворювань лікувалося 546 військово-службовців. Більше всього у 2018 році було госпіталізовано на стаціонарне лікування

хворих у період з листопада по травень (найбільше у грудні – 91 хворий (16,7% від загальної кількості хворих)). Ліцеїстів більше всього було госпіталізовано у період з жовтня по листопад та з березня по травень (найбільше у листопаді і лютому (по 3 хворих (33,3%)); офіцерів – у березні та з грудня по січень (найбільше у березні – 6 хворих (23,1%)); військовослужбовців за контрактом було госпіталізовано практично однаково по всіх місяцях, але дещо більше у період з грудня по лютий та з вересня по жовтень (найбільше у грудні – 10 хворих (30,3%)); військовослужбовці строкової служби також лікувались по всіх місяцях року, значне підвищення кількості госпіталізованих було у період з грудня по червень (найбільше лікувалось у грудні – 72 хворих (15,8%)); курсантів – в період з листопада по березень (найбільше у грудні – 6 хворих (27,3%)).

У 2019 році з приводу гострих респіраторних захворювань лікувалося 367 (100%) військовослужбовців. Більше всього у 2019 році було госпіталізовано на стаціонарне лікування у період з листопада по січень (найбільше у січні – 52 хворих (14,2% від загальної кількості хворих). Ліцеїстів більше всього у березні (2 хворих (66,7%)); офіцерів – у січні і квітні (по 3 хворих (33,3%)); військовослужбовців за контрактом – протягом усього року, але найбільше у період з січня по лютий, в серпні і листопаді (7 (20,0%)); військовослужбовці строкової служби лікувались по всіх місяцях року, значне підвищення кількості госпіталізованих було у період з листопада по січень та з липня по серпень (найбільше лікувалось у грудні – 45 хворих (15,1%)); курсанти лікувались по всіх місяцях року, підвищення кількості госпіталізованих було у лютому, травні, серпні (найбільше у лютому – 8 хворих (27,6%)).

У клініці інфекційних захворювань НВМКЦ «ГВКГ» у 2018 році з приводу негоспітальної пневмонії лікувалося 58 військовослужбовців. Більше всього у 2018 році було госпіталізовано на стаціонарне лікування у січні (5 хворих (8,6%)), квітні (14 хворих (24,1%)) та у період з жовтня по грудень (найбільше у жовтні – 8 хворих (13,8%)). Ліцеїсти лише у листопаді (1 хворий (100,0%)); офіцери – у період з серпня по грудень (найбільше у серпні – 2 хворих (33,3%)); військовослужбовців за контрактом – у квітні (4 хворих (57,1%)) та грудні (2 хворих (28,6%)); військовослужбовці строкової служби лікувались по всіх місяцях року, підвищення кількості госпіталізованих було у період з жовтня по травень (найбільше лікувалось у квітні – 10 хворих (24,4%)); курсантів – у період з жовтня по грудень (по 1 хворому (33,3%)).

У 2019 році з приводу негоспітальної пневмонії лікувалося 50 військовослужбовців. Більше всього у 2019 році було госпіталізовано на стаціонарне лікування у січні (10 хворих (20,0%)), березні (8 хворих (16,0%)) та у період з червня по липень (більше у липні 6 хворих (12,0%)). Ліцеїсти лише у березні (3 хворих (100,0%)); офіцери – протягом усього року не госпіталізувалися; військовослужбовці за контрактом – у серпні (2 хворих (28,6%)); військовослужбовці строкової служби лікувались по всіх місяцях року, підвищення кількості госпіталізованих було у період з червня по липень та у січні (9 хворих (25,0%)); курсантів – у період з березня по квітень (по 2 хворих (50,0%)).

**Висновки.** В структурі пролікованих хворих з ГРЗ та негоспітальною пневмонією переважають військовослужбовці строкової служби та військовослужбовці за контрактом.

За останні два роки, як і у попередні роки, більше хворих з приводу гострих респіраторних захворювань та негоспітальною пневмонією стаціонарно у клініці інфекційних хвороб НВМКЦ «ГВКГ» лікувалось в період з листопада по квітень. В той же час значна кількість хворих з ГРЗ в зоні відповідальності лікувалась в період з квітня по серпень, а на негоспітальну пневмонію і у травні-червні місяцях (2017 р., військовослужбовці з військових частин великого навчального центру).

Лікарям більше уваги слід звертати на можливість надходження хворих з пневмонією на фоні проявів ГРЗ в період з листопада по квітень, а у навчальних центрах – у травні-червні.

В подальшому слід вивчити особливості клініко-лабораторних, інструментальних проявів ГРЗ, негоспітальної пневмонії в залежності від періоду року.

## ВИПАДКИ САРКОЇДОЗУ ОРГАНІВ ДИХАННЯ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ. ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ

К. В. Щелкунова, Н. В. Попенко

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** Частіше на саркоїдоз органів дихання (СОД) хворіють дорослі віком до 40 років, пік захворюваності припадає на 20–29 років. У зв'язку з цим проблема саркоїдозу є актуальною для військово-медичної служби. Слід визнати, що в даний час відсутні дані про найбільш поширені клінічні форми саркоїдозу у військовослужбовців, немає узагальнених результатів фармакоепідеміологічних досліджень про тактику лікування хворих СОД у військово-лікувальних закладах (ВЛЗ) і не розроблені підходи, що дозволяють прогнозувати перебіг захворювання у молодих людей з числа військово-службовців.

**Мета дослідження.** Вивчити особливості перебігу саркоїдозу органів дихання у військовослужбовців, провести аналіз діагностичної та лікувальної тактики і раннього виявлення рецидивів захворювання.

### **Завдання дослідження.**

1. Вивчити клініко-рентгенологічні і лабораторні особливості перебігу саркоїдозу органів дихання у військовослужбовців.
2. Вивчити функціональний стан легень у досліджуваних пацієнтів.
3. Оцінити поширеність і роль інфекційних «тригерів» саркоїдозу – *Chlamydophilarnеumoniae* і *Mycoplasmarneumoniae* у розвитку рецидивуючого перебігу саркоїдозу органів дихання у військовослужбовців.
4. Провести аналіз діагностичної та лікувальної тактики ведення хворих на саркоїдоз органів дихання.

**Матеріали і методи дослідження.** Дослідження проводилося з 2015 по 2019 рр. на базі клініки пульмонології (з палатами для хіміотерапії) НВМКЦ «ГВКГ». Було обстежено 124 військовослужбовців, хворих на саркоїдоз органів дихання. Пацієнти, за якими спостерігали тривало, в ході дослідження були розподілені на дві групи: I група (n = 68) – пацієнти зі стабільним перебігом СОД; II група (n = 17) – пацієнти з рецидивуючим перебігом СОД. Період спостереження хворих склав в середньому  $24,6 \pm 10,8$  місяців. В обстеженій вибірці 68,5% хворих були військовослужбовцями за контрактом, 31,5% хворих – військовослужбовцями за призовом. Гендерний склад: чоловіки – 119 пацієнтів (96%), жінки – 5 (4%). Середній вік пацієнтів склав  $(31,8 \pm 9,9)$  року (від 18 до 59 років). При цьому більше половини хворих – 66,9% були молодше 35 років, 12,9% пацієнтів – у віці 35–40 років, 14,5% пацієнтів – 40–50 років, 5,6% хворих – 50–59 років. В роботі були використані медико-статистичний, клініко-аналітичний (аналіз даних історій хвороб), клінічне обстеження хворих, лабораторні, функціональні та інструментальні методи отримання медичної інформації. Статистичні розрахунки виконані за допомогою програм Microsoft Excel-2007, Statistica 10.0.

**Результати досліджень.** Більше ніж у половини пацієнтів – 72% (89 хворих) хворих початок захворювання протікав безсимптомно, а зміни в легеневій тканині і збільшення лімфатичних вузлів середостіння, як правило, виявлялися при плановій рентгенографії органів грудної клітки. У хворих на СОД військовослужбовців спостерігалась відсутність змін рівня кальцію в сироватці крові ( $2,3 \pm 0,2$  ммоль/л) та добовій сечі ( $0,2 \pm 0,1$  ммоль/л) – маркера активності перебігу вперше виявленого СОД і предиктора рецидивуючого перебігу захворювання. Серологічне дослідження рівня антитіл до *Ch. pneumoniae* або *M. pneumoniae* виявило підвищені титри на 48,3% (n = 60). У ході аналізу відношення шансів встановлено відсутність асоціацій зазначених інфекцій з рецидивуючим перебігом захворювання.

Всім хворим групи тривалого спостереження було проведено повний 9-місячний курс терапії з подальшим динамічним спостереженням і визначенням характеру перебігу саркоїдозу (стабільний/регресує або рецидивний) кожні 3 місяці в перший рік спостереження, у другий рік – кожні 6 міс., далі – 1 раз на рік. У випадках рецидивуючого перебігу захворювання спостереження проводилося 1 раз в 3 міс. протягом 2 років, далі 1 раз на рік.

#### **Висновки.**

1. У 85,5% військовослужбовців, хворих на СОД, діагностується II стадія з безсимптомним (72%) перебігом захворювання без порушення вентиляційної функції легень, а також відзначається низький відсоток тяжких і генералізованих уражень (3,2%).

2. У 92% хворих на СОД військовослужбовців відзначаються нормальні показники форсованої спірометрії.

3. Встановлено відсутність асоціацій *Ch. pneumoniae* та *M. pneumoniae* з рецидивуючим перебігом захворювання. Отже, проведення ерадикаційної антибактеріальної терапії у серопозитивних пацієнтів для зниження ризику розвитку рецидиву СОД недоцільно.

4. Лікувальна та діагностична тактика ведення хворих на СОД у клініці пульмонології (з палатами для хіміотерапії) НВМКЦ «ГВКГ» характеризується використанням у 6,5% випадків хірургічних методів морфологічної верифікації захворювання та призначенням системних ГКС пацієнтам з вперше виявленим саркоїдозом безсимптомного перебігу у 41,9% випадків.

### **НПЗП–АСОЦІЙОВАНІ ГАСТРОПАТІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА**

**А. А. Кармаліта, Ю. Я. Котик**

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) належать до лікарських засобів, що найчастіше застосовуються в клінічній практиці. Водночас, застосування НПЗП асоціюється з підвищеним ризиком розвитку побічних ефектів (ПЕ) з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ), починаючи з диспепсії та утворення пептичних виразок (ПВ) і закінчуючи потенційно небезпечними для життя ускладненнями, такими як стриктури, кровотечі, непрохідність чи перфорація. Основними характеристиками НПЗП-гастропатій є хронологічний зв'язок з прийомом цих лікарських засобів, асимптомність чи стерта клінічна картина, високий ризик виразкових кровотеч, наявність гострих, часто – множинних уражень, локалізованих переважно в антральному відділі шлунку, достатньо швидке загоєння при відміні НПЗП.

**Мета дослідження:** порівняти профіль гастроентерологічної безпеки НПЗП, що застосовуються при лікуванні ревматологічних захворювань у військовослужбовців ЗСУ та ефективність інгібіторів протонної помпи при лікуванні НПЗП-асоційованих гастропатій.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилося 100 пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування у кардіоревматологічному відділенні НВМКЦ «ГВКГ» та мали суглобовий больовий синдром. Розподіл на групи здійснювався відповідно до призначеного лікування. Дослідження здійснювалось шляхом ретроспективного аналізу історій хворіб.

В досліджуваній групі 100 ревматологічних пацієнтів, які мали гастроінтестинальні ризики, для профілактики НПЗП-асоційованих гастропатій отримували такі ПП: 52 особи (52%) приймали пантопразол, 40 осіб (40%) приймали лансопразол, 8 осіб (8%) – омепразол. При цьому хворі отримували такі НПЗП: диклофенак – 70 осіб (70%), мелоксикам – 16 осіб (16%), німесулід – 14 осіб (14%).

**Результати.** Встановлено наявність статистичної значущості впливу схеми лікування на спричинення побічного ефекту на шлунок ( $p_{\alpha} (\chi^2, df=2)=0,025$ ). Побічний вплив на шлунок у вигляді ерозивної та еритематозної гастропатії (за даними фіброгастроскопії) отримали 74,3%



(52 особи), що приймали диклофенак, 43,8% (7 пацієнтів), які приймали мелоксикам та 28,6% (4 пацієнти), яким було призначено німесулід.

Встановлено наявність статистичної значущості впливу схеми лікування на досягнення ефекту лікування ( $p_{\alpha} (\chi^2, df=2)=0,008$ ). Позитивний лікувальний ефект у вигляді відсутності больового та диспепсичного синдромів на 10 день лікування пантопразолом отримали 67,3% (35 пацієнтів), лансопразолом – 80% (32 пацієнти), омепразолом – тільки 2 із 8 пацієнтів.

**Висновок.** Аналіз отриманих даних свідчить про вищу ефективність лансопразолу, порівняно з пантопразолом, щодо зменшення больового і диспепсичного синдрому до 10-го дня лікування ерозивно-виразкових уражень шлунку в пацієнтів, які приймають нестероїдні протизапальні препарати. Серед використаних НПЗП кращим профілем гастроінтестинальної безпеки володіє німесулід, порівняно з диклофенаком і мелоксикамом, що є важливим для профілактики НПЗП-індукованих гастропатій та підтверджує дані попередніх досліджень.

## УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ ПРИ КОРУ

А. С. Тараповська, В. І. Трихліб

Українська військово-медична академія

**Вступ.** Однією з особливостей клінічного перебігу кору у дорослих в справжній епідемічний підйом захворюваності стало більш часте залучення в патологічний процес печінки.

Зміни печінки спостерігаються як ускладнення кору у дітей та дорослих і можуть стати характерною особливістю у хворих з атиповою формою кору. Дисфункція печінки виникає частіше у дорослих пацієнтів з первинною інфекцією, ніж у дітей.

**Мета роботи** – встановити частоту, особливості клініко-лабораторних проявів ураження печінки при кору у військовослужбовців.

**Матеріали та методи.** Для вивчення особливостей ураження печінки при кору у військовослужбовців, які знаходились на стаціонарному лікуванні у Клініці інфекційних захворювань НВМКЦ «ГВКГ» було відібрано та проаналізовано 235 медичних карток стаціонарних хворих, що перенесли кір, за період з 01.01.2018 р. по 31.12.2018 р. З них у 69 осіб було виявлено ускладнення у вигляді реактивного гепатиту.

**Результати досліджень.** Ускладнення у вигляді реактивного (токсичного) гепатиту виявлено у 29% хворих на кір. Найбільший відсоток хворих з ускладненням на гепатит по місяцям був у травні – 40% хворих, червні – 46,6% та листопаді – 83,3%, грудні – 28,1%. Переважно гепатит реєструвався у військовослужбовців строкової служби (у 49% хворих) та у офіцерів (у 22% хворих). Реактивний (токсичний) гепатит частіше було діагностовано на  $Me = 7$  день від моменту захворювання ( $Q_{25}=6, Q_{75}=8$ ), а з дня госпіталізації – на  $Me = 2$  день, ( $Q_{25}=2, Q_{75}=4$ ). У 72,5% хворих гепатит був діагностований на тлі підвищеної температури тіла, у 27,5% – на фоні нормальної температури тіла. У хворих з гепатитом переважно максимальна температура тіла була фебрильною (у 47,8% хворих) та піретичною – у 39,1%. Скарги та симптоми притаманні для ураження шлунково-кишкового тракту пред'являли 30,4% хворих (нудота – у 14,5%, відчуття дискомфорту в ділянці живота – у 11,6%, рідкі випорожнення – у 10,1%, блювання – у 8,7%). Кількість лейкоцитів у 68% була в межах норми, лейкопенія – у 23%, лейкоцитоз – у 9%. У хворих на кір, ускладнений реактивним гепатитом, при надходженні на лікування була лейкопенія, в подальшому рівень лейкоцитів зростав і досягав максимальних показників на 13–15 день від захворювання, але рівень норми не перевищували. Переважно показники гранулоцитів були в межах норми. Максимальні середні рівні АЛАТта АсАТ були на 4–6 день захворювання –  $Me = 115,8 \pm 85,1$ ,  $min = 17,7$ ,  $max = 391$  та  $Me = 87,3 \pm 85,1$ ,  $min = 64,9$ ,  $max = 119,9$ , з 10-12 дня починали повертатися до норми. При ускладненні на

гепатит+панкреатит, середні показники АЛАТ весь період хвороби були вище норми, також максимальних значень досягли на 10–12 день захворювання. Пальпаторно розміри печінки та селезінки не збільшувались.

**Висновки.** У молодих осіб кір може ускладнюватись на реактивний (токсичний) гепатит. В переважній більшості хворих, ускладнення було діагностовано тільки після виконання біохімічних аналізів крові, у зв'язку з низькою частотою наявності скарг (нудота у 14,5%, дискомфорт у підребер'ї – у 11,6%, блювання – у 8,7%, зниження апетиту – у 2,9%), тому реальна частота розвитку гепатиту значно більша, ніж була виявлена (у 29%).

Частіше реактивний (токсичний) гепатит було діагностовано на  $Me = 7$  день від моменту захворювання ( $Q_{25}=6$ ,  $Q_{75}=8$ ) як на фоні підвищеної, так і нормальної температури тіла, як на фоні інших ускладнень, так і без них.

З урахуванням або незначно виражених, або зовсім відсутніх симптомів при ураженні печінки на фоні кору легкого та середньоважкого перебігу, з метою виключення ускладнень, необхідно проводити обов'язкові обстеження на АЛАТ, АсАТ в період з 3 по 9 день від початку захворювання, навіть коли у хворих немає скарг.

## **ОЦІНКА ЧАСТОТИ ВИНИКНЕННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ ТА ЇХ ЛІКУВАННЯ З УРАХУВАННЯМ ПАТОЛОГІЇ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ**

**Н. Ю. Стельмах**

*Українська військово-медична академія*

Латентний дефіцит заліза та залізодефіцитна анемія (ЗДА) становлять істотну медичну й соціально-економічну проблему. За даними ВООЗ на залізодефіцит страждають понад 60% населення Землі, з них половина – жертви ЗДА, що робить її найпоширенішим захворюванням у світі і «найпопулярнішою» серед анемій (90%). Зважаючи на таку негативну динаміку захворюваності, проблема діагностики, лікування та профілактики залізодефіцитних станів набуває надзвичайної актуальності.

**Мета дослідження.** Оцінити частоту виникнення залізодефіцитних станів та лікування у хворих з урахуванням патології внутрішніх органів.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 67 хворих на ЗДА, переважно особи чоловічої статі (90%), віком від 45–85 років. Всі обстежені лікувалися у відділеннях терапевтичного профілю. Для виявлення ЗДА у пацієнтів та визначення ступеня важкості анемії вивчалися показники периферичної крові: рівень гемоглобіну, морфологічні параметри еритроцитів, а також рівень сироваткового заліза та феритину. Визначались етіологічні фактори розвитку залізодефіцитних станів та критерії ефективності лікування ЗДА.

**Результати дослідження.** Лідером за кількістю хворих із дефіцитом заліза є гастроентерологічне відділення. При оцінці ступеня важкості перебігу ЗДА у військовослужбовців анемію легкого ступеня визначено у 62,8% хворих, середнього ступеня – 28,5%, тяжкого – 8,6%. Після проведеної терапії залізовмісними препаратами у пацієнтів з легким та середнім ступенем важкості анемії на 21 день лікування відмітили позитивну динаміку показників периферичної крові та сироваткового заліза. Для досягнення позитивного ефекту лікування хворим з ЗДА тяжкого ступеню феротерапію було продовжено ще на 1–1,5 міс. з урахуванням рівня показників периферичної крові, сироваткового заліза та рівня феритину.

**Висновки.**

1. ЗДА є поширеною патологією серед військовослужбовців.
2. Найчастіше тканинний дефіцит заліза діагностують у пацієнтів з гастропатіями.
3. Основою патогенетичної терапії ЗДА є пероральний прийом лікарських засобів заліза.
4. При ЗДА тяжкого ступеню слід проводити феротерапію до нормалізації рівня феритину (тканинного депо заліза).

## ВПЛИВ СТРЕСУ НА ПЕРЕБІГ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ЗНАХОДИЛИСЬ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ

М. М. Козачок, І. О. Стащук

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність:** Артеріальна гіпертензія (АГ) і пов'язані з нею ускладнення залишаються однією з основних проблем сучасної медицини. Це зумовлено кількома чинниками: по-перше, значним поширенням АГ; по-друге, труднощами профілактики та діагностики ранніх стадій АГ, особливо серед осіб молодого віку; по-третє, наявністю, попри існування великої кількості ефективних засобів для зниження артеріального тиску (АТ), перешкод у досягненні цільового АТ, зумовлених низькою прихильністю до лікування, побічними ефектами антигіпертензивних препаратів (АГП) та існуванням чинників, які потенціюють підвищення АТ. Серед них чи не перше місце посідає хронічний стрес, з яким людина часто стикається у сучасному суспільстві. І хоча на сьогодні немає сумнівів, що стрес у різних його варіаціях може призводити до транзиторного підвищення АТ, стосовно питання, чи може гострий стресорний подразник достатньої сили спричинити постійне підвищення АТ (тобто АГ), ще точаться дискусії. Також невідомо, якого саме походження має бути цей подразник; як довго він має діяти, щоб призвести до значних наслідків; як визначити саме його зв'язок із підвищенням АТ або ж як оцінити кількісно його силу.

**Мета роботи:** Виявити вплив стресу на показники артеріального тиску у військовослужбовців, які знаходились в зоні бойових дій.

**Матеріали та методи дослідження:** В основу роботи було покладено результати клініко-психопатологічного обстеження 62 військовослужбовців, які брали участь у проведенні бойових дій на сході України. Пацієнти були чоловічої статі, віком від 19 до 57 років (середній вік склав  $38 \pm 9$  років). Всі обстежені перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному, неврологічному та психіатричному відділенні Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» Міністерства оборони України (м. Київ) в період з 2014 по 2015 рік. Дані з історій хвороб вносились в комп'ютерну базу даних для подальшої статистичної обробки. Для формування бази даних і статистичної обробки результатів використана програма Microsoft Excel.

**Результати досліджень та їх обговорення:** Було встановлено, що у військово службовців, які брали участь у проведенні бойових дій переважали клінічні (68%) і субклінічні (32%) стресові розлади за шкалою HADS. Доведено, що у військово службовців із гострою реакцією на стрес показники варіабельності артеріального тиску були вірогідно меншими у порівнянні з військовослужбовцями без гострої реакції на стрес: SDNNд на 14,15%, SDNNн на 14,23%, SDANNд на 18% SDANNн на 19,77% рNN50д на 23% ( $p < 0,05$ ), що свідчить про те, що стрес пригнічує вегетативну нервову систему (як симпатичну так і парасимпатичну). У ході розвитку стресу зменшується роль ЕГТС в регуляції гомеостазу за рахунок стимуляції САС підвищується варіабельність показників артеріального тиску, з'являється артеріальна гіпертензія, шлуночкова і суправентрикулярная екстрасистолія за даними Холтера ЕКГ (85% вояків з АТО). Знижується імунний захист міокарда (міокардіофіброз – 55%).

**Висновки.** Таким чином, хронічний стрес можна асоціювати із підвищенням АТ. Підвищення АТ відбувається за участю центральної та периферичної нервової системи на різних рівнях. Активація симпатoadреналової системи під впливом стресу призводить до підвищення АТ.

Значне поширення психічних стресових розладів, зростання показників рівнів захворюваності та госпіталізації військовослужбовців, які були в зоні бойових дій, із розладами психіки та поведінки які хворіють на АГ, обґрунтовує необхідність індивідуального підходу та розробки комплексних ефективних лікувально-профілактичних програм.

## МІКРОБІОЦЕНОЗ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ МИГДАЛИКІВ У ХВОРИХ НА АНГІНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Н. В. Попенко, А. В. Пилип'юк

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність:** Ангіна – чи не найбільш поширене інфекційне захворювання, яке характеризується запаленням лімфоїдної тканини піднебінних мигдаликів. За даними статистики, кожний третій випадок інфекційного захворювання – це тонзиліт. Важливим фактором у формуванні структури збудників в колективі є кількість пацієнтів із хронічним тонзилітом. Від 2 до 15% усього населення має дану патологію. Впродовж останніх 8–10 років кількість хворих збільшується, оскільки приблизно 75% дітей, що страждали на хронічний тонзиліт (ХТ), продовжують хворіти й у дорослому віці.

**Мета дослідження:** Визначити мікробіоценоз слизової оболонки мигдаликів у хворих на ангіну військовослужбовців та встановити структуру ускладнень ангіни.

### **Завдання дослідження:**

1. Дослідити категорії та вікову структуру пролікованих військовослужбовців з приводу ангіни протягом 2019 року.

2. Дослідити особливості результатів бактеріологічного дослідження матеріалу від військовослужбовців, хворих на ангіну.

3. Встановити структуру ускладнень у хворих військовослужбовців з діагнозом ангіна.

**Матеріали та методи дослідження:** Опрацьовано та проаналізовано історії хвороби 108 хворих на ангіну військовослужбовців, які склали основну групу, та 20 практично здорових військовослужбовців, які склали контрольну групу, а також робочий журнал бактеріологічних досліджень мікробіологічного відділення клініки лабораторної діагностики НВМКЦ «ГВКГ» за 2019 рік. Діагноз був встановлений на підставі скарг хворих, анамнезу хвороби, клінічної картини, лабораторних даних, результатів мікробіологічного дослідження, а саме вивчення видового складу та популяційного рівня мікрофлори, що знаходиться на слизовій оболонці піднебінних мигдаликів. Було вивчено чутливість мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів, результати інструментальних методів та консультації спеціалістів. Статистична обробка отриманих результатів виконувалася за допомогою стандартного пакету функцій «MS Excel».

**Результати:** Більшість хворих основної групи були військовослужбовцями строкової служби – 70%, а також були військовослужбовці за контрактом – 19%, курсанти ВВНЗ – 6% та офіцери – 5%. Середній вік хворих становив  $21,4 \pm 1$  рік. Основними особливостями перебігу ангіни у військовослужбовців молодого віку є: легкий перебіг у 65% хворих та перебіг середньої тяжкості – 35%, відсутність важкого перебігу. У 59,3% хворих висіяно із зіву одночасно умовно-патогенні мікроорганізми у вигляді асоціацій, що складаються із двох видів мікроорганізмів, які належать до різних (10) таксономічних груп, у 5 (4,7%) хворих виявлені асоціації, що складаються із трьох різних видів мікроорганізмів. Лише у 36% хворих виявлена монокультура патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів. Розгляд популяційного рівня кожного асоціанта, який виявлявся у хворого, дозволило встановити провідного збудника ангіни. Такими збудниками за популяційним рівнем, коефіцієнтом кількісного домінування (ККД) та коефіцієнтом значущості (КЗ) виявилися в 55,5% хворих – стрептококи, у 47,2% – стафілококи, у 22,2% – нейсерії, у 8,3% – клабсієли пневмонії, у 12,0% – грибки. В 12% хворих виявлено мікст-інфекцію з грибковим захворюванням, що означає потребу в додатковому призначенні метронідазолу пацієнтам, для подальшого уникнення кандидоз уротоглотки. В контрольній групі монокультура умовно-патогенних мікроорганізмів склала 65%. Виявлено у 55% здорових осіб – стафілококи, у 65% – стрептококи, в 10% – нейсерії та у 5% – клабсієли пневмонії. Скарг чи ознак захворювання в контрольній групі обстежених не було.

**Висновки:**

1. При зниженні бар'єрної функції мигдаликів внаслідок перевищення імунної системи при сезонній адаптації молодого поповнення строкової служби та після перенесених захворювань, частіше ГРВІ, відбувається запалення понад їх фізіологічну норму, що призводить до появи клінічної симптоматики ангіни.

2. У осіб основної та контрольної групи виявлено представників умовно-патогенної мікрофлори *Str.mitis*, *S.aureus*, проте в осіб контрольної групи немає скарг чи ознак захворювання на відміну від основної групи – це вказує на безсимптомне-бактеріоносійство серед практично здорових осіб.

3. Високу активність відносно *Str.mitis* та *S.aureus* проявляють амінопеніциліни, захищені клавулановою кислотою та цефалоспорини III покоління, що дозволяє їх застосовувати для стартової емпіричної терапії. Достатня чутливість *S.aureus* до карбапенемів та фторхінолонів II–IV покоління, деяких макролідів і аміноглікозидів дозволяє розглядати їх як препарати вибору при лікуванні тонзилітів.

4. Ускладнення виникли у 27% військовослужбовців. В структурі ускладнень ангіни перше місце займає синусит, який займає 52% від загальної кількості ускладнень, трахеїт – 24%, бронхіт – 11%, отит – 7%, ларингіт – 3%, кон'юнктивіт – 3%.

## **ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

**О. А. Красюк, В. М. Малюкіна**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність:** Хвороби, зумовлені хронічними вірусними гепатитами (ХВГ) є значною загрозою для системи охорони здоров'я, оскільки призводять до інвалідності, скорочення тривалості та якості життя працездатного населення та передчасної смертності. Зокрема, за деякими оцінками, близько 57% випадків цирозу печінки та 78% випадків первинного раку печінки зумовлені впливом вірусного гепатиту С (ВГС). Доступ до діагностики та лікування ВГС залишається незадовільним – лише 20% осіб з ХГС у світі знають про свій діагноз, з них – лише 7,4% осіб отримують доступ до лікування. Недостатня увага, що приділяється своєчасній діагностиці, значна частка розвитку ускладнень ВГС з летальним наслідком та недостатнє вивчення методів лікування цих ускладнень обумовлюють актуальність даної роботи.

**Мета дослідження** – вивчення особливостей клінічного перебігу, діагностики та лікування ускладнень ХВГС серед військовослужбовців ЗСУ.

**Матеріали та методи дослідження.** Для досягнення мети та виконання поставлених завдань було проведено аналіз 1054 історій хвороб пацієнтів та відібрано 68 історій хвороб пацієнтів за 2014–2015 роки зі встановленим діагнозом ХГС. Усі пацієнти проходили стаціонарне обстеження, отримували лікування на базі НВМКЦ «ГВКГ». Для встановлення діагнозу ХГС у 100% випадків використовувалися ІФА та ПЛР. Середній вік обстежуваних пацієнтів складав  $39,5 \pm 9,49$  років. Електронні таблиці Excel 2010 були використані як структура баз даних з історій хвороб для аналізу інформації.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Було з'ясовано, що в клінічному перебігу ХГС переважали диспепсичний (77,9%), астено-вегетативний (94,1%) та больовий синдроми (72,1%). За ступенем активності патологічного процесу, мінімальна спостерігалась у 52,94% пацієнтів, незначно виражена – у 27,98%, помірна – у 16,18%, висока – у 2,9% хворих. Висока віремія діагностована у 56,35% пацієнтів. У 72,1% пацієнтів проводився молекулярно-генетичний аналіз для виявлення генотипу ХВГС. За даними фібротесту найчастіше визначався ступінь F0 відмічався у 33,3% пацієнтів, F1–F2 – у 25%, F4 – у 16,7% військовослужбовців. Індекс APRI в середньому складав

1,81±0,6. Ускладнення ХГС були виявлені 26,5% випадках. З них цироз та фіброз печінки (ФП) визначався – у 77,78%, гепатоцелюлярна карцинома (ГЦК) – у 11,11%, дифузний мембранозний гломерулонефрит – у 5,56%, печінкова енцефалопатія – у 22,22%, портальна гіпертензія – у 55,56% пацієнтів, шлунково-кишкові кровотечі (ШКК) – у 16,67% пацієнтів. При декомпенсованому ЦП (11,11%) протівірусну терапію розпочинали з низьких доз інтерферону-альфа, з компенсованим ЦП (22,22%) – без інтерферону комбінованим препаратом з рибавірином, пацієнтам з фіброзом печінки (44,44%) – без інтерферону комбінованим препаратом без рибавірину. Лікування печінкової енцефалопатії проводили за допомогою орнітину, аргініну глютамату, глютамінової кислоти. У пацієнтів з ГЦК було виконано оперативне втручання у вигляді резекції. Усі пацієнти з ШКК отримували інфузії кристалодів, колоїдів та препаратів крові, в одному випадку – оперативне лікування.

**Висновки.** В клініці ХГС переважають диспепсичний, астено-вегетативний та больовий синдроми; гематологічно виявляються синдроми холестазу та цитолізу. ІФА та ПЛР є ключовими методами діагностики ХГС. До неінвазивного визначення фіброзних змін в печінці використовується індекс APRI та для визначення активності запалення та ЦП за шкалою METAVIR – FibroTest, які є достатньо показовими, однак застосовуються недостатньо широко. Основними методами виявлення ускладнень ХГС залишаються інструментальні методи діагностики. Найпоширенішим ускладненням є ФП та ЦП. Оскільки найефективніший метод лікування – трансплантація печінки – не є широко доступним, для лікування ХГС з ЦП застосовують спеціальні схеми протівірусної терапії та симптоматичну терапію.

## **ДОБОВИЙ МОНІТОРИНГ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ОЦІНЦІ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ВИСОКИМ СЕРЦЕВО-СУДИННИМ РИЗИКОМ**

**О. О. Федорова, О. О. Биковець**

*Українська військово-медична академія*

Добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ) є високоінформативним методом діагностики артеріальної гіпертензії (АГ), показники якого є незалежними предикторами ризику серцево-судинних ускладнень. У відповідності з сучасними рекомендаціями метою антигіпертензивного лікування є не тільки досягнення цільового артеріального тиску (АТ), а і максимальне зниження серцево-судинного ризику, що часто вимагає застосування комбінованої антигіпертензивної терапії.

**Мета дослідження:** удосконалення антигіпертензивної терапії у хворих із високим серцево-судинним ризиком на основі добового моніторингу артеріального тиску та оптимального використання найбільш ефективної комбінації антигіпертензивних препаратів.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено ретроспективний аналіз карт хворих із АГ (69 чоловіків із АГ II стадії 2–3-го ступеня, середній вік(55,9±10,2) року), які знаходились на лікуванні в клініках терапевтичного профілю Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» з 2016 р. по 2019 р. Усі хворі отримували комбіновану антигіпертензивну терапію із застосуванням валсартану 80–160 мг 1 раз на добу та амлодипіну 5–10 мг 1 раз на добу. Оцінка ефективності лікування проводилась через 6 місяців від його початку за динамікою результатів ехокардіографії (Ехо-КГ) та ДМАТ. За допомогою Ехо-КГ аналізували: фракції викиду (ФВ) лівого шлуночку (ЛШ), максимальну швидкість раннього (Е) та пізнього (А) наповнення ЛШ, їх співвідношення (Е/А), час ізовольомічного розслаблення міокарда (IVRT). За допомогою ДМАТ визначали типи добового ритму АТ та його варіабельність. При визначенні варіабельності АТ орієнтувались на коефіцієнт варіабельності (SD) у вигляді середньоквадратичного відхилення від середньої величини за добу, день, ніч. SD вважалось підвищеним, якщо

перевищувало нормальні показники хоча б за один період часу. В залежності від рівня вихідного SD хворі були розподілені на дві групи. I група (31 особа) – хворі з нормальним SD, II група (38 осіб) – хворі з високим SD. Статистичні розрахунки проводили з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel.

**Результати.** В результаті лікування у хворих з нормальним SD цільовий рівень АТ досягнуто у 26 (83,9%) осіб, а у хворих із високим SD – у 32 (84,2%). За результатами ДМАТ в I групі кількість хворих з нормальним типом добового ритму АТ «dippers» збільшилась до 21 (67,7%), а кількість хворих з патологічними типами «non-dippers» зменшилась до 6 (19,3%), «over-dippers» – до 2 (6,5%), «night-peakers» – до 3 (9,7%). У хворих з високим вихідним SD теж відбулись аналогічні позитивні зміни: кількість хворих із нормальним типом добового ритму АТ збільшилась до 24 (63,2%) за рахунок зменшення кількості хворих «non-dippers» до 7 (18,4%), «over-dippers» – до 3 (7,9%), «night-peakers» – до 4 (10,5%). В обох групах хворих відмічено вірогідне зниження середньо добових, середньоденних, середньонічних показників систолічного АТ (САТ), діастолічного АТ (ДАТ), але динаміка самих показників SD була різною. У хворих I групи SD суттєво не змінювався, а у хворих II групи відбувалось вірогідне зниження варіабельності середньоденного САТ на 22,5% ( $p < 0,05$ ), середньонічного САТ на 25,8% ( $p < 0,05$ ), середньоденного ДАТ на 16,2% ( $p < 0,05$ ). Зниження варіабельності середньонічного ДАТ в II групі хворих було незначним і невірогідним – на 6,4% ( $p > 0,1$ ). В обох групах хворих при комбінованому застосуванні валсартану та амлодипіну позитивний вплив на систолічну та діастолічну функцію ЛШ проявився незалежно від рівня SD. У хворих з нормальним SDFВ ЛШ зросла на 11,8%, співвідношення Е/А – на 38,3% ( $p < 0,01$ ), IVRT зменшився на 20,8% ( $p < 0,05$ ). У хворих із високим вихідним SDFВ ЛШ зросла на 9,7%, співвідношення Е/А – на 29,4%, IVRT зменшився на 17,9% ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Комбіноване застосування валсартану та амлодипіну незалежно від рівня вихідної варіабельності АТ є ефективним засобом для досягнення цільового рівня і нормалізації високої варіабельності АТ, покращення характеристик зміненого добового ритму АТ, систолічної та діастолічної функції лівого шлуночку, що свідчить про зменшення ризику серцево-судинних ускладнень у пацієнтів із АГ.

## **КОГНІТИВНИЙ СТАТУС У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**

**М. М. Козачок, З. С. Шовкун**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність:** Одним із провідних факторів ризику когнітивних порушень є АГ. Навіть незначно підвищений артеріальний тиск (АТ) асоціюється з погіршенням когнітивної функції, що було продемонстровано в роботі А. Shehab і А. Abdulle: у пацієнтів із так званою гіпертензією білого халата (середній вік –  $42 \pm 10$  років) і нормальним високим АТ (середній вік –  $40 \pm 9$  років) когнітивні функції в доменах «пам'ять» і «час реакції» гірші, ніж у нормотензивних осіб.

У низці досліджень було встановлено зв'язок між високим систолічним АТ (САТ) і діастолічним АТ (ДАТ) у середньому віці та порушеною когнітивною функцією в старшому віці.

**Мета роботи:** вивчити особливості когнітивного статусу у військовослужбовців хворих на ГХ в залежності від періоду і місця військової служби.

**Матеріали та методи дослідження:** у процесі дослідження першу групу склали хворі на АГ, які приймали участь в проведенні антитерористичної операції (n 22). До другої групи увійшли пацієнти з АГ, що не приймали участь в АТО (n 18). Пацієнти були віком від 20 до 55 років (середній вік склав  $37 \pm 7$  років). При обстеженні хворих використовувалась алгоритмізована стандартна тематична карта, яка включала розділи анамнезу, загального клінічного, інструментального, лабораторного та нейропсихологічного

дослідження. Дані з історій хвороб вносились в комп'ютерну базу даних для подальшої статистичної обробки. Для формування бази даних і статистичної обробки результатів використана програма Microsoft Excel.

**Результати досліджень та їх обговорення.** При аналізі когнітивних порушень серед в/сл. хворих на АГ нами виявлено, що у пацієнтів першої групи когнітивні порушення спостерігалася – у 88% (n 18) осіб. Серед яких перше рангове місце посіла середня вираженість – 41%, значно менший відсоток зафіксований у 25% та легкої – 23% осіб. У решти (11%) відмітили негативний результат.

В залежності від ступеню артеріальної гіпертензії когнітивні порушення проявляється наступним чином: у в/сл. хворих на АГ I ступеню середня займає 48%, нормальні присутня у 24% і легкі 21%, а високі когнітивні порушення – 7%.

При II ступені АГ параметри, що вивчалися мали наступні показники: збільшується відсоток високих порушень – 24% та зменшується кількість хворих з нормальним станом лише – у 4%, середні – у 48% і легкі – у 24%.

Аналізуючи пацієнтів з III ступенем АГ ми виявили, що високі когнітивні порушення притаманна більшості хворим – у 60%, легкі – у 27%, і середні – у 13%. Це свідчить про те, що із підвищенням стадії АГ зростає і кількість когнітивних порушень.

Аналізуючи когнітивні порушення у військовослужбовців, хворих на АГ, які не брали участь в АТО нами отримані наступні дані: У 60% в/сл. даної групи виявлено нормальний стан, легкі порушення – у 27%, середні 13%, високі не спостерігається у даної групи.

Аналізуючи структуру когнітивних порушень у в/сл. хворих на АГ, які не приймали участь в АТО залежно від ступеня захворювання, ми отримали наступні результати: У хворих на АГ I ступеню когнітивні порушення визначалися – у 14%: легкі – 7% та середні – 7% хворих проте, нормальний стан відмічено у 86% військовослужбовців.

#### **Висновки:**

1. Когнітивні порушення у військовослужбовців хворих на АГ, які не приймали участь в АТО визначається у 57% пацієнтів. Збільшення числа пацієнтів з когнітивними порушеннями та вираженість їх проявів спостерігається по мірі прогресування захворювання артеріальної гіпертензії.

2. У військовослужбовців, хворих на АГ, які приймали участь в АТО когнітивні порушення зустрічається частіше (65%), чим в групі порівняння. При цьому найбільш виражені прояви відмічається у хворих з I та III ступенем захворювання. Такий результат можна пояснити тим, що крім основного захворювання на стан пацієнта суттєво впливають особливості несення служби, що в свою чергу погіршує перебіг АГ та, можливо, появою адаптаційних механізмів пацієнтів з II ступенем АГ, які виснажуються при більш високих показниках АГ.

## **ВПЛИВ МОЛСИДОМІНУ НА ПОКАЗНИКИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ТА НА ПОРУШЕННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ II СТАДІЇ**

**А. Ю. Тищенко, М. М. Селюк**

*Українська військово-медична академія*

На сьогодні в Україні перше місце посідають хвороби системи кровообігу (30,67%). При цьому більше третини становлять хворі на артеріальну гіпертензію (АГ). АГ є вагомим фактором ризику ішемічної хвороби серця (ІХС). Згідно з останніми офіційними даними, поширеність комбінації АГ та ІХС серед дорослого населення становить 63,3% випадків, захворюваність – 58,8%.

**Мета дослідження:** вивчення впливу молсидоміну на показники центральної гемодинаміки та на порушення толерантності до фізичних навантажень у пацієнтів з АГ II стадії без явних клінічних ознак ІХС.



**Об'єкт дослідження:** хворі на артеріальну гіпертензію II стадії без явних симптомів стабільної хвороби коронарних артерій.

**Предмет дослідження:** результати ехокардіографії, добового ЕКГ моніторингу, велоергометрії.

**Матеріали та методи.** У дослідження були включені 100 хворих на АГ II стадії без явних симптомів стабільної хвороби коронарних артерій. Середній вік пацієнтів становив  $59,2 \pm 1,7$  року. Усім хворим на початку дослідження та після проведеного лікування проводили обстеження, передбачене сучасними стандартами курації пацієнтів з АГ. Оцінювали результати велоергометрії, добового моніторингу ЕКГ та ехокардіографії. Була проведена стандартна терапія згідно з національними рекомендаціями. Хворим першої групи додатково до основного лікування був призначений молсидомін у дозі 2 мг двічі на добу протягом 3 тиж.

**Результати.** Під час проведення добового моніторингу ЕКГ виявлено, що 46 (92%) хворих 1-ї групи та 44 (88%) пацієнтів 2-ї групи мали напади «безболівої ішемії»: від 1 до 3 нападів протягом доби, тривалістю до 4 хв максимально. В обох групах до лікування переважали пацієнти з низькою та середньою толерантністю до фізичних навантажень (за результатами велоергометрії) та порушеннями діастолічної функції лівого шлуночка (ЕХОКГ). Після обстеження пацієнтам було призначене лікування протягом 3 тижнів. Хворі 1-ї групи отримували базову терапію згідно зі стандартами лікування. Окрім основної терапії цим пацієнтам було додатково призначено молсидомін у дозі 2 мг двічі на добу.

**Результати дослідження** свідчать, що у пацієнтів 1-ї групи, які отримували додатково молсидомін до базової терапії, показники толерантності до фізичних навантажень були кращими. Кількість хворих, які досягли навантаження у 100 Вт на 50% була більшою (1-а група – 46%, 2-а група – 26%). Також серед пацієнтів 1-ї групи не було жодного, хто б зупинився на потужності 50 Вт, у той час як у 2-й групі таких хворих було 10%.

**Заключення.** Застосування у схемі лікування молсидоміну по 2 мг двічі на добу має позитивний вплив на прояви ішемії у пацієнтів з АГ II стадії. На тлі прийому молсидоміну суттєво зменшилася кількість нападів «безболівої ішемії» порівняно з пацієнтами 2-ї групи.

Враховуючи отримані дані, доцільно рекомендувати застосовувати молсидомін у пацієнтів з артеріальною гіпертензією II стадії навіть за відсутності клінічних проявів стабільної хвороби коронарних артерій.

## **ФАКТОРИ ПРОГНОЗУ ГОСПІТАЛЬНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ/ІНФАРКТОМ МІОКАРДУ В КЛІНІЦІ КАРДІОЛОГІЇ НВМКЦ «ГВКГ» В ПЕРІОД 2018–2019 РР.**

**Я. П. Гончаров, С. В. Скорозінська**

*Українська військово-медична академія*

*Національний військово-медичний центр «Головний військово-клінічний госпіталь»*

Стратифікація ризику розвитку госпітальних ускладнень при інфарктах міокарду необхідна для виявлення тих хворих, у яких деякі медичні втручання можуть покращити клінічний результат. Виділення групи хворих з гострим інфарктом міокарда високого ризику сприяє вчасному застосуванню більш агресивної тактики лікування і покращенню їх прогнозу.

Для оцінки ризику запропонований ряд прогностичних шкал – ТІМІ для гострого коронарного синдрому (ГКС) з підйомом та без підйому сегмента ST на ЕКГ, GUSTO, PURSUIT, PREDICT, CCP. Найбільшу діагностичну значимість і точність має шкала GRACE (GlobalRegistryofAcuteCoronaryEvents) яка була розроблена на базі міжнародного реєстру ГКС.

Стратифікація ризику в шкалі GRACE заснована на клінічних характеристиках (вік, частота серцевих скорочень, систолічний артеріальний тиск, ступінь серцевої недостатності по класифікації Killip, наявність зупинки серця на момент надходження пацієнта), оцінці змін на електрокардіограммі і біохімічних маркерів (кардіоспецифічних

ферментів, рівень креатиніну сироватки). В Україні, стратифікація ризику також ведеться за шкалою GRACE згідно діючим протоколам.

**Мета роботи:** визначення факторів прогнозу госпітальної летальності у пацієнтів з ГКС/інфарктом міокарду в клініці кардіології НВМКЦ «ГВКГ» в період з 2018 – 2019 рр.

**Матеріал та методи дослідження.** В дослідження були включені 90 хворих з ГКС з та без елевації сегмента ST, інфарктом міокарду з та без зубця Q, віком від 32 до 97 років, які були госпіталізовані в клініку кардіології НВМКЦ «ГВКГ» м. Київ в період з січня 2018 по грудень 2019 років. Чоловіків було достовірно більше ( $p < 0,05$ ) ніж жінок (87 чоловіків (96,7%) і 3 жінок (3,3%) відповідно). Для проведення аналізу, пацієнтів розділили на дві групи: I група – 78 пацієнтів (80%), що були виписані, II група – 18 пацієнтів (20%) що померли під час стаціонарного лікування. Статистичний аналіз проводився з використанням пакету статистичної обробки (Statistica 8.0).

**Результати:** нами було встановлено, що середній вік пацієнтів в групі померлих був достовірно вищим ( $82,6 \pm 2,1$  років) ніж у групі хворих що були виписані ( $70,6 \pm 1,6$  років,  $p < 0,001$ ). Також, встановлено статистично значущі зв'язки між госпітальною летальністю та ознаками гострої серцевої недостатності за Killip при госпіталізації (Killip  $\geq$  II у групі померлих була у 83,3% пацієнтів, тоді як у групі виписаних становила – 13,9%,  $p < 0,001$ ). Рівень систолічного артеріального тиску у групі померлих складав  $113,1 \pm 9,5$  мм рт. ст., тоді як у групі виписаних становив  $137,4 \pm 2,9$  мм рт. ст.,  $p < 0,001$ . Рівень креатиніну крові у групі померлих становив  $157,1 \pm 23,3$  мкмоль/л, тоді як у групі виписаних –  $113,7 \pm 8,7$  мкмоль/л,  $p < 0,05$ . Кліренс креатиніну у групі померлих складав  $48,3 \pm 5,8$  мл/хв/ $1,73\text{м}^2$ , тоді як у групі виписаних –  $64,1 \pm 2,3$  мл/хв/ $1,73\text{м}^2$ ,  $p < 0,05$ . Рівень гемоглобіну у групі померлих становив  $117,2 \pm 5,7$  г/л, тоді як у групі виписаних –  $143,5 \pm 2,9$  г/л,  $p < 0,001$ . Рівень гематокриту у групі померлих становив  $0,354 \pm 0,017$  л/л, тоді як у групі виписаних –  $0,430 \pm 0,009$  л/л,  $p < 0,001$ .

Нами не виявлено достовірної різниці між госпітальною летальністю та рівнем частоти серцевих скорочень (ЧСС), лабораторними показниками: креатинфосфокіназою (КФК), КФК-МБ, холестерину, ліпопротеїдів низької щільності, тропоніну.

Стратифікація ризику проводилась за шкалою GRACE: у групі пацієнтів з низьким ризиком 16 пацієнтів жоден з яких не помер, у той час як у групі пацієнтів з середнім ризиком (22 хворих) та високим ризиком (52 хворих) помер 1 (4,5%) та 17 (32,7%) пацієнтів відповідно. Нами встановлено, що чутливість шкали GRACE в умовах НВМКЦ «ГВКГ» становила 100%, специфічність 17,8%.

#### **Висновки:**

1. Нами встановлено, що у пацієнтів з ГКС/інфарктом міокарду, які лікувались в НВМКЦ «ГВКГ», факторами прогнозу госпітальної летальності є: вік, ознаки гострої серцевої недостатності за Killip, рівень систолічного артеріального тиску, рівень креатиніну, кліренс креатиніну, рівень гемоглобіну та гематокриту.

2. Чутливість шкали GRACE в умовах НВМКЦ «ГВКГ» складає 100%, специфічність 17,8%.

### **АНАЛІЗ ТРИРІЧНОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО/ООС НА ГОСТРУ ХВОРОБУ НИРОК У НЕФРОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ НВМКЦ «ГВКГ»**

**Т. М. Метелиця, О. А. Желеховський**

*Українська військово-медична академія*

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я та міжнародних нефрологічних організацій, кількість людей з хворобами нирок станом на 2019 рік складає близько 10% населення планети, й ця цифра з кожним роком зростає. В Україні хворі нефрологічного профілю складають до 6,6% серед пацієнтів загальнотерапевтичного стаціонару.

За час війни на окупованих територіях Донбасу в АТО та ООС взяли участь більше 360 тисяч українських військовослужбовців. Слід зазначити, що окрім бойових поранень, у військовослужбовців зареєстровано зростання кількості соматичних захворювань. Доступні літературні джерела переважно висвітлюють характер бойових травм та поранень, не звертаючи достатньої уваги на соматичні захворювання, у тому числі – хвороби нирок, виникнення або загострення яких пов'язано з перебуванням у бойових умовах, що, у свою чергу, може впливати на боєздатність військ. Кількість учасників бойових дій, які перебували на лікуванні з приводу соматичної патології була на 4% більшою ніж кількість військовослужбовців, які лікувались з приводу поранень. Патологію сечовидільної системи спостерігали у 2,7% учасників АТО/ООС.

**Об'єкт дослідження** – захворюваність на гостру хворобу нирок (ГХН) військово службовців-учасників АТО/ООС, госпіталізованих у відділення нефрології НВМКЦ «ГВКГ» впродовж 2017–2019 рр.

**Предмет дослідження** – частота, структура, особливості клінічного перебігу та лікування гострої хвороби нирок у військовослужбовців-учасників АТО/ООС.

**Висновки:** Встановлено, що госпіталізація військовослужбовців-учасників АТО/ООС з ГХН у нефрологічне відділення НВМКЦ «ГВКГ» становила у 2017 році 1,7%, у 2018 році – 3,0%, а у 2019 році – 1,8% від загальної кількості хворих. Серед госпіталізованих військовослужбовців-учасників АТО/ООС з ГХН переважав контингент осіб старшого офіцерського складу – 47,7%. Збільшилась до 31,6% частка осіб молодшого офіцерського складу. Основну масу склали пацієнти вікових груп 30–45 років – 40,3% та старше 45 років – по 46,3%.

Середня тривалість лікування у період з 2017 по 2019рр. зменшилась на 42%, а максимальний термін лікування – на 52%. У структурі ГХН переважали військовослужбовці-учасники АТО/ООС з діагнозом гострий пієлонефрит, причому, відмічається збільшення кількості хворих з даною нозологією (50,0% – у 2017р., 66,7% – у 2018р. і 73,7% – у 2019 році). Кількість хворих на гострий гломерулонефрит з досліджуваного контингенту зменшувалась з роками: у 2017р. – 44,4%, у 2018р. – 23,3% , у 2019р. – 21,3%.

Охоплення антибактеріальною терапією контингенту хворих серед військово службовців-учасників АТО/ООС з ГХН збільшувалось від 2017 до 2019 року: 2017 р. – 27,8%, 2019р. – 33,3%, 2019 р. – 78,9%. Спостерігалось зменшення використання цефтріаксону від 60% – у 2017 і 2018 рр. до 33,3% – у 2019 р. У 2019 році спостерігалось значне збільшення використання ципрофлоксацину порівняно з попередніми роками: 2017 рік – 60%, 2018 рік – 40%, 2019 рік – 73,3%.

Використання імуносупресивної терапії серед контингенту військовослужбовців-учасників АТО/ООС з ГХН зменшувалось: у 2017 році терапію глюкокортикоїдами отримувало 16,7% пацієнтів досліджуваної категорії, у 2017 році – 6,7%, а у 2019 році – 5, 3%.

## **ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СУДИН**

**С. В. Свічарова, Н. Б. Лаптуха**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** Проблема профілактики та лікування атеросклерозу широко розробляється в світі в зв'язку зі значним зростанням захворюваності, інвалідизації і смертності працездатного населення в індустріально розвинених країнах. Особливо серйозні і важкі такі клінічні прояви, як ішемічна хвороба серця (ІХС) та гострий інфаркт міокарда (ІМ). Достатньо великий інтерес до цього захворювання пов'язаний зі значними економічними витратами на діагностику і лікування цієї категорії пацієнтів.

**Мета дослідження:** оцінити ефективність застосування препаратів гіполіпідемічної терапії у пацієнтів з атеросклерозом судин.

**Матеріали і методи.** Дослідження проводилось на базі кардіологічного відділення ГВМКЦ (ЦКГ) ДПСУВ 2019 році, шляхом ретроспективного аналізу 95 історій хвороб пацієнтів з ІХС. Хворі розподілені на 4 групи, яким проводилась гіполіпідемічна терапія такими препаратами: Аторвастатин, Ніацин, Розувастатин та Фенофібрат. Тривалість лікування становила в середньому  $13,8 \pm 1,3$  днів. Середній вік пацієнтів, які приймали Аторвастатин, становив  $64,8 \pm 4$  років, Ніацин –  $54,7 \pm 12,4$  років, Розувастатин –  $59,3 \pm 5,1$  років, Фенофібрат –  $51 \pm 5,6$  рік.

**Результати дослідження.** Проводячи набір клінічного матеріалу, було зафіксовано, що найбільше приймали препарат Аторвастатин – 48 пацієнтів (51%), на другому місці Розувастатин – 22 (23%), на третьому місці Фенофібрат – 14 (15%), на четвертому місці Ніацин – 11 (12%). Всі лікарські засоби статистично значуще впливають ( $p_a < 0.05$ ) на рівень показників ліпідограми (загальний холестерин, тригліцериди, ЛПНЩ, ЛПВЩ, коефіцієнт атерогенності). Жодний з препаратів статистично значуще не вплинув ( $p_a > 0.05$ ) на рівень маркерів цитолізу печінки (АЛТ, АСТ) чи на показник пошкодження нирок (креатинін). Провівши порівняння ефективності серед даних гіполіпідемічних засобів на вплив показників ліпідограми до лікування і після, ми отримали такі результати: найбільш суттєво на зниження загального холестерину і ЛПНЩ вплинув Аторвастатин, тригліцериди найкраще знизив Фенофібрат, а найбільше збільшив рівень ЛПВЩ – Ніацин, який також показав найкращий показник у зниженні коефіцієнта атерогенності.

**Висновок.** Гіполіпідемічні препарати представляють собою численну групу лікарських засобів різного походження, мають широкий спектр дії і грають важливу роль в первинній та вторинній профілактиці судинних уражень атеросклеротичного генезу. Після проведених досліджень, ми отримали наступні результати: найбільш ефективно впливає на показники ліпідограми (крім тригліцеридів) два препарати: це Ніацин і Аторвастатин. При застосуванні Ніацину нами було зафіксовано, що він найбільше серед усіх інших препаратів збільшує рівень ЛПВЩ – на 21%, а також він показав найкращий результат зменшення коефіцієнта атерогенності – на 46%. Аторвастатин найбільш суттєво вплинув на рівень холестерину і ЛПНЩ – знизив їх на 19% і 28% відповідно. Тригліцериди найбільше зменшив Фенофібрат – на 42%.

## **ОЦІНКА РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ В ЗОНІ ООС, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ**

**М. Ю. Костіненко, О. І. Єщенко**  
*Українська військово-медична академія*

**Актуальність:** Особливістю військової служби завжди був і є швидкий безперервний темп роботи, який супроводжується високою напруженістю й інтенсивністю реалізації фізичних і психологічних ресурсів військовослужбовців, що зумовлює зриви у професійній діяльності, виникнення негативних соматичних, а також психічних станів. Високе фізичне, емоційне навантаження істотно обмежують діяльність та знижують рівень усвідомлення контролю над своєю поведінкою. Внаслідок цього спостерігається зниження працездатності, тривала перевтома, міжособистісні конфлікти, порушення дисципліни, проблеми у родині, що можуть призвести до ризику виникнення психоемоційного виснаження та синдрому хронічної втоми.

**Мета дослідження:** виявити закономірності розвитку хронічної втоми у військово-службовців учасників ООС та розробити рекомендації щодо подальшого відновлювального лікування військовослужбовців.

**Матеріали та методи дослідження.** В роботі застосовувалися методи математичної статистики та психологічні методи. У ході дослідження було обстежено 90 військовослужбовців чоловічої статі віком від 20 до 55 років, які брали безпосередню участь в бойових діях. Пацієнти отримували комплексну фармакотерапевтичну, психо-терапевтичну та фізіотерапевтичну допомогу за протоколом центру медико-психологічної реабілітації клініки професійний захворювань ДУ «Інститут медицини праці ім. Ю. І. Кундієва». Групу контролю склали 98 військовослужбовців з військових частин, які на час проведення дослідження скарг не надавали. Участь у дослідженні була добровільною. Статистична обробка даних проводилась за допомогою пакетів прикладних програм «Microsoft Excel 2010» та STATISTIKA 6,0.

**Результати:** Хронічна втома здатна маскуватися під симптомами і синдромами інших захворювань, і навіть бути одним із факторів розвитку хронічних захворювань інших органів і систем. Для подальшої діагностики та отримання необхідних даних потрібна діагностична база з дослідження цього захворювання. В цій роботі були описані та надані необхідні базові методики для визначення втоми. Виявлено, що на початку лікування у обстежуваних спостерігаються високі показники негативних емоцій та психічних станів. Спостерігається піднесення емоційного стану в кінці лікування, а також покращення таких показників, як психічне благополуччя на 130%, почуття сили і енергії на 140%, бажання до дії 130%. Після проведення лікувальних та реабілітаційних заходів ступінь зв'язності характеристик емоційного стану підвищується в 2 рази. Достовірного покращення зазнали наступні прояви: притупленість емоцій (150%), депресія (120%), загальна тривожність (130%), напади люті (160%). Вірогідно покращилися такі показники: агресивність (120%), погані спогади та переживання (120%), проблеми зі сном (110%) та відчуття провини «людини, що вижила» (110%), оптимізм (110%). Однак здоров'я та психічний стан учасників ООС повністю не відновлюється, що свідчить про необхідність проведення подальших реабілітаційних заходів.

**Висновки:** Для відновлення здоров'я військовослужбовців, які перебували у зоні ООС необхідний індивідуальний та комплексний підхід. Корекція соціальної поведінки полягає у покращенні комунікабельності, відновленні здатності до самореалізації, вирішенні психологічних та соціальних конфліктів. Реабілітація виснаженої, деформованої кризами, депресіями, стресами та перевантаженнями психіки, зняття внутрішньої напруженості і тривожності, для збільшення працездатності, ресурсності і стресостійкості організму, мобілізації внутрішніх резервів на подолання як внутрішніх так і зовнішніх чинників, які негативно впливають на здоров'я військовослужбовців.

## **ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ КИСЛОТОЗАЛЕЖНИМИ ХВОРОБАМИ**

**В. В. Осьодло, О. А. Павлішин, В. З. Волошинський**

*Українська військово-медична академія*

Серед хвороб органів травлення на початковому етапі проведення АТО переважали кислотозалежні захворювання. Структура, клінічний перебіг та медикаментозне за безпечення захворювань езофагогастродуоденальної ділянки у військовослужбовців на сучасному етапі потребували уточнення.

Проаналізовано результати клінічного перебігу й медикаментозного забезпечення 556 хворих із захворюваннями езофагогастродуоденальної ділянки, які поступили в клініку гастроентерології НВМКЦ «ГВКГ» з 01.01.2016 по 31.12.2017 рр. Під час оцінки результатів ФЕГДС при виразковій хворобі (ВХ) шлунка і дванадцятипалої кишки, використовувалась бальна шкала за такими критеріями: 1 бал – виразка; 2 бали – рубцювання; 3 бали – ендоскопічна ремісія. Під час оцінки результатів ФЕГДС при ГЕРХ

також використовувалась бальна шкала з такими критеріями: 1 бал – ерозивно-виразкове пошкодження; 2 бали – катаральне запалення; 3 бали – ендоскопічна ремісія.

Встановлено, що кількість госпіталізованих із захворюваннями езофагогастро-дуоденальної ділянки військовослужбовців, що брали участь в АТО у 2016–2017 рр., дещо переважає кількість військовослужбовців, які не брали участі в АТО. Так, за період дослідження в клініку гастроентерології поступило 556 хворих із захворюваннями езофагогастродуоденальної ділянки: у 2016 році (261) та у 2017 році (295) пацієнтів. З них учасників АТО у 2016 році – 137 (52,5%) та 166 (56,3%) у 2017 році; 124 (47,5%) військовослужбовців, які не брали участі в АТО у 2016 році та 129 (43,7%) – у 2017 році.

Найпоширенішою нозологією упродовж 2 років за остаточним діагнозом стала ВХ шлунка та дванадцятипалої кишки – у 229 (41,2%) хворих, також зберігається висока захворюваність на GERX – 115 (20,7%) хворих та гастродуоденіт – 186 (33,5%) хворих. При цьому госпіталізація учасників АТО (288; 54,3% хворих) кількісно і в процентному співвідношенні переважає групу порівняння (не учасники АТО) – 242 (45,7%). Серед госпіталізованих військовослужбовців загальна частка ускладнень ВХ склала 10%, в учасників АТО – 6,1% і в групі порівняння – 3,9%.

У структурі кислотозалежних захворювань у військовослужбовців на етапі надання спеціалізованої медичної допомоги переважають ерозивні, виразкові та ерозивно-виразкові ураження езофагогастродуоденальної зони, з переважанням в учасників АТО ерозивно-виразкових ушкоджень у 38,5%, порівняно з 21,7% військовослужбовців постійного контингенту та ерозивної форми GERX у 75% учасників АТО, порівняно з 57,1% відповідно,  $P < 0,05$ .

Показано, що при лікуванні ВХ застосовувалась трьохкомпонентна та чотирьохкомпонентна (із додаванням препарату вісмуту) схеми АГБТ. Встановлено, що при застосуванні схеми лікування із препаратом вісмуту субсаліцилату ефективність лікування збільшується. Так, прояви диспепсії при додатковому застосуванні препарату вісмуту зникали у хворих на 4–5-й день, а больовий синдром на 2–4-й день, при лікуванні без препарату вісмуту біль зберігався протягом 3–4-х днів, а диспепсія проявлялась до 5–6-ти днів. На ФЕГДС-контролі при застосуванні препаратів вісмуту показники також вищі, ніж при трьохкомпонентній схемі (2,36 проти 2,0 балів).

При порівнянні ефективності препаратів вісмуту, які застосовувались у лікуванні ВХ препарати вісмуту субцитрату колоїдного виявились ефективнішими за препарати вісмуту субнітрату. Так, при застосуванні препарату вісмуту субнітрату прояви диспепсії зберігались до 5-ти днів, а біль до 3-х днів, при ФГДС – контролі 2,27 бала; проти 2,4 днів больового синдрому і 4-х днів диспепсії та 2,46 бала при ФГДС – контролі при застосуванні вісмуту субцитрату.

Додавання до ІПП антацидів та вісмуту субнітрату при GERX суттєво не впливало на стан СО стравоходу.

## **ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ**

**С. Р. Авезова-Страхоцька, С. А. Бичкова**

*Українська військово-медична академія*

Незважаючи на значні успіхи, досягнуті людством у діагностиці та лікуванні не госпітальної пневмонії (НП), це захворювання продовжує розглядатися як стан, що загрожує життю хворого і є головною причиною смерті від інфекційних хвороб. Воно також асоційоване з суттєвими соціальними і економічними збитками, яке несесуспільство в усьому світі. Супутні захворювання є одним із факторів, які обтяжують перебіг

пневмонії, при чому кожне має свій специфічний вплив на перебіг та вихід пневмонії. Особливе місце в цьому переліку хвороб займає хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), поєднання якого із пневмонією часто зустрічається в клінічній практиці. Дослідження останніх років показали, що ХОЗЛ зустрічається як супутня патологія у 19–62% пацієнтів із НП, при цьому, якщо обидві нозологічні одиниці об'єднуються, то, відповідно, зростає і рівень летальності як наслідок більш важких порушень газообміну та великої кількості коморбідної патології у таких хворих. Взаємно обтяжуючий перебіг НП та ХОЗЛ зумовлений складністю діагностики через домінування симптомів бронхіальної обструкції над ознаками НП, і навпаки, легенева недостатність іноді трактується як ознака важкої НП, що призводить до недооцінки симптомів ХОЗЛ.

**Мета роботи** – визначення особливостей клінічного перебігу, діагностики та лікування негоспітальних пневмоній у військовослужбовців, які мають супутнє хронічне обструктивне захворювання легень.

**Об'єкт дослідження:** негоспітальна пневмонія у військовослужбовців та пенсіонерів МО із супутнім ХОЗЛ.

**Предмет дослідження:** клінічні симптоми, тяжкість перебігу, рентгенологічні особливості, антибактеріальна терапія та показники функції зовнішнього дихання у хворих на негоспітальну пневмонію, які мали супутнє хронічне обструктивне захворювання легень.

В дослідження було включено 87 пацієнтів, що знаходились на обстеженні та стаціонарному лікуванні в клініці пульмонології Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ».

Основну групу (ОГ) склали 42 хворих на НП чоловічої статі, середній вік яких становив  $67,3 \pm 4,2$  роки із супутнім ХОЗЛ, групи В та С, рівень обструкції GOLD 2–3. До групи порівняння (ГП) увійшли 48 хворих на НП без супутньої легеневої патології, співставлювані за віком та статтю з основною групою. Критеріями включення в дослідження пацієнтів були: вік пацієнта старше 40 років, наявність встановленого рентгенологічно підтвердженого діагнозу НП, наявність встановленого діагнозу ХОЗЛ, із визначеним ступенем обструкції за GOLD.

У хворих на НП із супутнім ХОЗЛ спостерігається більш повільний початок хвороби із поступовим наростанням інтенсивності кашлю, задишки та ступеня гнійності мокроти. У пацієнтів основної групи виявлено достовірно вищий відсоток хворих із тяжким перебігом та полісегментарною або дольовою локалізацією процесу відносно групи порівняння.

Призначення комбінованого антибактеріального лікування із включенням цефалоспоринів III покоління та макролідів у поєднанні з пролонгованими інгаляційними бронходилататорами має виражений позитивний клінічний ефект. Препаратом II ряду в лікуванні пацієнтів з негоспітальною пневмонією, поєднаною із ХОЗЛ, має бути фторхінолон III покоління, який довів свою високу терапевтичну ефективність.

## **ОЦІНКА СТАНУ ТА ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ**

**О. С. Кривцова, М. М. Коваль**

*Українська військово-медична академія*

Артеріальна гіпертензія (АГ) є найбільш поширеним неінфекційним захворюванням у більшості країн світу. Це один із провідних чинників зростання серцево-судинних ускладнень, інвалідизації та зменшення тривалості життя. За даними офіційної статистики МОЗ на 1 січня 2014 року в Україні зареєстровано 12 153 040 хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), що становить 32,2% дорослого населення країни.

Актуальною ця проблема залишається і для Збройних Сил (ЗС) України. Умови військової служби, що характеризуються постійним психоемоційним та фізичним

навантаженням, особистою відповідальністю за забезпечення повсякденної готовності до виконання завдань зі збройного захисту Держави створюють передумови до виникнення у військовослужбовців артеріальної гіпертензії, яка посідає перше місце у структурі поширеності хвороб системи кровообігу і є однією з основних причин звільнення військово-службовців за медичними показами. Тому цей аспект проблеми потребує комплексного дослідження, а антигіпертензивна терапія зокрема потребує постійного вдосконалення та оновлення, відповідно до умов сьогодення, які змінюються надзвичайно швидко.

**Метою дослідження** стало визначення та обґрунтування диференційованих підходів до лікування артеріальної гіпертензії у військово-медичних закладах Міністерства оборони України та визначення можливих шляхів його покращення.

**Об'єктом дослідження** були військовослужбовці та пенсіонери ЗС України, хворі на артеріальну гіпертензію, які проходили стаціонарне лікування у військово-медичних закладах Міністерства оборони України.

**Предмет дослідження** – зміни показників артеріального тиску у військово-службовців в залежності від виду застосованої антигіпертензивної терапії та вплив лікування фіксованими комбінаціями антигіпертензивних препаратів на рівень артеріального тиску у військово-службовців в різних військово-медичних закладах Міністерства оборони України (МОУ).

Для досягнення поставленої мети були поставлені такі завдання: оцінити та проаналізувати структуру пролікованих у військово-медичних закладах військово-службовців, визначити частоти АГ в структурі загальної захворюваності, характер супутньої патології та її вплив на вибір антигіпертензивного препарату, оцінити стану антигіпертензивної терапії у військово-медичних закладах, проаналізувати частоту призначення та ефективність застосування основних груп антигіпертензивних препаратів.

Для виконання поставлених завдань було проведено ретроспективний вибірковий аналіз медичних карт стаціонарних хворих на АГ кардіологічних (терапевтичних) відділень та звітних документів військово-медичних закладів МОУ, здійснено їх обробку та аналіз. Дослідження проводилось одночасно в 3-х військово-медичних закладах МОУ (65-й військовий мобільний госпіталь, 409-й військовий госпіталь та Військово-медичний лікувально-реабілітаційний клінічний центр м. Ірпінь) за 2017–2019 роки. Період обстеження та лікарняні заклади визначалися методом випадкового вибору.

За результатами проведених досліджень встановлено, що артеріальна гіпертензія – це часта патологія в структурі захворювань військовослужбовців, вона діагностується у 26,8% стаціонарних хворих військово-медичних закладів МОУ із суттєвими коливаннями (від 9,2% до 47,3%) по закладах; офіцери, генерали, військовослужбовці за контрактом та пенсіонери МОУ займають основну частку серед хворих на АГ військовослужбовців, а це вказує на те, що дані контингенти потребують посиленої уваги та, можливо, корекції антигіпертензивної терапії; висока частота супутніх захворювань інших органів та систем притаманна переважно військовослужбовцям старших вікових груп ( $3,95 \pm 0,28$  супутніх хвороб у одного військовослужбовця, хворого на АГ, віком старше 50 років); під час лікування артеріальної гіпертензії присутній помірний рівень поліпрагмазії (середня кількість антигіпертензивних препаратів, що призначалися одному хворому, становила  $1,99 \pm 0,20$  і мала незначні відмінності по військово-медичним закладам); виявлено збільшення частоти призначень комбінованих антигіпертензивних засобів I ряду у порядку підвищення рівня допомоги, яка надається у військово-медичному закладі (від військового мобільного госпіталю до Військово-медичного клінічного центру) та виявлено, що варіабельність частоти призначення антигіпертензивних засобів різних фармако-терапевтичних груп в певних військово-медичних закладах в меншій мірі (13,3–23,8%) залежала від характеру і частоти супутніх захворювань, а в переважній більшості (на 76,2–86,3%) відмінності в значеннях даного показника визначалися дією інших факторів (суспільних та економічних).



Отримані дані обґрунтовують необхідність розробки диференційованих стандартів лікування артеріальної гіпертензії у хворих військовослужбовців з урахуванням рівня допомоги в певному військово-медичному закладі, взаємодії лікарських препаратів різних фармако-терапевтичних груп за умов вікової поліморбідності, а також це вимагає оптимізації фінансування медикаментозного забезпечення в стаціонарах військово-медичних закладів МОУ в напрямку спрямованості на сучасні комбіновані антигіпертензивні препарати.

## **КИСЛОТОЗАЛЕЖНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В УЧАСНИКІВ АТО/ООС У 2017–2019 рр.: ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ, НАСЛІДКИ, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ**

**Б. В. Грибук, О. А. Желеховський**  
*Українська військово-медична академія*

Хвороби органів травлення посідають третє місце у структурі захворюваності військовослужбовців, друге – у структурі показників госпіталізації та звільняємості зі служби.

До найпоширеніших хвороб органів травлення у військовослужбовців належать кислотозалежні захворювання (КЗЗ). Традиційно до КЗЗ відносять гостро езофагальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), хронічний гастрит та гастродуоденіт, пептичну виразку шлунка і дванадцятипалої кишки, функціональну диспепсію, гастропатії, зумовлені прийомом нестероїдних протизапальних препаратів та рідкісні гіперсекреторні стани (синдром Золлінгера-Еллісона). Деякі автори відносять до кислотозалежних хвороб гострі панкреатити та гострі атаки хронічного панкреатиту (ГАХП). Вони вимагають значних витрат на лікування, призводячи до зниження якості життя пацієнтів та формування ускладнень при неадекватній терапії.

При сучасній бойовій травмі зростає вірогідність загострення хронічних захворювань травного тракту, а відсутність своєчасної діагностики й лікування може мати несприятливі наслідки.

Найчастіше зустрічаються загострення ГЕРХ, ХГ та виразкової хвороби шлунка (ВХ) і дванадцятипалої кишки (ДПК); нерідко приєднуються гепатопатія, реактивний чи токсичний гепатит, панкреатит, холецистит; рідше – ентероколіт, псевдомембранозний коліт. Очікувати дебюту захворювань слід в період з 3–4-ї доби травматичної хвороби, при цьому вірогідність загострень тим вища, чим важчі пошкодження і стан пораненого.

Досвід бойових дій свідчить про найчастіші ураження езофагогастродуоденальної зони (ЕГДЗ) у військовослужбовців. Ерозивні зміни в шлунку і ДПК виявляють у 30–40% військових, які брали участь у бойових операціях. У цих випадках частка ерозивної форми ГЕРХ зростає з 5 до 22%, а у 60–80% поранених мають місце ерозивно-виразкові пошкодження, нерідко з геморагічним компонентом.

**Об'єкт дослідження.** Захворюваність на кислотозалежні захворювання органів травлення серед військовослужбовців-учасників АТО/ООС що лікувались у клініці гастроентерології НВМКЦ «ГВКГ» з січня 2017 по грудень 2019 рр.

**Предмет дослідження.** Рівень та структура захворюваності на кислотозалежні захворювання серед військовослужбовців-учасників АТО/ООС.

**Висновки.** Аналіз отриманих даних свідчить про те, що за досліджуваний період в клініці гастроентерології НВМКЦ «ГВКГ» у структурі захворювань органів травлення серед хворих, учасників АТО/ООС переважають кислотозалежні захворювання (58,5%), в їх структурі найбільш частими є виразкова хвороба (40,4%), на другому місці – хронічний гастродуоденіт (30,6%), на третьому місці – ГЕРХ (23,8%). При аналізі контингентів серед пацієнтів переважали офіцери (57,3%). Причинами госпіталізації переважно були вперше виникненні захворювання (47,2%), що пояснюється тим, що військовослужбовці в умовах виконання бойових дій в АТО/ООС піддаються впливу безлічі негативних факторів,

а саме: нерегулярне та нераціональне харчування, шкідливі звички, негативний психоемоційний стан, важкі фізичні навантаження. На госпіталізацію хворі переважно надходили за направленнями клініки амбулаторної допомоги НВМКЦ «ГВКГ» (59%) і командира частини (22,9%). Рішення ВЛК, а саме: непридатність до військової служби з виключенням з військового обліку (1,3%), обмежена придатність (7,5%), а також звільнення від виконання службових обов'язків на різні терміни (23,3%) має негативний вплив на бойову здатність військ, що є головною умовою їх високої бойової готовності.

## **ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ**

**М. О. Раскінд, М. М. Селюк**

*Українська військово-медична академія*

**Мета.** Вивчити вплив порушень функції нирок та додаткових факторів ризику у військовослужбовців на частоту виникнення ФП

### **Завдання дослідження.**

1. Проаналізувати частоту виникнення різних форм ФП у військовослужбовців при ХХН залежно від стадії захворювання.

2. Визначити вплив додаткових ФР у військовослужбовців на ступінь важкості ХНН.

3. Вивчити ШКФ у військовослужбовців при ФП.

**Результати власних досліджень.** Нами було обстежено 38 хворих на базі в/ч А2923 (м. Ірпінь). Для проведення основного аналізу всі хворі були розділені на 2 групи по стадіям ХХН: першу групу склали 20 пацієнтів з ХХН II стадії, другу групу – 18 пацієнтів з ХХН III стадії. Пацієнти були співставні по віку і по статі. В результаті досліджень впливу ХХН на виникнення фібриляції передсердь, було виявлено що у першій групі (ШКФ=70,8±9) частіше зустрічалась персистуюча форма ФП – у 14 пацієнтів (70%), постійна – у 6 пацієнтів (30%). У другій групі (ШКФ=49,6±5) частіше зустрічалась постійна форма ФП – у 15 пацієнтів (83,3%), персистуюча – у 3 пацієнтів (16,7%). Додаткові фактори ризику, що призводять до ФП такі як гіпертонічна хвороба, гіперкаліємія, анемія також були більш вираженими у другій групі пацієнтів (ХХН III ст.). Це свідчить про те, що при зменшенні швидкості клубочкової фільтрації підвищується ризик виникнення постійної форми фібриляції передсердь.

**Висновки.** Ступінь порушень функції нирок - вагомий фактор ризику виникнення та прогресування ФП. ШКФ є основним фактором ризику виникнення і прогресування ФП у військовослужбовців.

1. В результаті проведеного дослідження нами виявлено, що у військовослужбовців з ХХН при прогресуванні захворювання частота виникнення ФП збільшується. З прогресуванням ХХН більш висока ймовірність постійної форми ФП.

2. До основних факторів ризику, що впливають розвиток ФП при ХХН є АГ, порушення електролітного обміну, та розвиток анемії.

3. Основним фактором, що суттєво впливає на розвиток і важкість перебігу ФП є ШКФ.

## ХАРАКТЕРИСТИКА АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ КУРСАНТІВ ВИЩИХ ВІЙСЬКОВИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

А. Г. Дзюбенко, В. В. Стеблюк

*Українська військово-медична академія*

Особливістю ЗС України на сьогодні є формування професіоналів у своїй справі. Це є складним процесом, який передбачає, насамперед, комплектування особового складу військовослужбовцями за контрактом.

Питання адикції надзвичайно актуальне у Збройних Силах України. Взаємозв'язок адитивної поведінки молоді та її здоров'я є цікавою і в теоретичному, і в практичному плані проблемою, що потребує постійних досліджень у сфері з'ясування конкретних факторів, які впливають на зниження рівня здоров'я молоді.

**Метою дослідження** було дослідити особливості перебігу адитивної поведінки у студентів вищих військових навчальних закладів.

Основними завданнями які стояли перед нами це виявлення адикції до ПАР та інших залежностей у студентів вищого військового навчального закладу та встановити наявність статистичної значущості впливу статі на виникнення залежності.

В основу роботи було покладено обстеження 100 військовослужбовців віком 17–18 років (курсанти 1-го року навчання Військового інституту телекомунікацій та інформатизації).

Серед них було 60 хлопців та 40 дівчат. В основу оцінки адикції до ряду залежностей було покладено тестування з допомогою тесту AUDIT. Його запитання зведені у три концептуальні розділи (домени), які охоплюють всі стадії та складові формуючої залежності. Підраховувати бали AUDIT легко. Кожне запитання передбачає кілька варіантів відповідей, та кожному варіанту відповіді відповідає своя оцінка в межах від 0 до 4 балів. Після оцінки в балах відповідей на кожне запитання всі отримані цифри повинні бути складені. Отримана сума балів дозволяє досить точно оцінити стан респондента, віднести його до одної з 4 категорій та визначити інтенсивність потрібного втручання.

У зв'язку з тим, що всі види залежності (як хімічної, так і нехімічної природи) мають багатоспільного в механізмах формування, стадіях розвитку та клінічних проявах, прийшли до заключення про можливість використання старанно продуманої та чудово себе виправданої на практиці деології AUDIT для дослідження інших, неалкогольних аддикцій.

Серед шести залежностей (алкоголь, табак, стимулятори, ігри, інтернет, канабіс) на першому місці виявили залежність від інтернету, на другому – тютюн, на третьому – алкоголь. Також серед зон ризику визначили вплив статі на виникнення залежності. Перша зона – відносно безпечне вживання алкоголю, друга зона – небезпечне вживання, третя зона – небезпечне вживання з шкідливими наслідками, четверта зона – алкогольна залежність згідно з критеріями МКБ-10.

Проаналізовано результати тестування 100 осіб. З них сформовано 3 однорідні групи з наявністю таких залежностей: перша група – інтернет кількістю 49 осіб, друга група – 20 осіб, третя група – 13 осіб. Всього 82 людини. Інші 18 осіб не брались до уваги, так як серед них 14 людей за результатами тестування знаходились в I зоні за всіма видами залежностей, інші четверо – знаходились одночасно в залежності від інтернету, тютюну та алкоголю.

Провівши аналіз розподілу кожної залежності від рівня ризику, отримано наступні результати: канабіс, ігри, стимулятори, практично однаково займають місце в першій зоні – 21,1%, 20,4%, 20,9% відповідно, алкоголь – 17,7%, тютюн – 16,2%, інтернет – 3,8%. В другій зоні перше місце зайняв інтернет – 59,1%, на другому місці алкоголь – 24,2%, на третьому місці тютюн – 10,6%, від канабісу, ігор та стимуляторів залежними опинилося найменше осіб – 1,5%, 1,5%, 3% відповідно. В третій зоні першість знову займає інтернет – 66,7%, на другому місці тютюн – 20%, на третьомумісці алкоголь та ігри – 6,7% та 6,7%, залежних від канабісу та

стимуляторів в третій оні не виявлено. В четвертій зоні перше місце посідає інтернет – 67,3%, друге місце тютюн – 28,6%, третє місце – 4,1%, залежних від канабісу, стимуляторів та алкоголю в третій зоні не виявлено.

Зробивши висновки можна сказати що в досліджуваній групі обсягом 82 одно рідних піддослідних, мають залежність від інтернету 49 осіб, або 59,8%, від тютюну – 20, або 24,4%, від алкоголю – 13, або 15,9% відповідно.

В результаті дослідження встановлено наявність статистичної значущості впливу статі на виникнення залежності ( $p_{\alpha} (\chi^2, df=2)=0,037$ ). Жінки більш схильні до виникнення залежності до інтернету, ніж чоловіки. З тютюном ситуація протилежна: чоловіки більш схильні, ніж жінки.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ПОЄДНАНУ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

**О. О. Федорова, І. Ю. Калашник**

*Українська військово-медична академія*

Згідно даних епідеміологічних досліджень у більшості хворих із артеріальною гіпертензією (АГ) спостерігається наявність коморбідного фону, що потребує визначення особливих підходів до її діагностики. В сучасній клінічній практиці та наукових дослідженнях добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ) відіграє одну із головних ролей, оскільки дає змогу не лише характеризувати добовий профіль артеріального тиску (АТ), але й оцінювати прогностичні ризики подальшого перебігу захворювання, що є актуальним для поєднаної патології. Ефективний контроль АТ у хворих із цукровим діабетом (ЦД) 2 типу є одним із важливих компонентів лікування, що дозволяє сповільнити формування та прогресування макро- та мікросудинних ускладнень і подовжити життя пацієнта.

**Мета дослідження:** визначення особливостей показників ДМАТ у хворих на АГ, поєднану із ЦД 2 типу.

**Матеріали і методи дослідження.** Добір хворих для клініко-статистичного аналізу проводили методом суцільної вибірки із включенням у дослідження історій хвороб 60 пацієнтів із АГ, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Національному військово-медичному клінічному центрі «ГВКГ» з 2017 р. по 2020 р. Середній вік пацієнтів складав (65,1+7,5) року. Хворі були розподілені на 2 групи в залежності від наявності ЦД 2 типу. Першу (основну) групу хворих склали 30 осіб із АГ, поєднану із ЦД 2 типу. Другу групу – 30 осіб із АГ без супутньої патології. В усіх групах хворі були співставні за віком, статтю, тривалістю захворювання. Контрольну групу склали 15 здорових осіб зіставних за віком. В медичній документації вивчались показники ДМАТ, загальноклінічні лабораторні дослідження. Статистичні розрахунки проводили з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel.

**Результати дослідження.** В першій (основній) групі хворих із АГ та ЦД 2 типу у більшості випадків спостерігались патологічні типи добового профілю АТ: у 22 (73,3%) хворих – «нон-діпери»; у 7 (23,3%) хворих – «найт-пікери». Нормальний тип «діпери» спостерігався тільки у 1 (3,3%) хворого. В другій групі хворих із АГ без ЦД 2 типу спостерігалось протилежне: більшість хворих (66,7%) мали нормальний тип добового профілю АТ «діпери», 26,7% – «нон-діпери», 6,7% – «овер-діпери». У обстежених хворих із АГ у поєднанні із ЦД 2 типу виявлено значне підвищення високопатогенних фракцій холестерину: рівень холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) був вищим на 32,1% ( $p<0,05$ ), рівень тригліцеридів (ТГ) – на 39,2% у порівнянні з відповідними показниками в групі хворих із АГ без супутньої патології ( $p<0,05$ ). В основній групі

хворих у більшості випадків (56,7%) виявлено Іа тип гіперліпопротеїнемій, у 30% – Ів тип гіперліпопротеїнемій за D.Fredrickson.

Тільки у хворих із АГ при поєднанні ЦД 2 типу результати кореляційного аналізу між показниками варіабельності АТ та ТГ ( $r=+0,74$ ;  $p<0,05$ ); ХС ЛПНЩ ( $r=+0,62$ ;  $p<0,05$ ) показали існування вірогідного прямого, а між варіабельністю АТ і швидкістю клубочкової фільтрації – зворотного кореляційного зв'язку ( $r= -0,69$ ;  $p<0,05$ ).

**Висновки.** Встановлено, що особливістю ДМАТ у хворих із АГ у поєднанні із ЦД 2 типу є наявність прогностично несприятливих показників добового профілю АТ: високої варіабельності АТ і патологічних типів добового профілю «нон-діпери» і «найт-пікери». У хворих із АГ при поєднанні ЦД 2 типу встановлена асоціація між варіабельністю АТ та основними показниками ліпідного спектру крові (вірогідний прямий кореляційний зв'язок), а також швидкістю клубочкової фільтрації (вірогідний зворотний кореляційний зв'язок).

## **ПЕРЕВАГИ ДОДАТКОВОГО ВКЛЮЧЕННЯ В СХЕМУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ІНГАЛЯЦІЙНОГО ІЗОНІАЗИДУ В ІНТЕНСИВНУ ФАЗУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

**Н. М. Костик, А. Р. Сапожніков, Т. М. Галкіна**

*Українська військово-медична академія*

*Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ»*

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), туберкульоз (ТБ) займає перше місце в списку соціально-значущих і соціально-обумовлених захворювань, будучи провідною причиною смерті від інфекційних захворювань. Щорічно у світі діагностують ТБ у 8 млн чоловік і близько 2 млн осіб помирають від цього захворювання. Україна відноситься до 18 країн Європейського регіону, на які приходить до 87% випадків ТБ, що у 8 разів більше відносно інших країн. З кожним роком в Україні збільшується кількість хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ), який в 87,7% випадків охоплює, переважно, людей працездатного та репродуктивного віку. Одним із пріоритетних завдань фтизіатрії залишається лікування хворих на ВДТБ, що попереджує розвиток занедбаних форм захворювання, які є найбільш загрозливими в епідеміологічному контексті та щороку діагностуються у 30–40% даної категорії хворих.

Згідно з офіційними статистичними даними, ефективність лікування вперше виявлених хворих на туберкульоз в Україні за стандартним режимом хіміотерапії протягом останніх років залишається практично на одному рівні і не має тенденції до покращення. Завдання щодо подальшого підвищення ефективності лікування хворих з уперше діагностовано туберкульозом легень полягають не тільки у підвищенні частоти закриття порожнин розпаду і припинення бактеріовиділення, а й у досягненні високих результатів терапії у коротші терміни, без формування великих залишкових змін у легенях, що дозволить військовослужбовцям продовжити проходження військової служби. Тому актуальним є пошук методів лікування туберкульозу органів дихання, які б відрізнялися високою ефективністю і не мали побічних реакцій.

**Мета дослідження** – вивчити ефективність застосування інгаляційного застосування ізоніазиду в інтенсивну фазу в складі комплексної протитуберкульозної терапії у хворих на туберкульоз легень військовослужбовців.

**Результати дослідження.** Було проаналізовано 52 архівні історії хвороби хворих на туберкульоз легень, які лікувалися у клініці туберкульозу Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» з 2014 по 2019 роки. Хворих на туберкульоз органів дихання було розподілено на дві групи. 30 пацієнтів основної групи отримували стандартну протитуберкульозну терапію та додатково ізоніазид інгаляційно через

небулайзер протягом інтенсивної фази лікування (2 місяці). 22 пацієнтам було призначено тільки стандартну протитуберкульозну терапію.

В результаті проведених досліджень встановлено, що після завершення інтенсивної фази хіміотерапії у хворих основної групи, які додатково отримували інгаляційну форму ізоніазиду, на 29,7% швидше припинялось бактеріовиділення, на 28,1% зменшились великі залишкові зміни в легенях, на 38,7% зменшились рубцеві стенози бронхів та зменшилась загальна тривалість стаціонарного лікування до  $(2,4 \pm 0,4)$  міс.

**Висновок.** Застосування інгаляційного ізоніазиду в інтенсивну фазу в складі комплексної протитуберкульозної терапії у хворих на туберкульоз легень військово-службовців сприяє зменшенню тривалості бактеріовиділення, великих залишкових змін в легенях, рубцевих стенозів бронхів та загальної тривалості стаціонарного лікування.

## **АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ В УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ/ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ (АТО/ООС) ЗА 2014–2019, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД НИХ ТРИВАЛОСТІ ЛІКУВАННЯ**

**Т. М. Галкіна, Н. В. Прус**

*Українська військово-медична академія*

У квітні 1993 р. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) проголосила туберкульоз (ТБ) глобальною проблемою, а в 1995 р., за критеріями ВООЗ, в Україні зафіксовано епідемію туберкульозу. З 1992 по 2005 рр. захворюваність на всі форми туберкульозу зросла у 2,4 рази. За даними ВООЗ, в Україні розрахункова захворюваність на ТБ легень у 2015 р. становила 91 випадок на 100 тис. населення, проте, у 2018 р. – 62,3 випадків на 100 тис. населення. Протягом останніх 10 років в Україні спостерігається зниження захворюваності на туберкульоз. Щороку рівень захворюваності знижується серед загального населення – на близько 2,5%. Однак в Україні щороку своєчасно не виявляється 22,5% випадків захворювання на ТБ, що сприяє подальшому поширенню ТБ серед населення. ВООЗ внесла Україну до списку з 30 країн світу із найвищим тягарем мультирезистентного туберкульозу (МРТБ), з оцінкою кількості 22 000 випадків МРТБ у 2015 році. За даними рутинного епідагляду, в 2015 році виявлено лише 8440 випадків МРТБ, що свідчить про значне його недовиявлення та потребує вжиття невідкладних заходів. ТБ легень також є однією з основних причин смертності пацієнтів, інфікованих вірусом імунодефіциту людини. На сьогодні туберкульоз цілкомвиліковне захворювання, однак в Україні щодня від цієї інфекційної хвороби помирає 9,5 відсотка на 100 тис. населення, за даними 2017 року. У нашій країні пацієнти з чутливим туберкульозомвиліковуються лише у 76% випадків, з мультирезистентним туберкульозом або зі стійкістю до основних протитуберкульозних препаратіввиліковуються лише у 50% випадків, а пацієнти з широкою лікарською стійкістю, на жаль, лише – щотретій. Захворюваність на туберкульоз у Збройних силах України так, як і в Україні, мала тенденцію до зростання. У 2013 р. показник поширеності туберкульозу знизився на 21,8%, у 2014 р. – на 18%. Однак, у зв'язку з проведенням антитерористичної операції (АТО)/ООС, захворюваність на туберкульоз серед військовослужбовців почала невинно зростати. Насамперед це пов'язано з погіршенням умов побуту, нерегулярним харчуванням, порушенням режиму сну та відпочинку, перебуванням в постійних умовах стресу, що згубно впливає на імунну систему організму та збільшує сприйнятливність до мікобактерій, складністю проходження повного курсу лікування (від 6 до 36 місяців), чи недостатньою схемою лікування. Одним з головних завдань фтизіатричної служби у Збройних силах України (ЗСУ) є попередити розвиток занедбаних форм туберкульозу, які щороку діагностуються у 30–40% хворих і прогнозвиліковування яких, є малосприятливим.

**Мета роботи:** дослідити особливості клінічного перебігу та тривалості лікування ТБ легень у військовослужбовців – учасників АТО/ООС, госпіталізованих у клініку туберкульозу Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ») за період із серпня 2014 року по грудень 2019 року.

**Об'єкт дослідження:** туберкульоз легень у військовослужбовців.

**Предмет дослідження:** залежність тривалості лікування від нозологічної форми туберкульозу.

У клініку туберкульозу з 2014 по 2019 рр. було госпіталізовано 355 військово-службовців – учасників АТО. В 2014 р. – 29 (12,7%); 2015 р. – 66 (28,8%); 2016 р. – 88 (41,9%); 2017 р. – 74 (42,3%); 2018 р. – 53 (31,5%); 2019 р. – 45 (31,7%). Загальна кількість хворих з 2018–2019 рік зменшується, але у відсотковому відношенні суттєво не відрізняється з попередніми роками. Середня тривалість лікування туберкульозу, не перевищує терміни інтенсивної фази лікування 60–90 діб, згідно вимог «Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз.», Наказ МОЗ України від 04.09. 2014 року, №620. Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі клініки туберкульозу НВМКЦ «ГВКГ» майже не відрізнялась за останні п'ять років: у 2014 р. становила 36 ліжко-днів, 2015 р. – 45, 2016 р. – 45, 2017 р. – 36,72 ліжко-днів; 2018 р. – 43,99 ліжко-днів; 2019 р. – 50,62 ліжко-днів. Середня тривалість не порушує вимог клінічного протоколу. При вивченні залежності тривалості лікування від нозологічної форми виявилось, що найтриваліший за шість років ліжко-день мали пацієнти з інфільтративним і вогнищевим ТБ легень – 2763 та 1222 відповідно, порівняно з дисемінованими та фібринозно-кавернозними формами ТБ легень (811 та 372 ліжко-дня).

**Структура хворих за основними нозологічними формами ТБ легень** в учасників АТО, згідно з даними клініки туберкульозу НВМКЦ «ГВКГ», у 2014–2019 рр. складалася з таких форм: інфільтративний ТБ – 26,05%, вогнищевий – 12,9%, дисемінований – 7,6%, туберкульозний плеврит – 2,9%, туберкульома – 2,9%, фібринозно-кавернозний – 0,79%, генералізований – 0,52%, ТБ кісток та суглобів – 0,53%, ТБ очей – 0,26%, але міліарний туберкульоз, казеозна пневмонія не спостерігались.

**За станом здоров'я** на момент надходження в клініку туберкульозу НВМКЦ «ГВКГ» у 2014–2019 рр. пацієнти госпіталізувались в задовільному стані або в стані середньої тяжкості. У 2014 р. частка хворих у задовільному стані становила 85,7%, середньої тяжкості – 14,3%; у 2015 р. кількість хворих у задовільному стані – 94,4%, середньої тяжкості – 5,6%; у 2016 р. пацієнтів в задовільному стані надійшло 88,9%, середньої тяжкості – 11,1%; у 2017 р. у хворих на легеневі форми ТБ діагностовано задовільний стан в 92%, а середньої тяжкості – 8%; у 2018 р. пацієнтів в задовільному стані надійшло 88,9%, середньої тяжкості – 11,1%; у 2019 р. пацієнтів в задовільному стані надійшло 76,9%, середньої тяжкості – 10,3%.

**Причинами госпіталізації були:** у 2014 р. – 12 направлень на лікування та 2 на військово-лікарську комісію (ВЛК); у 2015 р. – 24 направлення на лікування, 11 на ВЛК та 1 на обстеження; у 2016 р. – 36 направлень на лікування та 18 на ВЛК; у 2017 р. – 13 направлень на лікування, 11 на ВЛК та 1 на обстеження; у 2018 р. – 34 направлень на лікування, 15 на ВЛК; у 2019 р. – 21 направлень на лікування, 15 на ВЛК та 1 на обстеження.

Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі клініки туберкульозу НВМКЦ «ГВКГ» майже не відрізнялась за останні шість років: у 2014 р. становила 36 ліжко-днів, 2015 р. – 45, 2016 р. – 45, 2017 р. – 47 ліжко-днів; 2018 р. – 45 ліжко-днів; 2019 р. – 46 ліжко-днів. При вивченні залежності тривалості лікування від нозологічної форми виявилось, що найтриваліший за шість років ліжко-день мали пацієнти з інфільтративним і вогнищевим ТБ легень – 2763 та 1222 відповідно, порівняно з дисемінованими та фібринозно-кавернозними формами ТБ легень (811 та 372 ліжко-дня).

В результаті проведених досліджень було встановлено, що найбільш частою нозологічною формою туберкульозу легень є: інфільтративний ТБ (55%), середня тривалість лікування – 39 ліжко-днів, вогнищевий – (24,8%), середня тривалість лікування 38 ліжко-днів, дисемінований (10,1%), середня тривалість лікування 62 ліжко-дня. Відзначається тенденція до зменшення виявлення деструкції у хворих на туберкульоз легень військовослужбовців – учасників АТО у 2014–2019 рр. із 71,4 до 36%, збільшився відсоток бактеріовиділювачів із 33,3 до 46,7%, частота резистентних форм туберкульозу легень у 2016 р. – 25,9%, у 2017 р. – 27,6%; у 2018 р. – 29,8%; у 2019 р. – 48,3%.

Причинами госпіталізації переважно було лікування (65,9%). Хворі в основному надходили в клініку туберкульозу за направленням лікаря військової частини (55,8%), військового госпіталю (30,2%), а найменше – військового комісаріату (0,8%). У військовослужбовців, які проходили стаціонарне лікування, переважав задовільний стан здоров'я (90,7%).

В результаті проведених досліджень встановлено, що кількість госпіталізованих військовослужбовців, хворих на туберкульоз, мала тенденцію до зниження впродовж 2014–2019 рр., що свідчить про стабілізацію епідеміологічної ситуації з захворюванням на туберкульоз серед військовослужбовців ЗСУ. Завдяки активному виявленню хворих, у структурі захворювання на активний туберкульоз переважають «малі» форми. У 2018 році в НВМКЦ «ГВКГ» був впроваджений молекулярно-генетичний метод дослідження мокроти (Gene Xpert), що дозволило діагностувати туберкульоз за світовими стандартами. За рахунок цього збільшилась кількість бактеріовиділювачів, однак це дозволило скоротити час виявлення пацієнтів з бактеріовиділенням та мультирезистентними формами туберкульозу до кількох днів. Зменшився час перебування хворого в стаціонарі завдяки переводу хворого в підтримуючій фазі на санаторно-курортне та амбулаторне лікування. У зв'язку з цим зменшився ліжко-день.

### **ТУБЕРКУЛЬОЗ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ–УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ/ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ (АТО/ООС): ЗАХВОРЮВАНІСТЬ, КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗА 2014–2019 РР.**

**І. Г.Мандрик, Т. М. Галкіна**

*Українська військово-медична академія*

З плином часу змінилися властивості мікобактерій туберкульозу (МБТ), і клініка туберкульозу. Зустрічаються клінічні форми, які перебігають безсимптомно. Такий перебіг спостерігається іноді при інфільтративному та дисемінованому туберкульозі, але почастишали випадки тяжких, давньохронічних форм туберкульозу: казеозна пневмонія, дисемінований туберкульоз з гострим, підгострим та хронічним перебігом, які протікають під маскою пневмонії, хронічних обструктивних захворювань легень. Через бойові дії на сході України різко погіршилась ситуація з туберкульозом легень, у зв'язку з складною гуманітарною ситуацією, побутовими умовами, пізньою діагностикою захворювання, несвоєчасним лікуванням. Проблеми з виявленням хворих на невідконтрольованих ділянках Луганської та Донецької областей та їх міграцією призводить до інфікування здорових осіб, як серед цивільного населення, так і військовослужбовців. Виникають труднощі на первинних етапах через недостатність оснащення, важкість пересування в медичні пункти, тому що постійно проводяться обстріли. Туберкульоз легень займає важливу нішу в захворюваності серед військових, що в свою чергу призводить до втрати працездатності на довготривалий термін.

В умовах епідемії туберкульозу кожному лікарю, незалежно від спеціальності, вкрай необхідно знати не лише перші прояви туберкульозу починаючи із скарг, особливостей розвитку хвороби та даних об'єктивного обстеження, а й методи його діагностики (лабораторні, рентгенологічні, туберкулінодіагностику).



Рентгенологічне дослідження один із основних методів діагностики туберкульозу і активного його виявлення при масових обстеженнях населення. Цей метод діагностики на відміну від бактеріоскопічного, бактеріологічного, гістологічного та туберкулінодіагностики не є специфічним в виявленні туберкульозу, але цим не втрачає своєї цінності і широко використовується в діагностиці туберкульозу.

До головних особливостей захворювання у сучасних умовах необхідно віднести негативну динаміку усіх епідеміологічних показників, збільшення кількості деструктивних і занедбаних випадів захворювання з важкими клінічними перебігами, збільшення захворюваності в групах ризику, зміну біологічних властивостей мікобактеріальної популяції, найважливішими з яких є медикаментозна стійкість, несвоєчасне та недостатнє виявлення хворих на заразні форми ТБ через недосконалість системи охорони здоров'я щодо діагностування звичайного, мультирезистентного та ко-інфекції ТБ/ВІЛ-інфекція, недостатньою кількістю медичних показників, недосконалістю лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики ТБ, низькою мотивацією населення до своєчасного звернення за медичною допомогою та недостатнім доступом до її отримання уразливих до захворювання груп населення; низька особливість лікування хворих яким вперше встановлено діагноз туберкульоз (55%) та з рецидивом захворювання (34,2%), через відсутність методів швидкої діагностики МРТБ, якісного контрольованого лікування, негативне ставлення хворих до лікування, недостатню кількість протитуберкульозних препаратів другого ряду, високу смертність.

**Мета роботи:** визначити динаміку захворюваності, клінічних особливостей хворих клініки туберкульозу Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ») у 2014–2019 рр.

**Об'єкт дослідження:** туберкульоз легень у військовослужбовців.

**Предмет дослідження:** захворюваність, клінічні особливості туберкульозу легень.

У клініку туберкульозу було госпіталізовано 355 військовослужбовців – учасників АТО: в 2014 р. – 29 (12,7%); 2015 р. – 66 (28,8%); 2016 р. – 88 (41,9%); 2017 р. – 74 (42,3%); 2018 р. – 53 (31,5%); 2019 р. – 45 (31,7%). Розподіл основних нозологічних форм ТБ легень у 2014–2019 рр.: 2014 р. – інфільтративний ТБ був діагностований в 11 пацієнтів, вогнищевий – 2, фібринозно-кавернозний – 1; 2015 р. – інфільтративний ТБ легень – у 25 в/с – учасників АТО, вогнищевий – 6, туберкульозний плеврит – 3, дисемінований – 1, туберкульоза – 1; 2016 р. – інфільтративний ТБ – у 27 хворих в/с – учасників АТО, вогнищевий – 13, дисемінований – 7, туберкульозний плеврит – 3, фібринозно-кавернозний – 2, туберкульоза – 2; 2017 р. – вогнищевий ТБ – у 11 в/с – учасників АТО, інфільтративний – 8, дисемінований – 5, туберкульоза – 1; 2018 р. – вогнищевий ТБ – у 8 в/с – учасників АТО, інфільтративний – 13, дисемінований – 8, туберкульоза – 4; генералізований – 1, туберкульозний плеврит – 2; очей – 1. 2019 р. – вогнищевий ТБ – у 9 в/с – учасників АТО, інфільтративний – 15, дисемінований – 8, туберкульоза – 4, генералізований – 1, туберкульозний плеврит – 1; кісток та суглобів – 2; очей – 1.

**Головними особливостями перебігу ТБ легень є виділення мікобактерії ТБ, виявлення деструкції та наявність резистентності.** Згідно з проведеними дослідженнями, діагноз «МБТ(+）」 було встановлено: у 2014 р. – у 4 (28,6%) хворих; 2015 р. – 12 (33,3%); 2016 р. – 14 (25,9%); 2017 р. – 6 (24%) хворих; 2018 р. – 13 (28%) хворих; 2019 р. – 21 (38,2%) хворих.

Згідно з даними рентгенологічних досліджень ДЕСТР(+) виявлено: у 2014 р. – в 10 (71,4%) хворих; 2015 р. – 14 (38,9%); 2016 р. – 20 (37%); 2017 р. – 9 (36%) хворих; 2018 р. – 12 (26%) хворих; 2019 р. – 13 (23,6%) хворих.

При порівнянні тестів медикаментозної чутливості РЕЗИСТ(+) встановлено: у 2014 р. – у 3 (21,4%) хворих; 2015 р. – 8 (22,2%); 2016 р. – 14 (25,9%); 2017 р. – 3 (12%) хворих; 2018 р. – 8 (18%) хворих; 2019 р. – 12 (21,8%) хворих.

Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі клініки туберкульозу НВМКЦ «ГВКГ» майже не відрізнялась за останні п'ять років: у 2014 р. становила 36 ліжко-днів, 2015 р. – 45, 2016 р. – 45, 2017 р. – 36,72 ліжко-днів; 2018 р. – 43,99 ліжко-днів; 2019 р. – 50,62 ліжко-днів. Середня тривалість не порушує вимог клінічного протоколу. При вивченні залежності тривалості лікування від нозологічної форми виявилось, що найтриваліший за шість років ліжко-день мали пацієнти з інфільтративним і вогнищевим ТБ легень – 2763 та 1222 відповідно, порівняно з дисемінованими та фібринозно-кавернозними формами ТБ легень (811 та 372 ліжко-дня).

У порівнянні з попередніми роками, в 2019-му відзначається зменшення кількості хворих на туберкульоз легень серед військовослужбовців Збройних Сил України. Таким чином утримується загальна позитивна тенденція на зниження захворюваності. Основний спалах захворюваності відбувся протягом 2014–2017 років після масового призову та мобілізації населення у зв'язку із початком проведення Антитерористичної операції на території східної України. Несприятливі умови побуту, постійна стресова ситуація, нерегулярність режиму сну та відпочинку негативно впливали на стан імунної системи військовослужбовців, що перебували в зоні проведення бойових дій. Також, збільшення загальної кількості хворих зумовлено значним збільшенням загальної чисельності особового складу ЗС України за рахунок осіб, які були призвані за мобілізацією. Це зумовило попадання до частин ЗСУ великої кількості осіб, які мали в анамнезі перенесений туберкульоз та залишкові зміни в легенях, а також хворі з активними формами, що не були виявлені до призову внаслідок різних причин (поверхневий аналіз стану здоров'я медичними комісіями військових комісаріатів під час масового призову, несвоєчасне рентгенологічне обстеження, приховування захворювання).

## АНЕСТЕЗИОЛОГІЯ ТА РЕАНІМАТОЛОГІЯ

### СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ ГОЛОВИ ПІД ЧАС АЕРОМЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ В ХОДІ ЛОКАЛЬНИХ ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ

Ю. Д. Ухач

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Під час військового конфлікту на сході України частота бойової травми голови становила 37,5%, зокрема, вогнепальні і вибухові поранення – 7,9%, закрита ЧМТ – 12,7% (Данчин А.О., 2016). Хоча аеромедична евакуація, у першу чергу, спрямована на збереження життя і здоров'я пораненого та надання йому висококваліфікованої нейрохірургічної допомоги, сам процес транспортування може призвести до погіршення стану пораненого. Саме тому особливої уваги вимагає наземний етап стабілізації поранених із проникаючими пораненнями голови, а його об'єм та ефективність покращують наслідки евакуації повітрям.

**Мета дослідження.** Провести аналіз набутого досвіду аеромедичної евакуації військовослужбовців із проникаючими пораненнями голови шляхом оцінки доступних можливостей проведення заходів інтенсивної терапії на етапах медичної евакуації.

**Матеріали та методи дослідження.** Загальний масив дослідження становить 17 поранених із проникаючими пораненнями голови в період з 2017 по 2018 роки під час проведення антитерористичної операції. Проведено аналіз карт інтенсивної терапії під час аеромедичної евакуації.

#### **Завдання дослідження:**

1. Оцінити об'єм медичних заходів щодо стабілізації стану поранених та підготовки до аеромедичної евакуації.
2. Оцінити потребу в додатковому обладнанні та засобах медикаментозної підтримки в процесі евакуації.

**Результати дослідження.** Тяжкість стану у досліджуваній групі постраждалих військовослужбовців оцінювали за шкалою ком Глазго (ШКГ). Отримані дані свідчать, що постраждалих із рівнем свідомості 4– балів за ШКГ було 58,8%, 7–8 балів – 29,4% та 9–10 балів – 11,8%. 88,2% поранених потребували невідкладного відновлення прохідності дихальних шляхів та проведення штучної вентиляції легень (ШВЛ). З метою надійної протекції органів дихання в умовах аеромедичної евакуації 100% постраждалих було пере-ведено на ШВЛ потребуючи кисневої підтримки, а 41,2% – глибокої седатії. Корекція показників гемодинаміки на етапі стабілізації та їх постійний моніторинг з можливістю корекції в процесі аеромедичної евакуації сприяли підтриманню середнього АТ на рівні  $105 \pm 5$  мм рт. ст.

#### **Висновки.**

1. Досвід, отриманий в результаті проведення аеромедичної евакуації показує, що своєчасна доставка поранених із проникаючими пораненнями голови, використання повного об'єму заходів стабілізації та інтенсивної терапії на попередніх етапах евакуації сприяє ефективному транспортуванню повітрям в умовах локальних збройних конфліктів.

2. В процесі аеромедичної евакуації продовжується комплекс заходів інтенсивної терапії та моніторингу пацієнтів в повному об'ємі.

## ВПЛИВ ГІПОПРОТЕЇНЕМІЇ ТА ГІПОАЛЬБУМІНЕМІЇ НА ВИНИКНЕННЯ РЕСПІРАТОРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПОРАНЕНИХ І ХВОРИХ З ПОШКОДЖЕННЯМ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

А. І. Старишко, М. М. Журко

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** У структурі післяопераційних ускладнень в абдомінальній хірургії респіраторні займають одне з провідних місць. На їх виникнення впливає безліч факторів на всіх етапах хірургічного лікування. Серед них, це стан пацієнта перед оперативним втручанням, а саме, особливості білкового обміну (загальна кількість білку та альбуміну крові).

**Мета.** Дослідження впливу гіпопротеїнемії та гіпоальбумінемії на виникнення респіраторних ускладнень у поранених і хворих з пошкодженням черевної стінки.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстеження проведено у 23 пацієнтів відділення реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) для хірургічних хворих НВМКЦ «ГВКГ», у яких було виявлено патологічні зміни на рентгенограмі органів грудної порожнини в ранньому післяопераційному періоді після оперативних втручань на органах черевної порожнини відкритим доступом. Хворих було поділено на 3 групи, в залежності від виявленого патологічного фактору. До 1-ї групи увійшли хворі з інфільтративними змінами паренхіми легень (43,5%), до 2-ї групи з посиленням легеневого малюнка – (30,4%), а 3-ю групу склали хворі, в яких було виявлено рідину в плевральних порожнинах (26,1%). Контрольну групу склали 10 осіб, яким було виконано відкриті оперативні втручання на органах черевної порожнини і в яких не було виявлено порушень респіраторної функції. Пацієнтам було проведено дослідження показників загального білку та альбуміну в плазмі крові перед оперативним втручанням та під час ІТ у ВРІТ в ранньому післяопераційному періоді (в перші 6 діб).

**Результати.** У більшості хворих показники загального білку в передопераційному періоді були наближені до нормальних значень. Середні величини показників в 1-й групі хворих становили:  $71,1 \pm 5,9$  г/л, в 2-й групі хворих –  $69,7 \pm 9,2$  г/л, а в третій –  $66,1 \pm 12,7$  г/л. Це суттєво не відрізнялось від показника в контрольній групі ( $74,3 \pm 6,1$  г/л). Аналіз середнього рівня альбуміну в передопераційному періоді показав у хворих 1-ї групи  $34,43 \pm 5,14$  г/л, 2-ї групи –  $33,26 \pm 3,70$  г/л, що на 6,7% та 9,9% відповідно нижче від контролю ( $36,91 \pm 3,22$  г/л). У хворих 3-ї групи (в яких було виявлено рідину в плевральних порожнинах) цей показник становив  $28,08 \pm 3,74$  г/л, що достовірно нижче ніж в контрольній групі на 23,9%, на 18,4% ніж в 1-й групі та на 15,6% ніж в 3-ій ( $p < 0,05$ ).

Такий негативний зв'язок між гіпоальбумінемією та виникненням легневих патологічних змін можна пов'язати зі зниження монотичного тиску при зменшенні концентрації альбумінів нижче ніж 30 г/л та виникненням синдрому капілярного витоку, перерозподілом рідини з появою набряків, трансудату в порожнинах організму. Аналіз динаміки показників альбуміну плазми в ранньому післяопераційному періоді, а саме на 1–2, 3–4 та 5–6 добу після виконання оперативного втручання, показав рівномірне зниження середніх показників альбуміну плазми до 4 доби післяопераційного періоду.

Починаючи з 5 доби темп зниження альбуміну зменшувався, а в контрольній та в 3-й групі відмічається незначне підвищення показників порівняно з 3–4 добою. Дану тенденцію можна пов'язати з катаболічною фазою післяопераційного періоду, під час якої відбувається інтенсивне розчеплення та розпад білків, жирів (ліпідів) та вуглеводів тривалістю 3–4 доби після оперативного втручання. З 5–6 доби розпочинається фаза зворотнього розвитку. Завдяки активному синтезу білків та інших метаболітів, збільшується кількість енергетичних і пластичних матеріалів. Післяопераційна гіпоальбумінемія компенсувалася застосуванням 20% розчинів альбуміну. Було проведено кореляційний аналіз між частотою прогресування легневих ускладнень та об'ємом введеного 20% розчину альбуміну з метою корекції. Виявлено слабкий негативний зв'язок

у 1-й групі (коефіцієнт кореляції Спірмена,  $r=-0,3124$ ) та значний негативний зв'язок у 2-ій та 3-ій групі (коефіцієнт кореляції Спірмена,  $r=-0,7215$  та  $r=-0,5284$  відповідно). Тобто, по мірі підвищення об'єму введення альбуміну частота прогресування респіраторних ускладнень знижується.

#### **Висновки.**

1. Переважання катаболічних процесів метаболізму в ранньому післяопераційному періоді після абдомінальних втручань призводить до гіпоальбумінемії, вираженість якої пропорційно пов'язана з частотою патологічних легеневих проявів: достовірно вища на 23,9% у пацієнтів з виявленою рідиною в плевральних порожнинах у порівнянні з контролем.

2. Компенсаторне переливання розчину альбуміну в кількісному відношенні має прямий негативний зв'язок з прогресуванням вказаних легеневих проявів: слабкий негативний зв'язок у 1-й групі (коефіцієнт кореляції Спірмена,  $r=-0,3124$ ) та значний негативний зв'язок у 2-ій та 3-ій групі (коефіцієнт кореляції Спірмена,  $r=-0,7215$  та  $r=-0,5284$  відповідно), що свідчить про важливість контролю як вихідного значення альбуміну, так і зміни показника на етапах ІТ.

## **НЕІНВАЗИВНА ВЕНТИЛЯЦІЯ ЛЕГЕНЬ В ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З НЕГОСПІТАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ**

**Н. С. Правдіна**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність:** Зважаючи на ситуацію в країні та кількість поранених і хворих, які постраждали в період проведення антитерористичної операції та операції об'єднаних сил, виникає необхідність говорити про оптимізацію та покращення їм надання медичної допомоги при лікуванні основного захворювання та його ускладнень.

Неінвазивна вентиляція легень (НІВ) один із ефективних сучасних методів корекції гострої дихальної недостатності, який у певних випадках може бути альтернативою традиційній штучній вентиляції легень (ШВЛ). НІВ характеризується меншою частотою ускладнень і має низку переваг перед ШВЛ. Дані рандомізованого випробування Confalonieri та співавт. свідчать, що при негоспітальній пневмонії тяжкого перебігу з гіперкапнією НІВ добре переноситься, є безпечною та забезпечує значиме зменшення тахіпноє, зниження частоти інтубації трахеї та зменшення тривалості лікування у відділенні інтенсивної терапії.

**Мета роботи:** покращити якість надання медичної допомоги пораненим та хворим з дихальною недостатністю, яка виникає при пневмонії тяжкого та середнього ступеню тяжкості, уникнути ускладнень пов'язаних з інтубацією трахеї.

**Матеріали і методи дослідження:** дослідження проводились на базі Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ». В дослідженні приймало участь 25 осіб (14 осіб дослідна група, 11 – контрольна) з негоспітальною пневмонією та ознаками гострої дихальної недостатності. Розподіл пацієнтів за статтю: жінок – 30%, чоловіків – 70%. Вік пацієнтів – від 23 до 62 років (середній вік – 46 років).

**Результати:** пацієнтам контрольної групи, весь час, під наглядом чергового лікаря, проводилася інсуфляція зволоженого кисню через носові канюлі зі швидкістю 6–8 літрів за хвилину, при ознаках поглиблення дихальної недостатності (наростання тахіпноє > 35/хв, посилення ціанозу, порушення свідомості) – переходили до класичної ШВЛ з інтубацією трахеї. В інтенсивній терапії пацієнтів дослідної групи, інсуфляція зволоженого кисню була неефективною, у зв'язку з цим їм застосовували неінвазивну вентиляцію легень через щільну лицеву маску, апаратом «UVENT» в режимі CPAP, з РЕЕР 4–8 см водного стовпчика. Після переведення на НІВ зафіксовано статистично значиме зростання середньої величини SpO<sub>2</sub> від 72 до 93% ( $p < 0,01$ ). У 80% пацієнтів на

фоні НІВ величина  $PaO_2$  зросла до 70 мм рт. ст. і вище (середній показник 100,7 мм рт. ст.) і залишалася в нормальних межах до відлучення від НІВ. Середня тривалість НІВ у цій групі становила 3,8 доби (від 1 до 5 діб), усі пацієнти даної підгрупи згодом виписані додому в задовільному стані. У 20% пацієнтів НІВ виявилася неефективною, після переведення на НІВ величина  $PaO_2$  зросла з 54 до 94 мм рт. ст., альвеоло-артеріальний кисневий градієнт (А-а градієнт) зменшився з 63 до 16 мм рт. ст. Однак на 2–4-ту добу зафіксовано прогресування дихальної недостатності зі зниженням  $PaO_2$  до 53 мм рт. ст., у зв'язку з чим було виконано інтубацію трахеї, пацієнтів переведено на ШВЛ. У 5% пацієнтів перебіг хвороби ускладнився баротравмою (пневмоторакс), гострою нирковою дисфункцією і септичним шоком, що призвело до смерті на 12-ту добу госпіталізації. 15% пацієнтів успішно завершили лікування і були виписані в задовільному стані, проте термін їх лікування був триваліший, ніж у пацієнтів, у яких ускладнень не виникало.

**Висновок:** застосування НІВ дозволило у 80% пацієнтів з негоспітальною пневмонією середнього ступеню тяжкості уникнути тривалої ШВЛ та пов'язаних з нею ускладнень, зберегти комплаєнс з пацієнтом, скоротити термін їх перебування у ВРІТ та сприяти покращенню результатів лікування.

## **ОСОБЛИВОСТІ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОЛОНОСКОПІЙ У ХВОРИХ З КОЛОРЕКТАЛЬНИМ РАКОМ**

**Д. І. Пидоченко, В. М. Мошківський**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** Колоноскопія займає основне місце в скринінгу та діагностиці колоректального раку. Усім особам у віці 45–75 років рекомендують проходити колоноскопію. Ще досі ведуться дискусії щодо необхідності аналгезії та седації під час колоноскопії, але, все ж таки, це неприємна та болісна процедура і більшість пацієнтів наполягають на седації. Анестезіологічне забезпечення колоноскопій повинне бути безпечним, ефективним та не викликати негативного емоційного досвіду у пацієнтів. Застосування пропофолу для седації під час ендоскопічних процедур зросло через сприятливий фармакокінетичний профіль. Його седативний, гіпнотичний, протиблювотний та амнестичний ефекти мають переваги – швидкий початок дії і короткий профіль відновлення з високим рівнем задоволеності пацієнтів амбулаторною колоноскопією. Недоліками є його вузький терапевтичний діапазон, біль під час введення і можливість викликати респіраторну і серцево-легеневу депресію.

**Мета дослідження.** Вивчити можливість застосування моноанестезії пропофолом з в/в введенням лідокаїну (для зменшення больових відчуттів при інфузії пропофолу та його ад'ювантного впливу на загальну анестезію) в протизагаду класичній методиці седації пропофолом з фентанілом.

**Матеріали й методи дослідження.** Наразі набрано 50% від запланованих хворих. В першій групі, аналгоседація проводилася дробним введенням пропофолу, з попереднім в/в болюсом лідокаїну (1,2–1,5 мг/кг). В другій групі аналгоседація забезпечувалась дробним введенням фентанілу (1,1–1,7мкг/кг) та пропофолу. Оцінюються такі показники як епізоди апное та десатурації, кардіальна депресія (САТ), швидкість пробудження, суб'єктивне відчуття болю та задоволеності анестезією.

**Результати і їх обговорення.** За попередніми результатами, в першій групі відмічено коротший час пробудження (6,14 хв. у першій групі та 9 хв. у другій групі) також в першій групі САТ знижувався менше (в групі №1 на 20%, в групі №2 – 31%), епізоди десатурації та апное не відмічалися. В обох групах однакові суб'єктивні відчуття відсутності болю та задоволеності анестезією.

**Висновки.** Допустимо зробити попередній висновок про недоцільність використання опіоїдних анальгетиків для знеболення діагностичної колоноскопії.

## **ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПРИ БОЙОВІЙ ПРОНИКАЮЧІЙ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ. ВПЛИВ ТИПУ ПОРАНЕННЯ НА ЛЕТАЛЬНІСТЬ ТА РІВЕНЬ ЗНИЖЕННЯ СВІДОМОСТІ ЗА ШКГ**

**Ю. К. Мкртчян, О. О. Бугай**

*Українська військово-медична академія*

*Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ»*

**Актуальність.** Особливою медико-соціальною проблемою серед усіх поранених є бойова проникаюча черепно-мозкова травма (БЧМТ). Під час Великої Вітчизняної війни поранення голови, шиї та хребта становили від 11,9 до 16%, в локальних конфліктах до 19%, антитерористична операція в Україні (15.04–26.08 2014) частота поранення голови складала 26,6%. За даними медичних карт стаціонарних хворих НВМКЦ «ГВКГ» частка загиблих з БЧМТ серед бойових безповоротних втрат складає 42%. В досліджувану групу були включені 34 поранених з проникаючим осколковим черепно-мозковим пораненням. Частка поранених, які мають повне відновлення або помірну інвалідизацію складає 68%. Поранені з грубою інвалідизацією складають 3% та померлі – 29%. БЧМТ характеризується високою летальністю та призводить до грубої інвалідизації.

**Мета.** Встановити вплив типу поранення на летальність та рівень зниження свідомості за ШКГ.

### **Завдання:**

1. Встановити вплив типу поранення на летальність.
2. Встановити можливість прогнозування тривалості пригнічення рівня свідомості в залежності від типу поранення.

Тип поранення може характеризувати фактор первинного ураження головного мозку (ГМ). Дана інформація важлива для об'єктивізації стану пораненого та сприятиме ряду організаційних рішень. Проникаючі поранення голови можуть бути: прості, раньовий канал розташований в межах однієї частки ГМ. Радіарні, снаряд, що ранив, досягає серпоподібного відростка. Сегментарні, снаряд уражає дві сусідні частки ГМ. Діаметральні, снаряд, що ранив, доходить до протилежного боку черепа.

**Матеріали дослідження.** На базі НВМКЦ «ГВКГ» було ретроспективно проаналізовано медичні картки 34 поранених з проникаючим осколковим черепно-мозковим пораненням.

Хворі були розділені на групи за рівнем свідомості за ШКГ після травми.

Перша група – 14 поранених (41%), які мали 15 балів за ШКГ після травми. Друга група – 20 поранених (59%), які мали менше 14 балів за ШКГ після травми. Друга група поділена на дві підгрупи.

**Результати дослідження.** Поранені рандомізовані за статтю та віком, середній вік в групі склав 32 (+/-3) роки. В досліджуємих поранених, у 41% не було зниження рівня свідомості за ШКГ менше 15 балів. Розподіл відповідно типу поранення склав: просте 44%, радіарне 18%, сегментарне 6%, діаметральне 32%.

Середній бал за ШКГ у поранених складав 10 балів. Встановлено вплив типу поранення на летальність.  $P_a=0,02$ . Встановлено помірний вплив типу поранення на рівень свідомості після травми за ШКГ.  $P_a < 0,05$  Критерій Пірсона 0,66 зв'язок помірний.

### **Висновки.**

1. Для простих та радіарних проникаючих осколкових поранень голови характерна низька летальність та помірний вплив на рівень свідомості після травми за ШКГ.
2. Висока летальність та низький рівень свідомості після травми за ШКГ характерні для сегментарних та діаметральних поранень.
3. Тип поранення можливо використовувати для оцінки важкості та перебігу проникаючої травми головного мозку.

## ОСОБЛИВОСТІ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ВИДАЛЕННЯ ПУХЛИН ТОВСТОГО КИШЕЧНИКУ

**О. В. Лозовська, О. В. Тхоревський**  
*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Онкологічні захворювання – друга провідна причина смерті в країнах Європи, у тому числі в Україні. За даними Національного канцер-реєстру України в структурі загальної захворюваності колоректальний рак, а саме рак ободової кишки займає 5 місце (6,4%) серед чоловіків та 4 місце (6,5%) серед жінок, рак прямої кишки займає 6 місце у чоловіків (6,1%) і жінок (4,9%) відповідно.

**Мета дослідження:** підвищити ефективність і безпечність анестезії при оперативних втручаннях з приводу видалення пухлин товстого кишечника.

**Матеріали та методи.** Проведено проспективне періопераційне спостереження за 14 пацієнтами та ретроспективний аналіз історій хвороб 24 пацієнтів, яким проводилося оперативне втручання з приводу колоректального раку на базі ВМКЦ «ГВКГ». Пацієнти були розділені на 2 групи. В першій групі (19 пацієнтів, 50%) застосовувалась низькопотокова інгаляційна анестезія на основі севофлюрану, у другій групі (19 пацієнтів, 50%) використовувалась внутрішньовенна анестезія на основі 1% пропофолу.

**Результати власних досліджень.** В ході дослідження виявлено: достовірне ( $p_a < 0,05$ ) зниження артеріального тиску у другій групі дослідження, у порівнянні з першою під час основного етапу оперативного втручання. Дані відмінності пояснюються більш вираженою кардіодепресивною і вазодилатуючою дією пропофолу в порівнянні з севофлюраном. Загальна кількість фентанілу, що вводився інтраопераційно була нижчою у першій групі дослідження ( $p_a < 0,05$ ). Це можна пояснити тим, що севофлюран частково має анальгетичний ефект. Загальна кількість лідокаїну, що вводився епідурально статистично не відрізнялась. З метою стабілізації гемодинаміки загальна кількість кристалолідів і колоїдів, що вводилися інтраопераційно була вищою у 2-й групі. Середні витрати на проведення анестезіологічного забезпечення були більше при проведенні внутрішньовенної анестезії на основі пропофолу і становили  $490,4 \pm 157,8$  грн, а на проведення низькопотокової інгаляційної анестезії за допомогою севофлюрану –  $413,37 \pm 211,1$  грн. Середня кількість ліжко-днів, проведених в ВМКЦ була вищою у 2-й групі, в порівнянні з 1-ою, що пояснюється більшою частотою післяопераційних ускладнень при проведенні внутрішньовенної анестезії.

**Висновки:** низькопотокова анестезія є пріоритетом при проведенні оперативних втручань, що підтверджується більшою стабільністю основних показників гемодинаміки, меншою кількістю введення опіоїдів та нижчою частотою післяопераційних ускладнень.

## ЗАСТОСУВАННЯ НАЙБІЛЬШ ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДУ АНЕСТЕЗІЇ ДЛЯ УНИКНЕННЯ РОЗВИТКУ КОГНІТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ

**Р. Ю. Котурбаш, О. В. Тхоревський**  
*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** Особливою медико-соціальною проблемою серед ускладнення загальної анестезії є післяопераційна когнітивна дисфункція (ПОКД), яка проявляється зниженням інтелектуальних функцій, зокрема пам'яті, уваги, процесів мислення. Це ускладнює перебіг раннього післяопераційного періоду, а в більш віддаленому терміні погіршує якість життя хворих з урахуванням їх професійної, соціальної та побутової дезадаптації.

**Мета.** Зменшення післяопераційних когнітивних розладів шляхом вибору оптимального анестезіологічного забезпечення.



**Завдання:**

1. Дослідити увагу, пам'ять та рівень інтелекту в групах хворих до та після проведення загальної анестезії.
2. Виявити найбільш оптимальне анестезіологічного забезпечення.
3. Дослідити ефективність застосування ноотропівінтраопераційно з метою профілактики когнітивних порушень.

На даний час в експериментальних дослідженнях і численних клінічних спостереженнях доведено, що на когнітивні і психомоторні функції несприятливо впливають практично всі анестетики і наркотичні аналгетики, що використовуються в практиці лікаря-анестезіолога.

ПОКД є багатофакторним ускладненням, обумовленим як шкідливою дією окремих анестетиків, так і недостатнім рівнем антиноцицептивного захисту мозкових структур під час операції і в ранньому післяопераційному періоді, а також ушкоджуючий впливом порушень газообміну, гемодинаміки, гомеостазу в інтра- і ранньому післяопераційному періоді.

Наведені дані підкреслюють необхідність посилення уваги лікарів-анестезіологів до цієї важливої проблеми.

**Матеріал.** На базі НВМКЦ «ГВКГ» планується проспективно обстежити 40 прооперованих хворих.

Хворі будуть розділені на дві групи, в залежності від анестезіологічного забезпечення:

- 1 група – комбінована інгаляційна анестезія з севофлюраном;
- 2 група – тотальна внутрішньовенна анестезія на основі пропофолу і фентанілу.

У подальшому хворі 1 і 2 групи будуть розділені на дві підгрупи в залежності від використання ноотропних засобів.

Згідно літературних даних на даний момент можна зробити наступний висновок.

**Висновок.** Ранній початок проведення фармакологічної профілактики та корекції дозволяє не тільки попередити розвиток стійкої ПОКД, але і в ряді випадків підвищити рівень психофізіологічних функцій у віддаленому післяопераційному періоді, що покращує якість життя хворих.

## **АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ**

**А. В. Колосінський, А. В. Говенко**

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** В Україні кількість людей, які хворі на цукровий діабет (ЦД), налічує близько 2,836 мільйони, що значно більше ніж у 2013 році – 1,03 мільйона, за даними IDF. Хворі на ЦД схильні до гнійно-запальних процесів, мають велику розповсюдженість діабетичних нейро-, ангіопатій, особливо люди, які тривалий час хворіють. У хворих існує необхідність в оперативних втручаннях в зв'язку з абсцесами, флегмонами та діабетичною гангrenoю нижніх кінцівок. За даними проаналізованої літератури на даний час не існує єдиної, загальноприйнятої системи анестезіологічного забезпечення у хворих на ЦД при хірургічних втручаннях. Тому дослідження та подальше удосконалення анестезіологічного забезпечення у цього контингенту хворих є актуальним.

**Мета:** Визначити найбільш доцільну схему анестезіологічного забезпечення під час оперативних втручань у хворих з супутнім цукровим діабетом.

**Методи дослідження та результати.** Ретроспективно проаналізували історії хвороб пацієнтів з супутнім цукровим діабетом, яким проводилось лікування у відділенні хірургічної інфекції НВМКЦ «ГВКГ» за 2018–2019 роки. Для дослідження обрано пацієнтів, яким проводилось оперативне втручання з приводу синдрому діабетичної стопи (N=22). Їх розподілили на дві групи за методом анестезіологічного забезпечення.

I група – ті, яким проводилась тотальна внутрішньовенна анестезія (N=11), II група – спинно-мозкова анестезія (N=11). Вивчались коливання показників рівня глюкози крові та гемодинаміки залежно від методу знеболення.

**Висновок.** Зважаючи на частоту проведення оперативних втручань у хворих з супутнім цукровим діабетом, важливо продовжити вивчення питання про найбільш доцільну схему анестезіологічного забезпечення у цього контингенту хворих.

## **ВПЛИВ АНЕМІЇ НА ГЕМОДИНАМІКУ ТА ТРАНСПОРТ КИСНЮ У ХВОРИХ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК**

**А. О. Ковальчук, М. М. Журко**

*Українська військово-медична академія*

**Мета:** вивчити показники системи гемодинаміки та транспорту кисню у пацієнтів з анемією під час операції з приводу колоректального раку.

**Матеріали і методи дослідження.** В основу роботи покладений аналіз показників тканинного дихання у 30 пацієнтів з діагнозом: Рак прямої кишки (T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>). Усім пацієнтам проводилось стандартне геодинамічне спостереження. Показники центральної гемодинаміки визначались шляхом ультразвукового обстеження серця. Одночасно з УЗД серця відбирали проби для аналізу кислотно-основного стану (КОС). За допомогою цих даних розраховували параметри системи еритроцитів та транспортування кисню до тканин: серцевий індекс, кисневу ємність крові, вміст кисню в артеріальній крові та показник доставки кисню (DO<sub>2</sub>). Пацієнтів розділили на дві групи – основну і контрольну. В основну групу включили 15 пацієнтів, у яких на етапі передопераційної підготовки була виявлена анемія I ст. тяжкості. Дослідна група складала 15 пацієнтів, у яких рівень гемоглобіну в доопераційному періоді був в межах референтних значень.

**Результати.** На першому етапі (в доопераційному періоді) показники гемодинаміки в обох групах виявились вищими відносно референтних значень. Що стосується показників системи транспортування кисню, то вони були достовірно нижчими на 20% у пацієнтів дослідної групи в порівнянні з групою контролю. На наступному етапі дослідження (інтраопераційно, під час видалення препарату) DO<sub>2</sub> в обох групах був зниженим відносно показників норми і складав основній групі – (286,4±15,5) л·хв.<sup>-1</sup>·м<sup>-2</sup> і (368,7±17,1) л·хв.<sup>-1</sup>·м<sup>-2</sup> в групі контролю. Дане зниження було обумовлене двома чинниками – зменшеною кисневою ємністю крові та гіподинамічним типом кровообігу, CI на цьому етапі становив (2,1±0,2) л·хв.<sup>-1</sup>·м<sup>-2</sup> в основній групі і (2,2±0,1) л·хв.<sup>-1</sup>·м<sup>-2</sup> у контрольній. Вміст кисню в артеріальній крові становив в основній групі – (110,9 ± 1,2) мл·л<sup>-1</sup>, в групі контролю – (143,7 ± 2,1) мл·л<sup>-1</sup>. На третьому етапі дослідження (пробудження від анестезії) DO<sub>2</sub> у пацієнтів основної групи становив (340,0±12,5) мл·хв.<sup>-1</sup>·м<sup>-2</sup>, а контрольної – (428,5±14,3) мл·хв.<sup>-1</sup>·м<sup>-2</sup>. Хоча показники залишалися за нижньою межею норми, зростання доставки кисню достовірно відбулось на 15% в обох групах (p < 0,05). Дане підвищення обумовлене «перебудовою» гемодинаміки на гіпердинамічний тип. CI збільшився в основній групі до (2,6 ± 0,2) л·хв.<sup>-1</sup>·м<sup>-2</sup>, а у контрольній (2,7 ± 0,1) л·хв.<sup>-1</sup>·м<sup>-2</sup>. На четвертому етапі (через 12 год післяоперації) показник DO<sub>2</sub> продовжував зростати. Показник DO<sub>2</sub> прийшов в межі референтних значень у контрольній групі і складав (420,0±13,3) мл·хв.<sup>-1</sup>·м<sup>-2</sup>. В основній групі DO<sub>2</sub> складав (302,3±18,5) мл·хв.<sup>-1</sup>·м<sup>-2</sup>, і був нижчим на 20% у порівнянні з показником до операції (p < 0,05).

**Висновок.** Отримані нами результати дозволяють стверджувати, що система доставки кисню у пацієнтів з нормальним рівнем гемоглобіну була більш збалансованою в порівнянні з хворими, яких оперували в умовах анемії.

## ОПТИМІЗАЦІЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ ОТРУЄНЬ АЛКОГОЛЕМ ТА ЙОГО СУРОГАТАМИ

**Є. Ю. Заверюха, Т. М. Левченко**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** Сьогодні проблема поширеності алкогольної залежності є вкрай актуальною не тільки в Україні, а й у всьому світі. За даними ВООЗ середній світовий показник вживання алкогольних напоїв складає 6,1 літрів на особу на рік, а в Україні цей показник є одним із найвищих у світі (15,6 літрів на особу на рік). Щороку в Україні від зловживання алкоголем помирає близько 40 тис. осіб, серед яких майже 25,0% випадків – це летальні алкогольні отруєння, пов'язані з вживанням спиртних напоїв підпільного виготовлення; 25,0% – серцеві напади, причиною яких стало непомірне вживання алкоголю; 50,0% припадає на інші захворювання і нещасні випадки, що відбулися через вживання алкоголю.

За останні роки в Україні значно збільшилася кількість отруєнь сурогатами алкоголю. На це є ряд причин, адже через економічну ситуацію в країні ціни на якісний алкоголь значно зросли, тому значна кількість громадян намагається знайти альтернативний продукт для споживання. Це може бути дешевий фальсифікований продукт, антифриз, рідина для миття скла, настоянки та сиропи (вжиті не за інструкцією) тощо.

Сурогати алкоголю є дуже небезпечними хімічними речовинами, вживання яких може мати летальні наслідки. Вони спричиняють ураження нервової, серцево-судинної та дихальної систем, ниркову та печінкову недостатність. Проведений аналіз наукових літературних джерел свідчить про те, що незважаючи на багаторічний досвід, лікування пацієнтів з отруєнням алкоголем та його сурогатами є досить складним питанням. Помилки, що виникають під час діагностики та надання невідкладної допомоги призводять до зростання летальності та інвалідизації даної категорії постраждалих. Тому питання оптимізації інтенсивної терапії у хворих з гострими отруєннями алкоголем та його сурогатами є надзвичайно актуальним.

### **ЯКИЙ ЕФЕКТ ВІД ЗРОШЕННЯ ЛІДОКАЇНОМ ОПЕРАЦІЙНОЇ РАНИ НА РОЗВИТОК БОЛЮ ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ**

**М. О. Воротняк, В. А. Лісецький**

*Українська військово-медична академія*

*Київський міський клінічний онкоцентр*

**Актуальність.** Найбільш частою проблемою, з якою приходиться стикатися лікарям після операції – гострий післяопераційний біль. Не дивлячись на розвиток сучасних технік знеболювання і появу нових препаратів, адекватний контроль післяопераційного болю досягається менше, ніж у половини пацієнтів. При оперативному втручанні на молочній залозі відбувається травмування багатьох рефлексорних зон, судин та нервових закінчень, лімфатичних стовбурів. Використання морфію п/о знімає біль у половини хворих і має дуже небезпечні побічні ефекти: седація хворого, пригнічення дихання та перистальтики, гіпотонія, брадикардія, нудота та блювота. Застосування НПЗП для знеболення, зменшує прояви запалення та болю, але у частини хворих біль залишається. Тому використання місцевих анестетиків (м/а) доповнює знеболення шляхом блокування нервових рецепторів в операційній рані.

**Мета роботи.** Вивчити ефективність впливу зрошення операційної рани на фоні введення до операції НПЗП на розвиток післяопераційного болю у онкохворих, яким виконали радикальну мастектомію.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено аналіз розвитку п/о болю у 217 хворих, яким для знеболення вводили до і п/о НПЗП (кетолонг 30 мг) та 70 хворих, яким додатково зрошували рану перед зашиванням 20 мл 0,25% розчином лідокаїну. Оцінка болю проводилась суб'єктивно згідно відповіді хворої на запитання: болю немає (0), біль при рухах (1), біль терпимий (2), біль, що потребує знеболення (3), нестерпний біль (4) п/о та 1, 2 добу післяопераційного періоду.

**Результати.** Серед 217 хворих, яким для знеболення вводили лише кетолонг – в перші 2 години п/о біль не відчували 154 хворих (70,9%), 20 (9,3%) оцінили біль на 1 бал та 12 (5,5%) – 2 бали, у 26 (11,9%) – 3 бали, 5 (2,4%) – 4 бали. Хворим, у яких біль був 3–4 бали, додатково вводили морфін. У 70 хворих, яким знеболення кетолонгом доповнювали зрошенням рани лідокаїном, протягом 2 годин п/о 67 хворих (97,9%) болю не було, 1 (0,7%) – 1 бал, 2 (1,4%) – 2 бали і далі знеболення кетолонгом було достатнім.

**Висновки.** 1. У хворих, яким вводили до і п/о лише НПЗП, було добре знеболення п/о у 70,9% хворих і у 29,1% – був біль в перші години та добу, тому у 2,4% додатково вводили морфій.

2. При зрошенні місцевим анестетиком операційної рани на тлі застосування НПЗП 97,9% хворих п/о не відчували біль, далі були активні і протягом 2 днів не відмічали біль, що вказує на позитивний знеболюючий ефект п/о при зрошенні рани лідокаїном.

### **ПІДВИЩЕННЯ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОГО ТИСКУ, ЯК ПРОГНОСТИЧНО НЕСПРИЯТЛИВИЙ ФАКТОР У ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ**

**Д. В. Березницький, В. А. Лісецький**

*Українська військово-медична академія,  
НВМКЦ «ГВКГ» МО України*

Аналіз розвитку підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) є актуальним і необхідним для визначення його ролі, як показника перебігу післяопераційного періоду у хворих з абдомінальною патологією.

**Мета.** Визначити зв'язок підвищення ВЧТ з розвитком ускладнень після оперативних втручань у хворих з абдомінальною патологією.

**Методи дослідження.** Відбір матеріалу даної роботи був проведений серед пацієнтів ВРІТ для хірургічних хворих Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ». Проспективно проведено обстеження та вимірювання ВЧТ методом Крона на 1, 3, 5 добу перебування у ВРІТ та ретроспективно проаналізовано дані у 40 пацієнтів з абдомінальною патологією (захворювання шлунку (n=10), товстого кишечника (n=10), підшлункової залози (n=10) та печінки (n=10)) після оперативних втручань. Серед них було виділено 2 групи – хворі, котрі мали ускладнення в після-операційному періоді (n=18) та пацієнти що ускладнень не мали (n=22).

**Результати.** Серед пацієнтів, котрі мали ускладнення, оцінка за АРАСНЕ II склала  $16 \pm 6,5$  бали, середня тривалість перебування у ВРІТ  $26,8 \pm 31,3$  ліжко-днів, середній показник ВЧТ  $15,2 \pm 4,6$  мм рт. ст., середній ЦВТ  $9,7 \pm 5$  мм рт. ст., летальність склала 44,44% (n=8). В структурі ускладнень, що виникали у пацієнтів в ранньому п/о періоді (n=18): гнійно-септичні ускладнення склали 44,44% (n=8), нозокоміальна пневмонія 16,67% (n=3), печінкова недостатність 16,67% (n=3), мезентеріальний тромбоз 11,11% (n=2), ГКС 5,56% (n=1), ШКК 5,56% (n=1). Натомість серед пацієнтів без ускладнень – оцінка за АРАСНЕ II склала  $10 \pm 3,7$  бали, середня тривалість перебування у ВРІТ  $2,9 \pm 1$  ліжко-дні, середній показник ВЧТ  $9,6 \pm 3$  мм рт. ст., середній ЦВТ  $6,1 \pm 3,7$  мм рт. ст., летальність склала 0%.

**Висновки.** В післяопераційному періоді були виявлені зміни величини середнього ВЧТ в групах пацієнтів з ускладненнями ( $15,2$  мм рт.ст.) та без ускладнень ( $9,6$  мм рт.ст.), що свідчить про зв'язок  $\uparrow$ ВЧТ з розвитком ускладнень ( $p < 0,05$ ). Також, виявлено прямий, лінійний кореляційний зв'язок рівнів ВЧТ та ЦВТ ( $\chi^2=0,86$ ) та наявність зв'язку між рівнем ВЧТ і оцінкою пацієнта за АРАСНЕ II, як показника тяжкості стану та ризику летальності ( $\chi^2=0,6$ ).

Підвищення ВЧТ в післяопераційному періоді до 15 мм рт. ст. (верхня межа внутрішньочеревної гіпертензії I ст.) є вкрай прогностично несприятливим і призводить до збільшення летальності у пацієнтів з абдомінальною патологією. Адекватний моніторинг ВЧТ дозволяє своєчасно розпізнавати загрозливий для хворого рівень і застосовувати необхідні заходи, що попереджають виникнення і прогресування органних порушень.

## ВІЙСЬКОВА ФАРМАЦІЯ

### ОБГРУНТУВАННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ АКТИВНОЇ РЕЧОВИНИ У АНТИМІКРОБНОМУ ЗАСОБІ М'ЯКОЇ ФОРМИ ВИПУСКУ

**О. П. Шматенко, Н. О. Тахтаулова, І. О. Бобро**

*Українська військово-медична академія*

Шкіра у чоловіків, як правило, товще, ніж у жінок, проте і кровообіг в шкірі кращий, в наслідок чого чоловічі потові і сальні залози отримують посилене харчування, а значить, працюють більш інтенсивно. В свою чергу, це призводить до збільшення забрудненості шкіри мікроорганізмами, а саме продуктами пото- та сало виділенням, що призводить до мікротравм, які виникають в процесі навчально-бойової підготовки. Тому з метою підвищення антимікробних і протигрибкових властивостей нами був обраний бензалконія хлорид.

Головною метою нашого дослідження стало вивчення антимікробної і протигрибкової активності обраної активної речовини. Дослідження проводились на базі кафедри біотехнології Національного фармацевтичного університету (м. Харків) під керівництвом проф. О. П. Стрілець.

Облік результатів проводили шляхом вимірювання зони пригнічення росту мікроорганізмів, включаючи діаметр лунок. Вимірювання проводили з точністю до 1 мм, при цьому орієнтувались на повну відсутність видимого росту. Для проведення даного дослідження були приготовлені наступні зразки: №1 – піномійна основа, №2 – піномійна основа + бензалконію хлорид 0,01%, №3 – піномійна основа + бензалконію хлорид 0,15%, №4 – піномійна основа + бензалконію хлорид 0,2%. В результаті проведених досліджень по вивченню протимікробних властивостей піномійних засобів по відношенню до різних культур мікроорганізмів були отримані результати, які наведені у таблиці.

Таблиця

**Результати антимікробної активності зразків (n=5)**

Зразок	Культури мікроорганізмів				
	<i>S. aureus</i> ATCC 25293	<i>B. subtilis</i> ATCC 6633	<i>E. coli</i> ATCC 25922	<i>Ps. aerug.</i> ATCC 9027	<i>C. albicans</i> ATCC 885- 653
	Діаметри зони затримки росту мікроорганізмів, мм				
№1	-	-	-	-	-
№2 (0,01)	16,2±0,4	14,4±0,5	12,2±0,4	13,8±0,4	9,2±0,4
№3 (0,15)	22,4±0,5	21,2±0,4	17,8±0,4	16,4±0,5	12,0±0,7
№4 (0,2)	22,8±0,4	21,4±0,5	18,2±0,4	16,2±0,4	12,2±0,4

Дані, які отримані експериментально та представлені в таблиці, свідчать про те, що досліджувані зразки №2, 3, 4 які у складі мають бензалконію хлорид у різних концентраціях володіють широким спектром протимікробної дії по відношенню до використаних тест-штамів, а саме, до бактерійних грам-позитивних (*Staphylococcus aureus* ATCC 25293 і спорової культури *Bacillus subtilis* ATCC 6633), грам-негативних (*Escherichia coli* ATCC 25922 і *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 9027) культур. А також фунгіцидною дією по відношенню до дріжджоподібного грибу рода Кандида – *Candida albicans* ATCC 885-653.

Слід зазначити, що зразок №1 – піномійна основа не володіє антимікробною дією по відношенню до всіх використаних культур тест-штамів.

Експериментально встановлено, що всі тест-штами мікроорганізмів є слабо чутливими до досліджуваного зразку №2 (діаметр зон затримки росту культур 11–15 мм). Зразок №3 проявив помірну активність по відношенню до бактеріальних тест-культур -

*Staphylococcus aureus* ( $22,4 \pm 0,5$  мм), *Bacillus subtilis* ( $21,2 \pm 0,4$  мм), *Escherichia coli* ( $17,8 \pm 0,4$  мм), *Pseudomonas aeruginosa* ( $16,4 \pm 0,5$  мм), але по відношенню до дріжджеподібного грибу рода Кандида *Candida albicans* даний зразок виявив слабку активність ( $12,0 \pm 0,7$  мм). Зразок №4 проявив також помірну протимікробну дію по відношенню до всіх використаних бактеріальних тест-культур: *Staphylococcus aureus*, *Bacillus subtilis* і *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* (діаметр зон затримки росту складає 16–25 мм), і слабку активність до дріжджеподібного грибу *Candida albicans* (діаметр зон затримки росту складає 11–15 мм). Таким чином, отримані результати дослідів показали, що досліджувані зразки піномийної форми № 2, 3 і 4 – піномийна основа + бензалконію хлорид у концентраціях 0,01%, 0,015% і 0,02% володіють широким спектром антимікробної дії по відношенню до грампозитивних, грамнегативних бактеріальних культур, а також по відношенню до дріжджеподібного грибу *Candida albicans*. Зразок №1 – піномийна основа не проявив протимікробної дії до тест-культур. Серед зразків №2 (бензалконію хлорид 0,1%) і №3 (бензалконію хлорид 0,15%) найбільшу антимікробну активність має зразок №3 – *Staphylococcus aureus* ( $16,2 \pm 0,4$  і  $22,4 \pm 0,5$  мм відповідно), *Bacillus subtilis* ( $14,4 \pm 0,5$  і  $21,2 \pm 0,4$  мм), *Escherichia coli* ( $12,2 \pm 0,4$  і  $17,8 \pm 0,4$  мм), *Pseudomonas aeruginosa* ( $13,8 \pm 0,4$  і  $16,4 \pm 0,5$  мм); *Candida albicans* ( $9,2 \pm 0,4$  і  $12,0 \pm 0,7$  мм). Подальше збільшення концентрації бензалконію хлориду до 0,2% (зразок №4) не показало значного збільшення активності (*Staphylococcus aureus* ( $22,4 \pm 0,5$  і  $22,8 \pm 0,4$  мм), *Bacillus subtilis* ( $21,2 \pm 0,4$  і  $21,4 \pm 0,5$  мм), *Escherichia coli* ( $17,8 \pm 0,4$  і  $18,2 \pm 0,4$  мм), *Pseudomonas aeruginosa* ( $16,4 \pm 0,5$  і  $16,2 \pm 0,4$  мм), *Candida albicans* ( $12,0 \pm 0,7$  і  $12,2 \pm 0,4$  мм) тому не є недоцільним. Таким чином, експериментальні результати показали, що зразок №3 є найбільш перспективним для подальших робіт з розробки складу та технології піномийного засобу з антимікробною дією.

## ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КРИЗАЛІДНОЇ ОЛІЇ У ПРОФІЛАКТИЦІ СТАРІННЯ ШКІРИ

О. П. Шматенко, В. О. Тарасенко, Т. О. Степанюк

Українська військово-медична академія

Тривалість життя людини поступово збільшується, і виникає цілком природне бажання зберегти своє обличчя і тіло не тільки в кращій фізичній, але й у більш привабливій зовнішній формі. З роками на обличчі з'являються ознаки старіння, які визначаються біологічним віком людини – відповідність індивідуального морфофункціонального рівня середньостатистичній нормі. У зв'язку з цим такі ознаки старіння шкіри можуть випереджати вікові зміни внутрішніх органів або, навпаки, відставати від них.

У довгостроковій перспективі позитивні тенденції експерти пов'язують із розвитком косметичного ринку в цілому, інтенсифікацією виведення на ринок косметичних новинок, а також рухом по «зеленому» вектору – натуральній і органічній продукції.

**Мета роботи** – дослідження використання кризалідної олії у профілактиці старіння шкіри.

З огляду на важливу роль профілактики старіння шкіри обличчя, використання природних компонентів та органічних складових стає все більш актуальним і вимагає достатньо швидкого вирішення. Олія, що міститься в лялечках тутового шовкопряда, здатна віддалити появу ознак старіння і запобігти раку шкіри. До такого висновку в своїй докторській дисертації прийшла Марія Хіль Ортега. Після проведення випробувань на трьох групах мишей Ортега прийшла до висновку, що у тварин, яких обробляли цим маслом, пошкодження шкіри з'являлися із затримкою на 6–9 тижнів. Крім того, у двох мишей не з'явилися пухлини.

Для проведення дослідження Ортега використовувала 60 мишей, які піддавалися ультрафіолетовому випромінюванню в цілому 80 разів – по 60 хв 3 рази на тиждень. Тварини були поділені на три групи, одна з яких була контрольною. У другій групі до опромінення тварин обробляли мигдальним маслом, а в третій – вищезазначеним маслом

тутового шовкопряда. У всіх мишей були виявлені порушення, характерні для процесу фотостаріння і фотокарценогенезу шкіри, однак у представників останньої групи були виявлені значні відмінності. Так, пошкодження шкіри у них виникли на 6–9 тижнів пізніше, ніж у мишей з інших груп. Крім того, у двох тварин не було виявлено пухлин. Середня площа пошкодженого шкірного покриву у мишей з даної групи виявилася на 59,14% менше, ніж у контрольній групі.

Автор дослідження зазначає, що подібні результати дозволяють припустити наявність у масла тутового шовкопряда фотозахисних властивостей, які можуть бути пов'язані з утриманням серицина. Цей білок також є потужним антиоксидантом.

Серицин пригнічує дію ферментів, відповідальних за старіння шкіри, зменшує плями і зморшки. Для серицина повністю доведена безпечність та ефективність його застосування. Експерименти показали близькість серицина до кератину. Серицин, завдяки своїй структурі і присутності численних гідрофільних областей, утримує молекули води і таким чином значно зволожує шкіру. Ефект:захисний; ефект розгладження зморшок; зволожуючий ефект тривалої дії; шкіра стає більш пружна і еластична.

Ефект цього ми досягаємо виключно натуральним способом так, що хімічний склад подібний структурі людської волосини. Шовк на 97% складається з білків (фіброїну 70–80% і серицина 20–30%), 3% жирів і воску, мінеральні речовини – солі калію, натрію, кальцію і т.д. (1–1,5%), а також 18 амінокислот, що позитивно впливають на метаболізм людини.

Волокно являє собою звиту подвійну нитку фіброїну, що не розпадається за рахунок клейкої речовини, званого серицином або шовковою гумою. Фіброїн шовку утримує в шкірі в сім разів більше вологи, ніж будь-яке інша зволожуюча речовина, і стимулює вироблення в ній колагену. Для амінокислотного складу фіброїну характерний високий вміст гліцину – 43%, а також аланіну, серину і тирозину. Вміст тирозину та фіброїну настільки великий у порівнянні з іншими білками, що зазвичай фіброїн використовують як вихідний матеріал для отримання цієї амінокислоти. Серицин є одним з видів протеїну, який огортає фіброїн і є одним із компонентів, що входять до складу кокона. Завдяки своїй схожості з основним компонентом чудово утримує вологу і робить шкіру молодю, ніжною та еластичною. Серицин живить шкіру і забезпечує її киснем, ефективно розгладжує зморшки.

В рамках доказової медицини експеримент не дав надійних і прогнозованих результатів. У зв'язку з цим був зроблений пошук біологічних композицій, що включають комплекс антиоксидантних речовин, закріплених еволюційно для підтримки життєздатності популяції.

Знайдено, що під час 8–9 місячної діпаузи для збереження молекул від окисного стресу в лялечках дубового шовкопряда є потужна антиоксидантна система. Це біологічно виправдано, тому окислювальна трансформація молекул може призвести до порушень при формуванні організму метелика.

Ця антиоксидантна система унікальна, оскільки при обчисленні 50% утворених активних форм кисню показано, що Гемолімфа лялечок дубового шовкопряда ефективніша гемолімфи виноградних равликів в системі люмінол + НОСІ в 200 разів, люмінол + мієлопероксидаза хрону + H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> в 200 разів, генерації активних форм кисню нейтрофілами при адгезії в 700 разів, генерації активних форм кисню нейтрофілами при дії fMet-Leu-Phe в 300 разів і генерації активних форм кисню нейтрофілами при дії латексу в 4000 разів.

Таким чином інгібуючу дію гемолімфи шовкопряда спостерігається при ступеню її розведення на кілька порядків вищою, ніж у виноградних равликів. До теперішнього часу вивчені багато антиоксидантних компонентів рідкого вмісту лялечок і його 60 фракцій. Розшифровані механізми антиоксидантної дії на рівні мієлопероксидази та інших систем.

## РОЗРОБКА СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ ЕМУЛЬСІЙНОГО КРЕМУ З РОСЛИННИМИ ЕКСТРАКТАМИ

О. П. Шматенко, В. О. Тарасенко, Є. В. Пшенична

*Українська військово-медична академія*

Мікози стоп є однією з найбільш поширених грибкових патологій серед населення планети. Сучасна дерматологія вважає, що до цього захворювання відносяться не лише грибкові інвазії шкіри стоп, але і нігтів. Характеризуються ці мікотичні ураження не лише тривалістю течії з переходом, як правило, в хронічну фазу, але і надзвичайною стійкістю до лікування. Не в останню чергу це відбувається через незначну кількість лікарських речовин, що мають високу активність відносно патогенних грибів – збудників мікозів стоп, а також обмеженої кількості специфічних лікарських форм для топічного застосування (особливо для терапії оніхомікозів), але і частою появою штамів, резистентних до найбільш поширених антимікотиків. Також слід врахувати, що ефективна терапія мікозів стоп можлива тільки у разі одночасного лікування не лише власне уражених грибами нігтьових пластинок, але і шкіри стоп з міжпальцевими проміжками, оскільки інакше після припинення маніпуляцій з нігтями вони все одно будуть реінфіковані.

Велику частину косметичних кремів займають засоби, які створюють на шкіру не тільки косметичний вплив, але й деякі спеціальні властивості, наприклад регенеруючу, антибактеріальну, ранозагоюючу дію тощо. Для створення продуктів, які чинять спеціальний ефект на шкіру, на емульсійній основі актуальним є введення відповідних екстрактів. В рослинних екстрактах міститься велика кількість активних речовин, кожна з яких має свою певну дію на шкіру.

**Метою даної роботи** є створення емульсійного косметичного продукту з екстрактом піхти, кори дуба та ромашки, визначити основні колоїдно-хімічні характеристики косметичної емульсії стабілізованої сумішшю поверхнево-активних речовин.

За допомогою оптимального вибору основи можливо здійснювати регулювання рівня терапевтичного ефекту. У зв'язку з цим наступним кроком при створенні топічних м'яких лікарських форм є вибір основи-носія. При цьому слід враховувати фізико-хімічні властивості активних фармацевтичних інгредієнтів та їх природу, їх вірогідну взаємодію між собою та сумісність, стабільність впродовж тривалого зберігання. З урахуванням цих даних можливо науково обґрунтувати вибір носія, поверхнево-активних речовин і технологію виготовлення м'якої лікарської форми для топічної терапії. Носії зовнішніх м'яких лікарських форм мають бути нешкідливими, індиферентними, володіти добрим вивільненням, емоментними властивостями, легкою змиваністю, добре розподілятися по шкірних покривах, не викликаючи при цьому почуття дискомфорту. Невід'ємною і необхідною часткою досліджень по створенню м'яких фармакотерапевтичних засобів для топічного застосування являються доклінічні дослідження нешкідливості і біологічної активності, що дозволяють об'єктивно оцінити рівень їх фармакологічної дії і спрогнозувати клінічну ефективність розроблених лікарських форм. Дослідження по підтвердженню їх прогнозованої ефективності необхідно проводити у порівнянні з специфічною активністю відомих препаратів, які впродовж тривалого часу застосовуються у клінічній практиці.

Таким чином використання дисперсійного моделювання при виконанні експериментальних даних дає можливість урахувати можливість взаємодії фармацевтичних факторів, сприяє мінімізації часу досліджень, а також значно підвищує об'єктивність отриманих даних. Застосування цього алгоритму узагальнення результатів системних комплексних досліджень дає можливість отримання високоефективних, безпечних і стабільних м'яких лікарських засобів з високими фармакотехнологічними і споживчими властивостями для лікування мікозів стоп, що дозволяють прогнозувати високу перспективність їх впровадження в практику вітчизняної фармації і медицини.



## ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЕКСТЕМПОРАЛЬНОЇ РЕЦЕПТУРИ

О. П. Шматенко, В. О. Тарасенко, К. Ю. Нікітенко, К. Ю. Сеніна

*Українська військово-медична академія*

У наш бурхливий час змін дуже важливо не розгубити досвід, що накопичувався у фармації, починаючи з глибокої давнини. Одним із таких надбань є класична аптека, в якій можна придбати не тільки найсучасніші препарати провідних світових виробників, але й ліки, виготовлені професіоналами-фармацевтами аптек, в які вкладено душу і серце, професіоналізм і надію на одужання.

**Мета роботи** – дослідження організаційно-економічних аспектів екстемпоральної рецептури.

Класична аптека – це аптека, в якій хворому запропонують не тільки дорогі ЛЗ в яскравих упаковках, а також найпростіші, але дуже ефективні краплі, порошки, мікстури, настоянки, що давно користуються народною довірою. Тобто в аптеці окрім ліків людина отримує і віру в них.

В нашій країні застосування екстемпоральних лікарських засобів (ЛЗ) має не тільки медичне, але й соціальне значення. Купівельна спроможність багатьох наших громадян, нажаль, не завжди дозволяє їм придбати необхідні для лікування препарати промислового виробництва. Вартість екстемпоральних ЛЗ, як правило, невисока, що робить їх економічно доступними майже для всіх верств населення. Досвід співробітників аптек свідчить про те, що такі ЛЗ використовуються особливим попитом у людей похилого віку та дітей – одних з найбільш соціально незахищених категорій населення. Ще одна категорія, яка потребує екстемпоральну рецептуру – це пацієнти, що перебувають в стаціонарі.

Хоча аптечне виробництво має давні історичні корені і повинно існувати і в майбутньому, але в цій частині фармацевтичної галузі повинні відбуватись прогрес та удосконалення. Необхідно відмітити, що організація екстемпорального виготовлення ЛЗ потребує значних фінансових вкладень, що може стати гарантією якості екстемпоральної рецептури. Так, концентрація необхідного обладнання в аптеках, зменшення кількості працюючих у виробничій сфері та одночасне збільшення навантаження на кожного працівника дозволять при значному зменшенні обігових витрат збільшити обсяг та ефективність виготовлення ЛЗ. Сучасні вимоги прискорять процес оптимізації виготовлення ЛЗ – концентрації процесу у певних аптеках, які будуть відповідати всім вимогам, та залишатися рентабельними. Разом з тим необхідно окреслити шляхи зменшення ризику для якості, ефективності та безпечності екстемпоральних ліків. Це розробка офіційних рекомендацій по технології виготовлення ліків в аптеках; організація системи забезпечення якості екстемпоральних ліків; надійний контроль діючих та допоміжних речовин, а також таропакувального матеріалу. Всі ці заходи дадуть гарантію підвищення якості екстемпоральних ЛЗ.

Останні роки стало нормою робити порівняння та посилатись на закордонний досвід. Очевидно, це правильно, так як еволюційні процеси трансформації фармацевтичного сектора економіки неминучі. Хоча, як відмічається Міжнародною фармацевтичною федерацією, кожна країна має національні традиції розвитку фармації. Для нас, спеціалістів, важливі та цікаві стійкі тенденції розвитку фармації в світі.

Згідно даних експертного опитування, проведеного Міжнародною фармацевтичною федерацією (ні Україна, ні Росія, не інші країни СНГ дані не представили) у більшості країн різних континентів аптеки виготовляють ЛЗ екстемпорально, тобто за аптекою зберігаються класичні традиції індивідуального підходу до лікарського забезпечення населення.

У всьому світі признано, що екстемпоральні ЛЗ, що виготовлені руками фармацевта, з точки зору біофармації набагато ефективніші, ніж аналоги промислового виготовлення. Тому за кордоном екстемпоральні ліки, як правило, дорожче готових.

Якщо звернутися до вітчизняної статистики, то картина однозначна: за останні десять років більш ніж в тричі скоротилась екстемпоральна рецептура. Суттєво скоротилась номенклатура ліків, що виготовляються в аптеках. В збірниках уніфікованих приписів міститься більш ніж 2400 найменувань, з них найбільш розповсюдженим є 728. Виникає питання: добре це чи погано при наявності великого асортименту готових ЛЗ. Питання дискусійне. Наприклад, на думку спеціалістів, номенклатура парентеральних розчинів, зареєстрованих в Україні, потребує розширення.

Аналіз структури екстемпоральної рецептури доцільно проводити в розрізі таких ЛФ: розчини для ін'єкцій, очні краплі; стерильні олії, розчини та краплі для внутрішнього та місцевого застосування; настої та відвари; емульсії, суспензії, лініменти, порошки дозовані; порошки недозовані, збори; мазі, пасти, супозиторії. Такий підхід цілком виправданий у зв'язку зі значною різницею надлишку ємкості виготовлення екстемпоральних ЛФ. Нарешті, проблеми ціноутворення, що є загальною проблемою для аптечного та промислового виробництва. Наприклад, у вартість ін'єкційних розчинів має місце включення ціни ПДВ на лікарські речовини (ЛР) – субстанції, посуд, пробки та ін., що дозволить знизити ціну на ЛЗ приблизно на 18–20%.

Методологія ціноутворення на ЛЗ промислового та аптечного виробництва суттєво відрізняється: якщо в економіці фармацевтичної галузі діють прямі методи калькуляції, то в структурі роздрібної ціни екстемпоральних ліків собівартість їх виготовлення не виділяється.

Історично існують такі особливості ціноутворення на екстемпоральні ліки: таксування вхідних ЛР (інгредієнтів) та посуду за роздрібними цінами; включення в роздрібну ціну тарифу на виготовлення – Таха Laborum, історичної категорії (більш ніж 350 років), що характеризує, в першу чергу, трудові затрати.

Таким чином необхідна визначена державна політика по відношенню до екстемпоральних ліків, так як це пов'язано зі сучасною фармакотерапією, розвитком аптечної мережі, тощо. Будь-яка політика повинна базуватися на аналізі тенденцій та проблеми в цілому.

## **МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ**

**О. П. Шматенко, В. О. Тарасенко, Х. Ю. Крутиян, О. М. Руденко**

*Українська військово-медична академія*

Захворювання дихальної системи є найрозповсюдженою нозологією. Важливість соціально-економічного й загальномедичного аспекту захворювань дихальних шляхів полягає не тільки у показниках захворюваності, але і в тому, що в умовах несприятливого екологічного оточення, формується екологічна дезадаптація, яка призводить до виникнення захворювань органів дихання (ЗОД).

Участь екологічних факторів у формуванні, рецидивуванні та хронізації ЗОД обумовлюють особливості надання фармакотерапевтичної допомоги. Тому, необхідно мати чітке уявлення про стан лікарського забезпечення хворих, і на цій основі можливе формування напрямків його оптимізації для кожного хворого з позиції кращого ефекту при мінімумі витрат з використанням фармакоеконічних методів.

У зв'язку з бурхливим зростанням інформації в рамках традиційних напрямів фармакотерапії захворювань **метою нашої роботи** стало проведення аналізу наявного матеріалу та створення певної концепції, з якої витікали б принципи фармако-терапевтичного лікування захворювань органів дихання.

На сучасному вітчизняному фармацевтичному ринку представлено більше 15 тис. ЛЗ. Серед них антибактеріальні засоби займають провідне третє місце (близько 10% від усіх INN у світі), але вони посідають перше місце у світі за широтою застосування серед інших ЛЗ.

Країни-виробники щорічно постачають на вітчизняний фармацевтичний ринок близько 200 нових препаратів. Вартість коливається від 1-2 гривень до декількох тисяч.

Антибіотики мають характерні особливості, що відрізняють їх від інших хіміотерапевтичних засобів. Розрізняють антибіотики широкого спектра дії і антибіотики вузького спектра дії, що діють на певні групи мікроорганізмів. Більшість сучасних антибіотиків, що застосовуються в медицині, мають відносно вузький спектр дії, тому обов'язковою умовою успішної антибіотикотерапії є визначення чутливості мікроорганізму до антибіотику.

Номенклатуру вітчизняних антибактеріальних ЛЗ забезпечують 28 фірм-виробників. Серед них найбільшу кількість найменувань вітчизняного виробництва пропонують Корпорація «Артеріум» (Київмедпрепарат, Київ) та ЗАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця» (Київ) – по 23 препарати. Загалом ці виробники постачають третину препаратів (33,3%). Крім того, значний обсяг продукції на внутрішній фармацевтичний ринок надходить від ЗАТ «НВЦ «Борщагівський ХФЗ» (13 найменувань; 9,4%) та ТОВ «ФК «Здоров'я» (10 найменувань; 7,2%). Отже, наведені фірми-виробники постачають на внутрішній фармацевтичний ринок 49,9% загального асортименту вітчизняних лікарських препаратів, що становить майже половину від загального обсягу.

В Україні, фармацевтичний ринок поповнюється також 95 фірмами-виробниками з 30 країн світу, серед яких позицію лідера за обсягом постачання посідає Індія (43% препаратів; 38 фірм-постачальників), друге місце належить Словенії (7,9%; 4 фірми), третє – Великобританії (6,8%; 6 фірм-постачальників), та незначний внесок (1,13%) фармацевтичному ринку України представляють Македонія, Італія, Литва та Ізраїль.

Найбільш поширеними лікарськими формами (ЛФ) антибактеріальних препаратів на фармацевтичному ринку є: таблетовані ЛФ – майже 42%; порошки для приготування ін'єкційних розчинів – 32%; розчини для ін'єкцій – близько 14%.

На вітчизняному фармацевтичному ринку антибактеріальні засоби представлені великою кількістю лікарських препаратів та лікарських форм як українського виробника так і іноземних фірм-виробників.

Таким чином проаналізована структура фармацевтичного ринку препаратів для лікування негоспітальної пневмонії. Провідне місце в даному товарному сегменті на ринку препаратів посідає Україна, асортимент препаратів складає 49,9%.

## **АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

**О. П. Шматенко, А. М. Соломенний, О. В. Голюк**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність:** Проведення аналізу нормативно-правової бази медичного постачання сил оборони держави має стати першим кроком в процесі удосконалення системи медичного постачання (СМП) та імплементації до Північноатлантичного альянсу. Система представлених нормативно-правових актів (НПА) в тій чи іншій мірі впливає на СМП, формує структуру та є правничим підґрунтям в процесі удосконалення СМП.

**Мета та завдання:** проаналізувати НПА СМП та побудувати модель ієрархічної системи НПА організації медичного постачання Збройних Сил (ЗС) України. Для досягнення поставленої мети нами визначені такі завдання: провести огляд НПА СМП та побудувати модель ієрархічної системи НПА організації медичного постачання ЗС України.

**Об'єкт дослідження:** система медичного постачання.

**Предмет дослідження:** НПА медичного постачання сил оборони держави.

**Методи дослідження:** У дослідженні здійснено контент-аналіз нормативно-правової бази з питань медичного постачання. Застосовано методологію бібліосемантичного аналізу.

**Отримані результати:** В ході проведення дослідження нами було запропоновано модель ієрархічності нормативно-правової та директивної бази медичного постачання медичної служби ЗС України. В основу зазначеної моделі покладені вісім рівнів нормативно-правових документів, які визначають діяльність та розвиток СМП ЗС України на мирний час та в особливий період.

Організація медичного постачання нерозривно пов'язана із організацією медичного забезпечення і, як функціональна складова, має єдину систему законодавства в широкому та вузькому її розумінні. Враховуючи взаємозв'язок основних принципів функціонування СМП та суспільних відносин в сфері національної безпеки, які виникають в процесі захисту національних інтересів України, можливо побудувати ієрархічну систему НПА організації медичного постачання.

Конституція України і Стратегія національної безпеки України складають перший рівень у системі нормативно-правового забезпечення національної безпеки. Конституція України як основа законодавства України визначає основні начала, принципи і норми національної безпеки України. Стратегія національної безпеки України є інтегруючою ланкою в системі нормативно-правового забезпечення національної безпеки України і визначає основи державної політики національної безпеки

На другому рівні – НПА України, в яких відображені основні норми діяльності державних органів і структур у процесі забезпечення національної безпеки в різних сферах національної безпеки, їх завдання, напрями діяльності, функції та повноваження. До них, зокрема, належать доктринальні документи: Доктрина національної безпеки, Воєнна доктрина України, Стратегічний оборонний бюлетень України, Воєнно-медична доктрина України, Концепція розвитку сектору безпеки і оборони України, Державна програма розвитку ЗС України тощо.

На третьому рівні доцільно розмістити ряд Законів України, які мають безпосереднє відношення до сфери медичного забезпечення та медичного постачання: Про національну безпеку України, Про Збройні Сили України, Про оборону України, Про правовий режим майна у ЗС України, Про лікарські засоби, Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори, Про публічні закупівлі та інші.

Четвертий рівень містить особливу групу джерел міжнародного права – міжнародні договори, міжнародно-правові звичаї та рішення міждержавних (міжурядових) організацій, які є юридично обов'язковими для держав-учасниць. До таких відносимо: Принципи і політика медичного забезпечення НАТО MC 0326/3, Спільна доктрина НАТО з медичного забезпечення AJP-4.10(C), Доктрина з планування медичного забезпечення військ (сил) НАТО AJmedP-1 тощо.

НПА Кабінету Міністрів України можливо віднести до п'ятого рівня. Здійснюючи виконавчу владу, в межах своєї компетенції КМ України видає постанови і розпорядження стосовно забезпечення діяльності пов'язаної із СМП. До таких документів відносяться: Положення про порядок обліку, зберігання, списання та використання військового майна у ЗС, Перелік наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, Національний перелік основних лікарських засобів, Положення про інвентаризацію військового майна у ЗС, Методика визначення залишкової вартості майна ЗС України та інших військових формувань, Технічні регламенти тощо.

До шостого рівня належать НПА міжвідомчого характеру, які регулюють порядок взаємодії суб'єктів системи забезпечення за окремими напрямами діяльності в цій сфері та є обов'язковими для інших міністерств, установ або організацій, що не входять до сфери управління органу, який видав такий НПА. До таких ми відносимо НПА Міністерства охорони здоров'я України та інших суміжних міністерств та відомств.

Сьомий рівень становлять НПА Міністерства оборони України та Генерального штабу ЗС України, які у межах своєї компетенції на основі чинного законодавства про

національну безпеку, а також відповідно до актів Президента України, Кабінету Міністрів України розробляють відомчі нормативні акти: накази, інструкції, положення, постанови, програми, листи, статuti. Наприклад: до таких документів належить Концепція медичного забезпечення ЗС України та ряд інших документів.

Восьмий рівень становлять локальні НПА, які деталізують як складові медичного забезпечення ЗС, так і особливості організації складових медичного постачання ЗС в умовах мирного та особливого періоду. До таких документів відносимо: Керівництво з організації постачання медичною технікою та майном ЗС України у мирний час, Керівництво по роботі баз зберігання медичного майна, центрів формування медичного майна непорушного запасу та медичних складів Міністерства оборони України, Положення про роботу військових аптек та інші.

**Висновки:** Таким чином, проаналізовані НПА СМП та побудовано модель ієрархічної системи НПА організації медичного постачання сил оборони держави. Дана нормативно-правова база є правничим підґрунтям та має стати першим кроком в процесі удосконалення СМП, а також імплементації існуючої нормативно-правової документації до доктринальних вимог Північноатлантичного альянсу.

## **ОБГРУНТУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСТАЧАННЯ МЕДИЧНОЇ ТЕХНІКИ І МАЙНА В СИСТЕМІ ЛОГІСТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

**О. П. Шматенко, А. М. Соломенний, І. О. Панкратов**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність:** Проблема сучасного і повного забезпечення потреб Збройних Сил (ЗС) України, особливо в умовах проведення операції Об'єднаних Сил, медичними технікою та майном значною мірою залежить від науково обґрунтованого планування і прогнозування потреби в них. Її вирішення забезпечує проведення якісного амбулаторного і стаціонарного лікування поранених і хворих військовослужбовців ЗС України.

**Мета та завдання:** проаналізувати особливості постачання медичної техніки і майна в системі логістичного забезпечення ЗС України.

**Об'єкт дослідження:** постачання медичної техніки і майна.

**Методи дослідження:** контент-аналіз та бібліографічний методи.

**Отримані результати:** Відповідно до Стратегічного оборонного бюлетеню України та Стратегії національної безпеки України однією з основних цілей України є утвердження прав і свобод людини і громадянина, забезпечення нової якості економічного, соціального і гуманітарного розвитку, забезпечення інтеграції України до Європейського Союзу та формування умов для вступу в НАТО.

Ураховуючи низку проблем України за останні 6 (шість) років, тільки якісна оборонна реформа зможе сприяти зміцненню спроможностей сил оборони, підвищенню їх готовності до виконання завдань за призначенням та участі у проведенні спільних бойових дій (операцій) з підрозділами НАТО.

Одним з критеріїв вступу для набуття членства в НАТО є підвищення рівня оперативної сумісності ЗС України та інших військових формувань з підрозділами ЗС держав-членів НАТО та ЄС до виконання спільних завдань в міжнародних операціях із підтримання миру і безпеки. Однією з складових досягнення цього критерію є взаємосумісне логістичне забезпечення.

Логістичне забезпечення ЗС – це комплекс тісно пов'язаних між собою процедур, а також діяльності логістичних органів і підрозділів, які прямують до справного організування функціонування логістичної системи, результативного використання транспортної мережі і транспортних засобів, а також забезпечення військам усього, що їм

є необхідним для життя і проведення операцій різного типу під час миру, кризи і війни. Воно полягає у координації, плануванні, організуванні, стимулюванні і контролюванні використання різноманітних засобів постачання, а також реалізації широкої гами спеціалізованих і господарсько-побутових послуг. Метою логістичного забезпечення ЗС є задоволення потреб військ у засобах, необхідних їм для життя і проведення мілітарних і позамілітарних операцій, та забезпечення здатності людського потенціалу, а також озброєння і військового обладнання до проведення бойових дій.

Тобто, логістичне забезпечення будь яких військових підрозділів вимагає створення оптимальної мережі маршрутів та вузлів, здатних доставляти сили і засоби для їх всебічної підтримки. Надзвичайно важливим критерієм цього є «правильні сили, з потрібним обладнанням в потрібний час в потрібному місці».

Замість заснованої на ще радянських алгоритмах і технологіях неповороткої системи забезпечення у безпековий сектор приходить сучасний військовий сервіс. Вершина поетапного процесу – ефективно логістичне забезпечення, спроможне підтримувати всі компоненти сил оборони.

Відповідно до стандартів логістичного забезпечення НАТО медичне забезпечення є однією з 5 складових сфер діяльності та включає проектування і розробку, придбання, зберігання, транспортування, розподіл, догляд, евакуацію і розташування озброєння і техніки; транспортування особового складу; придбання, будівництво, обслуговування, експлуатацію та розташування об'єктів та надання послуг).

Так, з метою реалізації Стратегічної цілі 4 Стратегічного оборонного бюлетеня України, щодо удосконалення логістичного забезпечення сил оборони та з метою визначення єдиних поглядів на створення системи логістики ЗС України та подальшого набуття нею спроможностей до рівня були визначені Основні положення логістичного забезпечення ЗС України, які визначають основи логістичного забезпечення, його вимоги і принципи, структуру і управління, функції та концепцію багатонаціональної логістики, функцію медичного забезпечення ЗС, що реалізується у відповідності до Воєнно-медичної доктрини України.

Відповідно до цієї Доктрини склад сил і засобів медичних служб та система медичного забезпечення військ мають забезпечувати збереження і зміцнення здоров'я військовослужбовців, своєчасне та ефективно надання медичної допомоги у разі поранень, уражень і захворювань, якнайшвидше відновлення боєздатності та працездатності в різних умовах їх застосування.

Отже, постає питання щодо врахування в організації медичного забезпечення військ положень законодавства з питань охорони здоров'я, стандартів медичної допомоги (медичних стандартів) і клінічних протоколів, військово-медичних стандартів, з урахуванням вимог Організації Об'єднаних Націй та положень Женевських конвенцій про захист жертв війни, а також Принципів і політики медичного забезпечення НАТО.

**Висновки:** Таким чином, перехід ЗС України на систему логістичного забезпечення ЗС держав-членів НАТО та ЄС дозволить раціонально використовувати сили і засоби медичної служби та якісно і в повному обсязі проводити забезпечення їх медичною технікою і майном.

## **ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ В ЗОНІ АДМІНІСТРАТИВНО-ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ**

**О. П. Шматенко, А. М. Соломенний, М. М. Бірець**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність:** Військово-медичне постачання перебуває у постійній динаміці. Змінюються не тільки економічні, але й політико-правові, демографічні аспекти, прискорюються темпи науково-технічного прогресу в державі, тому органи військово-медичного постачання повинні постійно адаптуватися до навколишніх змін,

удосконалювати стратегію, розподільчий процес, організаційну структуру, тобто змінюватися відповідно до динамічного зовнішнього середовища.

Відсутність системного науково-методичного обґрунтування застосування комплексних логістичних досліджень з метою оптимізації медичного постачання, а також завдання військово-медичної служби щодо створення високоефективної та економічно доцільної системи постачання Збройних Сил України медичним майном.

**Мета дослідження:** теоретично обґрунтувати та розробити методичні підходи та рекомендації стосовно вдосконалення медичного постачання підрозділів Військово-медичних клінічних центрів (ВМКЦ) та медичних підрозділів зони відповідальності на основі концепції логістичного управління в умовах динамічного зовнішнього середовища.

**Об'єкти дослідження:** відділ медичного постачання ВМКЦ.

**Завдання дослідження:**

1. провести аналіз та узагальнити дані наукової літератури стосовно медичного постачання в ЗС України на різних етапах реформування та застосування логістичних принципів в організації медичного постачання;

2. провести аналіз реформування медичного постачання.

3. визначити першочергові завдання відділу медичного постачання ВМКЦ регіонів на сучасному етапі;

4. визначити домінуючі критерії вибору фармацевтичного дистриб'ютора шляхом опитування спеціалістів ВМКЦ регіонів;

**Методи дослідження:** історичний, бібліографічний, системно-оглядовий, метод експертних оцінок, статистичний, АВС-аналіз.

**Висновки:**

1. Проведено аналіз та узагальнені дані наукової літератури стосовно медичного постачання в Збройних Силах на різних етапах реформування та застосування логістичних принципів в організації медичного постачання. Функціонування сучасної системи військово-медичного постачання свідчить про широке застосування в організації та плануванні діяльності по забезпеченню військ медичним майном методами та підходами сучасної логістики.

Проведений аналіз свідчить про реформування постачання медичним майном від суто централізованого до поєднання централізованого і децентралізованого забезпечення та спостерігається тенденція до зростання децентралізованої закупівлі медичного майна.

2. З метою повноцінного забезпечення медичним майном підрозділів ВМКЦ регіонів та медичних підрозділів адміністративно-територіальної зони відповідальності, ефективного використання коштів, оптимізації витрат на закупівлю медичного майна, першочерговими завданнями відділення медичного постачання ВМКЦ регіонів на сучасному етапі є вміле використання логістичних підходів. А саме:

визначення оптимального асортименту медичного майна, що дозволяє виконувати встановлені види і обсяги медичної допомоги всіма медичними підрозділами зони адміністративно-територіальної відповідальності ВМКЦ регіону;

проведення закупівлі оптимальних розмірів партій товару;

отримання якісної продукції у встановлені строки;

управління запасами медичного майна.

3. Для виявлення критеріїв вибору фармацевтичних дистриб'юторів проведено опитування спеціалістів медичного постачання та провідних спеціалістів ВМКЦ ЦР, які беруть активну участь у тендерних закупівлях. Домінуючими критеріями виявились ціна, якість товару та надійність постачання.

## РОЗРОБКА М'ЯКОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ З АНТИМІКРОБНИМИ, ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ТА АНЕСТЕЗУЮЧИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ ДЛЯ ПОТРЕБ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

О. П. Шматенко, О. В. Підлісний, Р. Л. Притула

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Створення нових багатокомпонентних м'яких лікарських засобів місцевої дії обумовлено у тому числі й поповненням асортименту сучасними допоміжними речовинами. Завдяки науковим досягненням фармацевтичної технології можна отримати лікарські засоби з заданими фармакокінетичними властивостями.

Бойові дії на сході України показали доцільність розробки комбінованих м'яких лікарських засобів місцевої дії. Це обумовлено особливостями вогнепальної рани (нааявність трьох зон ушкодження, складний анатомічний характер ушкоджень, високий ступінь інфікування), від яких залежить перебіг ранового процесу.

У процесі дослідження використовувались наступні **методи дослідження**: бібліографічний, фармако-технологічний, фізико-хімічний, структурно-механічний, біофармацевтичний та біологічний.

**Об'єктами дослідження** стали основи, допоміжні речовини, емульгатори а також лікарський препарат порівняння «Офлокаїн 1%» (виробництва ВАТ ХФЗ «Дарниця»).

**Результати і обговорення:** Вогнепальна рана містить змішану мікрофлору та некротичні тканини, що призводить до розвитку інфекційного процесу. Тактика лікування вогнепальної рани, що складається з місцевого й загального лікування, визначається фазою ранового процесу. Місцеве лікування полягає в застосуванні антимікробної терапії для боротьби з мікроорганізмами в рані; забезпеченні дренажу ексудату; сприяння зменшення прояви запальної реакції. Тобто забезпечення терапевтичної ефективності лікування вогнепальної рани потребує індивідуальний підбір лікарських та допоміжних речовин з певними функціональними властивостями.

Враховуючи особливості вогнепальної рани в основу розробки м'яких лікарських засобів (МЛЗ) місцевої дії покладені:

досягнення в області теорії патогенезу та клінічного перебігу вогнепальної рани, перебіг якої визначає вибір складу лікарського засобу (ЛЗ) для лікування даної патології;

принципи створення ЛЗ багатоспрямованої дії, що одночасно впливають на основні ланки патологічного процесу.

Для проведення раціональної фармакотерапії ЛЗ мають відповідати комплексу вимог: антимікробна, протизапальна та ранозагоююча дії, пролонгований ефект, комфортність застосування.

Ефективність дії ЛЗ залежить від здатності активних фармацевтичних інгредієнтів (АФІ) впливати на ушкоджені тканини, а також основи лікарської форми (ЛФ) забезпечити вивільнення АФІ з основи. Тому при створенні ЛЗ головним завданням є вибір ефективної субстанції, допоміжних речовин та розробка основи-носія. В результаті проведених досліджень нами як АФІ обрано цефазолін, декамтоксин та бензокаїн.

**Висновки:** 1. Розроблена методологія фармацевтичної розробки м'якого ЛЗ у формі крему з антимікробною, протизапальною та анестезуючою дією. Концептуально обговорено комплекс критеріїв для забезпечення якості розробленого ЛЗ. 2. Наведені характеристики активно-фармацевтичних інгредієнтів та допоміжних речовин. 3. Визначені методики досліджень, необхідні для розробки оптимального складу, створення раціональної технології ЛЗ та перевірки їх якості. 4. Розроблена методики контролю якості лікарського засобу у формі крему. Ідентифікацію та кількісне визначення АФІ проведено методом ВЕРХ. Встановлено у 1 г ЛЗ вміст декаметоксину– 0,970 мг при нормі 0,90–1,10 мг; бензокаїну 49,15 мг при нормі 45–55 мг; цефазоліну – 0,49 мг при нормі 0,45–0,55 мг.



## **ІНТЕГРОВАНІЙ АВС, VEN-АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ НАДАННЯ АБДОМІНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**О. П. Шматенко, І. Г. Гринчук, О. В. Плєшкова, М. В. Плєшков**

*Українська військово-медична академія*

Станом на кінець 2019 року в Україні зареєстровано 12923 лікарських засобів (ЛЗ), які використовуються для надання абдомінальної хірургічної допомоги, серед яких третину складають препарати вітчизняного виробництва. У такому різноманітті ліків важко зорієнтуватися не лише пересічному громадянину, а й фахівцю. Адже, за рекомендаціями ВООЗ, комплексний концептуальний підхід до здійснення раціональної фармакотерапії передбачає: забезпечення медичних та фармацевтичних працівників доказовою, об'єктивною і незалежною інформацією про лікарські препарати. Саме тому, метою нашого дослідження є оптимізація переліку ЛЗ для лікування абдомінальних хворих військовослужбовців за допомогою проведення інтегрованого АВС-, VEN-аналізу.

На першому етапі дослідження було проаналізовано 110 історій хвороб військовослужбовців та працівників Збройних Сил України, які проходили лікування в Національному військово-медичному клінічному центрі «ГВКГ» в період з січня 2017 по листопад 2019 року, в результаті якого було сформовано перелік ЛЗ, який містив 152 препарати.

Наступним етапом було проведення VEN-аналізу, в результаті якого всі ЛЗ розподілили на 3 групи: «V» (препарати, включені до Національного переліку основних ЛЗ та Державного формуляру ЛЗ), «E» (препарати, включені до Державного формуляру ЛЗ) та «N» (інші ЛЗ). В результаті проведеного дослідження було встановлено, що до групи «V» входили 34 ЛЗ (22,4% від загального асортименту ЛЗ), до групи «E» – 80 препаратів (52,6%), а група «N» нараховувала 38 найменувань ЛЗ (0,25%). Отримані дані свідчать про раціональність призначення ЛЗ для лікування абдомінальних хворих військовослужбовців, адже 75% ЛЗ входять до складу Національного переліку основних ЛЗ та Державного формуляру ЛЗ, які є стандартом фармацевтичної складової медичної допомоги.

При дослідженні переліку ЛЗ за допомогою АВС-аналізу всі ЛЗ були розподілені на 3 групи. ЛЗ, що мають до 80% наростаючого підсумку критерію класифікації були віднесені до групи А. В групу В були включені препарати, що мають від 80% до 90% наростаючого підсумку. Всі інші номенклатурні позиції були внесені до групи С. Так, група «А» нараховувала 49 ЛЗ (32,2%), «В» – 31 ЛЗ (20,4%), «С» – 72 ЛЗ (47,4%).

Результати АВС-аналізу свідчать, що найчастіше для лікування абдомінальних хворих використовуються такі препарати, як натрію хлорид (розчин для інфузій 0,9% по 200 мл у флаконі) та метоклопрамід (розчин для ін'єкцій 5 мг/мл по 2 мл в ампулах), витрати на які становили 6,3% і 3,3% відповідно.

При інтеграції результатів АВС-, VEN-аналізів всі ЛЗ були розподілені на 9 окремих підгруп.

До підгруп AV, AE, BV та BE ввійшли 63 ЛЗ (41,4%), які є першочерговими та використовуються для врятування життя пацієнта та підтримки життєзабезпечуючих функцій організму. Вони найчастіше застосовуються у відділеннях абдомінальної хірургії.

Підгрупи AN, BN та CN представлені 38 препаратами (25%), використання яких в абдомінальній хірургії є недоцільним, оскільки вони не входять до складу Державного формуляру ЛЗ та Національного переліку основних ЛЗ, а їх ефективність не підтверджується достатніми клінічними випробуваннями.

Підгрупи CV та CE представлена 51 препаратом (33,6), які застосовуються дуже рідко або у випадках наявної супутньої патології. Частота використання кожного з цих препаратів складає менше 1%.

Саме тому в результаті проведеного дослідження встановлено, що для оптимізації надання абдомінальної хірургічної допомоги військовослужбовцям до переліку ЛЗ доцільно включити 63 препарати, які входять до складу Державного формуляру ЛЗ та Національного переліку основних ЛЗ.

## **МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ РИНКУ РІЗНИХ ГРУП ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ВІТЧИЗНЯНОГО ВИРОБНИЦТВА ДЛЯ ПОТРЕБ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

**Н. І. Хомутецька, А. В. Маланіч, В. В. Руденко**

*Українська військово-медична академія*

Підвищення доступності та покращення якості лікарської допомоги відноситься до пріоритетів військової охорони здоров'я. Тому особлива увага приділяється науковому відпрацюванню, плануванню та реалізації заходів, спрямованих на оптимізацію забезпечення лікарськими засобами військовослужбовців.

Сьогодні, в умовах стрімкої розбудови вітчизняного фармацевтичного ринку, розвитку української фармацевтичної промисловості та реформування Збройних Сил України постає завдання переосмислення основних організаційно-методичних принципів забезпечення військових лікувальних закладів лікарськими засобами.

Завдяки впровадженню стандартів лікування та раціонального використання лікарських засобів з'являється можливість визначити реальну потребу в матеріальних, фінансових, кадрових та інших ресурсів, а також створити умови для об'єктивного контролю за ефективністю їх використання і якістю медичної допомоги.

З метою оптимізації переліку та створення формулярних списків лікарських засобів для потреб медичної служби Збройних Сил України проводяться наукові та організаційні дослідження.

За мету дослідження ми обрали проведення аналізу фармацевтичного ринку для створення переліку лікарських засобів вітчизняного виробництва для потреб медичної служби Збройних Сил України.

Особливістю сучасного фармацевтичного ринку України є значна залежність від імпорту, про що свідчить співвідношення наявних на ринку лікарських засобів вітчизняного виробництва та зарубіжних препаратів. Але для раціонального використання фінансових ресурсів та з метою зменшення залежності військово-медичної служби від інших країни-виробників лікарських засобів, доцільно визначити перелік лікарських засобів вітчизняних виробників, що задовольнили би потреби військовослужбовців як в мирний час, так й в особливий період.

Для досягнення поставленої мети в результаті проведених досліджень нами були виконані наступні завдання:

- вивчили сучасний стан фармацевтичного ринку України;
- вивчили можливості вітчизняної фармацевтичної промисловості;
- вивчили нормативні документи, що встановлюють номенклатуру лікарських засобів для потреб медичної служби Збройних Сил України;
- проаналізували джерела наукової літератури про теоретичні основи проведення маркетингових досліджень, визначили методи та алгоритм проведення маркетингових досліджень;
- розробили форму для збору даних про вітчизняних виробників лікарських засобів;
- провели аналіз фармацевтичного ринку України з визначення вітчизняних виробників;
- провели аналіз асортименту лікарських препаратів вітчизняних виробників на основі контент-аналізу довідкової літератури;
- систематизували та створили базу даних вітчизняних виробників лікарських засобів за різними показниками;
- визначили, чи можемо ми створити перелік лікарських засобів для потреб медичної служби Збройних Сил України тільки за рахунок вітчизняних виробників, чи потрібно деякі фармакотерапевтичні групи залишити імпортними;

створили перелік лікарських засобів вітчизняних виробників, що максимально задовольняє потреби медичної служби України;

розглянули можливість використання ресурсів вітчизняних фармацевтичних виробників в особливий період.

Використання ресурсів вітчизняних виробників для надання медичної допомоги військовослужбовцям дозволить раціонально використовувати матеріальні та трудові ресурси. Також з іншого боку, наявність та зростання попиту медичної служби Збройних Сил України на лікарські засоби вітчизняного виробника та замовлення з їх боку буде сприяти мотивуванню розвитку вітчизняної фармацевтичної промисловості.

## **ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕХНОЛОГІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ КІЛЬКІСНОГО СПІВВІДНОШЕННЯ ВВЕДЕНИХ КОМПОНЕНТІВ ДО СКЛАДУ ГЕЛЮ**

**В. О. Тарасенко, В. В. Паламарчук, Н. О. Козіко**

*Українська військово-медична академія*

У зв'язку зі збільшенням уваги до лікарських засобів (ЛЗ) пролонгованої дії на основі полімерних матеріалів для створення в організмі депо терапевтично активних речовин і здійснення цілеспрямованого транспорту ліків в органи-мішені на перший план виходить питання їх обґрунтованої технології. Тому основним завданням при отриманні гелю для комплексної терапії ревматоїдного артриту є пошук оптимального якісного та кількісного складу інгредієнтів. Вивчення споживчих властивостей (фізико-хімічні, структурно-механічні та технологічні) гелю потребує докладного вивчення властивостей не тільки самого полімеру, але і його взаємодії з органічними розчинниками, водою, пластифікаторами і т.п.

**Мета дослідження** – визначення оптимального складу допоміжних речовин у складі гелю за допомогою математичного планування експерименту. Для розробки плану дослідження нами було застосовано стандартний математичний пакет STATGRAPHICS, до складу якого входить модуль Design of Experiment, який дозволяє провести статистичний аналіз даних найбільш коректним способом. З цією метою обрано 4 незалежних фактори (пропіленгліколь (ПГ) (фактор А), поліетиленоксид (ПЕО-400) (фактор В), гліцерин (фактор С), ПЕО-1500 (фактор D) та інтервали їх варіювання (від 1% до 5%).

Нами використані такі етапи: 1) завдання параметрів плану експерименту: тип плану, кількість змінних відгуків, кількість експериментальних факторів, значення верхнього та нижнього рівня факторів; 2) вибір потрібного варіанту плану експерименту; 3) заповнення таблиці експериментальними даними; 4) аналіз експериментальних даних; 5) виведення на екран та аналіз графіків поверхні відгуку та контурних графіків поверхні відгуку.

З метою визначення статистично значимих ефектів ( $p < 0,05$ ) і адекватності моделі авторами проведено дисперсійний аналіз.

Аналіз результатів показав, що фактори А і С, а також взаємодія факторів АВ і АС дають значущі ефекти. Відповідні їм колонки перетинають вертикальну лінію, яка представляє 95% довірчу імовірність. Вплив факторів В і D, а також взаємодія ВD, CD, AD, BC є незначною. Отже, ними при постановці даного експерименту, можна знехтувати.

На наступному етапі експерименту нашою метою була локалізація області значень факторів у вигляді графіка поверхні відгука. В результаті можна приблизно оцінити відносні частки компонентів допоміжних речовин, при яких досягається максимальний показник абсорбції рідини. Значення цих показників лежать поблизу частки 5% для ПГ (фактор А), ПЕО-400 (фактор В) та гліцерину (фактор С). Щоб використовувати ці результати в подальшому, необхідно оцінити точність прогнозування значення відгука абсорбції рідини.

Аналіз даних показав, що оптимальними є склад при співвідношенні ПГ, гліцерину та ПЕО-400 в концентрації по 5% відповідно.

Таким чином, метод математичного планування експерименту дає змогу оптимізувати склад та концентрацію допоміжних речовин у складі гелю для комплексної терапії ревматоїдного артриту за рахунок прогнозування зміни відносного подовження при різному кількісному складі сумішей.

## **АКТУАЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ТРАНСДЕРМАЛЬНИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ СИСТЕМ ДЛЯ ПОТРЕБ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

**В. О. Тарасенко, С. О. Вишнев, С. Ю. Адаменко**

*Українська військово-медична академія*

За останні три десятиліття розробка контрольованих систем доставки лікарських речовин набуває все більшого значення у фармацевтичній технології. Трансдермальний шлях є одним з найбільш перспективних методів доставки активних речовин через шкіру у велике коло кровообігу, що забезпечує зручний спосіб введення при різних клінічних показаннях. Проте застосування трансдермальних терапевтичних систем в наданні медичної допомоги та лікування на різних етапах медичної евакуації силами медичної служби Збройних Сил України використовується на сьогоднішній день не в повній мірі.

Трансдермальні системи доставки лікарської речовини мають ряд переваг порівняно з традиційними лікарськими формами і пероральними системами контрольованої доставки активних фармацевтичних інгредієнтів (АФІ). В залежності від методу введення лікарських речовин в систему, їх розділяють на три категорії: системи матричного, резервуарного та мікрорезервуарного типу. Зокрема, такі системи забезпечують більш швидку фармакотерапевтичну дію АФІ; уникнення ефекту первинного проходження через печінку і шлункового метаболізму; легкість швидкої ідентифікації лікарської речовини в надзвичайних ситуаціях; контроль за швидкістю проникнення препарату через шкіру; можливість постійно підтримувати концентрацію АФІ в крові; при необхідності зменшення дози лікарської речовини; зведення до мінімуму або повне усунення місцевих та системних побічних ефектів; отримання меншого ефекту потенціювання або послаблення фармакологічної дії препарату при тривалому застосуванні; можливість зниження частоти введення призначеного лікарського засобу у зв'язку із пролонгованою дією (від 1 до 7 днів); зручність і простоту в застосуванні.

Метою повідомлення стало обґрунтування та актуальність застосування трансдермальних терапевтичних систем підрозділами військово-медичної служби Збройних Сил України (ЗСУ) в умовах мирного часу та озброєного конфлікту.

Трансдермальні терапевтичні системи доставки лікарських речовин успішно застосовуються як альтернатива системі доставки АФІ та представляють собою препарати, які наносяться на поверхню шкіри та призначені для доставки дози АФІ скрізь шар шкіри безпосередньо у кров'яне русло або сприяють загоєнню травми ділянки тіла.

Переваги таких лікарських засобів та позитивне рішення впровадження трансдермальних терапевтичних систем з метою задоволення потреб медичної служби ЗСУ сприятимуть підвищенню ефективності використання АФІ для надання медичної допомоги на різних етапах медичної евакуації.

Таким чином, з метою забезпечення потреб медичної служби ЗСУ та належної бойової готовності її підрозділів військово-медичної служби щодо надання першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги із врахуванням недосконалості існуючих описів комплектів, актуальним та необхідним є включення до складу описів комплектів медичного майна трансдермальних систем доставки лікарської речовини, що дозволить значно підвищити рівень фармакотерапії при пораненнях, пошкодженнях та інших клінічних випадках, сприятиме зниженню рівня ускладнень лікування та якнайшвидшому поверненню військовослужбовців у стрій.

## РОЗРОБКА СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ ОТРИМАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ПРОБІОТИЧНОГО ЗАСОБУ У ФОРМІ ЛІОФІЛІЗОВАНОГО ПОРОШКУ

В. О. Тарасенко, А. І. Шамшеєва, В. В. Страшний

*Українська військово-медична академія*

Останнім часом в Україні дуже гостро постає проблема захворювань шлунково-кишкового тракту різної етіології. У результаті зниження рівня пробіотичних штамів, зокрема біфідобактерій та лактобацил, порушуються процеси травлення та перебіг багатьох основних біохімічних процесів в організмі, внаслідок чого погіршується загальний стан організму та знижується його стійкість до дії патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів. Головними причинами цього є неконтрольоване використання антибіотиків та неякісних біологічних добавок, недостатнє і нераціональне харчування, шкідливі звички, психо-емоційне перевантаження, швидкий ритм життя.

Основним засобом профілактики і лікування захворювань шлунковокишкового тракту, викликаних дисбактеріозом, є препарати, що належать до групи пробіотиків, використання яких дозволяє покращити, а інколи й відновити стан мікрофлори кишечника та слизових оболонок організму людини, що приводить до загального покращання стану здоров'я та попереджає розвиток цілої низки хронічних захворювань. На фармацевтичному ринку України лікарські пробіотичні препарати представлені доволі широко. Проте вітчизняному виробнику належить лише 16% ринку, який представлений ліофілізованими монопрепаратами. Препарати закордонного виробництва становлять понад 80%, з яких більшість належить до класу симбіотиків (44%). Принциповою перевагою вітчизняних пробіотиків є адаптованість штамів мікроорганізмів, які в них використовуються, до української популяції населення.

**Метою роботи** є обґрунтування складу, розробка технології та методів аналізу комплексного пробіотичного препарату з високими показниками біологічної активності у формі ліофілізованого порошку.

Специфічна нешкідливість біфідобактерій, лактобацил та консорціуму Бактеріальні штами у складі консорціуму мають бути нешкідливими для білих мишей масою ( $15 \pm 1$ ) г при введенні консорціуму перорально в кількості, що 64 відповідає одній дозі висушеного комбінованого препарату. До флакону додають 0,9%-вий розчин натрію хлориду з розрахунку 0,5 мл на дозу. Отриманий розчин перорально вводять 5 мишам масою ( $15 \pm 1$ ) г до шлунка (за допомогою спеціальної насадки на шприц місткістю 1–2 мл – кожній по 0,5 мл. Спостереження за мишами здійснюють протягом 5 діб. У випадку загибелі за цей період хоча б однієї миші контроль повторюють на подвоєній кількості тварин. Якщо при повторному контролі жодна з 10 мишей не загине – препарат вважають таким, що витримав випробування; у іншому випадку цю серію препарату бракують. Дослідження адгезивної активності пробіотичних штамів бактерій проводили за методом фотоколориметрії. Субстратом адгезії були формалізовані еритроцити людини 0(I) Rh+ групи крові. Формалізація еритроцитів здійснюється за методикою. Вивчення імуностимулюючої активності продуктів метаболізму бактерій проводили з використанням культуральної рідини консорціуму. В якості антигена використовували токсин правця у дозі 50 dlm.

При сумісному культивуванні бактерії у складі препарату є високоадгезивними. Порівнюючи показники адгезивної активності зразків із пребіотичним компонентом, кращими є зразки із внесенням 1,0% лактитолу.

Таким чином дані отримані у результаті проведеного дослідження, підтверджують ефективність гіпотези сумісного глибинного культивування штаму біфідобактерій *B.bifidum* ЛВА-3 та штаму лактобацил *L.plantarum* 8P-A3. Зразки, що містять лактобацили V генерації мають вищий показник адгезивної активності. Це може бути пов'язано з тим, що лактобацили під час ліофілізації знаходилися на початковому етапі експоненційної фази росту, та всі життєві процеси після відновлення відбувалися на значно вищому рівні.

## РОЗРОБКА СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ У ВИГЛЯДІ КАПСУЛ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКУ

**В. О. Тарасенко, З. Р. Мельниченко, Н. В. Гончаренко**

*Українська військово-медична академія*

Виникнення більшості захворювань організму людини, насамперед, пов'язано зі значним зниженням імунної системи, що представляє собою актуальну проблему охорони здоров'я у зв'язку з широким розповсюдженням інфекційних хвороб, щорічним ростом імунодефіциту (ІД) та глобальним негативним впливом на якість життя людей.

Проблема імунотерапії становить інтерес для лікарів практично всіх спеціальностей у зв'язку з неухильним зростанням інфекційно-запальних захворювань, схильних до хронічного і рецидивного перебігу на фоні низької ефективності проведеної базової терапії, злоякісних новоутворень, аутоімунних і алергічних захворювань, системних захворювань, вірусних інфекцій, які обумовлюють високий рівень захворюваності, смертності та інвалідності.

Важливим аспектом у попередженні рецидивів і лікуванні захворювань, а також у профілактиці імунодефіцитів, є поєднання базової терапії з раціональною імунокорекцією. Зараз одним із актуальних завдань імунофармакологів є розробка нових препаратів, що поєднують в собі такі найважливіші характеристики як ефективність і безпека застосування.

**Метою роботи** є розробка науково обґрунтованого складу та раціональної технології лікарської форми гранул у твердих желатинових капсулах імуномодулюючої дії.

При розробці раціонального складу лікарської форми у вигляді гранул у твердих желатинових капсулах важливим є наукове обґрунтування вибору активних фармацевтичних інгредієнтів (АФІ) та допоміжних речовин, присутність яких може впливати на терапевтичну ефективність.

Кристалографічний аналіз перги та меду порошкоподібного проводили методом сканувальної електронної мікроскопії з використанням цифрового мікроскопа «Sigeta Forward 10-500X 5.0MPX LCD» виробництва компанії «Sigeta» (Україна) відповідно до вимог Державної фармакопеї України (ДФУ). Для дослідження були відібрані фракції АФІ, попередньо просіяні через сито з розміром отворів 0,25. Дані кристалографічного аналізу перги та меду порошкоподібного свідчать про те, що експериментальні зразки являють собою полідисперсні порошки з частинками ізодіаметричної форми у вигляді безформних брилок та їх осколків із гладкою та шорсткуватою поверхнею і розміром домінуючої фракції до 300 мкм.

Таким чином досліджувані фракції порошоків завдяки ізодіаметричній формі їх частинок повинні мати оптимальні значення текучості, а, отже, забезпечувати рівномірне заповнення твердих желатинових капсул.

## ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕХНОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ СТВОРЕННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ДЛЯ ДЕРМАТОЛОГІЇ

**В. О. Тарасенко, О. С. Кузьменко, Т. М. Краснянська**

*Українська військово-медична академія*

Терапевтична активність препарату, якість, стабільність в значній мірі залежать від технології його виготовлення. Тому при створенні нових лікарських засобів (ЛЗ), технології їх виготовлення приділяють особливу увагу.

**Мета роботи** – оптимізація технологічних процесів створення лікарського засобу для дерматології.

Після встановлення складу плівкової основи до неї введені активні фармацевтичні інгредієнти (АФІ): 0,4% метронідазолу, 0,025% хлоргексидину (концентрація яких

визначена мікробіологічними дослідженнями. АФІ до складу формоутворювача введені у вигляді розчинів в диметилсульфоксиді (ДМСО) з доданням поліетиленоксиду (ПЕО-400) і гліцерину. Доцільність наведеного способу введення доведено мікробіологічними дослідженнями, що описано вище.

В умовах лабораторії нами використана така схема одержання лікарських плівок (ЛП).

Спочатку отримували розчин АФІ. Для цього метронідазол розчиняли в ДМСО і при постійному перемішуванні додавали хлоргексидин, ПЕО-400 і гліцерин. Окремо до води додавали трилон Б і отримували розчин плівкоутворювача з Na-КМЦ. Так як для кращого розчинення полімеру необхідно дати йому набухнути, то витримували таку послідовність додавання компонентів: в ступку вводили приблизно половинну кількість розчинника (вода) при температурі 50–60 °С, розчиняли трилон Б і додавали полімер Na-КМЦ. Витримували 15–20 хв. для набухання і розчинення полімеру. Потім додавали останню кількість розчинника. Гель перемішували.

До розчину плівкоутворювача при постійному перемішуванні додавали розчин АФІ з пластифікаторами і отримували плівкову масу, яка в подальшому йде на центрифугування і фільтрацію.

Розчин після фільтрування дозували із розрахунку 15,0 г на глянцевою поверхню чашки Петрі, яка має діаметр 10 см, а потім сушили при температурі  $60 \pm 2$  °С в сушильній шафі до залишкової вологості 15–25%. Такий великий відсоток є необхідним для зняття плівки з підложки і їх різки, після чого плівки досушували до 8–9% вологи. Плівки розрізали на дози розмірами 9,0 x 4,5 x 0,35 мм, масою 16 мг і фасували.

Таким чином, в результаті науково обгрунтованого фізико-механічного дослідження і математичного планування експерименту розроблено оптимальний склад плівкової маси і ЛП під умовною назвою Метро-МХ-плівка. На основі комплексних фармако-технологічних, фізико-механічних, біофармацевтичних та мікробіологічних досліджень зі залученням математичного планування експерименту обгрунтовано оптимальний склад ЛП: метронідазолу 0,544 мг, хлоргексидину 0,034 мг, метилурацилу – 0,136 мг, ПЕО-400 – 3,4 мг, гліцерину – 3,4 мг, ДМСО – 4,08 мг, 3% розчину Na-КМЦ – 4,08 мг.

## НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ МАЗІ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

**В. О. Тарасенко, А. О. Дроздова, О. В. Миропольська**

*Українська військово-медична академія*

В умовах воєнного конфлікту на території України, ключовим питанням є надання медичної допомоги пораненим військовослужбовцям з опіковою хворобою, оскільки більшість зброї, що використовується при веденні операції об'єднаних сил (ООС (АТО)) є вогнепальною.

Відповідно до даних ВООЗ, термічні ураження посідають третє місце серед усіх інших травм. Аналіз проаналізованих джерел літератури показав, що опікова хвороба є однією з актуальних проблем сучасної медицини. Хвороби шкірних покривів усіх типів та ступенів тяжкості провокують значне погіршення життя людини.

У вирішенні даної проблеми одне із головних місць займає фармацевтична розробка аплікаційних м'яких лікарських засобів (МЛЗ), зокрема мазі, завдяки якій можна підвищити терапевтичну ефективність лікарських речовин та знизити ризик можливих ускладнень.

**Мета нашої роботи** – науково обгрунтувати склад мазі із протизапальною та антибактеріальною дією для лікування опікової хвороби у військовослужбовців.

**Методи дослідження:** інформаційно-пошуковий, ретроспективний, системно-оглядовий, бібліографічний, документальний, метод порівняння, системного аналізу, маркетингових досліджень.

Авторами проаналізовано дані літератури щодо класифікації та фармакотерапії опікових ран шкіри. За етіологічними факторами опіки поділяють на термічні, електротермічні, хімічні, радіаційні, комбіновані ураження та опіки бойовими запалювальними сумішами.

Велика кількість постраждалих зустрічається з поверхневими опіковими ранами. Для лікування опікової хвороби використовуються протиопікові, протизапальні та ранозагоювальні засоби у вигляді м'яких лікарських форм: мазі, гелі, креми. На різних фазах ранового процесу, використовують відповідні ранозагоювальні та протизапальні препарати. Вони мають проявляти полівалентну дію, спричиняти мінімум побічних реакцій та мати доступну цінову політику.

При проведенні ретроспективного аналізу лікування опікової хвороби шкіри авторами обґрунтована необхідність створення і розробки сучасних комбінованих м'яких лікарських засобів комплексної дії у формі мазі.

Дослідження асортименту лікарських препаратів ранозагоювальної дію, що представлені на ринку України показали, що значну частину на фармацевтичному ринку займають препарати українського виробництва, зокрема синтетичного походження. За лікарськими формами переважна більшість належить саме мазям.

Досліджено перелік і наведено стислу характеристику активних фармацевтичних інгредієнтів (АФІ) і допоміжних речовин, що можуть бути використані при розробці нового лікарського засобу для лікування опікової хвороби у військослужбовців. Поєднання АФІ антибактеріальної та протизапальної дії забезпечить поліфункціональну дію з урахуванням основних патогенетичних ланок розвитку опікової хвороби у військовослужбовців.

**Висновок.** Таким чином досягнення поставленої мети з розробки складу м'якого лікарського засобу у вигляді мазі для лікування опікової хвороби, забезпечувалося при виконі поставлених завдань роботи: обґрунтування складу мазі відповідно до фази опікової хвороби та властивостей речовин, що проявляють антибактеріальну, ранозагоювальну і протизапальну дію; проведення маркетингових досліджень фармацевтичного ринку України на наявність відповідних лікарських засобів; розробка мазі комбінованої дії для надання медичної допомоги пораненим військовослужбовцям з опіковою хворобою.

## **ВИВЧЕННЯ ФІЗИКО-ХІМІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЕМУЛЬСІЙНОГО КРЕМУ З ПЕПТИДАМИ**

**В. О. Тарасенко, С. В. Гриценко, Н. О. Козіко**

*Українська військово-медична академія*

Вивчення фізико-хімічних властивостей крему спрямовано на підвищення його терапевтичної ефективності, механічної стабільності та споживчих властивостей.

**Мета дослідження** – дослідження фізико-хімічних показників (колоїдна стабільність, термостабільність, однорідність і рН) емульсійного крему для вікової шкіри з подальшим встановленням відповідності вимогам Державної Фармакопеї України (ДФУ) до даної лікарської форми.

Фізико-хімічні показники крему визначали за загальноприйнятими методиками згідно ДФУ.

Дослідження проводили на п'яти серіях (по п'ять зразків у кожній). Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою пакета Statistica 6.0 (StatSoft Inc., USA).

Однією із вимог до м'яких лікарських засобів є термо- та колоїдна стабільність при зберіганні, що особливо важливо для емульсійних систем.

**Визначення термостабільності.** Брали 5 скляних пробірок діаметром 15 мм і висотою 150 мм, які наповнювали 8–10 мл крему і поміщали їх в термостат марки ТС-80М-2 з температурою  $42,5 \pm 2,5$  °С на 7 діб. Після цього зразки переносили на 7 діб у



холодильник з температурою 8–12 °С і потім протягом 3 діб витримували їх при кімнатній температурі. Стабільність визначали візуально: якщо в жодній пробірці не спостерігали розшарування, то зразок вважали стабільним.

**Визначення колоїдної стабільності** (для емульсійних систем) проводили згідно ГОСТ 29189-91 «Кремы косметические. Общие технические условия». Пробірки наповнювали на 2/3 об'єму (приблизно 9 г) досліджуваними зразками (так, щоб маси пробірок з зразками не відрізнялись більш, ніж на 0,02 г), і зважували з точністю до 0,01 г. Потім пробірки містили у водяний огрівник при температурі  $42,5 \pm 2,5$  °С на 20 хв., після чого насухо витирали з зовнішнього боку і розміщували в гнізда центрифуги. Центрифугували протягом 5 хв. зі швидкістю 6000 об/хв. Стабільність визначали візуально. Зразки вважали стабільним, якщо після центрифугування в пробірках не спостерігали розшарування. Якщо хоча б в одній з пробірок спостерігали розшарування зразка або виділення осаду, аналіз проводили повторно з новими порціями. Якщо при повторному тесті виявляли хоча б одну пробірку з розшаруванням, зразок вважали нестабільним.

**Визначення однорідності** проводили за методикою, згідно ДФУ.

**Визначення рН.** Рівень рН досліджуваних зразків крему визначали потенціометрично за допомогою іономеру ЕВ – 74 універсальний за методикою ДФУ.

Експериментальні дослідження термо- та колоїдної стабільності зразків крему, що були отримані як безпосередньо після виготовлення, так і ті, що зберігались протягом 24 місяців у природних умовах та при температурах, рекомендованих ДФУ, показали, що у жодній пробірці не спостерігалось розшарування. Всі опрацьовані зразки виявились стабільними при зберіганні, що особливо важливо для емульсійних систем.

Тест щодо визначення однорідності крему показав, що всі зразки однорідні при різних температурах зберігання протягом 24 міс.

Величина рН є одним з показників, що характеризує фізико-хімічні властивості лікарських препаратів. Від його значення залежить стабільність, всмоктування активних речовин та індиферентність їх у відношенні до живих тканин, тобто від показника рН залежить якість лікарського засобу.

Вивчення рН 5% водного розчину крему показало, що в залежності від серії водневий показник знаходиться в межах від 4–6,5, що є оптимальним для застосування у косметологічній практиці. Значення рН зразків, при різних температурних режимах зберігання, а саме 8–12 °С і 18 – 25 °С, протягом всього строку зберігання (24 міс) не мали істотних відхилень по відношенню до свіжовиготовлених.

Таким чином визначено, що за фізико-хімічними показниками (колоїдна- і термостабільність, однорідність, рН) емульсійний крем для вікової шкіри відповідає сучасним вимогам до даної лікарської форми.

Встановлено, що протягом всього терміну зберігання (24 міс) при температурі 8–12 °С і 18 – 25 °С не відбулося зміни технологічних і фізико-хімічних показників крему.

## **ОБГРУНТУВАННЯ СПОСОБУ ВВЕДЕННЯ ГЛЮКОЗАМІНУ ТА L-КАРНІТИНУ ДО СКЛАДУ ОСНОВИ**

**В. О. Тарасенко, Д. С. Волох, Д. О. Козак, К. Б. Черкашина**

*Українська військово-медична академія*

Глюкозамін – речовина, що виробляється хрящевою тканиною суглобів, є необхідним будівельним компонентом хондроїтина та входить до складу інших важливих для суглоб речовин.

Він впливає на обмін речовин у хрящевій тканині та запобігає її розклад. Володіє також протизапальною дією, що пов'язано, в першу чергу, зменшенням/зняттям болі, набряку тощо.

**Мета роботи** – обґрунтування способу введення глюкозаміну та L-карнітину до складу основи та визначення температурних режимів виробництва.

До складу цукерок нами запропоновано введення глюкозаміну та L-карнітину, що широко застосовуються в профілактичній та лікувальній медицині як засіб для профілактики/лікування захворювання суглоб, серцево-судинних захворювань (кардіопротектори) тощо. Широке застосування даних БАР в спортивній медицині пов'язано з профілактикою захворювань, що наведено вище.

Організм здорової людини виробляє 0,16–0,48 мг L-карнітину на добу (на кілограм ваги). Із загальної кількості L-карнітину 75% поступає з їжою, а 25% виробляється організмом із двох незамінних амінокислот: лізину та метіонину (в основному в нирках і печінки). У цьому процесі приймають участь також вітаміни В<sub>3</sub>, В<sub>6</sub>, С, а також залізо. Такий механізм пояснює недостатність даної речовини у людини, їжа яких не відповідає необхідним нормам. Результатом цього є упадок сил.

L-карнітин присутній у всіх тканинах організму, але найбільша його концентрація – у м'язах. Він дуже швидко виводиться із організму ( $T_{1/2} = 17$ ), отже необхідно його постійне отримання із зовні.

Клінічними дослідженнями доведено, що прийом L-карнітину корисно як професійним спортсменам, так і тим, що непрофесійно займаються спортом. Клінічні дослідження з участю професійних спортсменів і любителів, показали, що прийом добавки L-карнітину істотно знижує концентрацію молочної кислоти, збільшує кількість жирів, що жжигаются під час тренувань. Прийом L-карнітину перед тренівкою сприяє значному полегшенню болів у м'язах, яка відчуває спортсмен після нею.

Рекомендуєма оптимальна добова доза L-карнітину складає от 500 мг до 2000 мг. Тривалий прийом великих доз L-карнітину – до 15000 мг на добу протягом тривалого часу не виявляє ніяких побічних ефектівна організм.

Рекомендуєма оптимальна добова доза глюкозаміну складає до 1000 мг. Виходячи з даних клінічних досліджень нами до складу основи глюкозамін та L-карнітин планується вводити у кількості 1600 мг та 2000 мг відповідно до складу основи. Експериментальними дослідженнями нами встановлено, що із маси 126,26 г після термічної обробки можна отримати 8 цукерок масою по 8,0–10,0 г. Тобто в кожній цукерці вмістить по 200 мг глюкозаміну і 250 мг L-карнітину. Рекомендуєма добова доза – 4 цукерок (800 мг глюкозаміну та 1000 мг L-карнітину).

Виходячи з фізико-хімічних властивостей глюкозаміну та L-карнітину нами за доцільною є введення БАР до складу опрацьованої маси у вигляді: 1. розчину/суспензії у воді; 2. суспензії з гліцерином; 3. суспензії з масою цукеркової основи. Процес виготовлення цукерок передбачає обробку продукту при високих температурах протягом тривалого часу (80 °С протягом 25–30 хв.). Тому суспензію/розчин додаємо до готової маси, заздалегіть охолодив масу основи до 30–40 °С. Готову масу досліджували на однорідність та розмір часток.

Аналіз експериментальних даних показує, що оптимальним способом введення БАР до складу основи є суспензія глюкозаміна та L-карнітина з гліцерином.

Одним з головних питань в розробці нових рецептур є підбір оптимальних режимів промислового виробництва продукту з урахуванням температури та часу ведення технологічного процесу, параметрів роботи обладнання, черговістю введення компонентів, що входять до складу рецептури та ін. Порушення та невідповідність технології виробництва з точки зору температурних показників може призвести до змін фізико-хімічних показників готового продукту. Тому однією з головних задач нашої роботи стало визначення температурних режимів виробництва.

Першочерговим питанням стало дослідження з визначення граничної температури ведення процесу виробництва продукту. Дослідження проводили за допомогою

термогравіметричного аналізу речовин: глюкозаміну, L-карнітину, лимонної кислоти тощо. Також проводилося термогравіметричні дослідження як готового продукту, так й його основи згідно методики.

За даними літератури за допомогою термічного аналізу можна дослідити не тільки чистоту індивідуальних речовин, але й склад багатоконпонентних сумішей, так як кожна речовина має характерну термічну поведінку, що залежить від хімічної побудови речовини. При проведенні дериватографічного аналізу, у випадку, якщо компоненти системи утворюють друг з другом хімічні сполуки, це може призвести до змін характеру кривих, прояву екзо ефектів або зникненню ефектів, що притаманні окремим речовинам. У зв'язку з цим нами проведені термогравіметричні дослідження як окремих компонентів рецептурної маси, основи, так і готового продукту.

Таким чином, виходячи з проведених досліджень нами обґрунтовано склад маси цукерок, спосіб введення глюкозаміну та L-карнітину до складу основи та визначений оптимальний технологічний режим виготовлення цукерок та топингу.

## **РОЗРОБКА СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ КРЕМУ З ЕКСТРАКТОМ КОРИ БЕРЕЗИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОПІКОВИХ РАН**

**В. О. Тарасенко, Ю. В. Вакуленко, І. П. Бідаш, А. В. Луцька**

*Українська військово-медична академія*

Захворювання шкіри будь-якого типу та ступеня тяжкості можуть значно погіршити життя людини. Згідно з даними ВООЗ, термічні ураження посідають третє місце серед усіх інших травм, а в деяких країнах – друге після травм, отриманих в дорожньо-транспортних пригодах.

Зважаючи на те, що ранозагоювальні та протизапальні препарати повинні відповідати конкретній фазі ранового процесу, чинити полівалентну фармакологічну дію, бути доступними за ціною, не виявляти побічних ефектів, актуальним питанням є розробка ефективного та безпечного комбінованого лікарського засобу (ЛЗ) комплексної дії у формі дерматологічного крему на основі екстракту кори берези для лікування опікових ран, також і для застосування у дерматології та косметології.

Проблема лікування опікових ран дуже актуальна, оскільки опікові патології є одним з найбільш поширених і тяжких видів уражень. За умов мирного часу, опіки становлять 5–10% загальної кількості травм. Актуальність проблеми термічних уражень визначається високою частотою їх виникнення у побуті і на виробництві, тяжкістю опікових ран, складністю і тривалістю лікування, високою інвалідизацією та летальністю. Сучасний фармацевтичний ринок диктує потребу в ефективних, безпечних і зручних для застосування лікарських засобах (ЛЗ) на основі лікарської рослинної сировини (ЛРС), які за ефективністю не поступаються синтетичним аналогам, а за відсутністю побічних дій і протипоказань мають ряд переваг. Крем є однією з перспективних лікарських форм, яка широко використовується у фармацевтичній та медичній практиці. Тому актуальним є опрацювання складу та технології ЛЗ на основі ЛРС у формі крему з метою впровадження у вітчизняне виробництво.

**Метою роботи** є обґрунтування складу і розробка технології та методик контролю якості (МКЯ) крему комплексної дії з екстрактом берези для лікування опікових ран легкого ступеня.

**Об'єктом дослідження** є крем для лікування опікових ран легкого ступеня.

**Методи дослідження** – моніторинг даних літератури, фізико-хімічні та фармако-технологічні методи.

Раціональною лікарською формою для місцевого лікування для лікування опікових ран легкого ступеня є крем. Для приготування емульсійної основи крему використано

маслинову олію, гліцерин, емульгатор №1 і моногліцериди дистильовані, Euxyl PE9010 та воду очищену. Запропоновано технологію виробництва в умовах аптек, а також розроблено технологічну блок-схему виробництва.

Серед переваг емульсійних кремів слід відзначити можливість розчинення активних і допоміжних речовин як у внутрішній, так і в зовнішній фазі без введення додаткових розчинників. Це дозволяє вводити як гідрофільні, так і гідрофобні активні фармацевтичні інгредієнти та розширяти спектр фармакотерапевтичної дії. Враховуючи основні принципи створення емульсійних кремів, для емульсійної основи нами визначено наступні компоненти: емульгатори 2 роду – моногліцериди, цетеариловий спирт, емульгатори 1 роду – препарат ОС-20 та емульгатор №1. Як гідрофобну фазу нами вибрано олію маслинову, гідрофільна фаза – вода очищена і гліцерин, який використано як зволожувач. У досліджуваних зразках застосовували консервант Euxyl PE9010 (феноксietанол) у кількості 0,5%, що є рекомендованою дозою.

Розроблено 4 склади емульсійних кремів, які являють собою емульсійні системи типу м/в, але відрізняються кількісним вмістом емульгаторів. У результаті дослідження зразків крему за органолептичними показниками, крем, де як суміш емульгаторів використали препарат ОС-20 з моногліцеридами, мав рідку консистенцію і не був стабільний при зберіганні, тому для подальших досліджень дане поєднання емульгаторів не використовувалось. Натомість зразки №3 і №4, де як суміш емульгаторів використали емульгатор №1 з цетеариловим спиртом і препарат ОС-20 з цетеариловим спиртом відповідно були густими. Зразок №1, де як емульгатор використовували поєднання емульгатор №1 з моногліцеридами мав м'яку консистенцію, тому для подальших досліджень нами обрано саме цей склад.

Отже, на основі проведених експериментальних досліджень запропоновано наступний склад крему:

Екстракт берези

Емульгатор №1

Моногліцериди дистильовані

Гліцерин

Маслинова олія

Euxyl PE9010

Вода очищена 15,0 5,0 2,0 1,5 3,5 5,0 10,0 0,5 до 100,0.

Таким чином, опрацьовано склад і технологію крему для лікування опікових ран легкого ступеня, який містить екстракт кори берези, настойку. Результати дослідження показників якості крему відповідають вимогам ДФУ і даний зразок може бути рекомендований для подальших досліджень.

## **АКТУАЛЬНІСТЬ СТВОРЕННЯ ЛІКАРСЬКОГО ПРЕПАРАТУ З ІМУНОТРОПНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ**

**В. О. Тарасенко, А. В. Бірченко, С. І. Скуратівська**

*Українська військово-медична академія*

Корекція імунітету при певних захворюваннях залишається однією з найважливіших проблем сучасної медицини. Аналізуючи дані літературних джерел з питань терапії цих захворювань, слід відзначити, що патологія найчастіше виявляється не одним фактором, а сукупністю одночасно перебігаючих процесів, зниженням загальної опірності організму. Клінічні умови вимагають використання комплексних методів лікування, отже метою фармакотерапії імунологічних захворювань є вплив на різні ланки імунітету.

Останнім часом все більше уваги приділяється вивченню біологічної дії засобів на основі медичних грибів, зокрема базидіальних. Загалом, на сьогодні виявлено понад

2000 видів їстівних та/або лікарських грибів, багато з яких широко вживаються, що стимулює проведення численних досліджень стосовно можливого зміцнення здоров'я людини. А упродовж останніх десятиріч це стало центром інтенсивних досліджень для розуміння та використання лікувальних властивостей грибів у складі фармацевтичних препаратів.

**Метою нашої роботи** є обґрунтування необхідності розробки аналогічних препаратів в Україні не тільки з огляду клінічного застосування, але й можливості їх масового використання для корекції імунodefіx станів.

Прискорений розвиток промислового грибництва у багатьох країнах світу (Японія, Китай, Корея, США, Канада, Франція) упродовж останніх 30–40 років ґрунтується на сучасних біотехнологіях. Це дає змогу контролювати найважливіші функції грибного організму, одержувати високі урожаї плодovих тіл як цінну сировину для отримання лікарських речовин із широким спектром дії. Світове виробництво лікарських засобів на основі культивованих грибів приносить щорічний прибуток у сумі \$1,2 млрд. Необхідність розробки аналогічних препаратів в Україні не викликає сумнівів не тільки з огляду клінічного застосування, але й можливості їх масового використання для корекції імунodefіx станів.

Одним із п'яти найбільш розповсюджених їстівних грибів у світі є Шіїтаке (лат. *Lentinula edodes*, род. *Pleurotaceae*), природне поширення якого включає теплі та вологі кліматичні зони південно-східної Азії. Саме Шіїтаке належить лідерство за об'ємами культивування, загальносвітове виробництво міцелію цього гриба з початку ХХІ ст. сягнуло біля 800 тисяч тон на рік. До вказаних обсягів виробництва наближаються лише шампінйони (*Agaricus bisporus*).

На даний час більше  $\frac{2}{3}$  світового виробництва Шіїтаке базується на екстенсивному способі культивування, яке проводять на свіже зрублених обрубках листопадних дерев (*castanopsis*, oak, maple, hornbeam, poplar, alder, mulberry, etc.). Найбільший практичний інтерес викликає глибинний спосіб культивування. Його переваги: проведення вирощування упродовж року; висока стабільна урожайність завдяки створенню оптимальних умов для отримання біомаси; використання широкого кола рослинних субстратів із целюлози і лігнінвміщуючих відходів сільського господарства й промисловості; нетривалий виробничий цикл (8–10 тижнів); механізація та автоматизація технологічного процесу. Глибинне культивування спрямоване на одержання значної кількості доброякісного посівного матеріалу при переході від промислового виробництва плодovих тіл грибів на виробництво біомаси для отримання біологічно-активних речовин (БАР), лікарських препаратів та виділення окремих хімічних речовин.

Таким чином Шіїтаке вважається лікарським грибом у деяких формах традиційної медицини. За останні десятиріччя було розкрито його повний мінерально-вітамінний і амінокислотний склад, що обумовлює високу біологічну цінність, активацію енергетичних процесів організму та обміну речовин, емоціональну лабільність, відновлення пам'яті, зменшення синдрому хронічної втомлюваності, покращення діяльності центральної нервової та серцево-судинної систем, підвищення імунного статусу людини тощо.

## **ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ І ХРОМАТОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НАСТОЙКИ ЛИСТЯ ГОРІХУ ГРЕЦЬКОГО**

**В. О. Тарасенко, Н. А. Батра, Г. Б. Семенченко, Н. І. Богомаз**

*Українська військово-медична академія*

З літературних джерел відомо, що листя горіху грецького містить різні класи біологічно активних речовин: дубильні речовини, хінони, органічні кислоти, речовини флавоноїдної природи, ефірні олії і т.п. Враховуючи біологічну активність препарату під час екстракції 40% спиртом деякі з перерахованих речовин містяться в залишкових кількостях (наприклад: ефірні олії, нафтохінони).

З метою стандартизації настойки листя горіху грецького, враховуючи вимоги ДФ СРСР XI вид., вип.2, ст. 148, пред'явлені до настоек, визначали загальні показники (органолептичні ознаки, сухий залишок, кількісний вміст спирту), а також тотожність активних фармацевтичних інгредієнтів.

**Метою роботи** є визначення показників якості і хроматографічне дослідження настойки листя горіху грецького.

Результати визначення загальних показників якості настойки листя горіху грецького 1:5 на 40% спирті етиловому показали такі показники: колір: прозора рідина темно-коричневого кольору; запах: специфічний бальзамічний; смак: терпко-в'яжучий; сухий залишок  $4,20 \pm 0,5$ ; вміст спирту:  $40,0 \pm 0,1$ .

Нами запропоновано стандартизувати настойку листя горіху грецького за наступними показниками:

ідентифікація поліфенолів і аскорбінової кислоти з використанням реакцій тотожності;

ідентифікація флавоноїдів методом ТШХ.

Для визначення поліфенолів використали реакцію з спиртовим розчином хлориду окисного заліза – з'являється сірувато-зелене забарвлення.

Наявність аскорбінової кислоти визначали по зникненню синього забарвлення розчину натрію 2,6 – дихлорфеноліндофеноляту.

З метою найбільш повного вилучення з препарату сполук флавоноїдної природи для їх подальшої ідентифікації нами проведена попередня підготовка настойки: 10 мл препарату поміщають в ділильну воронку місткістю 100 мл, додають 10 мл води, перемішують і екстрагують н-бутанолом три рази порціями по 20 мл, для зручності використовуючи другу ділильну воронку. Верхній бутанольний шар збирають в круглдонну колбу місткістю 100 мл і об'єднані бутанольні вилучення випарюють досуха на гарячій водяній бані під вакуумом. Залишок розчиняють в 10 мл 96% спирту (досліджуваний розчин).

В результаті проведених досліджень було виявлено, що флавоноїдний склад настойки представлений, в основному, авікулярином, 3-арабіноглікозидом кверцетину, гіперозидом і кверцетином. Тому для стандартизації настойки за флавоноїдним складом методом ТШХ нами вибрані СЗРС кверцетину і гіперазиду.

На лінію старту хроматографічної платівки «Силуфол УФ-254» розміром 8x15 см наносили 5 мкл досліджуваного розчину, 5 мкл (2 мкг) розчину стандартного зразку речовини-свідка (СЗРС) гіперозиду і 5 мкл (1 мкг) СЗРС кверцетину. Платівку з нанесеними пробами сушили на повітрі на протязі 10 хвилин, далі поміщали в камеру з сумішшю розчинників етилацетат-кислота оцтова льодова – 96% спирт – вода (80:2:2:1) і хроматографували висхідним способом. Коли фронт розчинників пройде до кінця платівки, платівку виймали з камери, сушили на повітрі на протязі 10 хв, орошували 5% розчином гідроокису калію в 50% спирті, сушили на повітрі впродовж 10 хв і переглядали в УФ-світлі при довжині хвилі 366 нм.

На хроматограмі досліджуваного розчину при денному світлі виявляються плями жовтувато-коричневого кольору на рівні плям на хроматограмі розчину СЗРС гіперозиду (гіперозид) і розчину СЗРС кверцетину (кверцетин). При перегляді в ультрафіолетовому світлі при довжині хвилі 366 нм плями гіперозиду виявляються у вигляді темних плям зеленувато-жовтого кольору, плями кверцетину – жовтувато-коричневого.  $R_f$  плям гіперозиду і кверцетину біля 0,2 і 0,8.

Таким чином у вибраних умовах хроматографування спостерігаються зони не лише гіперозиду і кверцетину, але і інших флавоноїдів, притаманних горіху грецькому. На хроматограмі окрім зон, які відповідають гіперозиду і кверцетину, спостерігаються додаткові зони від жовто-коричневого до коричневого забарвлення, припустково авікулярину і 3-арабінозиду кверцетину. Через відсутність відповідних достовірних зразків стандартизувати додаткові зони, які знаходяться в межах  $R_f$  0,4–0,6, неможливо.

## АНАЛІЗ РОБОТИ ГРУП МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ (ПЕРЕСУВНИХ) ВІЙСЬКОВИХ МОБІЛЬНИХ ГОСПІТАЛІВ

А. М. Соломенний, С. П. Сніжинський, І. В. Тірон

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** У Збройних Силах (ЗС) України функціонування ефективної системи медичного постачання є запорукою якісної організації роботи медичної служби та підтримання її боєздатності в цілому.

Особливої актуальності набуває необхідність опрацювання нормативно-правової бази медичного постачання ЗС України, удосконалення функціонування органа управління медичним постачанням, укомплектування висококваліфікованими кадрами підрозділів медичного постачання в районі проведення операції Об'єднаних сил (ООС). В сучасних умовах зберігає своє значення основний підхід медичного постачання – своєчасна доставка медичного майна (ММ). З цією метою потрібно визначити важливість швидкості доставки та збереження якості ММ при транспортуванні, необхідність в якого виникає при забезпеченні надання невідкладної, долікарської та лікарської медичної допомоги пораненим та хворим в умовах застосування противником різних видів зброї.

**Мета дослідження** – вивчити та проаналізувати проблемні питання медичного постачання ЗС України та дослідити роботу груп медичного постачання пересувних (ГМП (п)) військових мобільних госпіталів.

**Методи дослідження.** Використані документальний, бібліографічний та порівняльний методи дослідження.

**Отримані результати:** Забезпечення ММ військових частин і підрозділів, які задіяні в районі проведення ООС, здійснюється з Військово-медичного клінічного центру (ВМКЦ) м. Харків. Для частин та підрозділів, що виконують завдання в районі проведення ООС, розрахунок ММ здійснюється за номенклатурою визначеною в наказі Міністерства оборони України від 11.05.2017 р. №261 «Про затвердження Порядку постачання медичного майна Збройними Силами України в мирний час». Порядок надання заявок військовими частинами у ГМП (п), а також порядок забезпечення ММ військових частин визначений розпорядженням Директора Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України від 09.02.2017 р. №685.

В результаті аналізу проблемних питань роботи ГМП (п) встановлено, що порядок витребування та організації доставки ММ в районі проведення ООС (АТО) є ускладненими, а саме: ускладнює цей процес значні відстані подачі ММ, що є територіально незручним для вчасної та безперебійної роботи медичних підрозділів, частин та військових мобільних госпіталів, які знаходяться в районі проведення ООС. На сьогоднішній день доцільно побудувати процес медичного постачання із врахуванням шляхів подачі ММ, можливостей підрозділів медичного постачання та стану фінансового забезпечення. Своєчасне та якісне постачання медичним майном можливо здійснити із створенням мобільних медичних складів. Такі медичні склади стануть основним джерелом поповнення витрат медичного майна у районі застосування військ (сил). Функціонування мобільного медичного складу дозволить оперативно маневрувати запасами і резервами у ході застосування військ (сил), бережливо зберігати і раціонально використати ММ за призначенням.

**Висновок:** Характер сучасної гібридної війни та ООС на сході України акцентував увагу вищого медичного командування на необхідність суттєво підвищити мобільність медичного складу та створити можливості утримувати в ньому запаси усього необхідного медичного майна для забезпечення надання невідкладної, долікарської та лікарської медичної допомоги пораненим та хворим в умовах застосування противником різних видів зброї.

**АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ ЩОДО ЛІЦЕНЗУВАННЯ  
ТА АКРЕДИТАЦІЇ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ЩОДО РОБОТИ  
З НАРКОТИЧНИМИ ЗАСОБАМИ, ПСИХОТРОПНИМИ  
РЕЧОВИНАМИ І ПРЕКУРСОРАМИ**

**А. М. Соломенний, С. М. Панченко, М. Є. Гура**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** Для здійснення медичної практики військово-медичним закладам необхідно отримати ліцензію на право здійснення медичної практики, яку видає Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України. Ліцензія МОЗ надає право здійснювати медичну практику. Цілий ряд медичних спеціальностей, таких як хірургія, терапія, психіатрія передбачають застосування препаратів, що містять наркотичні засоби або психотропні речовини (це знеболюючі, снодійні, заспокійливі, проти кашлеві препарати та антидепресанти) котрі не охоплюються вказаною ліцензією. Хоча медична практика тісно пов'язана із застосуванням наркотичних засобів та психотропних речовин, ліцензія на медичну практику ще не дає права здійснювати діяльність, пов'язану з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Для здійснення вказаної діяльності необхідно отримати ліцензію на здійснення господарської діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, яку видає Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками.

**Мета дослідження.** Метою дослідження є аналіз останніх та актуальних змін у нормативно-правовому регулюванні ліцензування та акредитації військово-медичних закладів, діяльність яких пов'язана з обігом наркотичних засобів, психотропних речовини і прекурсорів.

Відповідно до поставленої мети, сформовані завдання:

дослідити сутність ліцензування і акредитації військово-медичних закладів щодо роботи з наркотичними засобами, психотропними речовинами і прекурсорами;

охарактеризувати порядок одержання ліцензії на діяльність, пов'язану з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів;

ознайомитись зі специфікою контролю за дотриманням ліцензійних умов;

визначити відповідальність суб'єктів діяльності у сфері ліцензування і акредитації.

**Об'єкт дослідження:** нормативно-правові акти, що регулюють діяльність пов'язану зі здійсненням акредитації і ліцензування військово-медичних закладів та діяльність пов'язану з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

**Методи дослідження:** документальний, бібліографічний та контент-аналіз.

**Отримані результати.** В ході дослідження нами вивчалися основні положення та поняття. Акредитація закладу охорони здоров'я – це офіційне визнання наявності у закладі охорони здоров'я умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ним стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам. Відповідно до нормативно-правових актів Стандарти державної акредитації закладів охорони здоров'я – це вимоги до процесу, умов та результатів медико-санітарної допомоги у закладі охорони здоров'я. Оцінці підлягають тільки ті стандарти, які відповідають профілю закладу та виду лікувально-профілактичної допомоги, що надається закладом. На основі Стандартів проводиться експертиза відповідності закладу встановленим критеріям шляхом оцінювання досягнення стандартів по кожному пункту/підпункту, що здійснюється за бальним принципом.

Також нами були проаналізовані нормативно-правові акти, що регламентують діяльність, пов'язану з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.



Серед них:

Закони України: «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори», «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», «Про ліцензування видів господарської діяльності», «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про лікарські засоби» та інші;

Постанови Кабінету Міністрів України: «Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я», від 06.04.2016 №282 «Деякі питання ліцензування господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці і переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Кабінетом Міністрів України, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного переліку», «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом», «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» та інші;

накази МОЗ України: «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень» тощо.

**Висновок.** В процесі нашого дослідження було зроблено аналіз сукупності нормативно-правових актів, що визначають специфіку ліцензування та акредитації військово-медичних закладів, діяльність яких пов'язана з обігом наркотичних препаратів, психотропних речовин та прекурсорів.

## **УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ В РАЙОНІ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ**

**П. С. Сирота, Р. Л. Пригула, О. В. Підлісний, О. М. Рикова**

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Збройний конфлікт на сході України, що розпочався у 2014 р. та в подальшому переріс у форму гібридної війни і відсутність досвіду ведення бойових дій обумовили актуалізацію всіх проблем та недоліків практично у всіх сферах медичного забезпечення, медичне постачання не стало винятком.

Не дивлячись на те, що за роки проведення ООС (АТО) було впроваджено безліч схем медичного постачання і забезпечення військових частин і військовослужбовців різними видами медичного майна, на сьогоднішній день медичне постачання потребує вдосконалення.

**Мета дослідження:** вивчити та проаналізувати проблемні питання медичного постачання Збройних Сил (ЗС) України, визначити напрями і шляхи його удосконалення.

**Об'єкт дослідження:** система медичного постачання ЗС України.

**Методи досліджень.** Аналітичний, бібліографічний, бібліосемантичний, системного підходу, порівняння.

**Результати та їх обговорення:** Медичне постачання є однією із найважливіших складових медичного забезпечення як окремого виду забезпечення ЗС України і містить комплекс заходів та завдань, спрямованих на своєчасне та повне забезпечення потреб

військових частин та закладів охорони здоров'я ЗС України у медичному майні та техніці, необхідних для проведення лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних, протиепідемічних та інших заходів медичної служби, накопичення і утримання запасів, технічне та метрологічне забезпечення як в мирний час, так і в особливий період за територіальним принципом.

Медичне постачання - це системне явище, яке складається з багатьох елементів, тому для удосконалення системи медичного постачання слід провести комплекс заходів спрямованих на покращення різних аспектів даної проблеми.

Для реалізації поставленої мети дослідження необхідно вирішити такі завдання: вивчити і проаналізувати сучасний стан медичного постачання в умовах проведення ООС;

визначити шляхи оптимізації і удосконалення медичного постачання в умовах проведення ООС (АТО);

запропонувати створення центрального медичного складу в районі проведення ООС, що суттєво спростить систему медичного постачання.

розглянути організаційно-штатну структуру медичної служби ЗС України та військових закладів охорони здоров'я;

**Висновки.** Незважаючи на набутий досвід організації медичного постачання в зоні проведення ООС(АТО), це питання ще потребує розвитку і удосконалення. В цілому ефективність роботи системи медичного постачання залежить від взаємодії всіх компонентів системи. Запропоновані шляхи удосконалення сприятимуть повній, своєчасній, ефективній роботі системи медичного постачання .

## **УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОБЛІКУ МЕДИЧНОГО МАЙНА ТА ЗВІТНОСТІ У ВІЙСЬКОВИХ ЧАСТИНАХ ПІД ЧАС ФУНКЦІОНУВАННЯ ВІЙСЬК (СИЛ)**

**П. С. Сирота, А. М. Соломенний, Д. О. Пасіков**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність:** Інтенсивний процес цифровізації в усіх сферах діяльності держави генерує появу нових цифрових технологій та рішень, можливість їх впровадження, а також вплив на організацію процесу обліку медичного майна та звітність у військових частинах Збройних Силах України. Доцільність вивчення проблемних питань в організації обліку медичного майна та звітності у військових частинах Збройних Силах України визначається тим, що облік ведеться з метою отримання даних про його наявність, витрату, нестачу, рух, вартість та якісний (технічний) стан, необхідних для організації матеріально-технічного забезпечення військових частин, встановлення належного контролю за умовами зберігання, законністю, доцільністю та ефективністю використання (витрачання), а також з метою підготовки даних для складання облікових і звітних документів. Удосконалення цих процесів потребує додаткового наукового вивчення, що й зумовлює актуальність теми нашого дослідження.

**Мета дослідження:** вивчення проблемних питань в організації обліку медичного майна та звітності у військових частинах під час функціонування військ (сил), а також визначення основних напрямів та пошук шляхів удосконалення системи обліку медичного майна та звітності відповідно до сучасних можливостей комп'ютерних програм.

**Матеріалами дослідження** є облікова та звітна документація військових частин, сучасне програмне забезпечення для обліку медичного майна.

**Методи дослідження:** документальний (вивчення облікової документації), бібліографічний (робота з літературними джерелами), експертних оцінок та опитувальний.

**Отримані результати.** Під час вивчення ситуації з організації обліку медичного майна та звітності у військових частинах Збройних Силах України було встановлено, що облік лікарських засобів, витратного та інвентарного медичного майна ведеться в книгах обліку наявності та руху військового майна (склад, підрозділ), а також інвентарного медичного майна по підрозділам частини в книзі обліку наявності та руху військового майна (служби забезпечення) у відповідності до вимог наказу МО України від 17.08.2017 р. №440. Звітність надається до Військово-медичних клінічних центрів регіонів за результатами проведення інвентаризації медичного майна станом на 01 жовтня один раз на рік у формі звіт-заявок ф.8/мед. Протягом року орган військового управління та забезпечення (Військово-медичний клінічний центр, Командування медичних сил) не володіє ситуацією про розхід та залишки медичного майна у військових частинах, що часто призводить до нерегульованого накопичення або зменшення обсягів медичного майна.

При наданні звітних матеріалів затягується процес узагальнення наданої інформації – з моменту відпрацювання звітів до їх надання Командуванню медичних сил проходить більше одного місяця, а від достовірності облікових даних, наявності їх в реальному часі та своєчасності звітних матеріалів залежить швидкість прийняття управлінських рішень щодо вчасного запуску закупівлі медичного майна, об'ємів закупівлі, а також управління запасами медичного майна.

Все це створює передумови для впровадження автоматизованої системи управління обліку медичного майна та звітності зі створенням єдиної мережі «Командування Медичних сил – ВМКЦ – військова частина».

**Висновок.** Аналіз стану обліку медичного майна та звітності у військових частинах Збройних Силах України показує, що при встановленні в кожній військовій частині сучасного програмного забезпечення з обліку медичного майна, яке буде пов'язане в єдину систему з Військово-медичними клінічними центрами та Командуванням медичних сил покращить стан медичного постачання, спростить процес обліку та надасть можливість оперативно отримувати достовірну облікову інформацію в цілому за Збройні Сили України, а це в свою чергу зменшить час для прийняття управлінських рішень та дозволить спрямувати наявний фінансовий ресурс на реальні потреби.

## **ДІАГНОСТИКА СТАНУ ЛОГІСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ У РОБОТІ ЗАКЛАДІВ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ**

**П. С. Сирота, М. В. Білоус, Д. В. Дроздов, О. М. Сорока**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** На сьогоднішній час одним з важливих завдань, які стоять перед закладами медичного постачання Міністерства оборони України (МОУ) є модернізація, оновлення матеріально-технічної бази, засобів механізації, створення та запровадження автоматизованих систем управління запасами медичної техніки та майна, використання новітніх методів складської логістики з метою подальшого розвитку системи медичного постачання в структурі новостворених медичних сил та в тісній взаємодії з системою логістичного забезпечення Збройних Сил України.

На сучасному етапі значна частина закладів медичного постачання МОУ використовують застарілі засоби механізації та зберігання медичного майна і медичної техніки, що в більшості випадках не відповідають сучасним вимогам складському логістичного процесу.

Оновлення та модернізація технічних засобів, що використовуються в закладах медичного постачання МОУ, сприяє скороченню непродуктивних витрат часу в процесі управління запасами медичної техніки та майна. А це, в свою чергу, дасть можливість підвищити швидкість, своєчасність та повноту забезпечення медичною технікою та

майном підрозділів медичного постачання та закладів охорони здоров'я МОУ. Таким чином, забезпечиться підтримання на належному рівні готовності медичної служби в інтересах національної безпеки України.

Реалізація поставленого завдання, яке стоїть перед закладами медичного постачання МОУ щодо модернізації та оновлення матеріально-технічної бази не можливо без застосування сучасних організаційно-економічних методів, відповідного фінансування, а також використання експериментальним методом науково-обґрунтованих оптимальних управлінських рішень.

**Мета і завдання дослідження.** Метою дослідження є діагностика стану логістичних процесів у роботі закладів медичного постачання МОУ.

Для досягнення поставленої мети були виконано такі завдання:

- проведено ідентифікацію й хронометраж існуючих процесів управління запасами медичної техніки та майна в закладах медичного постачання МОУ з метою виявлення вузьких місць і причин непродуктивних витрат часу;

- проведено порівняльний аналіз узагальнених даних результатів хронометражу логістичних складських процесів медичного складу МОУ та цивільної фармацевтичної компанії;

- проведено аналіз технологічного планування складських приміщень та внутрішніх зон;

- проведено аналіз підйомно-транспортного обладнання для медичних складів МО України;

- проведено аналіз обладнання та пристроїв для зберігання медичної техніки та майна на медичних складах МО України.

**Висновок:** Дослідження показали, що робота із використанням засобів механізації й зберігання медичної техніки та майна займає вагомий відсоток у логістичному процесі в закладах медичного постачання (ЗМП) МОУ. Як показав аналіз, основними недоліками існуючого процесу управління запасами медичної техніки та майна в ЗМП МОУ є застарілість обладнання та пристроїв для зберігання медичного майна та підйомно-транспортного обладнання, яке використовується в ЗМП МОУ, недостатнє удосконалення технологічного планування складських приміщень та внутрішніх складських зон.

Отже, під час проведення дослідження було визначено оптимальні методи удосконалення системи складської логістики, а саме шляхом оновлення та модернізації застарілої матеріально-технічної бази медичних складів та ЗМП МОУ. Оновлення технічних засобів механізації, технологічне планування складських приміщень, і внутрішніх зон не тільки підвищить якість та ефективність логістичних процесів на медичному складі, а також наблизить функціонування ЗМП МОУ відповідно до стандартів НАТО.

## **КОРОТКА ІСТОРИЧНА ДОВІДКА ТА ОКРЕМІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ СТРУКТУР МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ НА ТЕРЕНАХ УКРАЇНИ**

**О. П. Ніколайчук, В. В. Рута, І. І. Семірненко**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність:** на початку 18 сторіччя аптекарські склади та аптеки створювались на теренах України тільки у великих військово-адміністративних центрах: Києві, Глухові та Лубнах. В своїй роботі вони керувались «Регламентом про утримання польових аптек» 1736 року.

У 1715 році Київським генерал-губернатором князем Голіциним з дозволу Петра I було відкрито першу аптеку для рядових військових чинів. В цьому ж році для забезпечення ліками російських військових частин та військового госпіталю в Києві був відкритий аптечний магазин-склад.

У 1720 році, окрім Астраханської і Смоленської, було відкрито військово-польову аптеку в м. Лубни. Вона забезпечувала ліками та необхідним медичним майном переважно

військові частини які дислокувались на теренах України. Згодом аптека стала постачати ліки і до апорізької Січі та карантинних застав південної частини України.

Протягом XVIII сторіччя польова аптека в м. Лубни була найбільшою фармацевтичною установою тодішньої України, на яку покладалась заготівля рослинної лікарської сировини та великої кількості лікарських засобів для інших аптек України. На підставі вимог «Генерального регламенту для шпиталів (1735р.)» аптеки мають очолюватись людьми «прилежними, трезвими, в науке искусними...» Таким аптекарем в м. Лубни був Петерсон.

Вже під час другої російсько-турецької війни 1768–1774 рр. намітилась організаційна структура військово-медичного постачання, а саме: зросла кількість аптечних складів та аптек, були розроблені нові лікарські каталоги.

До фармацевтичних структур рухомих належали армійські, корпусні та дивізійні аптеки. В 1716 році був прийнятий Петровський «Статут військовий» згідно з XII розділом якого кожній дивізії належало мати дві аптеки: одну - для інфантерії, іншу для кавалерії. До штату аптеки входили: польовий аптекар, два гезелі (фармацевти) і четверо учнів. При цьому, польовий аптекар був зобов'язаний не тільки знати рецептуру і технологію виготовлення ліків, а також контролювати їх якість, здійснювати заходи щодо створення запасів лікарських засобів, рівень яких би забезпечував своєчасність та повноту медикаментозного забезпечення військових частин. Запаси лікарських засобів здебільшого поповнювалися за рахунок збирання лікарської рослинної сировини у навколишній місцевості.

Відпуск медичного майна з аптек здійснювався за встановленим табелем-вимогою, в якому зазначались: найменування медичних предметів, скільки їх було прийнято і витрачено за місяць, залишок. До табеля додавався реєстр із більш як 160 найменувань медикаментів і понад 30 назв хірургічних інструментів. *Існувало застереження: «Дорогих лекарств избегать, а прочее требовать без излишка».*

При розміщенні військ на зимових квартирах і в період підготовки до бойових дій полки та госпітальні аптеки отримували майно безпосередньо з лубенської аптеки за каталогом.

«Регламентом про утримання польових аптек» передбачалося мати в кожній польовій аптеці *«добрую и способную рецептурною коляску»* та декілька підвод. У полки ліки відпускалися безкоштовно. Витрати держави покривалися встановленою системою відрахування грошей (по 1 копійці з кожного карбованця грошового утримання всіх військових чинів, за виключенням рядових, незалежно від того, зверталися вони за медичною допомогою чи ні).

Під час російсько-турецької та Семирічної війни (1756–1763рр) з'явилися *польові рухомі госпіталі*, при яких існували *польові аптеки*. При арміях були сформовані *польові рухомі армійські аптеки*, які забезпечувалися медичним майном з лубенської польової аптеки. Для цього вони направляли в м. Лубни підписані генерал-штаб-доктором каталоги, своїх приймальників і гужовий транспорт.

Але така організація медичного постачання мала і багато недоліків та була організаційно недосконалою. Тому наприкінці 1769 року генерал-губернатор Малоросії Рум'янцев П. О. писав про це в Медичну канцелярію (м. Санкт-Петербург), вимагаючи наближення аптек до війська.

За його сприяння було дещо удосконалено і впроваджено більш раціональну систему постачання медичного майна: до лубенської аптеки відрядили теслярів для виготовлення аптечних скринь і віддали наказ відправляти туди полкові лікарські каталоги. Аптека мала комплектувати медичне майно для полків в аптечні скрині і відправляти їх до Києва, а київський генерал-губернатор був зобов'язаний переправляти їх на головну військову квартиру, звідки вони і доставлялися в полки та дивізії.

**Мета дослідження:** поглиблене вивчення історії заснування та діяльності функціональних структур медичного постачання на теренах України, а також

ознайомлення з окремими етапами становлення і розвитку вітчизняної військової медицини, коріння якої закладалось в ті далекі часи

**Висновок.**

В поданому матеріалі тезисно викладені окремі аспекти створення та діяльності функціональних структур медичного постачання на теренах України.

Використовуючи доступний літературний та архівний матеріал більш детально була розглянута система медичного постачання військ на початку 18 сторіччя.

Становлення та розвиток системи медичного постачання в ті далекі часи тісно пов'язані із завданнями які військові провізори вирішують в сучасних умовах.

Матеріал адресуємо всім, хто цікавиться історією вітчизняної військової медицини.

**СТВОРЕННЯ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО СКЛАДУ (РУХОМОГО)**

**ДЛЯ РОБОТИ В ОСОБЛИВИЙ ПЕРІОД**

**О. П. Ніколайчук, О. В. Галан, В. В. Рута**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність:** гібридна війна на сході України, в першу чергу та надзвичайні ситуації сучасності, а також співпраця з країнами НАТО зумовлюють Командування медичних сил ЗС України переглянути можливості з посилення сил і засобів закладів Військово-медичного постачання (ВМП).

Удосконалення заходів для безперервного і повного забезпечення медичним майном і технікою (ММ) військових частин і з'єднань, що виконують завдання за призначенням в сучасних умовах, вимагають від військово-медичної служби нових, нестандартних підходів для виконання вищезначених завдань в сучасних умовах, а особливо в співпраці з новою системою логістики, започаткованої в ЗС України.

Одним з основних закладів ВМП в системі медичного забезпечення військ (сил), в різних умовах їх діяльності дотепер, залишаються стаціонарні військово-медичні склади. Автономність, мобільність та передбачуваний маневр наявними силами і засобами з постачання матеріальних засобів в світі належать сучасним мобільним формуванням, в тому числі і військово-медичним складам (рухомим), як в складі функціональних логістичних закладів, а також в статусі окремого формування (останнє потребує додаткового обговорення та обґрунтування).

**Мета дослідження:** обґрунтування створення військово-медичного складу (рухомого) з подальшим включенням його в систему ВМП в умовах гібридної війни на сході України, а також використання в особливий період.

**Об'єкт і предмет дослідження:** військово-медичний склад (рухомий) та його організаційно-штатна структура.

**Висновки:**

1. аналіз сучасного стану сил та засобів закладів ВМП в зоні ООС (АТО) до цього часу, свідчить про те, що досягнуті результати за останні п'ять років можна вважати задовільними але назвати їх стабільними і перспективними неможливо;

2. непередбачуваність подальших дій агресора та затягування військової ескалації на сході України вимагає від Командування медичних сил ЗС України та військово-медичної спільноти розгляду та обґрунтування створення військово-медичного складу (рухомого), як варіанту посилення сил і засобів закладів ВМП

## УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ ВІЙСЬКОВО-МОРСЬКИХ СИЛ УКРАЇНИ В ОСОБЛИВИЙ ПЕРІОД

О. П. Ніколайчук, В. А. Бабюк, О. О. Добровольний

*Українська військово-медична академія*

Згідно з вимогами Воєнної доктрини України продовжується будівництво нових та удосконалення існуючих кораблів Військово-Морських Сил України (ВМС України), розвиток інфраструктури їх базування. В результаті цієї роботи очікується, що військово-морські спроможності держави буде підвищено до достатнього рівня для забезпечення оборони морських рубежів.

**Мета дослідження:** удосконалення організації військово-медичного постачання ВМС України в особливий період.

Об'єкт і предмет дослідження:

сучасний стан та шляхи удосконалення військово-медичного постачання кораблів різного рангу ВМС України в різних умовах їх діяльності.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Головною метою організаційних заходів останніх років було і залишається інтегрування медичної служби ВМС України в єдину територіальну систему медичного забезпечення ЗС України.

Особливості організації забезпечення ММ і технікою ВМС України в особливий період визначаються Положенням про забезпечення медичним майном ВМС України в особливий період, а також Керівництвом з організації медичного забезпечення (постачання) в ЗС України в особливий період.

В основі організації медичного постачання в особливий період лежать такі вимоги, це: забезпечення ММ військ (сил), що ведуть бойові дії, з урахуванням очікуваних матеріальних та ймовірних санітарних втрат і створення запасів ММ до кінця військової операції;

створення і розосередження резерву ММ з метою попередження виникнення проблем у його доставці або при надмірному витрачання і бойових втратах ММ;

чітке і безперервне управління системою військово-медичного постачання в різних умовах діяльності військ (сил), забезпечення правильного і своєчасного маневру наявними силами та засобами;

термінове відновлення медичного обладнання, що визначає боєздатність медичної служби;

забезпечення захисту ММ від зброї масового ураження.

Безпосереднє постачання ММ ВМС України за планами органів управління здійснюють заклади медичного постачання, до яких, в першу чергу, відносяться медичні склади (бази, центри) територіальної зони відповідальності.

Забезпечення надводних кораблів і берегових частин ВМС України матеріальними засобами, в тому числі ММ, в ході бойових дій здійснюється відповідно до зон логістичного забезпечення в яких розгорнуті сили і засоби логістики, з врахуванням ВМС України. Рухомі групи (підрозділи) стаціонарних складів матеріального забезпечення розгортаються в підготовлених районах для розосередження.

Військові запаси ММ створюються також і на кораблях, в берегових (базах) частинах і медичних закладах. Вони забезпечують необхідну автономність кораблів, військових частин в ході бойових дій, надання певного виду медичної допомоги і лікування поранених (хворих) з врахуванням затримки евакуації і можливого порушення термінів підвозу ММ з оперативних резервів. На суходолі військові запаси мають розміщуватись на відстані до 15 км від берегової лінії.

Специфічні умови організації медичного забезпечення ВМС України вимагають завчасного, ще в мирний час, проведення низки заходів щодо удосконалення медичного постачання, основними з яких є створення і розосередження необхідних запасів ММ з метою забезпечення живучості і функціональної стійкості корабельних і берегових етапів медичної евакуації.

Підготовка медичної служби корабля до бою (походу) поділяється на попередню і заключну.

Попереднє приготування медичної служби корабля здійснюється після постановки командуванням відповідних завдань і включає:

поповнення запасів ММ до табельних норм або до розмірів, визначених командиром (флагманським лікарем);

розподіл ММ за бойовими постами і постами медичної допомоги (основним і запасним);

підготовку медичного оснащення до використання за призначенням.

Особливе значення для боєготовності медичної служби корабля має розосередження ММ.

При розподілі табельного медичного оснащення за бойовими постами і постами медичної допомоги начальник медичної служби корабля має забезпечити весь особовий склад засобами індивідуального медичного захисту. Аптечки на бойових постах поповнюються ММ згідно з описами, на посту медичної допомоги (основному і запасному) має знаходитись ММ для надання встановленого виду медичної допомоги в повному обсязі з урахуванням автономної роботи кожного функціонального підрозділу.

Заключне приготування медичної служби корабля до виконання завдань за призначенням включає і безпосередню підготовку особового складу медичної служби і медичної техніки до роботи в умовах масового надходження поранених.

В період підготовки до бойових дій, основна увага приділяється поповненню кораблів ММ до встановлених норм. Доставку ММ кораблям планує і організовує орган управління медичної служби ВМС України на підставі даних оперативного обліку і заявок кораблів.

Потреба в ММ на бойову операцію уточнюється з урахуванням очікуваних санітарних втрат, чисельності особового складу, тривалості походу і розрахункових можливостей комплектів.

При доставці ММ на кораблі в ході бойових дії воно подається, як правило в комплектах спеціального призначення, враховуючи величину і структуру санітарних втрат.

Для забезпечення надводних кораблів можуть використовуватися і загально-прийняті комплекти (для військових частин) спеціального призначення.

Термінове поповнення запасів ММ надводних кораблів в морі здійснюється суднами забезпечення (при можливості).

При поверненні в базу начальник медичної служби корабля вживає заходів до швидкого поповнення запасів ММ до табельних норм. Медичне обладнання, що вийшло з ладу здається в ремонт або обмінюється на справне (нове). Одночасно оформляються документи на списання бойових втрат ММ, що вийшло з ладу в період походу.

#### **Висновки:**

одним з елементів організації медичного постачання ВМС України є обґрунтування потреби в медичному майні і техніці;

своєчасне витребування медичного майна і техніки (подання додаткових заявок);

отримання та розподіл (роззередження) медичного майна і техніки, його облік;

укомплектування штатних аптек, забезпечення особового складу індивідуальними засобами захисту;

захист медичного майна від звичайної зброї та зброї масового ураження;

підготовка звітних документів.



## МАРКЕТИНГОВИЙ ОГЛЯД ПЕЛОЇДОПРЕПАРАТІВ НА СУЧАСНОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ

О. Ф. Кучмістова, В. О. Кучмістов, Є. В. Коноваленко

*Українська військово-медична академія*

На поч. ХХІ ст. Україна (за територією 0,4% земної суші) мала в своїх надрах 5% мінерально-сировинного світового потенціалу [Парфіненко А. Ю. та ін., 2018]. Серед найпотужніших лікувально-оздоровчих факторів природного середовища окреме місце належить пелоїдам – мінеральним грязям (МГ). Безумовно, оптимізація їх використання для охорони здоров'я військовослужбовців є раціональним, що доведено досвідом людства протягом не одного століття.

**Мета роботи:** провести маркетинговий огляд сучасних препаратів активованої лікувальної грязі для вичленення найбільш цікавих позицій для обґрунтування рекомендацій їх застосування в якості замісної терапії для особового складу військових частин. Використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів, зокрема: скринінг-аналіз, систематизація та інтерпретація його результатів тощо.

Як відмічають фахівці, грязетерапія дає змогу суттєво скоротити терміни відновлення, поліпшити результати лікування. Пелоїдопрепарати (ПП) за фізико-хімічними властивостями майже тотожні грязьовому розчину нативної грязі. Окреслені чіткі переваги: високий ранозагоюючий ефект при механічних і опікових ураженнях, антибактеріальний по відношенню до патогенної/умовно-патогенної мікрофлори, підвищення адаптивної стійкості організму, забезпечення специфічної політерапії, біоактивність, антиалергенність, зручність для транспортування, зберігання та застосування [Мурадов С.В., 2014; Фізор Н.С., 2019].

Сьогодні на вітчизняний ринок грязьові ЛФ поставляють понад 130 іноземних фірм із 40 країн світу, переважно фармацевтичними фірмами Німеччини (29) та Індії (16). В Україні виробництвом ПП займаються 11 фірм і 5 фармацевтичних фабрик [Болюбаш І.С., 2011; Карагулов Х.Г., 2017].

При проведенні маркетингового дослідження розглядалися як фасовані нативні грязі, так і фармацевтичні препарати на їх основі різних країн-виробників (Україна, Болгарія, Італія, Данія, Росія, Естонія, Ізраїль, Угорщина, Індія). Загальна кількість уніфікованих ПП – 155. Як з'ясувалось, спектр відібраних лікарських форм (ЛФ) доволі широкий: мазь, паста, розчин, розчин для ін'єкцій, порошок, гранули, екстракт, олійний розчин, бальзам, мінерально-органічний комплекс для аплікацій. Досить різноманітною є й лінійка лікувально-косметологічних засобів. Представлена продукція фасована у тубах, саше, ампулах, пакетах, пластикових крапельницях, пластмасових контейнерах, мішках, флаконах (зі скла або полімерних матеріалів). Маса фасовки коливається від 0,1 до 20 кг. Окрема увага приділялась нативним грязям. Найбільшим попитом у санаторіях або через торгівельну мережу користуються грязі лікувальні або грязі лікувальні консервовані (у тубах, саше, пластмасових контейнерах) виробництва фірм Lac Sante (Україна, м. Одеса); Sivash-Farm (Україна, м. Запоріжжя); CoolHealth (Україна, м. Дніпро); ГУНПП РК «Крымская ГГРЭС», «Кримська натуральна колекція» (АР Крим); «Кавминкурортресурсы» (Росія); Histomer, Vyothea (Італія); Care&Beauty Line, Ahava Natural Dead, Dr. Sea, SEA of SPA (Ізраїль). Фахівці неодноразово акцентують увагу на тому, що якісно-кількісні характеристики інгредієнтів МГ Чорного і Мертвого морей; Шаболатського ліману; озер Куяльник, Сакського і Тамбукан; затоки Сиваш; інших водних ресурсів є не лише високоцінними, але й часто дещо схожими за лікувально-профілактичним спрямуванням. Була проведена цінова сегментація нативної грязі різних фірм-виробників: проаналізована мінімальна, середня та максимальна вартість МГ від різних фірм-виробників. Найбільш економічною виявилася Грязь «Сивашская» (50 грн/кг);

низьку вартість має продукція АО «Кавминкурорт-ресурси» (Росія) та CoolHealth (Україна, м. Дніпро). Межа коливання складає 121,92–170,00 грн/кг. Найбільш коштовні пелоїди італійського виробництва (фірми Byothea, Histomer) – відповідно 835 грн/кг і 1155 грн/кг. Середній ціновий проміжок має продукція Lac Sante (Одеса, Данія-Україна); відповідна межа коливання складає 303,03 грн/кг і 360 грн/кг. Співставлення вартості вичленованих 13 позицій дозволило визначити середню ціну на нативну грязь на світовому фармацевтичному ринку – 440,31 грн/кг. Відмічається постійне зростання частки ПП на фармацевтичному ринку, що обумовлено їх перевагами та високими лікувально-оздоровчими характеристиками.

Висновок. Грязелікування має залишатися невід’ємною часткою реабілітаційної програми військовослужбовців, особливо в сучасних історичних умовах. Проведене дослідження, результати якого фрагментарно представлені, виявили досить широку лінійку ПП, що різняться за фармакотерапевтичною дією, видом ЛФ, фірмою-виробником, вартістю, видом пакування тощо. Військові лікарі-реабілітологи мають постійно удосконалювати свої знання стосовно нових цікавих позицій, що з’являються на фармацевтичному ринку, у т.ч. це стосується засобів природного походження.

## ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРНО-МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ГЕЛЯ

**Н. А. Козико, Акбар Худайберганов, И. В. Миргородская**

*Українська військово-медична академія*

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца*

Большинство мягких лекарственных средств, применяемых в фармацевтической практике, относятся к структурированным дисперсным системам, влияющих на качество их намазывания.

Поэтому исследования структурно-механических параметров и определение его реограммы текучести в определенных диапазонах скорости при различных температурных режимах необходимо для достижения хороших потребительских (легкость и удобство нанесения) и технологических (фасовка) свойств.

**Цель работы** – проведения исследований структурно-механических свойств геля при температуре 20 °С и выявление влияния активных фармацевтических ингредиентов на реологические свойства лекарственного средства.

Измерения реологических параметров модельных образцов основ проводили на ротационном вискозиметре «Mug 3000 V2R» (Viscotech, Испания) в системе коаксиальных цилиндров согласно методики Государственной Фармакопее Украины (ГФУ И изд., П. 2.2.10, с. 24) в широком диапазоне скоростей сдвига. Исследования проводились при температуре (25 ± 0,1) °С. Необходимую температуру поддерживали с помощью ультратермостата ТС-16А (Германия) с точностью ± 0,1 °С. Температуру измеряли лабораторным термометром с ценой деления от 0,1 °С до 0,5 °С.

По материалам исследования строили реограммы, показывающие зависимость касательных напряжений сдвига  $\tau$  от градиента скорости  $D\dot{\gamma}$ . По кривой текучести определяли тип течения системы, наличие тиксотропных свойств, нижнюю, верхнюю и экстраполированы пределы текучести, вязкость.

Анализ исследований показал, что активные фармацевтические ингредиенты (АФИ) существенно не влияют на структурно-механические свойства геля.

С целью более полной и объективной оценки потребительских свойств геля (в частности, намазываемости) были построены ограниченные реограммы текучести. Образец геля исследовали в диапазоне скоростей сдвига 125-175 с<sup>-1</sup>, моделирующих намазываемость гидрофильных систем на каждую поверхность. При данном диапазоне скоростей сдвига на приборе «Mug 3000 V2R» создавали 3 степени деформаций – 145 с<sup>-1</sup>,

218 с<sup>-1</sup> и 243 с<sup>-1</sup>. Для данного эксперимента навеску геля 25,0 г помещали в мерный цилиндр вискозиметра, который затем термостатировали при температуре 34 °С. Для каждой скорости сдвига брали отдельную навеску геля. Значение шкалы измерительного прибора вискозиметра фиксировали через 2–3 с и через 15 с работы прибора. Величину напряжения смещения рассчитывали отдельно для каждой скорости деформаций и по полученным результатам строили ограниченные реограммы текучести.

Результаты исследований показали, что намазываемость опытного образца геля удовлетворительная, так как кривые текучести не выходят за пределы реологического оптимума. Область реологического оптимума (АБВГДЕКЛМ) характеризует намазываемость гидрофильных систем.

Определение структурно-механических свойств геля свидетельствуют, что он принадлежит к структурированным систем, имеет тиксотропные свойства, что обуславливает хорошие потребительские (легкость и удобство нанесения) и технологические (фасовка) свойства.

Таким образом, в результате проведенных экспериментальных исследований установлено, что гель относится к дисперсным структурированным системам, для которых характерны упруго-пластично-вязкие свойства; гель имеет удовлетворительные реологические свойства; основные АФИ существенно не влияют на его структурно-механические (реологические) свойства.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МНОГОФАКТОРНОГО АНАЛИЗА В РАЗРАБОТКЕ СОСТАВА ТВЕРДЫХ ЖЕЛАТИНОВЫХ КАПСУЛ**

**Н. А. Козико, П. Василюк, Н. Б. Еременко, В. В. Еременко**

*Українська військово-медична академія*

*Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца*

Традиционные методы исследований связаны с экспериментами, которые требуют больших затрат, сил и средств, т.к. являются «пассивными» – основаны на поочередном варьировании отдельных независимых переменных в условиях, когда остальные стремятся сохранить неизменными. Эксперименты, как правило, являются многофакторными и связаны с оптимизацией качества материалов, отысканием оптимальных условий проведения технологических процессов, разработкой наиболее рациональных конструкций оборудования и т.д.

Системы, которые служат объектом таких исследований, очень часто являются такими сложными, что не поддаются теоретическому изучению в разумные сроки. Поэтому, несмотря на значительный объем выполненных научно-исследовательских работ, из-за отсутствия реальной возможности достаточно полно изучить значительное число объектов исследования, как следствие, многие решения принимаются на основании информации, имеющей случайный характер, и поэтому далеки от оптимальных. Исходя из вышеизложенного возникает необходимость поиска пути, позволяющего вести исследовательскую работу ускоренными темпами и обеспечивающим принятие решений, близких к оптимальным.

**Цель исследования** – изучить влияние исходных компонентов и технологических условий производства.

Метод математического планирования эксперимента в фармацевтической технологии позволяет целенаправленно и планомерно изучить влияние наиболее значимых параметров в разработке мягких и твердых лекарственных форм. При разработке модельного состава лекарственной формы – капсулы с сухими экстрактами, был применен метод математического планирования эксперимента, который позволяет оценить влияние нескольких факторов на зависимую величину.

Таким образом, математическое описание влияния каждого компонента рецептурного состава в базовой композиции может быть получено эмпирически. При этом математическая модель имеет вид уравнения регрессии, полученного статистическими методами на основе экспериментальных данных.

## ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИМ МАЙНОМ ВІЙСЬКОВОГО МОБІЛЬНОГО ГОСПІТАЛЮ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

Н. В. Базунова, О. В. Белозьорова, О. М. Фіонов, В. В. Коротченко,

С. В. Нестеровська, Ю. П. Криваченко

*Українська військово-медична академія*

*Науково-дослідний інститут проблем військової медицини*

**Вступ.** Важливою складовою та ресурсом національної безпеки України є здоров'я її громадян, зокрема військовослужбовців Збройних Сил України. Триває реформування медичної служби Збройних Сил України (далі – ЗС України) з урахуванням особливостей воєнно-політичної обстановки шляхом послідовних концептуальних змін, впровадження ефективних інноваційних форм медичного та фармацевтичного забезпечення. Обраний напрям є важливим, враховуючи євро-інтеграційні процеси і потребує постійної уваги, розвитку, підтримки та стимулювання, про що свідчать публікації у спеціалізованих періодичних і наукових виданнях.

Військовий мобільний госпіталь (далі – ВМГ) як багатопрофільна військова лікувальна установа є важливою ланкою медичної служби ЗС України в особливий період, спроможна працювати в автономному режимі і призначена для надання медичної допомоги за сучасними міжнародними стандартами постраждалим військовослужбовцям. Водночас ВМГ є важливим суб'єктом й у системі медичного постачання ЗС України.

Беззаперечно, усі структурні підрозділи ВМГ мають бути постійно готовими до виконання своїх завдань за будь-яких обставин, забезпечуючи бойову та мобілізаційну готовність. Лише за умов ефективного функціонування системи медичного постачання (далі – МП) можливе повноцінне оснащення ВМГ якісним витратним та інвентарним медичним майном (далі – ММ) (лікарськими засобами, медичними виробами, сучасним обладнанням тощо), а фахівці ВМГ матимуть реальні можливості ефективно здійснити весь комплекс необхідних видів медичної допомоги (далі – МД) та лікувально-профілактичних заходів, характерних для даного рівня медичного забезпечення.

Зважаючи на те, що ефективність забезпечення медичним майном ВМГ вимагає від системи медичного постачання ЗС України удосконалення і розроблення нових організаційних підходів, актуальними є дослідження за даною темою. Актуальність пошуку шляхів підвищення ефективності визначається також з огляду на пряму залежність понять «ефективність забезпечення» та «ефективність надання МД».

**Мета:** сформулювати основні напрями та виявити значущі чинники підвищення ефективності забезпечення (у частині порядку постачання) витратним та інвентарним медичним майном військового мобільного госпіталю в особливий період для досягнення всебічного ресурсного та сучасного технічного оснащення.

**Матеріали та методи.** Матеріалами слугували звітні матеріали, накази та розпорядження органів управління медичною службою ЗС України та провідних фахівців за досліджуваний період, науково-інформаційні джерела, література, інтернет-ресурс за темою дослідження.

Для розв'язання поставлених завдань нами застосовано комплекс сучасних методів: теоретичних (інформаційно-аналітичних), емпірично-логічних, статистичних (дозволяють виключити суб'єктивізм під час оцінювання досліджених процесів та аналізу їх ефективності, а також сприяють підвищенню наукової достовірності результатів досліджень), які включали експеримент-моделювання логістичного ланцюга медичного постачання ВМГ – багатоваріантний аналіз на основі варіаційно-імітаційного моделювання, дослідження показників ефективності з використанням на певних етапах дослідження електронно-обчислювальної апаратури (техніки).

**Результати та обговорення.** Зміни умов функціонування системи МП ЗС України обумовлюють зміни наявних і появи нових вимог досягнення ефективності діяльності

підрозділів медичного постачання, котрі визначаються як об'єктивними так і суб'єктивними чинниками.

До об'єктивних належать зовнішні ситуаційні умови: складні умови обстановки (у т. ч. при виникненні епідемій та розповсюдженні їх наслідків), напруженість функціонування, раптовість змін, фінансово-економічні і т. ін.

До суб'єктивних чинників, наприклад, можна зарахувати: функціональну сумісність та координацію взаємодії між організаційними структурами органів управління МП та силами і засобами логістичного забезпечення, якість управління логістичним забезпеченням, зворотній зв'язок обміну достовірною інформацією. Крім того, існують інші численні супутні особливі фактори, урахування яких дозволить за будь-яких умов обстановки адекватно реагувати на зміну бойової ситуації, а також так чи інакше матимуть вплив на показники ефективності та готовності сил і засобів системи МП.

Досліджені теоретико-методологічні засади наукового обґрунтування показників підвищення ефективності постачання ММ ВМГ включали принципи і алгоритм роботи системи МП ЗС України з урахуванням логістичних заходів. В результаті проведених досліджень, підвищення ефективності забезпечення ММ ВМГ, рекомендовано здійснювати за напрямками:

створення безперешкодного середовища упродовж усього логістичного ланцюга системи МП;

удосконалення нормативно-правової бази щодо накопичення, розподілу та ешелонування запасів ММ;

управління достовірною інформацією;

створення мобільних підрозділів зберігання запасів ММ,

інженерно-інфраструктурне забезпечення,

аудит, інспекція;

метрологічне забезпечення;

технічне обслуговування, ремонт;

перевезення, транспортування, обслуговування;

планування, нормування, стандартизація;

створення оперативних механізмів швидкого укомплектування та доукомплектування ММ, зберігання запасів ММ;

створення аргументованого актуалізованого переліку ММ для ВМГ (із використанням сучасних лікарських засобів та якісного медичного обладнання вітчизняного виробництва, а також інноваційних медичних технологій, котрі ґрунтуються на результатах проведення науково-дослідних та дослідно-конструкторських робіт).

**Висновки.** Узагальнюючи дані багатоетапного системного аналізу досліджених процесів забезпечення ММ ВМГ, подальше їх рейтингове оцінювання можна підкреслити, що визначені напрямки підвищення ефективності МП ВМГ дозволять забезпечити: якісне визначення потреби ММ для ВМГ, визначення логістичних послуг, витребування (закупівлю) медичного майна, його зберігання та підтримання у готовності, технічне обслуговування, ремонт, метрологічне забезпечення, перевезення та транспортування медичного майна, що, в цілому підвищить якість планування медичного постачання та підвищить рівень забезпеченості ММ ВМГ.

## ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРАНСФОРМАЦІЇ ОСОБИСТІСНО-ПРОФЕСІЙНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ КОМБАТАНТІВ ДО МИРНИХ УМОВ ЖИТТЯ

Н. В. Гончаренко

*Українська військово-медична академія*

Трансформація особистісно-професійного благополуччя комбатантів до мирних умов життя для України, як держави, що зіштовхнулася із проблемою втягнення у гібридну війну та реальними військовими діями на східних кордонах нашої держави, стала вельми актуальною. Серед пріоритетів презентованої у лютому 2020 року Міністерством у справах ветеранів тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб Стратегії реінтеграції ветеранів до мирного життя, крім інших, визначено основні напрямки реабілітації ветеранів та їх психологічної адаптації.

Численні дослідження як вітчизняних, так і зарубіжних психологів спрямовані на аналіз теоретико-методологічних основ поняття благополуччя (А. Коваленко, Т. Данильченко, Н. Волинець, С. Карсканова, Б. Пахоль, N. Bradburn, E. Deci, C. Ryff, A. Waterman); особливостей адаптивної особистості (К. Роджерс, Е. Шостром, Л. Філіп, Е. Фром). У науковій літературі досліджувались уявлення про форми, закономірності та механізми адаптації комбатантів до мирних умов життя (Г. Балл, В. Стасюк, О. Карачинський, Ю. Бриндіков, О. Сафін, Н. Агаєв, О. Кокун, Н. Лозінська); чинники соціальної адаптованості комбатантів (О. Блінов, Ф. Березін, М. Варій, I. Galatzer-Levy, A. Mancini, L. Simons, M. Westphal). Проблему психологічної адаптації до умов військової служби висвітлено у працях А. Алдашевой, Л. Гребінь, Л. Литвиненко, А. Маклакова, А. Камишева, В. Попкова, В. Чайки, Л. Шестопаловой та ін. Психологічні особливості адаптації військових до бойових умов досліджено І. Бобровничим, О. Вертягіною, С. Заковряшиною, Н. Тарабріною та ін.

**Висновки.** Отже, на основі теоретичного вивчення проблеми та, ґрунтуючись на досвід країн, що зіткнулися з явищами, котрі виникають після повернення людей з ділянок бойових дій, і вітчизняний досвід, можна зробити висновок, що участь в подіях, пов'язаних з ризиком для життя, травматичним чином діє на їх психічне здоров'я і психологічний стан. Комбатанти, які брали в них участь, відносяться до групи осіб з підвищеним ризиком розвитку психогенних порушень, для характеристики їх стану використовують такі позначення, як бойова психічна травма, емоційне вигорання, соціальна дезадаптивність тощо.

## ВІЙСЬКОВА ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

### ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ПНЕВМОНІЮ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

К. І. Гордійчук, А. А. Воронко

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Стан здоров'я населення є показником потенціалу держави і відображенням соціально-економічних, екологічних умов, способу життя населення, стану медичного забезпечення, тому одним із пріоритетних завдань внутрішньої політики держави на найближчі роки в Україні визначено збереження і розвиток національного людського капіталу держави, як головного фактору економічного росту, суттєву роль у збереженні якого відіграє система охорони здоров'я, а стан здоров'я військовослужбовців позначається як на окремих складових національної безпеки, так і на боєготовності власних Збройних Сил (ЗС) України.

Для окремих груп, а саме в закритих колективах та в зоні проведення ООС, враховуючи специфіку військової служби, показники захворюваності на пневмонію зберігають свою тенденцію до зростання, незважаючи на вагомі успіхи на етапах медичної евакуації.

В умовах реформування ЗС України для визначення пріоритетних напрямів покращення системи медичного забезпечення першочерговим є системний аналіз причин первинних звертань за медичною допомогою, направлень на госпіталізацію, звільнень та тимчасових працевтрат за медичними показаннями військовослужбовців ЗС України. Аналізуються також інтенсивність звільнення та показники летальності.

Діагностичні проблеми при виявленні негоспітальної пневмонії виникають у 30–40% лікарів первинної ланки, і діагноз встановлюється лише в кінці першого тижня хвороби, а правильний діагноз в перші 3 доби хвороби ставиться тільки в 35% випадків.

**Метою** дослідження була оцінка стану первинної захворюваності на пневмонію різних категорій військовослужбовців ЗС України на сучасному етапі.

Задля досягнення мети дослідження були виконані наступні завдання: визначені долі первинних звернень (ПЗ), направлень на стаціонарне лікування, працевтрат у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальності з приводу анемій в структурі хвороб органів дихання (ХОД, клас 10 за МКХ-10). Основними категоріями військовослужбовців, що підлягали дослідженню, були офіцерський склад (ОС) і рядовий, сержантський і старшинський склад (РССС).

**Матеріали та методи дослідження.** Для реалізації мети і виконання завдань дослідження було проаналізовано трирічну захворюваність військовослужбовців ЗС України з приводу пневмонії за щорічними матеріалами звітності медичної служби військових частин по формі 2/МЕД. Статистичну обробку даних проводили з використанням програмного забезпечення Statistica 6.0. За рівень статистичної значущості приймали значення  $p < 0,05$  з 95% довірчим інтервалом.

**Результати досліджень.** За результатами дослідження встановлено, що показник ПЗ з приводу пневмонії серед ХОД за 2016–2018 роки, мав тенденцію до зниження в обох групах, ( $p < 0,05$ ). Найбільша частка ПЗ припадала на військовослужбовців РССС: 2,8%, 2,4%, 1,7% відповідно в 2016, 2017 і 2018 роках, порівняно військовослужбовцями ОС: 2,4%, 1,8%, 0,7% в 2016, 2017 і 2018 роках відповідно.

Направлення на стаціонарне лікування з приводу пневмонії мали тенденцію до зниження у військовослужбовців РССС. У військовослужбовців ОС пік направлень на стаціонарне лікування, серед ХОД, відмічався у 2017 році – 9,9%, після чого показники знизились до 8,3% у 2018 році. Військовослужбовці ОС з 2017 по 2018 рік (9,9% і 8,3%

відповідно) направлялись на стаціонарне лікування частіше, ніж РССС (8,3% і 6,2% відповідно),  $p < 0,05$ .

Динаміка працевтрат у випадках, з приводу пневмонії, серед ХОД, за 2016–2018 рр., мала тенденцію до зниження у військовослужбовців ОС – 2,9%, 2,3%, 1,04% відповідно. У військовослужбовців РССС такої тенденції не спостерігалось, і пік працевтрат припав на 2017 рік – 3,7%, порівняно з першою групою в цей же рік – 2,3%, але є статистично не значимою ( $p > 0,05$ ).

У військовослужбовців РССС відсоток працевтрат у днях, серед ХОД, суттєво більший ніж у військовослужбовців ОС. Пік працевтрат у РССС припав на 2017 рік – 10,3%, та в 2018 році знизився до 8,4%, що значно перевищує показник ОС 3,3% ( $p < 0,05$ ).

Відмічена динаміка до зменшення показника днів працевтрат у військовослужбовців ЗС України ОС та РССС з приводу пневмонії протягом 2016–2018 років, що є позитивним явищем ( $p < 0,05$ ).

Показник летальності з приводу пневмонії серед ХОД мав наступну тенденцію: за три роки відмічене достовірне підвищення показника серед ОС у 2017 році на 100%, ( $p < 0,05$ ), з наступним достовірним зниженням показника у 2018 році до 0% ( $p < 0,05$ ). У РССС вбачається тенденція до підвищення даного показника. З 2016 по 2017 відмічене підвищення показника на 23,5%, ( $p < 0,05$ ), до 100% у 2017 році, та його сталість до 2018 року, що загалом є негативним явищем. Загалом за три роки спостерігається достовірне підвищення доли смертності від пневмонії серед РССС на 23,5% ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Вивчення показників захворюваності є провідною складовою комплексної оцінки стану здоров'я населення, що дає поштовх для розробки нових ефективних методів первинної та вторинної профілактики захворювань, заходів щодо зменшення шкідливого впливу чинників на здоров'я, необхідність подальшого удосконалення медико-організаційних заходів, спрямованих на профілактику і лікування військовослужбовців.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА СХОДІ УКРАЇНИ

Є. Г. Прудінник, В. В. Стеблюк

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Травматичний досвід, отриманий під час бойових дій, негативно впливає на стан здоров'я військовослужбовців-учасників бойових дій. Зокрема, після повернення до мирного життя вони переживають нові стреси, пов'язані з соціальною адаптацією, нерозумінням близьких, труднощами в спілкуванні, професійному самовизначенні, самореалізації, створенням сім'ї тощо. Первинний стрес, отриманий під час бойових дій, підсилюється вторинним, що виникає після повернення додому. Цей стан стає внутрішньою основою психологічної та соціальної дезадаптації комбатантів у суспільстві. За прогнозами психіатрів, в кращому випадку, у 20% з учасників бойових дій в Україні в наступні роки буде діагностовано хронічний посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), якому вже дали назву «синдром АТО». З огляду на це, нині виникла нагальна потреба в реабілітаційній діяльності, а нові умови ведення бойових дій в умовах гібридної війни вимагають від фахівців охорони здоров'я швидко реагувати на запити військовослужбовців-учасників бойових дій щодо попередження виникнення, діагностування, лікування та організації та проведення комплексної реабілітації. Але, незважаючи на актуальність цієї проблеми, вона залишається теоретично й практично недостатньо розробленою, що й визначило вибір теми дослідження «*Особливості перебігу посттравматичного стресового розладу у учасників бойових дій на сході України*».



**Мета дослідження.** Покращення стану психологічного здоров'я військово-службовців учасників АТО/ООС шляхом дослідження структури та клінічного перебігу посттравматичного стресового розладу.

**Основні завдання.**

1. Провести аналіз літературних даних щодо розповсюженості, характеру перебігу та особливостей перебігу посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців армій світу.

2. Дослідити характер звертань за медико-психологічної допомогою з приводу розладів адаптації посттравматичного стресового розладу за даними ВМКЦ північного регіону м. Харків.

3. Виявити особливості та розробити практичні рекомендації щодо надання медико-психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі на етапі первинної медичної допомоги ЗС України.

**Об'єкт дослідження .** Військовослужбовці ЗС України учасники АТО/ООС з розладом адаптації посттравматичним стресовим розладом.

**Предмет дослідження.** Психічна патологія військовослужбовців.

**Методи дослідження.** В роботі застосовувались методи статистичного аналізу та тестування, клінічного спостереження. З метою оцінки посттравматичних реакцій використовувалась «Міссісіпська шкала (військовий варіант)» та «Опитувальник скрінінгу посттравматичного стресового розладу». Для скрінінгового виявлення тривоги та депресії «Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS». З метою дослідження психічних станів та властивостей особистості учасників бойових дій використовувалася «Шкала ситуативної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілберга та Ю. Л. Ханіна». З метою виявлення наявності депресії та ступеню її тяжкості використовувались «Шкала депресії А. Т. Бека» та «анкета здоров'я пацієнта PHQ-9».

**Висновки:** на підставі отриманих результатів дослідити характер звертань за медико-психологічної допомогою з приводу розладів адаптації посттравматичного стресового розладу; тяжкість перебігу ПТСР (F43.1); співвідношення між клінічними варіантами перебігу ПТСР; визначити частоту виказування пацієнтами окремих скарг; вираженість депресії та тривожності; взаємозв'язок між тяжкістю вираженості ПТСР за Міссісіпською шкалою та тривожністю за шкалою HADS; взаємозв'язок між тяжкістю вираженості ПТСР за Міссісіпською шкалою та ступенем вираженості реактивної тривожності за шкалою Спілберга – Ханіна; взаємозв'язок між тяжкістю вираженості ПТСР за Міссісіпською шкалою та ступенем вираженості особистої тривожності за шкалою Спілберга – Ханіна ; взаємозв'язок між тяжкістю вираженості ПТСР за Міссісіпською шкалою та ступенем тяжкості депресії за шкалою Бека; розробити практичні рекомендації щодо надання медико-психологічної допомоги на первинному етапі.

## **СТРУКТУРА ГОСТРИХ РОЗЛАДІВ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

**Ю. В. Дякевич, В. В. Стеблюк**

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Професійна діяльність військовослужбовців полягає в необхідності виконання завдань в умовах, що зумовлені специфічною обстановкою, екстремальним характером діяльності, психофізичним перевантаженням, підвищеним рівнем відповідальності за власні дії, відсутнім повноцінним відпочинком.

**Мета дослідження.** Покращення стану психологічного здоров'я військово-службовців учасників АТО/ООС шляхом дослідження структури та перебігу гострих розладів ментального здоров'я та планування превентивних заходів.

**Матеріали і методи дослідження.** Дослідження було проведено на базі Військово-медичного клінічного центру Північного регіону в клініці неврологічних хвороб, психіатрії та наркології (м.Харків). В дослідження увійшли 40 учасника бойових дій 20–55 років (середній вік 35 років), що мали ознаки розладів адаптації, з зони операції Об'єднаних сил, які склали дослідну групу. В роботі застосовувались методи статистичного аналізу та тестування, клінічного спостереження. З метою визначення типу акцентуації використовувався «Особистісний опитувальник Леонгарда-Шмішека» З метою оцінки посттравматичних реакцій використовувалась «Міссісіпська шкала (військовий варіант)» та «Опитувальник скрінінгу посттравматичного стресового розладу». Для скрінінгового виявлення тривоги та депресії «Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS». З метою дослідження психічних станів та властивостей особистості учасників бойових дій використовувалась «Шкала ситуативної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілберга та Ю. Л. Ханіна». З метою виявлення наявності депресії та ступеню її тяжкості використовувались «Шкала депресії А. Т. Бека» та «анкета здоров'я пацієнта PHQ-9».

**Результати.** Даним дослідження встановлено серед контингенту дослідної групи за даними клінічного дослідження відзначалося 40 людей, що мали в тій чи іншій мірі вираженості акцентуацію рис характеру: застрягання у 12 пацієнтів (30,0% від загальної вибірки), гіпертимність у 6 пацієнтів (15,0% від загальної вибірки), тривожність у 12 пацієнтів (30,0% від загальної вибірки), педантичність у 5 пацієнтів (12,5% від загальної вибірки), екзальтованість у 2 пацієнтів (5,0% від загальної вибірки), неврівноваженість у 1 пацієнта (2,5% від загальної вибірки), циклотимність у 2 пацієнтів (5,0% від загальної вибірки). Серед вибірки визначена частота виказуванням суб'єктивних скарг, а саме: порушення сну наявне у 77,5%, поганий настрій у 75,0%, порушення пам'яті та уваги у 72,5%, напади тривоги у 65,0%, головний біль у 55,0%, тривожні(страшні) сновидіння у 52,5%, тривожні(нав'язливі) спогади 50,0%, сомато-вегетативні прояви у 47,5%, агресія та роздратованість у 42,5%, пацієнтів з вибірки. Проте деякі скарги пацієнти виказували не часто, а саме: панічні атаки у 32,5%, напади страху у 17,5%, емоційне оніміння у 15,0%, галюцинації та ілюзії у 5,0%, втрата маси тіла у 2, 5% пацієнтів з вибірки. Опитувальник PHQ – 9 показав: відсутність депресії у 4 пацієнтів, легку форму депресії діагностовано у 10 пацієнтів, що відповідає 25,0% від загальної кількості пацієнтів, помірний ступінь депресії діагностовано у 3 пацієнтів та відповідно 7,5% від загальної кількості, середній ступінь депресії діагностовано у 11 пацієнтів, що відповідає 27,5% від загальної кількості, тяжка депресія виявлена у 12 пацієнтів, що відповідає 30,0% від загальної вибірки пацієнтів. Шкала депресій Бека виявила: 2 пацієнта, або 5,0% від загальної кількості вибірки не мали ознак депресії, 2 пацієнта, або 5,0% від загальної кількості ознаки депресії легкого ступеня, 16 пацієнтів, або 40,0% ознаки депресії середньої тяжкості. 20 пацієнтів, або 50,0% ознаки перебігу тяжкої депресії. При анкетуванні по шкалі Спілберга–Ханіна рівень реактивної тривожності: низький рівень тривожності був виявлений лише у 3 пацієнта (7,5%) від загальної вибірки, середній у 12 пацієнтів (30,0%), високий у 25 пацієнтів (62,5%) від загальної вибірки. А також на рівень особистої тривожності: низький рівень тривожності не був виявлений, середній рівень тривожності виявлений у 16 пацієнтів (40,0%), високу тривожність діагностовано у 24 пацієнта (50,0%) від загальної вибірки. За шкалою тривоги HADS: 9 пацієнтів (22,5%) від вибірки тривога була відсутня, 6 пацієнтів (15,0%) від вибірки - ознаки субклінічної тривоги, 25 пацієнтів (62,5%) від вибірки – ознаки клінічно вираженої тривожності. За шкалою депресії HADS: 17 пацієнтів, або 42,5% від вибірки депресія була відсутня, в 7 пацієнтів, або 17,5% від вибірки ознаки субклінічної депресії, в 16 пацієнтів, або 40,0% від вибірки ознаки клінічно вираженої депресії. Міссісіпська шкала (для військово-службовців) показала добру адаптацію у 19 пацієнтів (47,5%), окремі ознаки ПТСР виявлено у 17 пацієнтів (42,5%) від вибірки, ПТСР виявлено у 4 пацієнтів (10,0%) від вибірки.

**Статистичний метод.** За допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона-«r» підтверджено одну гіпотезу, виявлена негативна висока кореляція тобто наявна зворотна пряма залежність між:

1. Акцентуацією рис характеру та тяжкістю перебігу посттравматичних реакцій за Міссісіпською шкалою – «r» = -0,5.

Чотири гіпотези не було підтверджено:

2. Залежність між акцентуацією рис характеру та ступенем вираженості депресії за шкалою опитувальника PHQ-9– «r» = 0,14.

2. Залежність між акцентуацією рис характеру та тяжкістю перебігу депресії за шкалою Бека – «r» = 0,11.

3. Залежність між акцентуацією рис характеру та ступенем вираженості особистої тривожності за шкалою Спілберга-Ханіна – «r» = 0,17.

4. Залежність між акцентуацією рис характеру та ступенем вираженості реактивної тривожності за шкалою Спілберга-Ханіна – «r» = 0,03.

Однак в цих гіпотезах наявна тенденція до прямого взаємозв'язку. Для подальшого дослідження необхідно розширення вибірки пацієнтів.

**Висновки.** Враховуючи залежність між тяжкістю перебігу посттравматичних реакцій та акцентуацією рис характеру перш за все необхідний якісний відбір на військову службу кандидатів за станом фізичного, психічного здоров'я та морально-діловими якостями на рівні воєнкоматів, військових частин. Особливу увагу необхідно звернути на професійно-психологічний відбір, основними завданнями якого є:

оцінка психологічної та психофізіологічної придатності військовослужбовців до видів діяльності, до виконання яких вони призначаються, прогноз успішності їх подальшої професійної діяльності під час проходження військової служби та виконання завдань за призначенням;

виявлення особового складу осіб з нервово-психічною нестійкістю, з асоціальними установками та тих, що вживають психоактивні речовини, підготовка та надання керівному складу військових частин (підрозділів) відповідних висновків та рекомендацій;

надання рекомендацій з раціонального розподілу особового складу згідно рівня їх розвитку професійно важливих психологічних та психофізіологічних характеристик за відповідними спеціальностями з метою комплектування відповідних військових частин (підрозділів).

## **АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРОВЕДЕННЯ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШКТ НА ПЕРВИННОМУ ТА ВТОРИННОМУ РІВНЯХ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**С. В. Шишканов, Т. В. Куц**

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** За даними ВООЗ (2015 р.), 50% хворих не виконують рекомендації лікаря, з них 70% роблять це свідомо, 30% не мають можливості вчасно їх дотримуватися. У 58% пацієнтів з ВХ шлунка та ДПК контроль перебігу лікування з боку медичного персоналу відсутній.

Незважаючи на встановлену етіологію пептичної виразки та інших хелікобактерасоційованих хвороб, наявність затверджених рекомендацій, стандартів діагностики та лікування, процес лікування хворих із цією патологією часто відбувається не за протоколом. Удосконалення методичних підходів щодо поліпшення діагностики ВХ та хронічного гастриту, розробка адекватної тактики їх лікування є одним з провідних завдань сучасної медичної науки та практики.

**Мета дослідження:** визначити показання та особливості діагностики, вибір схем та тривалості проведення антигелікобактерної терапії військовослужбовцям із хронічними захворюваннями верхніх відділів ШКТ на первинному та вторинному рівнях надання

медичної допомоги з подальшим порівнянням та виявленням основних факторів, що впливають на ефективність антигелікобактерної терапії.

**Матеріали та методи.** Дизайном магістерської роботи є одномоментне пасивне ретроспективне дослідження, виконане на клінічній базі Української військово-медичної академії в Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ»).

Заплановано набір методом суцільної вибірки двох груп пацієнтів: I група – хворі на хронічні захворювання верхніх відділів ШКТ асоційованих з *Helicobacter pylori*, які проходили лікування у клініці гастроентерології НВМКЦ «ГВКГ» – 54 особи; II група – хворі на хронічні захворювання верхніх відділів ШКТ асоційованих з *Helicobacter pylori*, які проходили лікування у клініці амбулаторної допомоги НВМКЦ «ГВКГ» у 2018–2019 році – 22 особи.

Відповідно до розробленої схеми заплановано аналіз таких основних показників як: вік, стать, клінічні, лабораторні та інструментальні показники, ускладнення, супутня патологія, особливості АГТ.

#### **Результати:**

Поставлено наступні завдання роботи:

Визначити основні показання до тестування на наявність інфекції *Helicobacter pylori* у військовослужбовців із хронічними захворюваннями верхніх відділів ШКТ на первинному та вторинному рівнях надання медичної допомоги.

Встановити основні методи діагностики інфекції *Helicobacter pylori* у військовослужбовців та частоту їх використання на первинному та вторинному рівнях надання медичної допомоги.

Виявити особливості вибору схем та тривалості призначення антигелікобактерної терапії військовослужбовцям із захворюваннями верхніх відділів ШКТ на первинному та вторинному рівнях надання медичної допомоги.

**Висновки:** на підставі отриманих результатів заплановано провести порівняльний аналіз особливостей проведення антигелікобактерної терапії у військовослужбовців із хронічними захворюваннями верхніх відділів ШКТ на первинному та вторинному рівнях надання медичної допомоги з визначенням основних факторів, що впливають на ефективність ерадикаційної терапії.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШКТ НА ПЕРВИННОМУ ТА ВТОРИННОМУ РІВНЯХ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**С. В. Шишканов, Т. В. Куц, С. В. Латишенко**

*Українська військово-медична академія*

*Національний військово-медичний клінічний центр ГВКГ*

**Вступ.** На сьогодні проблема кислотозалежних захворювань гастродуоденальної зони залишається однією з найбільш пріоритетних в галузі гастроентерології. Це обумовлюється низкою передумов: по-перше, постійне збільшення рівня інфікування *H. pylori* в популяції, так в США рівень інфікованості становить близько 30%, тоді як в Україні – 70%, при цьому, спостерігається тенденція до збільшення рівня інфікованості з віком; по-друге, викликає занепокоєність високий рівень розвитку ускладнень кислотозалежних захворювань, асоційованих з *H. pylori* з розвитком атрофії СОШ та подальшою малігнізацією; по-третє, необхідно враховувати, що, окрім власної клінічної, є також соціально-економічна складова, пов'язана з необхідністю колосальних витрат державного бюджету на лікування та спостереження хворих з хронічним гастритом та ВХ.

**Мета дослідження** полягала в тому, щоб визначити особливості показань, вибору методів діагностики та призначення схем антигелікобактерної терапії військово-службовцям із хронічними захворюваннями верхніх відділів ШКТ на первинному та вторинному рівнях надання медичної допомоги з подальшим порівнянням та виявленням основних факторів, що впливають на ефективність антигелікобактерної терапії.

**Матеріали та методи.** Було відібрано 76 військовослужбовців (відібраних з 834 історій хвороб), які перебували на стаціонарному та амбулаторному лікуванні з приводу хронічних захворювань верхніх відділів ШКТ НВМКЦ «ГВКГ» у період за 2018–2019 рр. У 1 групу дослідження залучали хворих на хронічні захворювання верхніх відділів ШКТ асоційованих з *Helicobacter pylori*, які проходили стаціонарне лікування. До 1 групи ввійшло 54 чоловіків, середній вік яких склав –  $31,6 \pm 13,8$  років. У 2 групу дослідження залучали хворих на хронічні захворювання верхніх відділів ШКТ асоційованих з *Helicobacter pylori*, які проходили амбулаторне лікування. До 2 групи ввійшло 22 особи, середній вік яких склав –  $41,0 \pm 11,9$  років. В обох групах оцінювали обраний метод діагностики *Helicobacter pylori*, ким призначалась та які схеми були використані в АГТ, їх тривалість. Також аналізувалась супутня терапія, що була призначена, рекомендації та ефективність АГТ.

**Результати.** Порівнюючи частоту призначення АГТ можна зазначити, що у хворих II групи вона частіше призначалась при хронічному гастродуоденіті в 68,2%, в той час як в I групі в 46,3% випадків. Натомість в I групі АГТ частіше проводилась хворим на виразкову хворобу шлунка, ДПК в 53,7% випадків, в той час як у II групі – 41,2%. Також варто зазначити про високий рівень супутньої гастроентерологічної патології у пацієнтів обох груп: 64,8% та 67,9% відповідно. Серед клінічних симптомів в обох групах переважає біль в животі (100%) різного ступеня вираженості від незначного до вираженого, друге місце займає печія у 54% та 73% випадків відповідно.

Діагностика *Helicobacter pylori* інфекції при хронічних захворюваннях верхніх відділів ШКТ проводилась в 31,5% випадків у пацієнтів I групи, серед них: швидкий уреазний тест (CLO-тест) – 5,6%, гістологічне дослідження – 3,7%, фекально-антигенний тест – 14,8%, ІФА Ab Ig G до *H.pylori* – 7,4%, ПЦР – 1,9%. В II групі діагностика проводилась частіше, у 77,3% випадків, серед них: гістологічне дослідження – 4,5%, фекально-антигенний тест – 63,6%, ІФА Ab Ig G до *H.pylori* – 4,5%.

Фармакологічне лікування у хворих з хронічними захворюваннями верхніх відділів ШКТ асоційованих з *Helicobacter pylori* було направлено на еридикацію збудника. Використовували такі схеми лікування: інгібітор протонної помпи + амоксицилін + кларитроміцин – I група 48,1%, II група 18,2%; інгібітор протонної помпи + амоксицилін + кларитроміцин + препарати вісмуту – I група 37,0%, II група 72,7%; інгібітор протонної помпи + амоксицилін + метронідазол + препарати вісмуту – I група 7,4%; інгібітор протонної помпи + кларитроміцин + метронідазол – I група 3,7%; інгібітор протонної помпи + кларитроміцин + метронідазол + препарати вісмуту – I група 3,7%, II група 4,5%; інгібітор протонної помпи + амоксицилін + препарати вісмуту – II група 4,5%. Тривалість лікування коливається від 5 до 15 діб, в I групі частіше тривалість складала 12, 14 діб (14,8% та 70,4% відповідно), в II групі – 5, 7, 10 діб (18,2%, 31,8% та 18,2% відповідно). Варто зазначити що в I групі в 100% випадків антигелікобактерну терапію призначали гастроентерологи, в II групі в 59,1% випадків – гастроентеролог, а в 40,9% випадків лікар загальної практики.

Хворі на хронічні захворювання верхніх відділів ШКТ, окрім антигелікобактерної терапії, отримували супутню терапію, особливе місце в якій займають пробіотики (використовувались у 46,3% та 54,5% випадків у I та II групах відповідно), антациди (використовувались у 24,1% та 35,3% випадків у I та II групах відповідно) та гепатопротектори (використовувались у 24,1% та 11,8% випадків у I та II групах відповідно).

Після закінчення антигелікобактерної терапії визначення ефективності лікування в усіх підтверджених випадках не проводилось. При цьому рекомендації щодо контролю еридикаційної терапії в усіх випадках хронічних захворювань верхніх відділів ШКТ надавались в I групі гастроентерологом в 70,4% випадків, в II групі гастроентерологом в 22,7% випадків, лікарем загальної практики в 9,1% випадків.

**Висновки.** Слід звернути увагу лікарів загальної практики-сімейної медицини на особливості діагностики, тривалості лікування та визначення ефективності лікування хронічних захворювань верхніх відділів ШКТ асоційованих з *Helicobacter pylori*. Крім того, необхідно систематично проводити заняття із лікарями, які надають не тільки амбулаторну, та і стаціонарну допомогу, стосовно рекомендованих комбінацій препаратів АГТ, оскільки за нашими даними, пацієнти не завжди отримують оптимальне лікування хронічних захворювань верхніх відділів ШКТ асоційованих з *Helicobacter pylori*.

## ГОСПІТАЛЬНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ХВОРОБИ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

К. О. Черниченко, О. М. Ткаленко  
*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Схильність до рецидивного перебігу й розвитку ускладнень, хвороб крові та органів кровотворення (ХККО) зумовлює необхідність динамічного дослідження захворюваності, госпіталізації, працевтрат та звільнення військовослужбовців ЗС України з приводу хвороб даного класу та удосконалення їх профілактики.

**Мета роботи:** Визначити особливості госпітальної захворюваності та медико-соціальне значення хвороб крові та органів кровотворення у військовослужбовців в сучасних умовах.

**Матеріали та методи дослідження:** Досліджували п'ятирічну захворюваність військовослужбовців ЗСУ на ХККО за даними галузевої статистичної звітності по формі З/МЕД, інтегровані до автоматизованої інформаційної системи «Контингент» та даними історій хвороб гематологічного відділення Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» за 2013–2019 рр.

### **Результати досліджень.**

Проведено аналіз показників госпітальної захворюваності військовослужбовців впродовж 5-ти років, на основі чого можемо зробити наступні висновки:

1. Результатами дослідження встановлено, що протягом 2014–2018 років серед усіх категорій військовослужбовців та пенсіонерів МОУ питома вага госпітальної захворюваності на ХККО складає близько 0,2% від усієї захворюваності військово-службовців, з найбільшою поширеністю серед військовослужбовців контрактної служби, офіцерів.

2. Аналізуючи динаміку госпітальної захворюваності на ХККО серед військово-службовців в період 2014–2018 років, можемо відзначити підйом захворюваності на 28,6% (259 випадків захворювань за 2014 рік та 363 за 2018), з піком підйому захворюваності в 2017 році (371 випадок).

3. Серед загальної захворюваності переважає захворюваність на клас ХККО D50–D64 – анемії (67,8% в загальній структурі захворюваності), особливо виражена в категорії військовослужбовців контрактної служби (58,5%).

4. Середнє значення непридатності військовослужбовців з ХККО за п'ятирічний період складає 57,1% від загальної госпітальної захворюваності на ХККО, в основному за рахунок ХККО із залученням імунного механізму (82,9%).

5. Непридатності військовослужбовців з ХККО за в основному за рахунок груп ХККО D65–D77 – інші ХККО та D80–D89 – із залученням імунного механізму (71,9% та 82,9%). Серед військовослужбовців з групи ХККО D50–D64 – анемії непридатність до військової служби менша на складає 16,9% від первинної загальної захворюваності на ХККО.

6. Рівень непридатності високий в обох групах та сягає максимальних значень 86,9% серед військовослужбовців контрактної служби, офіцерів та 69,3% серед військовослужбовців строкової служби в групі хвороб D80-D89 – із залученням імунного механізму.

7. В основному збільшення рівня непридатності за рахунок груп ХККО D65–D77 – інші ХККО та D80–D89 – із залученням імунного механізму, максимальні значення яких склали 75,8% серед D65-D77 – інші ХККО та 85,8% серед групи D80-D89 – із залученням імунного механізму

8. Аналізуючи динаміку непридатності можемо відзначити підйом в період з 2015 по 2017 роки, з піком в 2016 році, коли відсоток непридатності військовослужбовців з ХККО становив 60,3% серед загальної захворюваності на ХККО та наступною тенденцією до зниження в 2018 році.

9. Було проведено аналіз архівних даних історій хвороб гематологічного відділення ГВКГ «НВМКЦ» за період з 2015 по 2019 рік та відібрано 551 для подальшої статистичної обробки. Всі хворі були розділені на три клінічні групи та сім груп за видами військ. Серед клінічної групи переважають хворі на гемобластози (68,6%), меншу частку займають хворі на анемії 23,6% та геморагічні захворювання 7,8%. Основним контингентом, який отримувал стационарне лікування в гематологічному відділенні є пенсіонери МОУ 56,6%, військовослужбовці СВ 29,6% та ПС 7,6%.

**Висновки.** Підйом захворюваності за вищевказані роки, схильність до рецидивного перебігу, високий відсоток непридатності, поширеність серед військовослужбовців контрактної служби вказують на важливе медико-соціальне значення ХККО для ЗС України та обґрунтовують необхідність удосконалення медико-організаційних заходів, спрямованих на профілактику та попередження прогресування ХККО у військовослужбовців.

## **ОСНОВНІ КЛІНІКО-ГЕМАТОЛОГІЧНІ СИНДРОМИ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ**

**Т. О. Павлик, О. М. Ткаленко**

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Гематологічні синдроми, що охоплюють загально клінічні симптоми, зміни з боку периферичної крові та кровотворних органів, зустрічаються в практиці лікарів різних спеціальностей. Бувають випадки, коли ці вторинні зміни настільки домінують у клінічній картині захворювання, що основне захворювання, яке зумовило даний симптомокомплекс, залишається нерозпізнаним тривалий час.

**Мета дослідження** – вивчити основні клініко-гематологічні синдроми, наявні у військовослужбовців ЗСУ на сучасному етапі, опрацювати рекомендації з поліпшення діагностично-лікувальних заходів.

**Матеріали та методи дослідження.** Для досягнення мети був проведений аналіз архівних документів – історій хвороб пацієнтів п'яти відділень ГВМКЦ «ГВКГ»: загально-терапевтичного (ЗТВ), кардіологічного, гастроентерологічного (ГЕВ), пульмонологічного та гематологічного відділень за 2016, 2017, 2018 роки.

**Результати дослідження.** Незалежно від року дослідження, найчастіше у НВМКЦ «ГВКГ» встановлюють діагноз халізодефіцитної анемії (ЗДА) – у 2016 році – 217 випадків (82,5%), у 2017 році – 235 (81,6%), у 2018 – 276 (83,13%). В12-ДА у досліджувані роки визначалась – 13 (4,9%), 19 (6,6%) та 15 (4,5%) разів відповідно; змішана анемія (ЗДА та В12-ДА) зустрічалась у 7 (2,7%), 7 (2,4%) та 9 пацієнтів (2,7%); рефрактерна – у 18 (6,8%), 21 (7,3%) та у 26 хворих (7,8%); та ГА – у 8 (3,1%), 6 (2,1%) та 6 (1,8%) пацієнтів.

Незважаючи на те, що кількісний склад чоловіків-військовослужбовців переважає над жінками, військовослужбовці чоловічої статі хворіли на анемію у 2016–2018 роках рідше (46,3%), ніж жіночої (53,7%).

Спостерігається певна залежність захворюваності на анемію залежно від віку пацієнта – частіше анемічний синдром виявлявся у військовослужбовців, старших за 55 років – 86,2% проти 13,8% молодших.

Відділення гематології є лідером за кількістю хворих із синдромом анемії у всі досліджувані роки – 23,9%, друге місце з діагностики анемії посідає гастроентерологічне відділення – 21,7%, третє – ЗТВ – 20,2%, четверте – пульмонологія, 19,4%, кардіологічне відділення знаходиться на п'ятому місці за кількістю військовослужбовців із анемією – 14,8%.

У 2016 році пацієнтів з анемією легкого ступеню перебувало на лікуванні 55,5%, середнього – 31,5%, важкого – 12,9%. У 2017 році відповідно – 63,2%, 30,2% та 6,6% пацієнтів, у 2018 – легкого ступеню анемії відмічались у 59,94%, середнього – 33,54%, а важкого – 9,63% військовослужбовця. Загалом за досліджувані роки, за цей період часу у НВМКЦ «ГВКГ» було зафіксовано 59,7% анемії легкого ступеню, 30,7% – середнього ступеню та 9,6% – важкого ступеню.

Аналіз рівня заліза сироватки крові проводився у 2016 році 82,89%, у 2017 – 89,24%, у 2018 – 89,8% пацієнтам. Частота проведення досліджень достовірно виросла у 2017 році на 6,35%, з наступним достовірно не підтвердженим зростанням на 0,66%. Загалом показник збільшився на 7,01%, проте проблема неповного охоплення даним дослідженням пацієнтів, залишається відкритою. Обмеженість можливостей лікарів госпіталю щодо призначення глибокого лабораторного обстеження хворих не дає змоги в деяких випадках визначити чітку патогенетичну форму анемії.

**Висновки:** Незалежно від року дослідження, найчастіше у НВМКЦ «ГВКГ» встановлюють діагноз залізодефіцитної анемії – у 2016 році 82,5%, у 2017 році – 81,6%, у 2018 – 83,13%. В12-ДА у досліджувані роки визначалась – 4,9%, 6,6% та 4,5% разів відповідно; змішана анемія зустрічалась у 2,7%, 2,4% та 2,7%; рефрактерна – 6,8%, 7,3% та у 7,8%; та ГА – у 3,1%, 2,1% та 8% пацієнтів. Знання основних клінічних гематологічних синдромів і лабораторних симптомів, які характерні для початкового етапу розвитку хвороб системи крові, суттєво допоможуть сімейному лікарю якомога раніше їх розпізнати і вчасно направити пацієнта на дообстеження і лікування. Обов'язковою умовою ранньої діагностики захворювань системи крові є загальний аналіз крові. Основними навичками лікаря загальної практики є вміння надати грамотне заключення щодо результатів загального аналізу крові та рекомендації пацієнту у разі виявлення патологічних змін складу крові. Своєрідність змін показників гемограми дозволяє сімейному лікарю спланувати направленість нозологічної діагностики та своєчасно встановити діагноз, що сприяє більш ранньому початку терапії, зниженню ризику розвитку ускладнень і підвищенню якості життя пацієнта.

## **САМООЦІНКА СЛУХАЧАМИ УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ СТАВЛЕННЯ ДО ВИКОНАННЯ ВИМОГ ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ**

**І. О. Процик, Г. З. Мороз**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність:** Здорове харчування, культура харчування є обов'язковою складовою здорового способу життя. Проте, проведені раніше дослідження засвідчили, що військові лікарі недостатньо турбуються про стан свого здоров'я, зокрема, щодо виконання вимог здорового способу життя. Тому важливо дослідити ставлення слухачів Української військово-медичної академії (УВМА) до виконання вимог здорового харчування на сучасному етапі.

**Мета:** Провести соціологічне опитування слухачів УВМА та визначити їх ставлення до виконання вимог здорового харчування в сучасних умовах.



**Матеріали та методи дослідження.** Методом випадкової вибірки проведено анкетне опитування 170 слухачів УВМА: 75 слухачів I курсу, 45 слухачів II курсу та 50 слухачів III курсу. Для проведення дослідження і стандартизації результатів була розроблена спеціальна анкета соціологічного опитування. Для формування бази даних і статистичної обробки результатів використана програма Microsoft Excel 2007. Статистичний аналіз отриманого матеріалу проводили за допомогою пакета прикладних програм методами варіаційної статистики з використанням t-критерія Стюдента. Для змінних найменувань та рангових змінних первинна обробка включала в себе розрахунок відсотків.

**Результати дослідження.** Результати проведеного дослідження показали, що збалансованим своє харчування вважають тільки  $10,6 \pm 3,6\%$  слухачів I курсу,  $15,5 \pm 5,5\%$  слухачів II курсу та  $18,0 \pm 5,4\%$  слухачів III курсу УВМА ( $p > 0,05$ ).

Важлива складова здорового харчування – щоденне вживання двох-трьох порцій овочів та двох-трьох порцій фруктів. Результати соціологічного опитування засвідчили, що більше двох порцій овочів щодня вживають  $29,3 \pm 5,3\%$  слухачів I курсу,  $20 \pm 6,0\%$  слухачів II курсу та  $18 \pm 5,4\%$  слухачів III курсу; більше двох порцій фруктів щодня вживають  $28 \pm 5,1\%$  слухачів I курсу,  $13,3 \pm 5,1\%$  слухачів II курсу та  $12 \pm 4,6\%$  слухачів III курсу. Таким чином, встановлено, що більше двох порцій фруктів щодня вживають більша частка слухачів I курсу в порівнянні з II на III курсом – різниця статистично достовірна ( $p < 0,05$ ).

Потребує на увагу виявлена нами при опитуванні особливість щодо режиму харчування. Тільки  $34,6 \pm 5,6\%$  слухачів I курсу,  $28,8 \pm 6,6\%$  слухачів II курсу та  $20 \pm 5,7\%$  слухачів III курсу зазначили, що основний прийом їжі у них не припадає на вечірні години.

**Висновки.** За результатами аналізу соціологічного опитування визначено, що збалансованим своє харчування вважають тільки  $10,6 \pm 3,6\%$  слухачів I курсу,  $15,5 \pm 5,5\%$  слухачів II курсу та  $18,0 \pm 5,4\%$  слухачів III курсу УВМА. В цілому значна частина слухачів УВМА не виконують вимоги здорового харчування щодо вживання рекомендованої кількості овочів, та фруктів, не дотримуються режиму харчування.

Запровадження здорового харчування, як складової здорового способу життя, має важливе значення для збереження здоров'я військовослужбовців, зокрема слухачів УВМА.

## **ОЦІНКА СТАДІЇ ГОТОВНОСТІ СЛУХАЧІВ УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ ДО ЗМІН ОКРЕМИХ СКЛАДОВИХ МОДЕЛІ ПОВЕДІНКИ**

**І. О. Процик, Г. З. Мороз**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** На сучасному етапі запровадження профілактичних заходів і програм здорового способу життя розглядається як один з пріоритетів медичного забезпечення Збройних Сил України. Існує думка, що дотримання лікарем рекомендацій щодо здорового способу життя впливає на проведення ним заходів профілактики у пацієнтів. Цей аспект проблеми має важливе значення для військової медицини, тому важливо дослідити готовність до змін складових моделі поведінки, які є складовими здорового способу життя слухачами Української військово-медичної академії (УВМА).

**Мета:** дослідити готовність слухачів УВМА до змін окремих складових моделі поведінки з використанням транстеоретичної моделі.

**Матеріали та методи дослідження.** Методом випадкової вибірки проведено анкетне опитування 170 слухачів УВМА: 75 слухачів I курсу, 45 слухачів II курсу та 50 слухачів III курсу. Визначення стадії готовності до змін проводили за допомогою

стандартизованого опитувальника, який ґрунтується на транстеоретичній моделі. Опитувальник включає три блоки питань і дозволяє визначити стадію готовності пацієнта до змін таких аспектів поведінки, як тютюнокуріння, нездорове харчування та низький рівень фізичної активності. Для формування бази даних і статистичної обробки результатів використана програма Microsoft Excel 2007. Статистичний аналіз отриманого матеріалу проводили за допомогою пакета прикладних програм методами варіаційної статистики з використанням t-критерія Ст'юдента.

**Результати дослідження.** Результати проведеного дослідження засвідчили, що більшість слухачів I курсу УВМА, що мали звичку тютюнокуріння перебувають на стадії підготовки до дій ( $33,3\pm 9,6\%$ ), більшість слухачів II ( $50\pm 14,4\%$ ) та III курсу ( $33,3\pm 11,1\%$ ) – на стадії обдумування. Проте, серед слухачів є військові лікарі, які перебувають на стадії передроздуму, тобто не збираються позбутись звички тютюнокуріння.

Запровадження здорового харчування як складової здорового способу життя, має важливе значення для збереження здоров'я. Результати проведеного дослідження засвідчили, що більшість слухачів УВМА перебувають на стадії дії щодо зміни харчування:  $48,5\pm 6,1\%$  слухачів I курсу,  $46,3\pm 7,8\%$  слухачів II курсу та  $35,7\pm 7,4\%$  слухачів III курсу. Не визначено статистично достовірної різниці між групами. Проте,  $33,8\pm 5,7\%$  слухачів I курсу,  $24,4\pm 6,7\%$  слухачів II курсу та  $28,6\pm 7,0\%$  слухачів III курсу все ще перебувають на стадії обдумування.

Результати проведеного дослідження засвідчили, що більшість слухачів УВМА намагаються підтримувати достатній рівень фізичної активності.  $54\pm 7,0\%$  слухачів I курсу,  $53,8\pm 7,7\%$  слухачів II курсу та  $53,5\%$  слухачів III курсу перебувають на стадії дії до зміни поведінки щодо фізичної активності.

**Висновки.** Результати дослідження обґрунтовують необхідність підвищення прихильності слухачів УВМА до виконання вимог здорового способу життя, зокрема, щодо здорового харчування та припинення тютюнокуріння.

## **ВИКОРИСТАННЯ СЕЧОГІННИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ НА ЕТАПІ ВТОРИННОЇ ДОПОМОГИ**

**Ю. М. Петришин, Г. З. Мороз**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність:** Артеріальна гіпертензія (АГ) посідає перше місце у структурі поширеності серцево-судинних хвороб і є основною причиною дискваліфікації військовослужбовців за медичними показами. Все це обумовлює необхідність підвищення якості медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на АГ.

В Україні надання медичної допомоги хворим на АГ регламентовано Уніфікованим клінічним протоколом первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна допомога» (УКПМД), затвердженим Наказом МОЗ України №384 від 24.05.2012. УКПМД визначає особливості організації медичної допомоги, обсяг та її результати. В 2014 році було затверджено Уніфікований галузевий клінічний протокол медичної допомоги (першої лікарської, кваліфікованої, спеціалізованої та невідкладної) «Артеріальна гіпертензія», який регламентує надання медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на АГ. Всім хворим на АГ рекомендують заходи немедикаментозної корекції: відмова від тютюнопаління, раціональне харчування, обмеження вживання солі та алкоголю, підтримання оптимальної маси тіла, достатнього рівня фізичного навантаження тощо. Тактика призначення медикаментозної терапії залежить від рівня загального серцево-судинного ризику та рівня систолічного і діастолічного артеріального тиску. Антигіпертензивна терапія спрямована на зниження артеріального тиску до

цільового рівня, зниження ризику серцево-судинних ускладнень та уповільнення прогресування ураження органів-мішеней. Для лікування АГ використовують антигіпертензивні препарати з доведеною ефективністю – препарати I ряду: діуретики, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, блокатори кальцієвих каналів, бета-блокатори, блокатори рецепторів ангіотензину. Порядок переліку лікарських засобів не означає пріоритетності їх застосування. При виборі лікарського засобу чи комбінації препаратів необхідно враховувати попередній досвід застосування у пацієнта препарату даного класу, ураження органів-мішеней, наявність клінічних проявів серцево-судинних захворювань, уражень нирок чи цукрового діабету, можливість взаємодії з препаратами, які використовують для лікування супутньої патології у пацієнта, побічну дію та вартість препаратів.

**Мета:** Провести аналіз лікування АГ у військовослужбовців (за даними історій хвороб пацієнтів кардіологічного відділення НВМКЦ «ГВКГ»), зокрема, призначення сечогінних препаратів.

**Матеріали та методи дослідження.** Методом випадкової вибірки проаналізовано 66 історій хвороб пацієнтів кардіологічного відділення НВМКЦ «ГВКГ» з діагнозом АГ. Для стандартизації підходу була розроблена «Карта оцінки лікування АГ та коморбідної патології у військовослужбовців». Дані з історії хвороб вносились в карту, потім в комп'ютерну базу даних для подальшої статистичної обробки.

**Результати дослідження.** Цільового рівня артеріального тиску досягли  $89,39 \pm 6,1\%$  хворих на АГ, які проходили лікування в кардіологічному відділенні НВМКЦ «ГВКГ». Аналіз історій хвороб показав, що сечогінні були призначені 25,8% пацієнтів в складі комбінованої антигіпертензивної терапії. Серед сечогінних найбільш часто призначали індапамід (9,1%), гіпотіазид (9,1%), спіронолактон (4,5%).

**Висновки.** В Україні надання медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на АГ регламентовано Уніфікованим галузевим клінічним протоколом медичної допомоги (першої лікарської, кваліфікованої, спеціалізованої та невідкладної) «Артеріальна гіпертензія».

Сечогінні, які відносяться до антигіпертензивних препаратів I ряду, призначені 25,8% хворих на АГ випадкової вибірки, пацієнтів кардіологічного відділення НВМКЦ «ГВКГ», що відповідає положенням Уніфікованого галузевого клінічного протоколу медичної допомоги.

## **ВИКОРИСТАННЯ БЕТА–АДРЕНОБЛОКАТОРІВ В ЛІКУВАННІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, НА ЕТАПІ ВТОРИННОЇ ДОПОМОГИ**

**Н. І. Бондар, Г. З. Мороз**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність:** Смертність від серцево-судинних захворювань (інфаркт міокарда, інсульт, раптова смерть) займають друге місце серед причин смерті військовослужбовців, поступаючись тільки смертності від травм і нещасних випадків. Особливе місце займає ішемічна хвороба серця (ІХС), враховуючи її поширеність і роль в розвитку серцево-судинних ускладнень. Все це обумовлює необхідність удосконалення лікування ІХС у військовослужбовців, у відповідності до вимог доказової медицини. В Україні надання медичної допомоги хворим на ІХС регламентовано Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Стабільна ішемічна хвороба серця» (УКПМД), затвердженим Наказом МОЗ України №153 від 02.03.2016. УКПМД визначає особливості організації медичної допомоги, обсяг та її результати. У відповідності до УКПМД всім хворим на ІХС необхідно призначити оптимальну медикаментозну терапію, яка включає призначення, як мінімум, одного препарату, що впливає на симптоми стенокардії, та препаратів для попередження ускладнень захворювання. Для тривалого контролю симптомів і попередження нападів регламентовано призначення

препаратів I ряду – бета-адреноблокаторів або блокаторів кальцієвих каналів. Актуальним для військової медицини є впровадження положень УКПМД в практику.

**Мета:** Провести аналіз лікування ІХС у військовослужбовців (за даними історій хвороб пацієнтів кардіологічного відділення НВМКЦ «ГВКГ»), зокрема, призначення бета-адреноблокаторів.

**Матеріали та методи дослідження.** Методом випадкової вибірки проаналізовано 100 історій хвороб пацієнтів кардіологічного відділення НВМКЦ «ГВКГ» з діагнозом ІХС. Всі хворі були чоловічої статі віком від 45 до 60 років. Для стандартизації підходу була розроблена «Карта визначення факторів ризику серцево-судинних захворювань та лікування військовослужбовців хворих на АГ».

**Результати дослідження.** Бета-адреноблокатори мають доведену антиангінальну ефективність, вони підвищують толерантність до фізичного навантаження та зменшують кількість епізодів ішемії – як симптоматичних, так і безсимптомних. Аналіз історій хвороб показав, що бета-адреноблокатори були призначені 90% пацієнтів. Дозу бета-адреноблокаторів слід скорегувати для обмеження частоти серцевих скорочень до 55–60 ударів в хвилину у спокої. Серед бета-адреноблокаторів найбільш часто призначали бісопролол (70%), небіволол (20%).

**Висновки.** В Україні надання медичної допомоги хворим на ІХС регламентовано Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Стабільна ішемічна хвороба серця», затвердженим Наказом МОЗ України №153 від 02.03.2016.

Бета-адреноблокатори, які відносяться до антиангінальних препаратів I ряду, були призначені 90% військовослужбовців, хворих на ІХС, що відповідає положенням УКПМД.

## **АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ СУДИН НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ**

**Л. М. Федотова, Н. М. Сидорова**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** Для запобігання гострих серцево-судинних подій анти-тромбоцитарна терапія (АТТ) має одне з вирішальних рішень. Доведено, що анти-тромбоцитарні препарати, такі, як ацетилсаліцилова кислота (АСК) і клопідогрель, які використовуються як окремо, так і в комбінації, знижують ризик гострого інфаркту міокарда, ішемічного інсульту та інших гострих серцево-судинних подій на 29–50%. Останнім часом збільшилась доказова база щодо профілактичного антитромботичного ефекту інших препаратів. Втім, частота використання АТТ задля вторинної серцево-судинної профілактики внаслідок різних причин може бути недостатньою серед осіб, які її потребують. Раніше вивчали якість антитромбоцитарної терапії у хворих з різними проявами ІХС, які знаходяться в військових лікувальних закладах, втім не проводили аналогічний аналіз для хворих із атеросклеротичним ураженням периферичних артерій, зокрема нижніх кінцівок, не проводили клінічні паралелі із хворими на ІХС стосовно цього питання, позаяк така інформація надала б додатковий інструмент для покращання лікування хворих із атеросклеротичним ураженням артерій у закладах міністерства оборони (МО) України.

**Мета дослідження:** визначити якість проведення АТТ у хворих із атеросклеротичним ураженням артерій в умовах реальної практики амбулаторних закладів охорони здоров'я МО України та на підставі отриманих даних запропонувати шляхи оптимізації такого лікування задля покращення прогнозу щодо серцево-судинних подій.

**Матеріали та методи.** Дизайном роботи є одномоментне пасивне ретроспективне дослідження, виконане на клінічній базі Української військово-медичної академії в

Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ»).

Заплановано набір методом суцільної вибірки двох груп пацієнтів: I група – хворі на ІХС (I20-I25 за МКХ-10), госпіталізовані до клініки кардіології НВМКЦ «ГВКГ» – 30 осіб; II група – хворі на атеросклероз артерій кінцівок (I70.2 за МКХ-10) та церебральний атеросклероз (I67.2 за МКХ-10), госпіталізовані до клініки кардіології НВМКЦ «ГВКГ».

Відповідно до розробленої схеми заплановано аналіз таких основних показників як: вік, стать, клінічні, лабораторні та інструментальні показники, ускладнення, супутня патологія, функціональний клас стенокардії напруги/СН, особливості АТТ, лікувальні заходи у стаціонарі.

#### **Результати:**

Поставлено наступні завдання роботи:

Провести комплексну оцінку клініко – лабораторних даних та якості призначення АТТ у хворих на хронічні форми ІХС.

Провести комплексну оцінку клініко – лабораторних даних та якості призначення АТТ у хворих з атеросклеротичним ураженням периферійних судин (переважно артерій нижніх кінцівок).

Провести опитування хворих стосовно реальної картини прийому препаратів АТТ.

**Висновки:** на підставі отриманих результатів заплановано визначити та запропонувати шляхи оптимізації АТТ у хворих з атеросклеротичним ураженням артерій, які знаходяться під спостереженням в амбулаторних закладах МО України.

## **АНТИТРОМБОЦИТАРНА ТЕРАПІЯ У КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ ЗАКЛАДІВ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ: РЕЗУЛЬТАТИ ОСЛІДЖЕННЯ**

**Л. М. Федотова, Н. М. Сидорова**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** Серцево-судинні захворювання (ССЗ), а саме ішемічна хвороба серця (ІХС), є провідною причиною смертності у країнах з низьким та середнім рівнем доходу, куди відноситься також і Україна. Важливим моментом є розуміння того, що переважно проблему атеросклерозу розглядають в контексті саме ІХС, як найбільш небезпечної клінічної ситуації, пов'язаної з атеросклерозом, для життя людини. Увага до інших клінічних проявів атеросклеротичного ураження артерій виражена значно менше, наприклад, рекомендації стосовно ведення хворих із атеросклеротичним ураженням периферичних артерій були опубліковані Європейським кардіологічним товариством лише у 2017 році. Відповідно, в Україні не розроблялись аналогічні настанови та протоколи щодо ведення периферичного ураження кінцівок атеросклеротичним процесом. На рівні первинної ланки не відпрацьовані чіткі підходи до ведення таких хворих.

**Мета дослідження** полягала в тому, щоб визначити якість проведення антитромбоцитарної терапії (АТТ) у хворих із атеросклеротичним ураженням артерій в умовах реальної практики амбулаторних закладів Міністерства оборони (МО) України.

**Матеріали та методи.** Було проведено комплексну оцінку клініко-лабораторних даних та проаналізовано ефективність АТТ у хворих з ІХС та хворих з атеросклеротичним ураженням периферичних артерій щодо профілактики ускладнень серцево-судинних захворювань (ССЗ) 70 військовослужбовців (відібраних з 1054 історій хвороб), які перебували на стаціонарному лікуванні та знаходились на амбулаторному спостереженні з приводу ІХС та атеросклеротичного ураження периферичних артерій у клініці кардіології Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ») у період з жовтня 2018 р. по травень 2019 р. У I групу дослідження залучали хворих зі стабільними формами ІХС. До I групи ввійшло 36 чоловіків (90%) та 4 жінки (10%) у віці від 46 до 93 років (середній вік –

68,43±13,54 років). У 2 групу дослідження залучали хворих із атеросклеротичним ураженням артерій кінцівок та церебральних артерій. До 2 групи ввійшло 30 чоловіків у віці від 59 до 86 років (середній вік – 70,47±8,17 років). В обох групах оцінювали показники вуглеводного (глюкоза натще) та ліпідного (загальний холестерин – ЗХС, тригліцериди, холестерин ліпопротеїнів низької щільності – ХС ЛПНЩ, холестерин ліпопротеїнів високої щільності – ХС ЛПВЩ) обмінів, а також визначали рівень систолічного та діастолічного артеріального тиску (САТ та ДАТ). Аналізували АТТ, що була призначена, частоту серцево-судинних подій.

**Результати.** Показники САТ і ДАТ у I групі становили 147,6±16,4 та 91,9±8,3 мм рт. ст. відповідно, у II групі – 144,5±6,99 та 93±4,28 мм рт. ст. відповідно ( $p>0,05$ ). Рівень ЗХС складав в I та II групах в середньому 4,54±1,13 та 5,31±0,61 ммоль/л відповідно, середній рівень ХС ЛПНЩ – 3,04±0,95 та 3,02±0,37 ммоль/л, ЛПВЩ – 1,05±0,28 та 1,31±0,46 ммоль/л, рівень тригліцеридів – 1,39±0,41 та 2,18±0,46 ммоль/л відповідно, різниця для тригліцеридів була достовірною ( $p<0,05$ ). Дисліпідемія була достовірно частішою (на 36,7%,  $p<0,05$ ) в I групі пацієнтів (30% пацієнтів, 12 випадків) ніж у пацієнтів II групи (66,7%, 20 випадків). Середній показник глюкози натще у групах складав 6,22±1,28 та 6,82±1,45 ммоль/л відповідно ( $p>0,05$ ).

Порівнюючи частоти ССЗ в обох групах, можна зазначити, що гіпертонічну хворобу діагностували у переважній більшості пацієнтів обох груп – 97,5% та 93,33% відповідно. Показники захворюваності на цукровий діабет склали у I групі – 12,5%, у II групі – 23,3%. Достовірна різниця відмічена у показнику частоти розвитку ГХ III ступеню, частіше на 27,5% цю стадію артеріальної гіпертензії визначали у I групі ( $p<0,05$ ). Частоти виявлення гіпертонічної хвороби I–II ступеню, 1–3 стадії, серцевої недостатності I–IV функціональних класів за класифікацією Нью-Йоркської асоціації серця достовірно не відрізнялась у обох групах ( $p>0,05$ ).

Фармакологічне лікування у хворих з ІХС було направлено на усунення симптомів та попередження ускладнень ССЗ. За показами, хворі були направлені на реваскуляризацію. Подвійну АТТ призначали хворим зі стабільними формами ІХС після черезшкірного коронарного втручання, або внаслідок втручань з приводу реваскуляризації уражених периферичних артерій. У I групі всі хворі отримували антитромбоцитарне лікування: 40 пацієнтів (100%) приймали ацетилсаліцилову кислоту (АСК) в дозі 75 мг, 26 пацієнтів (65%) – клопідогрель в дозі 75 мг, ці 26 особи отримували подвійну АТТ АСК та клопідогрелем (65%). Один пацієнт отримував тікагрелор у дозі 90 мг 2 рази на добу. У II групі всі хворі отримували антитромбоцитарне лікування: 28 пацієнтів (93,3%) приймали АСК в дозі 75–100 мг на добу, 20 пацієнтів (66,7%) – клопідогрель в дозі 75 мг на добу, 18 осіб отримували подвійну АТТ АСК та клопідогрелем (60%). Три пацієнта з групи отримували рівароксабан.

Хворі на ІХС та атеросклероз артерій кінцівок окрім антитромбоцитарних препаратів, отримували стандартну терапію: статини (аторвастатин), блокатори бета-адренорецепторів (бісопролол 10 мг/добу), інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту (еналаприл 10 мг/добу). Такі препарати, що не мають доказової бази як тівертін, актовегін достовірно частіше приймали пацієнти II групи.

На амбулаторному етапі хворі II групи часто закінчували приймати АТТ (13,33% випадків). При цьому спостерігали певні ускладнення (нестабільна стенокардія – 16,67%; інсульт – 6,67%); в I групі АТТ не припиняли, ускладнень було менше (тільки нестабільна стенокардія – 12,5%).

**Висновки.** Слід звернути увагу лікарів загальної практики-сімейної медицини на групу пацієнтів із периферичним атеросклеротичним ураженням артерій, оскільки ця група пацієнтів більш схильна до припинення АТТ після виписки зі стаціонару, таким пацієнтам частіше призначають лікування, що виходить за межі існуючих керівництв (актовегін, тівертін). Крім того, необхідно систематично проводити заняття із лікарями, які надають амбулаторну допомогу, стосовно рекомендованих комбінацій препаратів АТТ, оскільки за нашими даними, пацієнти на амбулаторному етапі отримують таку комбіновану терапію не завжди оптимально.

## КОРЕКЦІЯ ІМУННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ І СТУПЕНЮ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРЕПАРАТА ПРОПЕС В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ТРИХОМОНАДНОЮ ІНВІЗИЄЮ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

**П. В. Федорич, А. М. Сушко**

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Інфекційні ураження сечостатевої системи часто набувають хронічно-рецидивуючого перебігу або резистентності до лікування, що проводиться, на тлі імунодефіциту.

**Мета.** Вивчення ефективності комплексного лікування хворих з хронічними трихомонадними інвазіями, викликаними трихомонадами різних видів, на тлі імуноної недостатності І ступеню з використанням імунокорегуючого препарату з групи дефенсинів.

**Матеріали і методи.** Проведено визначення динаміки показників імунограм та виявлення трихомонад різних видів (за допомогою полімеразної ланцюгової реакції) при проведенні комплексного лікування у 32 пацієнтів, хворих на хронічні інвазії сечостатевої системи, у яких було виявлено імунону недостатність І ступеню.

**Результати.** Застосування імунокорегуючого препарату з групи дефенсинів призвело до нормалізації середньостатистичних показників імунограм у досліджуваних пацієнтів. Комплексне лікування хворих на хронічні інвазії сечостатевої системи із застосуванням нових підходів до корекції імуноної недостатності виявилось ефективним у 96,9% пацієнтів. Його переносимість була доброю або задовільною.

**Висновки.** Використання запропонованого методу дало змогу проводити ефективне лікування хронічного трихомонозу сечостатевої системи, в результаті якого клінічне та бактеріологічне одужання наступило в 96,9% випадків. Пропес є високо-ефективним імунокорегуючим препаратом, який нормалізує показники імунограм у відповідних пацієнтів, а його застосування є доцільним в комплексному лікуванні хронічних інвазій, викликаних різними видами трихомонад, на тлі імуноної недостатності І ступеню.

## ЛІКУВАННЯ ПРОТОЗОЙНИХ ІНВАЗІЙ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ, ВИКЛИКАНИХ *PENTATRICHOMONAS HOMINIS*, *TRICHOMONAS TENAX* ТА *GIARDIA LAMBLIA*

**П. В. Федорич, К. В. Боракова**

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Сьогодні є актуальними наукові завдання щодо вивчення розповсюдженості протозойних інвазій серед хворих на ІПСШ, а саме найпростіших, перебування яких в сечостатевої системі хворих на ІПСШ донедавна вважалось малоймовірним (*Giardia lamblia*) або неможливим (*Trichomonas tenax* та *Pentatrichomonas hominis*), а також розробка дієвих способів їх діагностики та елімінації із організму хворих пацієнтів

**Мета дослідження.** Вивчення ефективності оригінального методу лікування хворих на протозойні інвазії.

**Матеріали і методи дослідження.** За допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) проведено дослідження 77 хворих із запаленнями сечостатевої системи.

**Результати.** Протозойні інвазії сечостатевої системи встановлено у 30 (33,9%) досліджуваних пацієнтів, а саме: *Trichomonas tenax* – у 8 (10,4%), *Pentatrichomonas hominis* – у 20 (26%), *Giardia lamblia* – у 5 (6,5%). Використання запропонованого оригінального методу терапії дозволило провести ефективне лікування відповідних хворих. Одужання наступило в 96,7% випадків.

**Висновки.** На сучасному етапі протозойні інвазії є поширеними у хворих на інфекції сечостатевої системи. Запропонований метод їх лікування є ефективним та має задовільну переносимість.

## КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА СЕЧОСТАТЕВИЙ ТРИХОМОНОЗ

**П. В. Федорич, Гусейнзаде Кізі Нубар**

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Актуальність теми зумовлена значним поширенням на сучасному етапі інфекційних захворювань сечостатевих шляхів, що спричиняють представники роду найпростіших TRICHOMONAS.

**Мета.** Оцінити поширеність та особливості сучасної трихомонадної інвазії (*Trichomonas vaginalis*, *Pentatrichomonas hominis*, *Trichomonas tenax*), з урахуванням асоційованих бактеріальних інфекцій, що зумовлюють патологію уrogenітального тракту та ультраструктурних особливостей морфотипів *Trichomonas vaginalis* у хворих на хронічні інфекційні захворювання сечостатевих органів.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводили у 377 пацієнтів з хронічними інфекційними захворюваннями сечостатевих органів. Використовувались рутинні бактеріоскопічний та бактеріологічний методи. За допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі з використанням авторських експериментальних оригінальних праймерів виявляли *Trichomonas tenax* та *Pentatrichomonas hominis*. Ультраструктуру трихомонад вивчали за допомогою електронного мікроскопа ПЕМ-125К, забезпеченого системою САІ-01А (SELMІ), з використанням ССD камери DX 2 і пакету програм KARPA.

**Результати.** За допомогою методів оптичної мікроскопії та засівів на поживне середовище *Trichomonas vaginalis* виявлено у (48,3±3,5%). Методом полімеразної ланцюгової реакції *Trichomonas tenax* виявлено в (18,2 ± 2,9%) та *Pentatrichomonas hominis* – (67,1±3,5%). Розвиток патологічного процесу в сечостатевої системі досліджуваних пацієнтів (до 90%), був обумовлений мікробними асоціаціями, а саме з *Ureaplasma urealyticum* (26,1%), *Chlamydia trachomatis* (16,7%), *Mycoplasma hominis* та *Mycoplasma genitalium* (13,9%) та різних видів умовно-патогенної мікрофлори (до 60%), що спричиняють дисбіоз сечостатевої системи. Показано, що овальний морфотип *Trichomonas vaginalis* можна віднести до вірулентних форм, він виявлявся частіше (68%), ніж грушовидний.

**Висновки.** Встановлено можливість перебування в сечостатевої системі людини, зокрема в патологічних мікробних асоціаціях, трихомонад трьох видів: *Trichomonas vaginalis*, *Trichomonas tenax*, *Pentatrichomonas hominis*, в якості важливих чинників виникнення та/або розвитку патологічного процесу. Овальний морфотип *Trichomonas vaginalis* доцільно відносити до вірулентних форм цього збудника.

## ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА БАЗАЛЬНОКЛІТИННИЙ РАК ШКІРИ У 2016–2019 РОКАХ

**П. В. Федорич, В. В. Піхотинська, С. П. Остапенко**

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Базальноклітинний рак шкіри (базаліома) – одна з найпоширеніших злоякісних пухлин шкіри, яка найчастіше зустрічається у осіб старше 50 років. Найбільш типовою локалізацією базаліом є лице і шия. Без лікування базаліоми можуть приводити до спотворення уражених ділянок. Тому проблема базальноклітинного раку шкіри відноситься не тільки до медичних, а й до психологічних і соціальних. До факторів, що сприяють розвитку базаліоми, відносяться: підвищена інсоляція; дія іонізуючої радіації; дія різних токсичних речовин; світла шкіра; прийом антидепресантів; похилий вік; часті травми певної ділянки шкіри. Частина вказаних факторів асоціюється з певними умовами і



особливостями несення військової служби. Базальноклітинний рак шкіри – захворювання, ріст показників якого фіксується в усьому світі.

**Мета дослідження.** Дослідити і проаналізувати динаміку захворюваності на базальноклітинний рак шкіри серед військовослужбовців ЗСУ та військових пенсіонерів з метою покращення планування клініко-діагностичних і лікувальних заходів у відповідних закладах Міністерства Оборони.

**Матеріали та методи.** Проведено облік звертань військовослужбовців ЗСУ та військових пенсіонерів до дерматовенерологічного кабінету Клініки Амбулаторної Допомоги НВМКЦ «ГВКГ» у 2016–2019рр. Визначено та проаналізовано кількість випадків гістологічно підтвердженого базальноклітинного раку шкіри в зазначений період.

**Результати.** В 2016 році в дерматологічне відділення ГВКГ звернулось 13210 осіб. Базаліоми було виявлено у 177 з них (1,34%). В 2017 році – у 227 з 11892 (1,91%). За 9 місяців 2018 року – у 190 з 9558 осіб (1,99%). У 2019 році 326 з 11554 осіб (2,8%).

**Висновки.** Проведене дослідження вказує на неухильне зростання захворюваності на базальноклітинний рак шкіри серед військовослужбовців ЗСУ та військових пенсіонерів.

## ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ СПІРАМІЦИНУ ЯК ПРЕПАРАТУ ВИБОРУ ДЛЯ ЕРАДИКАЦІЇ МІКРОФЛОРИ, АСОЦІЙОВАНОЇ З БАКТЕРІАЛЬНИМ ВАГІНОЗОМ

П. В. Федорич, К. О. Стольнікович, В. М. Кісілевський

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Захворювання сечостатевої системи, що обумовлені патогенними та умовно-патогенними мікроорганізмами, які призводять до дисбіозу сечостатевої системи, насамперед, бактеріального вагінозу, продовжують залишатися нагальною проблемою сучасних дерматовенерології. Значною мірою це пов'язано з певними труднощами діагностики, їх резистентністю до лікування, що проводиться, надзвичайно високою поширеністю та можливим розвитком важких ускладнень, особливо тих, що впливають на репродуктивну функцію людини.

**Мета роботи.** Обґрунтування використання антибактеріального препарату Спірамідин при лікуванні бактеріального вагінозу з урахуванням чутливості до нього окремих складових цього поліетіологічного захворювання.

**Матеріали і методи.** За допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі на ампліфікаторі ДТ-96 з використанням набору реагентів Фемофлор-16 обстежено 71 пацієнта з хронічним запаленням сечостатевої системи, у яких знайдені мікроорганізми, що асоційовані з бактеріальним вагінозом. Проаналізовано чутливість до Спірамідину виявленої мікрофлори.

**Результати та їх обговорення.** Показана наявність чутливості до Спірамідину переважної більшості мікроорганізмів та/або груп мікроорганізмів (чутливість до частини складових групи), асоційованих з БВ, які можна виявляти за допомогою набору реагентів Фемофлор-16.

**Висновки.** Спірамідин доцільно використовувати в якості препарату вибору для комплексного лікування бактеріального вагінозу жінок, а також анаеробних та мікроаерофільних дисбіозів сечостатевої системи чоловіків. Головними додатковими перевагами Спірамідину є можливість призначення препарату під час вагітності, а також можливість одночасної ерадикації як певних збудників бактеріального вагінозу, так і *Chlamydia trachomatis* та *Ureaplasma urealyticum* – найчастіших збудників запалень сечостатевої системи на сучасному етапі.

## СУЧАСНИЙ СТАН ПЕРВИННОЇ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

В. А. Долгова, Н. В. Галан

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** Захворювання нервової системи лягають важким тягарем на суспільство. На сьогодні в Україні спостерігається поступове зростання кількості неврологічних хворих та поширеності нервових хвороб, розповсюдженість яких в останні роки, на жаль, значно зросла. У 2015 р. в Україні зареєстровано 4 723 861 особа із різними формами неврологічних захворювань, тобто 10% населення країни. За останні 10 років кількість хворих із цією патологією у нашій країні збільшилася майже вдвічі. Така тенденція до збільшення відзначається і в інших країнах світу. За даними епідеміологічних досліджень, загальна кількість хворих, які страждають на захворювання НС, включаючи тривожні розлади, алкогольну та медикаментозну залежність, у країнах Європи у 2015 р. становила 127,2 млн осіб. Це означає, що майже 25,8% мешканців усіх європейських країн мають неврологічну патологію. Збройні Сили України є невід’ємною частиною української спільноти, тому відсотковий зріз неврологічної нозології є характерною особливістю серед армійців.

**Мета дослідження** – вивчити сучасний стан первинної неврологічної захворюваності військовослужбовців ЗСУ, опрацювати рекомендації з поліпшення лікувально-профілактичних заходів на догоспітальному етапі.

**Предмет дослідження** – первинні звернення за медичною допомогою, кількість госпіталізацій, випадків і днів втрати працездатності з приводу неврологічної захворюваності, первинна захворюваність, захворюваність з тимчасовою втратою працездатності (ЗТВП), звільнення з лав ЗСУ військовослужбовців із неврологічними захворюваннями, летальність внаслідок цих захворювань.

**Методи дослідження:** Для досягнення поставленої мети і виконання завдань дослідження використані статистичні (непараметричні) методи, бібліосемантичний метод і метод системного підходу.

### **Результати дослідження :**

За статистичними даними показники первинних звернень з приводу неврологічних захворювань у 2016, 2017 та 2018 роках складали серед офіцерів ЗСУ – 4,99%, 5,8%, 3,82%. З них з приводу хвороб ЦНС звертались, відповідно, 14,2%, 13,67%, 20,93%. Первинні звернення з приводу хвороб ПНС обумовлювали, відповідно, 82,54%, 77,75%, 65,63%. Серед РССС ЗСУ показники первинних звернень з приводу неврологічних захворювань у 2016, 2017 та 2018 роках – 4,14%, 4,88%, 5,46% відповідно. З них з приводу хвороб ЦНС звертались, відповідно, 11,51%, 12,83%, 20,6%. Первинні звернення з приводу хвороб ПНС обумовлювали, відповідно, 74,16%, 74,45%, 71,25%

**Висновок.** Первинна неврологічна захворюваність серед офіцерів та РССС ЗСУ наносить чимало збитків, як особисто військовослужбовцям, які тяжко хворіють, стають інвалідами та втрачають працездатність; так і впливає на хід подій в активній фазі війни, у якій ми опинилися починаючи з 2014 року. Дослідження показало, що ріст первинної неврологічної захворюваності серед офіцерів та військовослужбовців за контрактом в ЗСУ не тільки не знижується, а навіть зростає за класом хвороб ЦНС за останні 3 роки. Їх відсоток значний по відношенню до всіх класів захворюваності офіцерів та військовослужбовців ЗСУ і становить в середньому 3,8%–5,8%, тож ця проблема варта того, щоб активно приділити їй увагу на всіх рівнях.

## СУЧАСНИЙ СТАН ГОСПІТАЛЬНОЇ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

**О. В. Похилько, Н. В. Галан**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** Важливою складовою системи національної безпеки є охорона та зміцнення здоров'я населення країни, зокрема і військовослужбовців Збройних Сил України. Умови військової діяльності мають, крім загальних для діяльності більшості людей, ряд специфічних (професійних) особливостей, пов'язаних з впливом різноманітних факторів. У першу чергу до них відносяться значні фізичні та психічні навантаження, підвищена відповідальність та екстремальність діяльності. Все це може породжувати у військовослужбовця комплекс психофізіологічних змін, що приводять до соматичних захворювань, зокрема хвороб нервової системи.

**Мета дослідження.** Оцінити сучасний стан госпітальної неврологічної захворюваності військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилось на базі кафедри військової загальної практики – сімейної медицини УВМА м. Київ. Медичні звіти про роботу лікувальних закладів ЗСУ (форма З/МЕД) про госпіталізації за 2016–2018 роки, які різносторонньо характеризують стан здоров'я особового складу ЗСУ і підлягають динамічному спостереженню та аналізу – кількість госпіталізацій з приводу неврологічних захворювань, структури вибувших з визначеним наслідком, рекомендованих відпусток та продовження лікування в інших ЛПЗ, доля ліжко-днів випавших на госпіталізованих з приводу неврологічної захворюваності.

**Результати досліджень:** На сьогодні ще досі залишається незмінним, що до найпоширеніших хвороб в Україні належать неврологічні захворювання. Згідно з даними медичної статистики ЗС України у 2016, 2017, 2018 роках зареєстровано 3334, 3284, 3524 госпіталізацій з приводу неврологічних хвороб, до кожного приведеного року відповідно. Що становить 4,3%, 5%, 5,3% від всіх випадків госпіталізацій інших класів хвороб відповідно у 2016, 2017 та 2018 роках. Зі структури можна виділити хвороби ЦНС, ПНС та інші хвороби нервової системи. У 2016 році показники розділились так 14,8% хвороби ЦНС, 56,1% хвороби ПНС, 29,1% інші хвороби нервової системи від усіх випадків госпіталізацій на хвороби нервової системи. Так само розглянемо 2017 та 2018 роки. У 2017 12,7% хвороби ЦНС, 65,3% хвороби ПНС, 22% інші хвороби НС. У 2018 році 14,3% хвороби ЦНС, 65,8% хвороби ПНС, 19,9% інші хвороби НС.

В результаті проведених лікувально-діагностичних заходів всіх госпіталізованих, маємо показник вибуття з госпітальної ланки з визначеним наслідком, так у 2016 році 89,1% госпіталізованих з приводу неврологічних захворювань вибули без зміни категорії придатності, 7,3% непридатні до військової служби, 3,5% обмежено придатні, 0,03% померло. У 2017 цей показник має такі данні 92,8% без зміни категорії, 4,2% непридатні, 3,0% обмежено придатні, 0,1% померло. Та у 2018 – 92,2% без зміни категорії придатності, 4,7% непридатні, 3,0% обмежено придатні до військової служби, без випадків летальності.

Показник госпітальної неврологічної летальності у 2016, 2017, 2018 роках був розподілений таким чином 1,1%, 2%, 0% відповідно до наведених років, у відношенні до всіх випадків летальності. Розглянувши структуру неврологічної летальності бачимо, що всі випадки у 2016 займають хвороби ЦНС, у 2017 порівну розділили хвороби інших груп даного класу та хвороби ЦНС, жодного випадку на хвороби ПНС.

В результаті лікування мають місце рекомендації, щодо надання хворим відпусток та переведення їх для лікування до вищих за рівнем надання медичної допомоги лікувально-профілактичних закладів, тож у 2016 відпусток потребувало 4,1%, з них на хвороби ЦНС припало 27,7%, хвороби ПНС 67,2%, інші хвороби нервової системи 5,1%.

Переведень у 2016 році потребували 11,5%, з них хвороби ЦНС 14,6%, хвороби ПНС 63,2%, інші хвороби ПНС 22,2%. У 2017 році маємо 4% відпусток внаслідок неврологічних хвороб, з них 17,3% хвороби ЦНС, 71,4% хвороби ПНС, 11,3% інші групи класу. Переведень у 2017 році потребували 5,7%, з них хвороби ЦНС 23,9%, хвороби ПНС 51,6 та інші хвороби класу 24,5%. Та у 2018 році у відпустки було направлено 2,6% хворих, з них з патологією ЦНС 36,3%, ПНС 58,2%, інші хвороби класу 5,5%. Переведень зазнали 3,3% госпіталізованих, з них 35,7% патології ЦНС, 41,7 хвороби ПНС, інші групи класу 22,6%.

Показник долі ліжко-днів відведених на хвороби даного досліджуваного класу у 2016 році складав 3,5% від загальної кількості ліжко-днів за усіма класами, з них на хвороби ЦНС 16%, хвороби ПНС 57,7%, інші хвороби класу 26,3%. У 2017 році показник складав 4,6%, з них 13,9% патології ЦНС, 64,8% ПНС, 21,3% інші хвороби групи. У 2018 році даний показник не зазнав змін у відсотковому відношенні, та складав 4,6% від загальної кількості ліжко-днів, його структура в цьому році має вигляд, на хвороби ЦНС припало 16,7%, хвороби ПНС 62,6%, інші хвороби класу 20,7%.

**Висновки.** Виходячи з завдань в результаті дослідження можна зробити висновки:

1) Доля госпіталізацій на хвороби нервової системи в досліджуваній період 2016–2018 роки зросла на 1%, найбільша частка хворих на патології нервової системи припадає на ПНС, середній показник яких складає 62,4% з піком 65,8% у 2018.

2) Показник вибуття з госпітальної ланки з визначеним наслідком: найбільшу долю займають вибувши без зміни категорії придатності, середній показник яких складає 91,4%, з піком у 2017 році, середній показник непридатних в трирічний період складає 5,4%, з піком у 2016, середній показник обмежено придатних складає 3,2%, з піком 3,5% у 2016 році.

3) Середній показник летальності у трирічний період складає 1,03%, з піком 2% у 2017 році, та відсутність летальних випадків у 2018.

4) Показник надання відпусток у період 2016–2018 років мав тенденцію до зниження на 1,5%, показник переведень мав тенденцію до стрімкішого зниження від 11,5% до 3,3%.

5) Середній показник долі ліжко-днів в трирічний досліджуваній період складає 4,2%, підвищившись у 2017 1,1% та змінюючи позиції у 2018 році.

## **СУЧАСНИЙ СТАН ПЕРВИННОЇ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ**

**О. О. Костюк, Н. В. Галан**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** До найбільш поширених із сучасних захворювань належать неврологічні, що є однією з основних причин інвалідизації та смертності населення. За останні десять років відмічається значне зростання неврологічної патології: захворюваність на нервові хвороби, а також поширеність їх збільшились майже вдвічі. Така тенденція до збільшення відзначається також і в інших країнах світу. Гостро стоїть і питання серед категорії військовослужбовців, де вимоги до стану неврологічного здоров'я та його контроль є актуальними.

**Мета роботи:** оцінити сучасний стан первинної неврологічної захворюваності різних категорій військовослужбовців Державної Прикордонної Служби України.

**Предмет дослідження** – звіти ДПСУ (форма 2/мед) про захворюваність, працевтрати і смертність за 2015–2017 роки за основними категоріями військово-службовців (офіцери та військовослужбовці за контрактом), які різносторонньо характеризують стан здоров'я особового складу ДПСУ і підлягають динамічному спостереженню та аналізу.

**Методи дослідження:** для дослідження використані статистичні (непараметричні) методи, бібліосемантичний і метод системного підходу.

**Результати дослідження:**

За статистичними даними, у 2015 році кількість первинних звернень з приводу неврологічних хвороб в загальній структурі первинних звернень серед офіцерів ДПСУ складала 3,17%, серед РССС – 3,7%. У 2016 році показники склали відповідно – 2,83% і 3,05%, у 2017 – 2,26% та 2,45% відповідно.

У 2017 році серед офіцерів ДПСУ було зареєстровано 2,26% від загальних первинних звернень з приводу неврологічних хвороб, коли серед РССС їх було зафіксовано 2,45% з усіх первинних звернень з приводу інфекційних захворювань, що переважає первинні звернення з приводу неврологічних хвороб серед офіцерів ДПСУ на 0,19%. Проводився аналіз про кількість працевтрат за кількістю випадків і кількістю днів, направлення на стаціонар, звільнення з військової служби і летальність

**Висновки.** Серед офіцерів та РССС ДПСУ відмічається чітка динаміка до зниження показника первинних звернень з приводу неврологічних захворювань. Серед РССС ДПСУ з 2015 по 2016 рік відмічене зниження рівня, з наступним зниженням у 2017 році. Загалом з 2015 по 2017 рік відмічене зниження показника. Серед офіцерів ДПСУ динаміка даного рівня впродовж досліджуваних років є стійкою. З 2015 по 2016 рік відмічене достовірне зниження з 2016 по 2017 рік – достовірне показника захворюваності.

У 2015 році достовірна різниця у кількості звернень з приводу неврологічних хвороб відмічена між категоріями офіцерів і РССС ДПСУ, серед РССС складу показник більший. У 2016 році різниця між показниками первинних звернень між офіцерами та РССС, частка первинних звернень серед РССС вища, ніж серед офіцерів. У 2017 році серед РССС було зафіксовано збільшення захворюваності з приводу неврологічних хвороб, в порівнянні з офіцерами ДПСУ. У 2015–2017 роках звільнень з військової служби з приводу неврологічних захворювань було зафіксовано достовірно більше у категорії РССС ДПСУ, ніж серед офіцерів ДПСУ. З 2015 по 2017 рік серед офіцерів ДПСУ відмічене достовірне зниження показника звільнень з військової служби внаслідок первинної захворюваності. У категорії РССС ДПСУ у період з 2015 по 2017 рік кількість випадків звільнення військовослужбовців з військової служби внаслідок захворюваності на неврологічні захворювання зменшилась.

## **ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИЧНОЇ ТАКТИКИ У ПОРАНЕНИХ З УШКОДЖЕННЯМИ СЕЧОВОГО МІХУРА**

**Ю. С. Линник-Верхотурцева, П. П. Форостяний**

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я у потерпілих віком до 40 років травматизм займає перше місце серед причин смерті. Щорічні втрати в 2,7 рази більші, ніж від захворювань серцево-судинної системи і новоутворень.

За досвідом воєн і локальних конфліктів останніх десятиліть, кількість поранень ділянки тазу становить у середньому 5% усіх поранень, в той час як під час проведення Операції об'єднаних сил на сході України – 2,7%.

Пошкодження сечового міхура, зазвичай, є результатом тупої або проникаючої травми. В США та Європі розриви сечового міхура внаслідок тупої травми складають 67–86%, а внаслідок проникаючої – 14–33%

**Мета:** Покращення якості діагностики пошкоджень сечового міхура у постраждалих на етапах медичної евакуації.

**Матеріали та методи:** В основу роботи покладено результати ретроспективного аналізу клінічних даних лікувальних закладів МОЗ та поранених з бойовою травмою сечового міхура в умовах ООС (АТО), які проходили лікування у лікувальних закладах МОУ за 2014–2019рр.

**Результати дослідження:** Відповідно до мети та задач дослідження було сформовано дві групи постраждалих з травмою сечового міхура: основна група – 19 пацієнтів, що отримали пошкодження сечового міхура в умовах бойових дій в період 2014–2019рр. (40,43%) та група порівняння – 28 пацієнтів, що отримали пошкодження сечового міхура в умовах мирного часу в період 2014–2018 рр. (59,57%). В основній групі використовувалася система лікувально-евакуаційного забезпечення із застосуванням діагностики та етапного лікування на рівнях медичної допомоги. В групі порівняння медична допомога надавалася згідно клінічних протоколів МОЗ України. Складність клінічної картини при поєднаних пораненнях сечового міхура уретри завжди викликала труднощі ранньої діагностики і не дозволяла чітко визначити характер і локалізацію ушкоджень. Остаточний висновок про ступінь ушкодження можна було зробити тільки на підставі додаткових досліджень або інтраопераційно.

Діагностичні заходи відповідали можливостям етапу медичної евакуації. На II рівні виконувались проба Зельдовича, ультразвукове дослідження за методикою FAST-протоколу, рентгенографія тазу, висхідна уретероцистографія. Виконання FAST-протоколу дозволяло скоротити тривалість діагностики та покращити її ефективність. В деяких випадках діагностичні заходи доповнювались оглядовою та внутрішньовенною екскреторною урографією, лапароцентезом, діагностичною лапароскопією, інтраопераційною ревізією. На III, IV рівнях діагностичні можливості розширювались в умовах урологічного стаціонару, доповнювались виконанням комп'ютерної, магнітно-резонансної томографії, в тому числі для діагностики ускладнень.

**Висновки:** В діагностиці застосовувався необхідний і достатній обсяг досліджень в залежності від тяжкості стану пораненого. При відсутності шоку виконували повний обсяг діагностичних заходів, пораненим в шоківому стані – скорочений обсяг діагностики з одночасною протишоковою інтенсивною терапією, при вкрай тяжкому стані – заходи згідно принципів DCS, що дозволяло інтенсифікувати діагностичний процес.

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ГЕРХ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ МОЛОДОГО ВІКУ**

**І. В. Рудик**

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є однією з актуальних проблем гастроентерології, що пов'язано з її широкою розповсюдженістю, різноманітністю клінічних проявів, можливістю розвитку серйозних ускладнень, необхідністю тривалого медикаментозного лікування.

**Мета дослідження:** вивчити особливості та варіанти клінічного перебігу ГЕРХ у військовослужбовців в молодому віці та розробити рекомендації щодо діагностики та лікування.

**Матеріали дослідження.** Проведено комплексне, динамічне, клінічне та лабораторно-інструментальне обстеження 210 військовослужбовців Збройних Сил України. Методом випадкової вибірки було сформовано 2 групи: основну групу склали 140 військовослужбовців хворих на ГЕРХ. Групу порівняння склали 70 осіб, що проходили поглиблене медичне обстеження і ніколи в анамнезі не страждали захворюваннями стравоходу. Обидві групи були порівнянні за статтю, віком, наявністю шкідливих звичок і супутньої патології.

**Результати дослідження.** За даними ФЕГДС встановлено, що в групі хворих з ГЕРХ у (26,5%) хворих було виявлено ерозивна ГЕРХ, тобто у 37 осіб, у 73,5% хворих ерозивні зміни в стравоході були відсутні, що складає 103 особи.

При визначенні розподілу ступенів рефлюкс-езофагіту за Лос-Анжеліською класифікацією у військовослужбовців з ерозивними формами ГЕРХ встановлено, що

більшість хворих 30% пацієнтів з ерозивними змінами в стравоході мали рефлюкс-езофагіт ступеня А, ще 19,28% мали рефлюкс-езофагіт ступеня В, і меншість 2,14% мали інші ступені езофагіту (С, D).

При вивченні клінічної картини ГЕРХ у осіб молодого віку, були виявлені такі особливості: переважали скарги на печію, болі ниючого характеру в епігастрії, відрижку повітрям і кислим, нудоту, відсутність кореляції між спектром і виразністю клінічної симптоматики (перш за все, печії) та тяжкістю ураження слизової оболонки стравоходу: симптоми хвороби не дозволяють диференціювати пацієнтів з НЕРХ від хворих з ерозивним езофагітом.

При вивченні основних характеристик печії, таких як її інтенсивність, час виникнення, тривалість епізоду печії і тривалість, достовірних відмінностей у хворих на різні форми ГЕРХ отримано не було.

**Висновки:** При порівнянні клінічної картини у пацієнтів з різними формами ГЕРХ виявили, що частота таких симптомів, як болі в епігастрії, інтенсивність болю, відрижка кислим або гірким, нудота достовірно частіше спостерігаються при НЕРХ. Це збігається з даними вітчизняних та зарубіжних фахівців, про більш виражену клінічну симптоматику при НЕРХ. Велика частота больового синдрому у хворих з НЕРХ, в порівнянні з хворими з езофагітом, може бути пов'язана з гіперчутливістю стравоходу до кислоти.

Дослідження стану вегетативної нервової системи у хворих ГЕРХ і пацієнтів, які не страждають рефлюксною хворобою, показало, що в основній групі переважали зміни по симпатичному типу; в групі порівняння пацієнти в 47,4% не мали дисфункції ВНС; приблизно в рівному співвідношенні (39,3% і 35,4%) пацієнти обох груп показали зміни вегетативного тону по парасимпатическому типу.

## **ЗАХВОРЮВАННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ У УЧАСНИКІВ АТО/ООС, ЩО РОЗВИНУЛИСЯ НА ФОНІ БОЙОВОЇ ТРАВМИ**

**О. В. Селюк**

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Охорона та зміцнення здоров'я військовослужбовців розглядається як важлива складова системи національної безпеки. В теперішній час затверджена Воєнно-медична доктрина України, метою якої є збереження життя і здоров'я та надання медичної допомоги військовослужбовцям під час дії особливого періоду, надзвичайного стану, інших кризових ситуацій. Враховуючи особливий період, важливо приділяти максимальну увагу до коморбідності у пацієнтів з пораненнями.

Поранення сьогодення, протікають із морфологічними та функціональними змінами внутрішніх органів. Структура вторинної патології, що формується на тлі різних поранень має свою особливість. При вогнепальних та осколкових пораненнях найчастіше відмічається патологія кардіоваскулярної системи. Другою за частотою є захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ). При мінно-вибухові – домінують захворювання кардіоваскулярної системи та сенсоневральна туговухість. Так, за даними різних джерел ймовірність виникнення патології з боку серцево-судинної системи при вогнепальних пораненнях може досягати від 25% до 65,4%. Патологія ШКТ зустрічається у 12–34%.

**Мета роботи:** Вивчити частоту виникнення вторинної патології внутрішніх органів, на фоні різної бойової травми у військовослужбовців – учасників АТО/ООС.

**Матеріали і методи:** Проаналізовані історії хвороби поранених в зоні АТО/ООС, що перебували на стаціонарному лікуванні в НВМКЦ «ГВКГ» та в/ч А2923 за період 2015–2017рр. Були відібрані історії пацієнтів, які отримали поранення різного характеру. Критеріями включення в дослідження були: поранені, які приймали участь в АТО/ООС та не мали захворювань внутрішніх органів до поранення. Було проаналізовано 200 історій хвороб.

Середній вік обстежених складав  $31 \pm 1,6$  рік. Структура поранень була така – кульові поранення складала 21,3%; мінно-вибухові поранення – 36,2%; осколкові поранення – 42,5%.

**Результати:** Було виявлено 101 пацієнт, у яких розвинулось захворювання внутрішніх органів на тлі поранень.

Так, при вогнепальних пораненнях домінувала кардіоваскулярна патологія (КВП). Її частка складала 58% від усієї патології внутрішніх органів. В структурі серцево-судинної патології нейроциркуляторна дистонія (НЦД) зустрічалась в 46,8% випадках, 21,6% складав забій серця, посттравматичний перикардит був виявлений у 8,5%, міокардіодистрофія верифікована у 20,3% і у 2,8% розвинувся гострий інфаркт міокарда. 36% становила патологія шлунково-кишкового тракту (ШКТ). 6% – інші захворювання. Серед патологій ШКТ перше місце належало кислото залежним захворюванням (78%). 12% становили гострі панкреатити, у 10% пацієнтів було виявлено патологію жовчовивідних шляхів та печінки.

При мінно-вибуховому пораненні найчастіше зустрічалися нейроциркуляторна дистонія – 38%. На другому місці за частотою розвитку була нейросенсорна приглухуватість (11%).

**Висновки.** У результаті проведеного аналізу встановлено, що у військово-службовців, які брали участь в АТО/ООС, на тлі отриманих поранень найчастіше формується кардіоваскулярна патологія. Другою за частотою виникнення є патологія ШКТ. При мінно-вибуховому пораненні найчастіше формується НЦД і нейросенсорну приглухуватість.

Велика частота розвитку вторинних захворювань внутрішніх органів у даній категорії хворих обумовлює необхідність більш ретельного всебічного обстеження на ранніх етапах для запобігання розвитку ускладнень.

## ОСОБЛИВОСТІ ГОСПІТАЛЬНОЇ ДЕРМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

А. Г. Бельма

*Українська військово-медична академія*

**Мета:** Оцінити сучасний стан госпітальної дерматологічної захворюваності військовослужбовців ЗС України.

**Матеріали та методи дослідження.** В ході роботи було проаналізовано звіти ЗСУ (форма 3/мед) про захворюваність, працевтрати і смертність за 2016–2018 роки за основними категоріями військовослужбовців (офіцери та рядовий, сержантський і старшинський склад військової служби), які різносторонньо характеризують стан здоров'я особового складу ЗСУ і підлягають динамічному спостереженню та аналізу. Спектр досліджень включав шкірні хвороби (клас XII за МКХ-10), які аналізувались в цілому.

**Результати досліджень та їх обговорення.** За досліджуваний період найвищі показники госпіталізації з приводу дерматологічної захворюваності (XII клас хвороб) серед військовослужбовців ЗСУ були у ВМГ (10,2% – 2016 рік; 11,49% – 2017 рік; 7,05% – 2018 рік), що перевищує відповідні показники у ВГ за всі досліджувані роки (4,23% – 2016 рік; 4,96% – 2017 рік; 4,43% – 2018 рік). Відзначено, що протягом досліджуваних років серед військовослужбовців ЗСУ у ВГ зростає кількість госпіталізацій з приводу шкірних хвороб на 0,2% ( $p < 0,05$ ), в той час як спостерігається значне зниження даного показника у ВМГ на 3,15% ( $p < 0,05$ ). Пацієнти були госпіталізовані в переважно з приводу абсцесів шкіри, флегмон та інших інфекційних уражень шкіри у ВМГ, та з приводу дерматитів, екзем, абсцесів шкіри та інших інфекційних уражень шкіри у ВГ. Частка вибуття з госпітальної ланки без зміни категорії придатності з приводу дерматологічної захворюваності серед військовослужбовців ЗСУ у ВМГ була більшою, ніж у ВГ протягом 2016–2018 років. Динаміка даного показника серед військовослужбовців ЗСУ у ВМГ має



тенденцію до зниження, тоді як серед військовослужбовців ЗСУ у ВГ динаміка є схильною до підвищення ( $p < 0,05$ ). За статистичними даними протягом 2016–2018 років не було зареєстровано жодного летального випадку з приводу дерматологічної захворюваності серед військовослужбовців ЗСУ у ВМГ та у ВГ. Найбільші показники надання відпустки за станом здоров'я з приводу дерматологічної захворюваності в структурі загальної кількості відпусток у ВГ відзначено за 2016–2017 роки, а у ВМГ за 2018 рік. Динаміка даного показника має тенденцію до росту серед військовослужбовців ЗСУ у ВМГ та у ВГ ( $p < 0,05$ ). Показники ліжко-днів з приводу дерматологічної захворюваності серед військовослужбовців ЗСУ у ВМГ були більшими, ніж у ВГ протягом 2016–2018 років. Обидві категорії військовослужбовців мають тенденцію до росту показника протягом 2016–2017 років ( $p < 0,05$ ). В обох категоріях військовослужбовців на протязі трьох років спостерігається збільшення показника.

**Висновки.** Дослідження показало, що госпітальна захворюваність на дерматологічні захворювання серед військовослужбовців ЗСУ у ВМГ знижується за останні 3 роки, а серед військовослужбовців ЗСУ у ВГ показник незначно збільшився за цей період. І хоч динаміка госпітальної захворюваності в даній категорії не є загрозливою, все ж відсоток показника по відношенню до всіх класів захворюваності офіцерів та військовослужбовців ЗСУ значний, і становить 7,05% серед військовослужбовців ЗСУ у ВМГ станом на 2018 рік, та серед військовослужбовців ЗСУ у ВГ – 4,43% за 2018 рік.

Необхідно провести санітарно-гігієнічні заходи, спрямовані на зниження рівня дерматологічної захворюваності в особового складу ЗС України. Важливою є вторинна профілактика захворювань шкіри, що включає диспансерне спостереження за особами, що хворіють на: екзему, нейродерміт, псоріаз та інші шкірні хвороби з метою проведення планових лікувально-профілактичних заходів.

## **МІСЦЕ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ХВОРОБИ КРОВІ В СТРУКТУРІ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ЗА ВСІМА КЛАСАМИ ХВОРОБ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**Т. А. Шаблій, А. А. Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Мета.** Визначення долі первинної захворюваності на хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення з залученням імунного механізму (ХСКр, клас 3 за МКХ-10) в структурі первинної захворюваності за всіма класами хвороб у різних категорій військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України на сучасному етапі.

Для реалізації мети дослідження були виконані наступні його **завдання**: визначення долі основних показників первинної захворюваності на ХСКр в структурі первинної захворюваності за всіма класами хвороб у різних категорій військовослужбовців ЗС України; основними показниками первинної захворюваності були первинні звернення (ПЗ), госпіталізації (Г), захворюваність з тимчасовою втратою працездатності (ЗТВП) у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність; основними категоріями військовослужбовців, що підлягали дослідженню, були офіцерський склад (ОС) і рядовий, сержантський і старшинський склад (РССС).

**Матеріали та методи:** Досягнення мети і виконання завдань дослідження було здійснено шляхом дослідження звітів медичних служб військових частин ЗС України (форма 2/мед) за 2016–2018 роки. Статистичний аналіз проведено у стандартному статистичному пакеті STATISTICA 10.0 Rus for Windows 7 компанії StatSoft Inc. (США) з використанням непараметричного (імовірнісний калькулятор) статистичного методу.

**В результаті дослідження** встановлено, що первинна захворюваність на ХСКр військовослужбовців різних категорій ЗС України в 2016 році суттєвого значення не мала: долі ПЗ становили 0,03% і 0,07% у військовослужбовців ОС і РССС відповідно ( $p > 0,05$ ); долі Г відповідно 0,07% і 0,11% ( $p > 0,05$ ); долі ЗТВП у випадках 0,03% і 0,06% відповідно ( $p > 0,5$ ); долі ЗТВП в днях по 0,10% ( $p > 0,05$ ); долі звільнення з військової служби за станом здоров'я 0,25% у військовослужбовців РССС і 0% у військовослужбовців ОС ( $p > 0,05$ ); летальності внаслідок ХСКр не було. Хоча у військовослужбовців ОС відсоток Г від ПЗ був більшим, аніж у військовослужбовців РССС (відповідно 87,5% і 61,29%), проте ці відмінності також не були підтверджені статистично ( $p > 0,05$ ).

Первинна захворюваність на ХСКр військовослужбовців різних категорій ЗС України в 2017 році суттєвого значення не мала: долі ПЗ становили 0,11% і 0,20% у військовослужбовців ОС і РССС відповідно ( $p > 0,05$ ); долі Г відповідно 0,10% і 0,27% ( $p > 0,05$ ); долі ЗТВП у випадках 0,08% і 0,12% відповідно ( $p > 0,5$ ); долі ЗТВП в днях 0,09% і 0,21% відповідно ( $p > 0,05$ ); долі звільнення з військової служби за станом здоров'я 0,69% і 0,10% відповідно ( $p > 0,05$ ); летальності внаслідок ХСКр не було. Хоча у військовослужбовців РССС відсоток Г від ПЗ був більшим, аніж у військовослужбовців ОС (відповідно 50,23% і 28,13%), проте ці відмінності не були підтверджені статистично ( $p > 0,05$ ).

Первинна захворюваність на ХСКр військовослужбовців різних категорій ЗС України в 2018 році суттєвого значення не мала: долі ПЗ становили 0,07% і 0,11% у військовослужбовців ОС і РССС відповідно ( $p > 0,05$ ); долі Г відповідно 0,18% і 0,17% ( $p > 0,05$ ); долі ЗТВП у випадках 0,09% і 0,13% відповідно ( $p > 0,5$ ); долі ЗТВП в днях 0,16% і 0,22% відповідно ( $p > 0,05$ ); долі звільнення з військової служби за станом здоров'я 0,23% у військовослужбовців РССС і 0% у військовослужбовців ОС ( $p > 0,05$ ); летальності внаслідок ХСКр у військовослужбовців ОС не було, а у військовослужбовців РССС цей показник становив 1,5% ( $p > 0,05$ ), посідаючи третє рейтингове місце і поступаючись лише ТрОтр і ХСК. Хоча у військовослужбовців ОС відсоток Г від ПЗ був більшим, аніж у військовослужбовців РССС (відповідно 65,12% і 53,62%), проте ці відмінності не були підтверджені статистично ( $p > 0,05$ ).

**Висновки.** Враховуючи відсутність статистично достовірних відмінностей ( $p > 0,05$  в усіх випадках), можливо стверджувати, що основні показники первинної захворюваності на ХСКр (долі ПЗ, Г, ЗТВП у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальності в структурі цих показників за всіма класами хвороб та доля Г від ПЗ) протягом 2016–2018 років у військовослужбовців ОС і РССС залишались на стабільному рівні. Проте, привертає увагу значне збільшення долі летальності від ХСКр військовослужбовців РССС в структурі загальної летальності цієї категорії військовослужбовців в 2018 році до 1,5% з посіданням третього рейтингового місця, поступаючись при цьому лише ТрОтр і ХСК.

## **ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ПЕРВИННОЇ ГЕМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**Т. А. Шаблій, А. А. Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Метою** дослідження було визначення структури первинної захворюваності на хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення з залученням імунного механізму (ХСКр, клас 3 за МКХ-10) у різних категорій військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України на сучасному етапі.

**Матеріали та методи:** Задля реалізації мети дослідження була проаналізована структура основних показників первинної захворюваності ХСКр: первинні звернення (ПЗ),

госпіталізації (Г), захворюваність з тимчасовою втратою працездатності (ЗТВП) у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність. Основними категоріями військовослужбовців, що підлягали дослідженню, були офіцерський склад (ОС) і рядовий, сержантський і старшинський склад (РССС).

Для реалізації мети і досягнення поставлених завдань дослідження були досліджені звіти медичних служб військових частин ЗС України за формою 2/мед за 2016–2018 роки за основними категоріями військовослужбовців – ОС та РССС. Показники первинної захворюваності на ХСКр (ПЗ, Г, ЗТВП у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність) не розраховувались за загальноприйнятими формулами, а обчислювались їхні долі в загальній структурі цих показників за класом 3 – ХСКр. Статистичний аналіз проведено у стандартному статистичному пакеті STATISTICA 10.0 Rus for Windows 7 компанії StatSoft Inc. (США) з використанням непараметричного (імовірнісний калькулятор) статистичного методу.

**Результати дослідження:** Було встановлено, що в 2016 році структура показників первинної захворюваності на ХСКр військовослужбовців ОС була представлена анеміями і деякими порушеннями із залученням імунного механізму (ДПЗІМ). При цьому, в структурі ПЗ, Г і ЗТВП у випадках переважали анемії (57%–75%), відповідно на ДПЗІМ припадало 25%–43%, а в структурі ЗТВП в днях, навпаки переважали ДПЗІМ (65%), на анемію, відповідно, припадало 45%. Структура показників первинної захворюваності на ХСКр військовослужбовців РССС була представлена анеміями, іншими ХСКр і ДПЗІМ. При цьому, в структурі всіх показників первинної захворюваності переважали анемії (34%–88%), друге рейтингове місце посідали інші ХСКр (9%–33%) і останнє рейтингове місце – ДПЗІМ (3%–33%). Летальності внаслідок ХСКр протягом 2016 року серед військовослужбовців ЗС України не було.

В структурі ХСКр за переважною більшістю показників первинної захворюваності (ПЗ, Г, ЗТВП у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність) статистично достовірних відмінностей між різними категоріями військовослужбовців ЗС України (ОС і РССС) в 2016 році виявлено не було ( $p > 0,05$  в усіх випадках). Одночасно були виявлені статистично достовірні відмінності лише в структурі ХСКр за показником ЗТВП в днях за анеміями (57% у військовослужбовців ОС і 87% у військовослужбовців РССС,  $p < 0,05$ ) і за ДПЗІМ (43% у військовослужбовців ОС і 3% у військовослужбовців РССС,  $p < 0,05$ ).

В 2017 році структура показників первинної захворюваності на ХСКр військовослужбовців ОС була представлена анеміями та іншими ХСКр. При цьому, в структурі ПЗ і звільнень з військової служби за станом здоров'я переважали інші ХСКр (75%-100%), відповідно на анемії припадало 0%-25%, а в структурі Г, ЗТВП у випадках і днях, навпаки переважали анемії (56%-78%), відповідно на інші ХСКр припадало 22%-44%. Структура показників первинної захворюваності на ХСКр військовослужбовців РССС була представлена анеміями, іншими ХСКр і ДПЗІМ. При цьому, в структурі показників первинної захворюваності, крім звільнення з військової служби за станом здоров'я, переважали анемії (70%-80%), друге рейтингове місце посідали інші ХСКр (13%-20%) і останнє рейтингове місце – ДПЗІМ (3%-10%). Структура звільнень з військової служби за станом здоров'я військовослужбовців РССС в 2017 році була представлена іншими ХСКр (100%). Летальності внаслідок ХСКр протягом 2017 року серед військовослужбовців ЗС України не було.

В структурі ХСКр за переважною більшістю показників первинної захворюваності (Г, ЗТВП у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність) статистично достовірних відмінностей між різними категоріями військовослужбовців ЗС України (ОС і РССС) в 2017 році виявлено не було ( $p > 0,05$  в усіх випадках). Одночасно були виявлені статистично достовірні відмінності лише в

структурі ХСКр за показником ПЗ за анеміями (25% у військовослужбовців ОС і 77% у військовослужбовців РССС,  $p < 0,05$ ) і за іншими ХСКр (75% у військовослужбовців ОС і 20% у військовослужбовців РССС,  $p < 0,05$ ).

В 2018 році структура показників первинної захворюваності на ХСКр військовослужбовців ОС була представлена анеміями, іншими ХСКр і ДПЗІМ. При цьому, в структурі ПЗ, Г і ЗТВП у випадках і днях переважали анемії (54%-72%), друге рейтингове місце посідали інші ХСКр (15-25%) і третє рейтингове місце ДПЗІМ – (13-21%). Структура показників первинної захворюваності на ХСКр військовослужбовців РССС була представлена анеміями, іншими ХСКр і ДПЗІМ. При цьому, в структурі всіх показників первинної захворюваності переважали анемії (71%-78%), на інші ХСКр припадало 5%-14%) і на ДПЗІМ – 9%-24%. Структура звільнень за станом здоров'я з військової служби цієї категорії військовослужбовців була представлена ДПЗІМ (100%), а структура летальності – анеміями (43%) та іншими ХСКр (57%).

**Висновки.** В структурі ХСКр за переважною більшістю показників первинної захворюваності (ПЗ, Г, ЗТВП у випадках і летальність) статистично достовірних відмінностей між різними категоріями військовослужбовців ЗС України (ОС і РССС) в 2018 році виявлено не було ( $p > 0,05$  в усіх випадках). Одночасно були виявлені статистично достовірні відмінності лише в структурі ХСКр за показниками ЗТВП в днях за анеміями (63% у військовослужбовців ОС і 71% у військовослужбовців РССС,  $p < 0,05$ ), за іншими ХСКр (19% у військовослужбовців ОС і 5% у військовослужбовців РССС,  $p < 0,05$ ) і за звільненням з військової служби за станом здоров'я за ДПЗІМ (0% у військовослужбовців ОС і 100% у військовослужбовців РССС,  $p < 0,05$ ).

## **ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ СТРУКТУРИ ПЕРВИННОЇ ГЕМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**Т. А. Шаблій, А. А. Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Метою** дослідження було визначення динаміки структури первинної захворюваності на хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення з залученням імунного механізму (ХСКр, клас 3 за МКХ-10) у різних категоріях військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України на сучасному етапі.

**Матеріали та методи:** Задля реалізації мети дослідження була проаналізована динаміка структури основних показників первинної захворюваності ХСКр: первинні звернення (ПЗ), госпіталізації (Г), захворюваність з тимчасовою втратою працездатності (ЗТВП) у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність. Основними категоріями військовослужбовців, що підлягали дослідженню, були офіцерський склад (ОС) і рядовий, сержантський і старшинський склад (РССС).

Для реалізації мети і досягнення поставлених завдань дослідження були досліджені звіти медичних служб військових частин ЗС України за формою 2/мед за 2016-2018 роки за основними категоріями військовослужбовців – ОС та РССС. Показники первинної захворюваності на ХСКр (ПЗ, Г, ЗТВП у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність) не розраховувались за загальноприйнятими формулами, а обчислювались їхні долі в загальній структурі цих показників за класом 3 – ХСКр. Статистичний аналіз проведено у стандартному статистичному пакеті STATISTICA 10.0 Rus for Windows 7 компанії StatSoft Inc. (США) з використанням непараметричного (імовірнісний калькулятор) статистичного методу.

**Результати дослідження:** Встановлено, що показники ПЗ за більшістю окремих хвороб в структурі класу ХСКр протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС ( $p > 0,05$  в усіх випадках): долі ПЗ з приводу анемії у військовослужбовців ОС були на рівні 25-75%, а у військовослужбовців РССС – на рівні

77-88%; долі ПЗ з приводу інших ХСКр у військовослужбовців РССС були на рівні 9-20%; долі ПЗ з приводу ДПЗІМ у військовослужбовців ОС були на рівні 0-25%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 3-9%. Статистично достовірні відмінності спостерігались лише щодо долі ПЗ з приводу інших ХСКр в структурі ПЗ за всім класом ХСКр у військовослужбовців ОС: 0% в 2016 році, 75% в 2017 році і 23% в 2018 році ( $p < 0,05$  при порівнянні 2016 і 2017 років та 2017 і 2018 років).

Показники Г за всіма окремими хворобами в структурі класу ХСКр протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС ( $p > 0,05$  в усіх випадках): долі Г з приводу анемій у військовослужбовців ОС були на рівні 54-78%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 73-87%; долі Г з приводу інших ХСКр у військовослужбовців ОС були на рівні 0-25%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 3-13%; долі Г з приводу ДПЗІМ у військовослужбовців ОС були на рівні 0-29%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 3-15%.

Показники ЗТВП у випадках за всіма окремими хворобами в структурі класу ХСКр протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС ( $p > 0,05$  в усіх випадках): долі ЗТВП у випадках з приводу анемій у військовослужбовців ОС були на рівні 56-72%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 73-87%; долі ЗТВП у випадках з приводу інших ХСКр у військовослужбовців ОС були на рівні 0-44%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 8-17%; долі ЗТВП у випадках з приводу ДПЗІМ у військовослужбовців ОС були на рівні 0-43%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 3-14%.

Показники ЗТВП в днях за більшістю окремих хвороб в структурі класу ХСКр протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС ( $p > 0,05$  в усіх випадках): долі ЗТВП в днях з приводу анемій у військовослужбовців ОС були на рівні 63-71% протягом 2017-2018 років, а у військовослужбовців РССС – на рівні 70-75% протягом 2016-2018 років; долі ЗТВП в днях з приводу інших ХСКр у військовослужбовців ОС були на рівні 0-29%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 5-20%; долі ЗТВП в днях з приводу ДПЗІМ у військовослужбовців ОС були на рівні 0-65%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 6-24%. Статистично достовірні відмінності ( $p < 0,05$  в усіх випадках) спостерігались відносно долі ЗТВП в днях в структурі ЗТВП в днях за класом ХСКр з приводу анемій у військовослужбовців ОС при порівнянні 2016 (35%) і 2017 (71%) років та 2016 (35%) і 2018 (63%) років, з приводу інших ХСКр у військовослужбовців РССС при порівнянні 2016 (19%) і 2018 (5%) років та 2017 (20%) і 2018 (5%) років, з приводу ДПЗІМ у військовослужбовців ОС при порівнянні 2016 (65%) і 2018 (18%) років та у військовослужбовців РССС при порівнянні 2017 (10%) і 2018 (24%) років.

Показники звільнення з військової служби за станом здоров'я за всіма окремими хворобами в структурі класу ХСКр протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС ( $p > 0,05$  в усіх випадках): долі звільнень з військової служби за станом здоров'я з приводу анемій у військовослужбовців ОС були на рівні 0%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 0-34%; долі звільнень з військової служби за станом здоров'я з приводу інших ХСКр у військовослужбовців ОС і РССС були на рівні 0-100%; долі звільнень з військової служби за станом здоров'я з приводу ДПЗІМ у військовослужбовців ОС були на рівні 0%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 0-100%.

**Висновки.** Показники летальності за всіма окремими хворобами в структурі класу ХСКр протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС ( $p > 0,05$  в усіх випадках): долі летальності з приводу анемій у військовослужбовців ОС були на рівні 0%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 0-100%; долі летальності з приводу інших ХСКр у військовослужбовців ОС були на рівні 0%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 0-57%; долі летальності з приводу ДПЗІМ у військовослужбовців ОС і РССС були на рівні 0%.

**МІСЦЕ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРИЮВАНОСТІ НА ХВОРОБИ КРОВІ В СТРУКТУРІ  
ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРИЮВАНОСТІ ЗА ВСІМА КЛАСАМИ ХВОРОБ  
У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ  
УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**О. В. Царик, А. А. Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Метою** дослідження було визначення долі первинної захворюваності на хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення з залученням імунного механізму (ХСКр, клас 3 за МКХ-10) в структурі первинної захворюваності за всіма класами хвороб у різних категорій військовослужбовців Державної прикордонної служби (ДПС) України на сучасному етапі.

Для реалізації мети дослідження були виконані наступні його **завдання**: визначення долі основних показників первинної захворюваності на ХСКр в структурі первинної захворюваності за всіма класами хвороб у різних категорій військовослужбовців ДПС України; основними показниками первинної захворюваності були первинні звернення (ПЗ), госпіталізації (Г), захворюваність з тимчасовою втратою працездатності (ЗТВП) у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність; основними категоріями військовослужбовців, що підлягали дослідженню, були офіцерський склад (ОС) і рядовий, сержантський і старшинський склад (РССС).

**Матеріали та методи:** Досягнення мети і виконання завдань дослідження було здійснено шляхом дослідження звітів медичних служб військових частин ДПС України (форма 2/мед) за 2016-2018 роки. Статистичний аналіз проведено у стандартному статистичному пакеті STATISTICA 10.0 Rus for Windows 7 компанії StatSoft Inc. (США) з використанням непараметричного (імовірнісний калькулятор) статистичного методу.

**Результати дослідження:** Встановлено, що первинна захворюваність на ХСКр військовослужбовців різних категорій ДПС України в 2016 році суттєвого значення не мала: долі ПЗ становили 0,17% і 0,12% у військовослужбовців ОС і РССС відповідно ( $p > 0,05$ ); долі Г відповідно 0,42% і 0,35% ( $p > 0,05$ ); долі ЗТВП у випадках 0,15% і 0,13% відповідно ( $p > 0,5$ ); долі ЗТВП в днях 0,16% і 0,17% відповідно ( $p > 0,05$ ); звільнень з військової служби за станом здоров'я і летальності внаслідок ХСКр в обох категорій військовослужбовців не було.

Первинна захворюваність на ХСКр військовослужбовців різних категорій ДПС України в 2017 році суттєвого значення не мала: долі ПЗ становили 0,02% і 0,07% у військовослужбовців ОС і РССС відповідно ( $p > 0,05$ ); долі Г відповідно 0,22% і 0,25% ( $p > 0,05$ ); долі ЗТВП у випадках 0,10% і 0,09% відповідно ( $p > 0,5$ ); долі ЗТВП в днях 0,13% і 0,17% відповідно ( $p > 0,05$ ); звільнень з військової служби за станом здоров'я і летальності внаслідок ХСКр в обох категорій військовослужбовців не було.

Первинна захворюваність на ХСКр військовослужбовців різних категорій ДПС України в 2018 році суттєвого значення не мала: долі ПЗ становили 0,09% і 0,09% у військовослужбовців ОС і РССС відповідно ( $p > 0,05$ ); долі Г відповідно 0,27% і 0,26% ( $p > 0,05$ ); долі ЗТВП у випадках 0,12% і 0,10% відповідно ( $p > 0,5$ ); долі ЗТВП в днях 0,18% і 0,19% відповідно ( $p > 0,05$ ); звільнень з військової служби за станом здоров'я і летальності внаслідок ХСКр в обох категорій військовослужбовців не було.

**Висновки.** Враховуючи відсутність статистично достовірних відмінностей ( $p > 0,05$  в усіх випадках), можливо стверджувати, що основні показники первинної захворюваності на ХСКр (долі ПЗ, Г, ЗТВП у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальності) в структурі цих показників за всіма класами хвороб та доля Г від ПЗ) протягом 2016-2018 років у військовослужбовців ОС і РССС залишались на стабільному рівні.

## ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ПЕРВИННОЇ ГЕМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

**О. В. Царик, А. А. Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Мета.** Визначення структури первинної захворюваності на хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення з залученням імунного механізму (ХСКр, клас 3 за МКХ-10) у різних категорій військовослужбовців Державної прикордонної служби (ДПС) України на сучасному етапі.

**Матеріали та методи:** Задля реалізації мети дослідження була проаналізована структура основних показників первинної захворюваності ХСКр: первинні звернення (ПЗ), госпіталізації (Г), захворюваність з тимчасовою втратою працездатності (ЗТВП) у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність. Основними категоріями військовослужбовців, що підлягали дослідженню, були офіцерський склад (ОС) і рядовий, сержантський і старшинський склад (РССС).

Для реалізації мети і досягнення поставлених завдань дослідження були досліджені звіти медичних служб військових частин ДПС України за формою 2/мед за 2016-2018 роки за основними категоріями військовослужбовців – ОС та РССС. Показники первинної захворюваності на ХСКр (ПЗ, Г, ЗТВП у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність) не розраховувались за загальноприйнятими формулами, а обчислювались їхні долі в загальній структурі цих показників за класом 3 – ХСКр. Статистичний аналіз проведено у стандартному статистичному пакеті STATISTICA 10.0 Rus for Windows 7 компанії StatSoft Inc. (США) з використанням непараметричного (імовірнісний калькулятор) статистичного методу.

**Результати дослідження:** Було встановлено, що в 2016 році структура показників первинної захворюваності на ХСКр військовослужбовців ОС була представлена анеміями та іншими ХСКр. При цьому, в структурі ПЗ, Г, ЗТВП у випадках і днях у цих військовослужбовців переважали інші ХСКр (65,38%-88,89%). Структура показників первинної захворюваності на ХСКр військовослужбовців РССС була представлена анеміями та іншими ХСКр. При цьому, в структурі переважної більшості показників первинної захворюваності у них переважали інші ХСКр (57,14%-78,57%), анемії переважали лише за показником ЗТВП в днях (64,47%). Звільнень з військової служби і летальності внаслідок ХСКр протягом 2016 року серед військовослужбовців ДПС України не було.

В структурі ХСКр за переважною більшістю показників первинної захворюваності (ПЗ, Г, ЗТВП у випадках, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність) статистично достовірних відмінностей між різними категоріями військовослужбовців ДПС України (ОС і РССС) в 2016 році виявлено не було ( $p > 0,05$  в усіх випадках). Одночасно були виявлені статистично достовірні відмінності лише в структурі ХСКр за показником ЗТВП в днях за анеміями (34,62% у військовослужбовців ОС і 64,47% у військовослужбовців РССС,  $p < 0,05$ ) та за іншими ХСКр (65,38% у військовослужбовців ОС і 35,53% у військовослужбовців РССС,  $p < 0,05$ ).

В 2017 році структура показників первинної захворюваності на ХСКр військовослужбовців РССС була представлена анеміями, іншими ХСКр та ДПЗІМ. При цьому, в структурі ПЗ і Г у них переважали інші ХСКр (50,00-72,72%), а в структурі ЗТВП у випадках і днях – анемії (47,36%-47,79%). У військовослужбовців ОС в 2017 році ПЗ і Г з приводу ХСКр не було, а структура ЗТВП у випадках і днях була представлена лише анеміями (по 100%).

В структурі ХСКр за переважною більшістю показників первинної захворюваності (Г, ЗТВП у випадках і днях) статистично достовірних відмінностей між різними

категоріями військовослужбовців ЗС України (ОС і РССС) в 2017 році виявлено не було ( $p > 0,05$  в усіх випадках). Одночасно були виявлені статистично достовірні відмінності лише в структурі ХСКр за показником ЗТВП в днях за анеміями (100% у військовослужбовців ОС і 47,79% у військовослужбовців РССС,  $p < 0,05$ ).

В 2018 році структура показників первинної захворюваності на ХСКр військовослужбовців ОС була представлена анеміями і ДПЗІМ. При цьому, в структурі ПЗ і ЗТВП в днях переважали анемії (75,00%-87,88%), а в структурі Г – ДПЗІМ (66,67%), за структура за ЗТВП у випадках була однорідною (по 50,00% припадало на анемії і ДПЗІМ). Структура показників первинної захворюваності на ХСКр військовослужбовців РССС була представлена анеміями та іншими ХСКр. При цьому, в структурі всіх показників первинної захворюваності переважали анемії (86,67%-100%), на інші ХСКр припадало 0%-13,33%.

В структурі ХСКр за переважною більшістю показників первинної захворюваності (ПЗ, Г, ЗТВП у випадках і днях) статистично достовірних відмінностей між різними категоріями військовослужбовців ДПС України (ОС і РССС) в 2018 році виявлено не було ( $p > 0,05$  в усіх випадках). Одночасно були виявлені статистично достовірні відмінності лише в структурі ХСКр за показниками Г за анеміями (33,33% у військовослужбовців ОС і 91,67% у військовослужбовців РССС,  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** В 2016 році структура показників первинної захворюваності на ХСКр військовослужбовців ОС і РССС була представлена анеміями та іншими ХСКр. В структурі переважної більшості показників первинної захворюваності переважали інші ХСКр. Звільнень з військової служби і летальності внаслідок ХСКр протягом 2016 року серед військовослужбовців ДПС України не було. В 2017 році структура показників первинної захворюваності на ХСКр військовослужбовців РССС була представлена анеміями, іншими ХСКр та ДПЗІМ. В структурі ПЗ і Г у них переважали інші ХСКр, а в структурі ЗТВП у випадках і днях – анемії. У військовослужбовців ОС в 2017 році ПЗ і Г з приводу ХСКр не було, а структура ЗТВП у випадках і днях була представлена лише анеміями (по 100%). В 2018 році структура показників первинної захворюваності на ХСКр військовослужбовців ОС була представлена анеміями і ДПЗІМ, а військовослужбовців РССС – анеміями та іншими ХСКр. Переважали анемії.

## **ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ СТРУКТУРИ ПЕРВИННОЇ ГЕМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**О. В. Царик, А. А. Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Метою** дослідження було визначення динаміки структури первинної захворюваності на хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення з залученням імунного механізму (ХСКр, клас 3 за МКХ-10) у різних категорій військовослужбовців Державної прикордонної служби (ДПС) України на сучасному етапі.

**Матеріали та методи:** Задля реалізації мети дослідження була проаналізована динаміка структури основних показників первинної захворюваності ХСКр: первинні звернення (ПЗ), госпіталізації (Г), захворюваність з тимчасовою втратою працездатності (ЗТВП) у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність. Основними категоріями військовослужбовців, що підлягали дослідженню, були офіцерський склад (ОС) і рядовий, сержантський і старшинський склад (РССС).

Для реалізації мети і досягнення поставлених завдань дослідження були досліджені звіти медичних служб військових частин ДПС України за формою 2/мед за 2016-2018 роки за основними категоріями військовослужбовців – ОС та РССС. Показники первинної



захворюваності на ХСКр (ПЗ, Г, ЗТВП у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність) не розраховувались за загальноприйнятими формулами, а обчислювались їхні долі в загальній структурі цих показників за класом 3 – ХСКр. Статистичний аналіз проведено у стандартному статистичному пакеті STATISTICA 10.0 Rus for Windows 7 компанії StatSoft Inc. (США) з використанням непараметричного (імовірнісний калькулятор) статистичного методу.

**Результати дослідження:** Встановлено, що показники ПЗ за більшістю окремих хвороб в структурі класу ХСКр протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС ( $p > 0,05$  в усіх випадках): долі ПЗ з приводу анемії у військовослужбовців ОС були на рівні 0-75,00%,; долі ПЗ з приводу інших ХСКр у військовослужбовців ОС були на рівні 0-83,33%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 0-78,57%; долі ПЗ з приводу ДПЗІМ у військовослужбовців ОС були на рівні 0-25,00%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 0-9,09%. Статистично достовірні відмінності спостерігались лише щодо долі ПЗ з приводу анемії в структурі ПЗ за всім класом ХСКр у військовослужбовців РССС: 21,43%% в 2016 році, 18,19% в 2017 році і 100% в 2018 році ( $p < 0,05$  при порівнянні 2016 і 2018 років та 2017 і 2018 років).

Показники Г за всіма окремими хворобами в структурі класу ХСКр протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС ( $p > 0,05$  в усіх випадках): долі Г з приводу анемії у військовослужбовців ОС були на рівні 0-33,33%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 37,50-91,67%; долі Г з приводу інших ХСКр у військовослужбовців ОС були на рівні 0-85,71%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 8,33-57,14%; долі Г з приводу ДПЗІМ у військовослужбовців ОС були на рівні 0-66,67%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 0-12,50%.

Показники ЗТВП у випадках за переважною більшістю окремих хворобами в структурі класу ХСКр протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС ( $p > 0,05$  в усіх випадках): долі ЗТВП у випадках з приводу анемії у військовослужбовців ОС були на рівні 11,11-100%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 42,31-86,67%; долі ЗТВП у випадках з приводу інших ХСКр у військовослужбовців РССС були на рівні 13,33-57,69%; долі ЗТВП у випадках з приводу ДПЗІМ у військовослужбовців ОС були на рівні 0-50,00%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 0-10,53%. Статистично достовірні відмінності спостерігались лише відносно долі ЗТВП у випадках з приводу інших ХСКр у військовослужбовців ОС при порівнянні 2016 і 2017 та 2016 і 2018 років (88,89% у 2016 році та 0% у 2017 і 2018 роках,  $p < 0,05$  в обох випадках).

Показники ЗТВП в днях за більшістю окремих хвороб в структурі класу ХСКр протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС ( $p > 0,05$  в усіх випадках): долі ЗТВП в днях з приводу інших ХСКр у військовослужбовців ОС були на рівні 0-65,38%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 9,66-36,55%; долі ЗТВП в днях з приводу ДПЗІМ у військовослужбовців ОС були на рівні 0-12,12%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 0-15,66%. Статистично достовірні відмінності ( $p < 0,05$  в усіх випадках) спостерігались відносно долі ЗТВП в днях в структурі ЗТВП в днях за класом ХСКр з приводу анемії у військовослужбовців ОС при порівнянні 2016 (34,62%) і 2017 (100%) років та 2016 (34,62%) і 2018 (87,88%) років, з приводу анемії у військовослужбовців РССС при порівнянні 2016 (64,47%) і 2017 (47,79%) років, 2016 (64,47%) і 2018 (90,34%) років та 2017 (47,79%) і 2018 (90,34%) років.

**Висновки.** Показники ПЗ за більшістю окремих хвороб в структурі класу ХСКр протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС. Статистично достовірні відмінності спостерігались лише щодо долі ПЗ з приводу анемії в структурі ПЗ за всім класом ХСКр у військовослужбовців РССС при порівнянні 2016 і 2018 років та 2017 і 2018 років). Показники Г за всіма окремими хворобами в

структурі класу ХСКр протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС. Показники ЗТВП у випадках за переважною більшістю окремих хворобами в структурі класу ХСКр протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС. Статистично достовірні відмінності спостерігались лише відносно долі ЗТВП у випадках з приводу інших ХСКр у військовослужбовців ОС при порівнянні 2016 і 2017 та 2016 і 2018 років. Показники ЗТВП в днях за більшістю окремих хвороб в структурі класу ХСКр протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС. Статистично достовірні відмінності спостерігались відносно долі ЗТВП в днях в структурі ЗТВП в днях за класом ХСКр з приводу анемії у військовослужбовців ОС при порівнянні 2016 і 2017 років та 2016 і 2018 років, з приводу анемії у військовослужбовців РССС при порівнянні 2016 і 2017 років, 2016 і 2018 років та 2017 і 2018 років.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ХВОРОБИ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**В. С. Протас, А. А.Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Метою** дослідження було визначення долі первинної захворюваності на хвороби сечостатевої системи (ХССС, клас 14 за МКХ-10) в структурі первинної захворюваності за всіма класами хвороб у різних категорій військовослужбовців Державної прикордонної служби (ДПС) України на сучасному етапі.

Для реалізації мети дослідження були виконані наступні його **завдання**: визначення долі основних показників первинної захворюваності на ХССС в структурі первинної захворюваності за всіма класами хвороб у різних категорій військовослужбовців ДПС України; основними показниками первинної захворюваності були первинні звернення (ПЗ), госпіталізації (Г), захворюваність з тимчасовою втратою працездатності (ЗТВП) у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність; основними категоріями військовослужбовців, що підлягали дослідженню, були офіцерський склад (ОС) і рядовий, сержантський і старшинський склад (РССС).

**Матеріали та методи:** Досягнення мети і виконання завдань дослідження було здійснено шляхом дослідження звітів медичних служб військових частин ДПС України (форма 2/мед) за 2016-2018 роки. Статистичний аналіз проведено у стандартному статистичному пакеті STATISTICA 10.0 Rus for Windows 7 компанії StatSoft Inc. (США) з використанням непараметричного (імовірнісний калькулятор) статистичного методу.

**Результати дослідження:** Встановлено, що долі переважної більшості основних показників первинної захворюваності ХССС військовослужбовців ДПС України ОС і РССС в 2016 році в структурі цих показників за всіма класами хвороб були статистично однорідними ( $p > 0,05$ ): долі ПЗ становили відповідно 2,05% і 2,57%, Г – 5,64% і 7,26% відповідно, долі ЗТВП у випадках – відповідно 4,03% і 4,97%, долі звільнень з військової служби за станом здоров'я – 2,56% і 0% відповідно і долі летальності – 0% в обох категорій військовослужбовців. Лише доля ЗТВП в днях була статистично достовірно більшою у військовослужбовців РССС (4,97%), порівняно з військовослужбовцями ОС (4,69%),  $p < 0,05$ .

Долі всіх основних показників первинної захворюваності ХССС військовослужбовців ДПС України ОС і РССС в 2017 році в структурі цих показників за всіма класами хвороб були статистично однорідними ( $p > 0,05$ ): долі ПЗ становили відповідно 1,97% і 2,45%, Г – 6,62% і 7,23% відповідно, долі ЗТВП у випадках – відповідно 3,87% і 3,91%, долі ЗТВП в днях – відповідно 4,67% і 5,11%, долі звільнень з військової служби за

станом здоров'я – 10,64% і 4,55% відповідно і долі летальності – 0% в обох категорій військовослужбовців.

Долі всіх основних показників первинної захворюваності ХССС військовослужбовців ДПС України ОС і РССС в 2017 році в структурі цих показників за всіма класами хвороб були статистично однорідними ( $p > 0,05$ ): долі ПЗ становили відповідно 2,31% і 2,66%, Г – 6,64% і 8,68% відповідно, долі ЗТВП у випадках – відповідно 3,52% і 5,07%, долі ЗТВП в днях – відповідно 4,56% і 5,51% долі звільнень з військової служби за станом здоров'я і летальності – по 0% в обох категорій військовослужбовців.

**Висновки.** Враховуючи відсутність статистично достовірних відмінностей ( $p > 0,05$  в усіх випадках), можливо стверджувати, що основні показники первинної захворюваності на ХССС (долі ПЗ, Г, ЗТВП у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальності в структурі цих показників за всіма класами хвороб) протягом 2016-2018 років у військовослужбовців ОС і РССС залишались на стабільному рівні.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**В. С. Прогас, А. А. Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Метою дослідження** було визначення долі первинної захворюваності на гінекологічні хвороби (ГнХ) в структурі первинної захворюваності на хвороби сечостатевої системи (ХССС, клас 14 за МКХ-10) у різних категорій військовослужбовців Державної прикордонної служби (ДПС) України на сучасному етапі.

Для реалізації мети дослідження були виконані наступні його **завдання**: визначення долі основних показників первинної захворюваності на ГнХ в структурі первинної захворюваності на ХССС у різних категорій військовослужбовців ДПС України; основними показниками первинної захворюваності були первинні звернення (ПЗ), госпіталізації (Г), захворюваність з тимчасовою втратою працездатності (ЗТВП) у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність; основними категоріями військовослужбовців, що підлягали дослідженню, були офіцерський склад (ОС) і рядовий, сержантський і старшинський склад (РССС).

**Матеріали та методи:** Досягнення мети і виконання завдань дослідження було здійснено шляхом дослідження звітів медичних служб військових частин ДПС України (форма 2/мед) за 2016-2018 роки. Статистичний аналіз проведено у стандартному статистичному пакеті STATISTICA 10.0 Rus for Windows 7 компанії StatSoft Inc. (США) з використанням непараметричного (імовірнісний калькулятор) статистичного методу.

**Результати дослідження:** Було встановлено, що долі основних показників первинної гінекологічної захворюваності в структурі ХССС у різних категорій військовослужбовців ДПС України в 2016 році посідали вагоме місце і в більшості були статистично однорідними: долі ПЗ становили 12,12% і 13,99% у військовослужбовців ОС і РССС відповідно ( $p > 0,05$ ), долі Г – 18,80% і 28,75% у військовослужбовців ОС і РССС відповідно ( $p > 0,05$ ), долі ЗТВП у випадках – відповідно 27,94% і 40,93% у військовослужбовців ОС і РССС ( $p < 0,05$ ), долі ЗТВП в днях – 37,65% і 40,87% відповідно у військовослужбовців ОС і РССС ( $p > 0,05$ ).

Долі основних показників первинної гінекологічної захворюваності в структурі ХССС у різних категорій військовослужбовців ДПС України в 2017 році посідали вагоме місце і в більшості були статистично однорідними: долі ПЗ становили 26,27% і 25,20% у військовослужбовців ОС і РССС відповідно ( $p > 0,05$ ), долі Г – 28,73% і 39,05% у військовослужбовців ОС і РССС відповідно ( $p > 0,05$ ), долі ЗТВП у випадках – відповідно 30,12% і 40,49% у

військовослужбовців ОС і РССС ( $p > 0,05$ ), долі ЗТВП в днях – 29,26% і 40,17% відповідно у військовослужбовців ОС і РССС ( $p < 0,05$ ), долі звільнень з військової служби за станом здоров'я – 0% і 12,50% відповідно у військовослужбовців ОС і РССС ( $p > 0,05$ ).

Долі основних показників первинної гінекологічної захворюваності в структурі ХССС у різних категорій військовослужбовців ДПС України в 2018 році посідали вагоме місце і в половині показників були статистично однорідними: долі ПЗ становили 18,03% і 23,30% у військовослужбовців ОС і РССС відповідно ( $p > 0,05$ ), долі Г – 25,29% і 36,33% у військовослужбовців ОС і РССС відповідно ( $p > 0,05$ ), долі ЗТВП у випадках – відповідно 26,74% і 39,23% у військовослужбовців ОС і РССС ( $p < 0,05$ ), долі ЗТВП в днях – 24,42% і 36,56% відповідно у військовослужбовців ОС і РССС ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Враховуючи відсутність статистично достовірних відмінностей ( $p > 0,05$  в усіх випадках), можливо стверджувати, що більшість основних показників первинної гінекологічної захворюваності (долі ПЗ, Г, ЗТВП у випадках, звільнень з військової служби за станом здоров'я і летальності в структурі цих показників за ХССС) протягом 2016-2018 років у військовослужбовців ОС і РССС ДПС України залишались на стабільному рівні. Статистично достовірні відмінності були виявлені лише щодо ЗТВП в днях при порівнянні 2016 і 2017 та 2016 і 2018 років ( $p < 0,05$  в обох випадках) у військовослужбовців ОС та при порівнянні 2016 і 2018 та 2017 і 2018 років ( $p < 0,05$  в обох випадках) у військовослужбовців РССС.

## **ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ПЕРВИННОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**В. С. Протас, А. А. Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Метою** дослідження було визначення структури первинної захворюваності на гінекологічні хвороби (ГнХ) у різних категорій військовослужбовців Державної прикордонної служби (ДПС) України на сучасному етапі.

**Матеріали та методи:** Задля реалізації мети дослідження була проаналізована структура основних показників первинної гінекологічної захворюваності: первинні звернення (ПЗ), госпіталізації (Г), захворюваність з тимчасовою втратою працездатності (ЗТВП) у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність. Основними категоріями військовослужбовців, що підлягали дослідженню, були офіцерський склад (ОС) і рядовий, сержантський і старшинський склад (РССС).

Для реалізації мети і досягнення поставлених завдань дослідження були досліджені звіти медичних служб військових частин ДПС України за формою 2/мед за 2016-2018 роки за основними категоріями військовослужбовців – ОС та РССС. Показники первинної захворюваності різних ГнХ (ПЗ, Г, ЗТВП у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність) не розраховувались за загальноприйнятими формулами, а обчислювались їхні долі в загальній структурі ГнХ. Дослідженню підлягали наступні ГнХ: запальні хвороби органів малого тазу (ЗХОМТ), незапальні хвороби жіночих статевих органів (НХЖСО) і ураження молочної залози (УМЗ). Статистичний аналіз проведено у стандартному статистичному пакеті STATISTICA 10.0 Rus for Windows 7 компанії StatSoft Inc. (США) з використанням непараметричного (імовірнісний калькулятор) статистичного методу.

**Результати дослідження:** Було встановлено, що в структурі ГнХ за більшістю показників первинної захворюваності (ПЗ, Г, ЗТВП у випадках і днях) статистично достовірних відмінностей між різними категоріями військовослужбовців ДПС України (ОС і РССС) в 2016 році виявлено не було ( $p > 0,05$  в усіх випадках). Одночасно були

виявлені статистично достовірні відмінності в структурі ГнХ за показником ЗТВП у випадках за ЗХОМТ (38,64% у військовослужбовців ОС і 57,57% у військовослужбовців РССС,  $p < 0,05$ ) і за НХЖСО (57,95% у військовослужбовців ОС і 40,19% у військовослужбовців РССС,  $p < 0,05$ ), та за показником ЗТВП в днях за ЗХОМТ (38,49% у військовослужбовців ОС і 58,92% у військовослужбовців РССС,  $p < 0,05$ ) і за НХЖСО (59,78% у військовослужбовців ОС і 37,77% у військовослужбовців РССС,  $p < 0,05$ ).

В структурі ГнХ за всіма показниками первинної захворюваності (ПЗ, Г, ЗТВП у випадках і днях) статистично достовірних відмінностей між різними категоріями військовослужбовців ДПС України (ОС і РССС) в 2017 році виявлено не було ( $p > 0,05$  в усіх випадках).

В структурі ГнХ за переважною більшістю показників первинної захворюваності (ПЗ, Г, ЗТВП у випадках і днях) статистично достовірних відмінностей між різними категоріями військовослужбовців ДПС України (ОС і РССС) в 2018 році виявлено не було ( $p > 0,05$  в усіх випадках). Були виявлені статистично достовірні відмінності лише за показником ЗТВП в днях за УМЗ (16,82% у військовослужбовців ОС і 6,27% у військовослужбовців РССС,  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** В структурі ГнХ за більшістю показників первинної захворюваності між різними категоріями військовослужбовців ДПС України в 2016 році виявлено не було. Одночасно були виявлені статистично достовірні відмінності в структурі ГнХ за показником ЗТВП у випадках за ЗХОМТ і за НХЖСО, та за показником ЗТВП в днях за ЗХОМТ і за НХЖСО. В структурі ГнХ за всіма показниками первинної захворюваності статистично достовірних відмінностей між різними категоріями військовослужбовців ДПС України в 2017 році виявлено не було. В структурі ГнХ за переважною більшістю показників первинної захворюваності статистично достовірних відмінностей між різними категоріями військовослужбовців ДПС України в 2018 році виявлено не було. Були виявлені статистично достовірні відмінності лише за показником ЗТВП в днях за УМЗ.

## **ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ СТРУКТУРИ ПЕРВИННОЇ ГЕМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**В. С. Протас, А. А. Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Метою дослідження** було визначення динаміки структури первинної захворюваності на гінекологічні хвороби (ГнХ) у різних категорій військовослужбовців Державної прикордонної служби (ДПС) України на сучасному етапі.

**Матеріали та методи:** Задля реалізації мети дослідження була проаналізована динаміка структури основних показників первинної гінекологічної захворюваності: первинні звернення (ПЗ), госпіталізації (Г), захворюваність з тимчасовою втратою працездатності (ЗТВП) у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність. Основними категоріями військовослужбовців, що підлягали дослідженню, були офіцерський склад (ОС) і рядовий, сержантський і старшинський склад (РССС).

Для реалізації мети і досягнення поставлених завдань дослідження були досліджені звіти медичних служб військових частин ДПС України за формою 2/мед за 2016-2018 роки за основними категоріями військовослужбовців – ОС та РССС. Показники первинної захворюваності на ХСКр (ПЗ, Г, ЗТВП у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність) не розраховувались за загальноприйнятими формулами, а обчислювались долі цих показників за окремими ГнХ в загальній структурі всіх ГнХ. Дослідженню підлягали наступні ГнХ: запальні хвороби органів малого тазу (ЗХОМТ), незапальні хвороби жіночих статевих органів (НХЖСО) і ураження молочної залози

(УМЗ). Статистичний аналіз проведено у стандартному статистичному пакеті STATISTICA 10.0 Rus for Windows 7 компанії StatSoft Inc. (США) з використанням непараметричного (імовірнісний калькулятор) статистичного методу.

**Результати дослідження:** Встановлено, що показники ПЗ за всіма захворюваннями в структурі класу ГнХ протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС ( $p > 0,05$  в усіх випадках): долі ПЗ з приводу УМЗ у військовослужбовців ОС були на рівні 0-6,45%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 5,45-8,54%; долі ПЗ з приводу ЗХОМТ у військовослужбовців ОС були на рівні 66,67-70,97%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 54,88-69,09%; долі ПЗ з приводу НХЖСО у військовослужбовців ОС були на рівні 22,58-33,33%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 25,45-36,59%.

Показники Г за всіма окремими хворобами в структурі класу ГнХ протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС ( $p > 0,05$  в усіх випадках): долі Г з приводу УМЗ у військовослужбовців ОС були на рівні 0-9,09%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 4,85-8,10%; долі Г з приводу ЗХОМТ у військовослужбовців ОС були на рівні 56,00-76,92%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 61,90-70,24%; долі Г з приводу НХЖСО у військовослужбовців ОС були на рівні 21,15-44,00%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 24,88-30,30%.

Показники ЗТВП у випадках за більшістю окремих хвороб в структурі класу ГнХ протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС ( $p > 0,05$  в усіх випадках): долі ЗТВП у випадках з приводу УМЗ у військовослужбовців ОС були на рівні 1,03-13,04%, а у військовослужбовців РССС – на рівні 2,24-5,67%. Статистично достовірні відмінності спостерігались лише щодо долі ЗТВП у випадках з приводу ЗХОМТ і НХЖСО в структурі ЗТВП у випадках за всім класом ГнХ у військовослужбовців ОС: 38,64% і 57,95% відповідно в 2016 році, 80,41% і 18,56% відповідно в 2017 році ( $p < 0,05$  в обох випадках); і ЗХОМТ у військовослужбовців РССС: 57,57% в 2016 році, 83,20% в 2017 році і 58,87% в 2018 році ( $p < 0,05$  при порівнянні 2016 і 2017 та 2017 і 2018 років); та НХЖСО у військовослужбовців РССС: 40,19% у 2016 році і 21,26% у 2017 році ( $p < 0,05$ ).

Показники ЗТВП в днях за більшістю окремих хвороб в структурі класу ГнХ протягом 2016-2018 років не залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС ( $p < 0,05$  в усіх випадках): долі ЗТВП в днях з приводу ЗХОМТ у військовослужбовців ОС коливались в межах 38,49-77,39% (статистично достовірні відмінності спостерігались при порівнянні всіх років між собою), а у військовослужбовців РССС – в межах 58,92-73,59% (статистично достовірні відмінності спостерігались при порівнянні всіх років між собою); долі ЗТВП в днях з приводу НХЖСО у військовослужбовців ОС коливались в межах 21,11-59,78% (статистично достовірні відмінності спостерігались при порівнянні 2016 і 2017 та 2016 і 2018 років), а у військовослужбовців РССС – в межах 21,59-37,77% (статистично достовірні відмінності спостерігались при порівнянні всіх років між собою). Протягом 2016-2017 років на стабільному рівні залишались лише показники долей ЗТВП в днях з приводу УМЗ ( $p > 0,05$  в усіх випадках): у військовослужбовців ОС ці показники коливались в межах 1,51-16,82%, а у військовослужбовців РССС – в межах 3,32-6,27%.

**Висновки.** Показники ПЗ за всіма захворюваннями в структурі класу ГнХ протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС. Показники Г за всіма окремими хворобами в структурі класу ГнХ протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС. Показники ЗТВП у випадках за більшістю окремих хвороб в структурі класу ГнХ протягом 2016-2018 років залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС. Статистично достовірні відмінності спостерігались лише щодо долі ЗТВП у випадках з

приводу ЗХОМТ і НХЖСО в структурі ЗТВП у випадках за всім класом ГнХ у військовослужбовців ОС і ЗХОМТ у військовослужбовців РССС при порівнянні 2016 і 2017 та 2017 і 2018 років, та НХЖСО у військовослужбовців РССС. Показники ЗТВП в днях за більшістю окремих хвороб в структурі класу ГнХ протягом 2016-2018 років не залишались на стабільному рівні у військовослужбовців ОС і РССС: долі ЗТВП в днях з приводу ЗХОМТ у військовослужбовців ОС коливались в межах 38,49-77,39% (статистично достовірні відмінності спостерігались при порівнянні всіх років між собою), а у військовослужбовців РССС – в межах 58,92-73,59% (статистично достовірні відмінності спостерігались при порівнянні всіх років між собою); долі ЗТВП в днях з приводу НХЖСО у військово-службовців ОС коливались в межах 21,11-59,78% (статистично достовірні відмінності спостерігались при порівнянні 2016 і 2017 та 2016 і 2018 років), а у військовослужбовців РССС – в межах 21,59-37,77% (статистично достовірні відмінності спостерігались при порівнянні всіх років між собою). Протягом 2016-2017 років на стабільному рівні залишались лише показники долей ЗТВП в днях з приводу УМЗ.

### **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННИХ ЗВЕРНЕНЬ І ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ЗА ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**Я. К. Онохіна, А. А. Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Метою** дослідження було визначення долі окремих показників первинної захворюваності на гінекологічні хвороби, що входять до складу хвороб сечостатевої системи (клас 14 за МКХ-10), в структурі цих окремих показників первинної захворюваності за всіма класами хвороб у різних категорій військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України.

Для реалізації мети дослідження були виконані наступні його **завдання**: визначення долі первинних звернень і госпіталізацій за гінекологічних захворювань в структурі цих показників за всіма класами хвороб; основними категоріями військовослужбовців, що підлягали дослідженню, були офіцери і рядовий, сержантський і старшинський склад (РССС).

**Матеріали та методи:** Досягнення мети і виконання завдань дослідження було здійснено шляхом дослідження звітів медичних служб військових частин ЗС України (форма 2/мед) за 2016-2018 роки. Статистичний аналіз проведено у стандартному статистичному пакеті STATISTICA 10.0 Rus for Windows 7 компанії StatSoft Inc. (США) з використанням непараметричного (імовірнісний калькулятор) статистичного методу.

**Результати дослідження:** За статистичними даними показники первинних звернень з приводу гінекологічних захворювань у 2016, 2017 та 2018 роках склали серед офіцерів ЗС України – 2,36%, 2,26%, 1,46%, серед РССС ЗС України – 2,96%, 3,43%, 2,41% відповідно.

Серед офіцерського складу ЗС України динаміка даного показника впродовж досліджуваних років має тенденцію до зниження. З 2016 по 2017 рік відмічене статистично незначиме зниження на 0,1% ( $p > 0,05$ ), з 2017 по 2018 рік – достовірне зниження показника на 0,8% ( $p < 0,05$ ). Загалом з 2016 по 2018 рік відмічене зниження показника первинних звернень з приводу гінекологічних захворювань офіцерів ЗС України на 0,9%. Динаміка показників первинних звернень з приводу гінекологічних захворювань РССС ЗС України є неоднозначною: у 2017 році відмічене достовірне збільшення показника на 0,47% від рівня 2016 року, з наступним достовірним зниженням у 2018 році на 1,02% до значення 2,41%. Загалом, відмічене зниження показника впродовж 2016-2018 років на 0,55%. Усі отримані дані є статистично достовірними ( $p < 0,05$ ).

У 2016-2018 роках серед військовослужбовців ЗС України показник первинних звернень з приводу гінекологічних захворювань був достовірно більший у категорії РССС (на 0,6%, 1,17%, 0,95%, відповідно,  $p < 0,05$ ), ніж в категорії офіцерів.

Показники направлень на стаціонарне лікування з приводу гінекологічних захворювань у досліджуваних категоріях військовослужбовців були розподілені наступним чином: у 2016, 2017, 2018 роках серед офіцерів ЗС України показник складав 3,62%, 4,84%, 4,21%, серед РССС ЗС України – 4,46%, 5,14%, 4,41% відповідно.

Серед РССС ЗС України у 2017 році відмічене достовірне підвищення показника на 0,68%, порівняно з 2016 роком, з наступним зниженням на 0,73% у 2018 році ( $p < 0,05$ ). Загалом за три роки спостерігається статистично не значиме зниження показника на 0,05% ( $p > 0,05$ ). Серед офіцерів ЗС України у 2017 році відмічене достовірне підвищення показника на 1,22% з наступним зниженням на 0,63% у 2018 році ( $p < 0,05$ ). Загалом за три роки спостерігається достовірне підвищення показника на 0,59% ( $p < 0,05$ ).

У 2016 році серед військовослужбовців ЗС України відмічена достовірна різниця в показнику направлень на стаціонарне лікування з приводу гінекологічних захворювань між офіцерами і РССС – показник вищий в категорії РССС на 0,84%, ( $p < 0,05$ ). У 2017 році серед військовослужбовців ЗС України даний показник був достовірно вищий також у категорії РССС, ніж у офіцерів, на 0,3% ( $p < 0,05$ ). У 2018 році спостерігається наступні дані: різниця між показником направлень на стаціонарне лікування між офіцерами і РССС ЗС України достовірна, серед РССС показник вищий на 0,2% ( $p < 0,05$ ). У 2017 році спостерігається найвищі значення показників серед обох категорій військовослужбовців.

**Висновки.** Серед ОС ЗС України динаміка первинних звернень з приводу гінекологічних захворювань має тенденцію до зниження, а серед РССС є неоднозначною. У 2016-2018 роках серед військовослужбовців ЗС України показник первинних звернень з приводу гінекологічних захворювань був достовірно більший у категорії РССС (на 0,6%, 1,17%, 0,95%, відповідно,  $p < 0,05$ ), ніж в категорії офіцерів. За три роки спостерігається статистично не значиме зниження показника направлень на стаціонарне лікування серед РССС на 0,05% ( $p > 0,05$ ). За три роки спостерігається достовірне підвищення цього показника серед ОС на 0,59% ( $p < 0,05$ ).

## **ОСОБЛИВОСТІ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ, ЗВІЛЬНЕННЯ З ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ЗА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я І ЛЕТАЛЬНОСТІ ЗА ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**Я. К. Онохіна, А. А. Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Метою** дослідження було визначення долі окремих показників первинної захворюваності на гінекологічні хвороби, що входять до складу хвороб сечостатевої системи (клас 14 за МКХ-10), в структурі цих окремих показників первинної захворюваності за всіма класами хвороб у різних категорій військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України.

Задля реалізації мети дослідження були виконані наступні його **завдання**: визначення долі втрат працездатності у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я та летальності за гінекологічних захворювань в структурі цих показників за всіма класами хвороб; основними категоріями військовослужбовців, що підлягали дослідженню, були офіцери і рядовий, сержантський і старшинський склад (РССС).

**Матеріали та методи:** Для реалізації мети і досягнення поставлених завдань дослідження були досліджені звіти медичних служб військових частин ЗС України за формою 2/мед за 2016-2018 роки за основними категоріями військовослужбовців – ОС та РССС.



Досліджувані показники первинної захворюваності не розраховувались за загально-прийнятими формулами, а обчислювались долі цих показників за гінекологічної патології в загальній структурі за всіма класами хвороб. Статистичний аналіз проведено у стандартному статистичному пакеті STATISTICA 10.0 Rus for Windows 7 компанії StatSoft Inc. (США) з використанням непараметричного (імовірнісний калькулятор) статистичного методу.

**Результати дослідження:** За статистичними даними, випадки тимчасової втрати працездатності внаслідок гінекологічної патології у 2016, 2017, 2018 роках серед офіцерів складала 2,46%, 2,8% та 1,92%, серед РССС – 2,98%, 3,74% та 3,3% відповідно.

Серед офіцерів найнижчий показник спостерігається у 2018 році. З 2016 по 2017 роки відмічене достовірне збільшення показника на 0,34%, з наступним зниженням показника у 2018 році на 0,88%. Загалом відмічене зниження показника випадків працевтрат з приводу гінекологічних захворювань на 0,54% ( $p < 0,05$ ). Серед РССС у 2017 р. показник випадків працевтрат збільшився від рівня 2016 року на 0,76%, досягнувши максимального значення за досліджувані роки (3,74%), з наступним зниженням на 0,44% у 2018 році. Загалом за 2016-2018 рік відмічене достовірне збільшення показника в даній категорії військовослужбовців на 0,32% ( $p < 0,05$ ).

У 2016-2018 роках серед військовослужбовців ЗС України показник випадків працевтрат з приводу гінекологічних захворювань був достовірно більший у категорії РССС (на 0,52%, 0,94%, 1,38%, відповідно,  $p < 0,05$ ).

За статистичними даними, дні тимчасової втрати працездатності внаслідок гінекологічної патології у 2016, 2017, 2018 роках складала серед офіцерів 2,88%, 3,42%, 2,74%, а серед РССС – 3,71%, 3,93%, 3,65% відповідно.

Динаміка даного показника серед офіцерів є прогностично сприятливою, у 2017 році спостерігається достовірне збільшення на 0,54%, ( $p < 0,05$ ), з наступним достовірним зниженням на 0,68% ( $p < 0,05$ ). За три роки відмічене статистично не значиме зниження показника днів працевтрат на 0,14% ( $p > 0,05$ ). Серед РССС у період з 2016 року по 2017 відбулось підвищення показника днів працевтрат на 0,22% ( $p > 0,05$ ), у 2018 році відмічене зниження його на 0,28% ( $p < 0,05$ ). За три досліджувані роки спостерігається недостовірне зниження показника днів працевтрат внаслідок гінекологічних захворювань на 0,06% ( $p > 0,05$ ).

У 2016-2018 роках серед військовослужбовців ЗС України показник днів працевтрати з приводу гінекологічних захворювань був достовірно більший у категорії РССС (на 0,83%, 0,51%, 0,91%, відповідно;  $p < 0,05$ ).

Показники звільнень з приводу гінекологічної патології у 2016-2018 роках складала відповідно серед офіцерів 1,1%, 7,64%, 1,42%, а серед РССС – 1,59%, 2,36%, 1,49%.

Серед офіцерів з 2016 по 2017 рік відмічене збільшення показника на 6,54%, з наступним зниженням у 2018 році на 6,22% до рівня 1,42%. За три роки відмічене достовірне збільшення показника на 0,32% ( $p < 0,05$ ). Ці дані дають нам право стверджувати, що динаміка звільнення офіцерів за ці роки має тенденцію до збільшення та є прогностично негативним явищем.

Серед РССС з 2016 по 2017 рік відмічене збільшення показника на 0,77%, з наступним зниженням у 2018 році на 0,87% до рівня 1,49%. Порівняння є статистично достовірним ( $p < 0,05$ ). У 2017 році спостерігається найвищі значення показників серед обох категорій військовослужбовців. Загалом за три досліджувані роки відмічене статистично незначиме зниження показника звільнень через гінекологічні хвороби РССС на 0,1% ( $p > 0,05$ ).

Показник летальності внаслідок гінекологічної захворюваності у досліджувані 2016, 2017, 2018 роки серед офіцерів складав 0%, 0%, 0%, а серед РССС – 0,32%, 0%, 0% відповідно. Серед РССС з 2016 по 2017 рік відмічене зниження показника на 0,32% ( $p < 0,05$ ), з наступним збереженням показника летальності у 2018 році на рівні 0%.

**Висновки.** Відмічене зниження показника випадків працевтрат з приводу гінекологічних захворювань протягом 3-х років на 0,54% ( $p < 0,05$ ) серед ОС і збільшення серед РССС на 0,32% ( $p < 0,05$ ). За три роки відмічене статистично не значиме зниження показника днів працевтрат на 0,14% ( $p > 0,05$ ) серед ОС і недостовірне зниження показника днів працевтрат внаслідок гінекологічних захворювань на 0,06% ( $p > 0,05$ ) серед РССС. Спостерігалось статистично незначиме зниження показника звільнень через гінекологічні хвороби серед РССС на 0,1% ( $p > 0,05$ ). Летальність протягом досліджуваних років спостерігалась лише в 2016 році серед РССС.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННИХ ЗВЕРНЕНЬ І ГОСПІТАЛІЗАЦІЙ ЗА ХВОРОБ ШКІРИ І ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**Л. П. Гибало-Тарасюк, А. А. Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Метою** дослідження було визначення долі окремих показників первинної захворюваності на хвороби шкіри і підшкірної клітковини, в структурі цих окремих показників первинної захворюваності за всіма класами хвороб у різних категорій військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України.

Для реалізації мети дослідження були виконані наступні його **завдання**: визначення долі первинних звернень і госпіталізацій за дерматологічних захворювань в структурі цих показників за всіма класами хвороб; основними категоріями військовослужбовців, що підлягали дослідженню, були офіцери і рядовий, сержантський і старшинський склад (РССС).

Досягнення мети і виконання завдань дослідження було здійснено шляхом дослідження звітів медичних служб військових частин ЗС України (форма 2/мед) за 2016-2018 роки. Статистичний аналіз проведено у стандартному статистичному пакеті STATISTICA 10.0 Rus for Windows 7 компанії StatSoft Inc. (США) з використанням непараметричного (імовірнісний калькулятор) статистичного методу.

**Результати дослідження:** Аналізуючи первинні звернення з приводу дерматологічних захворювань різних категорій військовослужбовців ЗС України у 2016-2018 роках визначено, що серед офіцерського складу динаміка даного показника впродовж досліджуваних років має тенденцію до зниження. З 2016 по 2017 рік відмічене зниження значення на 1,18%, з 2017 по 2018 рік – достовірне зниження показника на 1,82% ( $p < 0,05$ ).

Динаміка показників первинних звернень з приводу захворювань шкіри і підшкірної клітковини РССС є неоднозначною: у 2017 році відмічене достовірне збільшення показника на 0,88% від рівня 2016 року, з наступним достовірним зниженням у 2018 році на 1,94% до значення 5,6%. Загалом, відмічене зниження показника впродовж 2016-2018 років на 1,06%. Усі отримані дані є статистично достовірними ( $p < 0,05$ ).

У 2016 році доля первинних звернень була нижчою серед офіцерського складу ніж серед РССС на 0,14%, що не є статистично достовірним ( $p > 0,05$ ), у 2017 та 2018 роках первинних звернень з приводу дерматологічної захворюваності відмічено достовірно більше, на 2,18% та 2,06% відповідно, в категорії військовослужбовців РССС ( $p < 0,05$ ).

Дослідивши показники первинних звернень з приводу дерматологічних хвороб різних категорій військовослужбовців протягом 2016 – 2018 років, можна зробити висновки, що найбільша частка випадків первинних звернень спостерігається з приводу абсцесів шкіри, дерматитів та екземи, та інших інфекційних уражень шкіри.

Проведене дослідження направлень на стаціонарне лікування з приводу дерматологічної патології військовослужбовців ЗС України виявило, що серед офіцерського складу динаміка даного показника впродовж досліджуваних років має тенденцію до

збільшення. З 2016 по 2017 рік відмічене збільшення значення на 1% ( $p < 0,05$ ), з 2017 по 2018 рік – статистично незначиме зниження показника на 0,28% ( $p > 0,05$ ).

Динаміка показників госпіталізації з приводу дерматологічних захворювань РССС має нестійку тенденцію до зниження: у 2017 році відмічене достовірне збільшення показника на 1,08% від рівня 2016 року, з наступним достовірним зниженням у 2018 році на 5,12%.

Військовослужбовці РССС з 2016 по 2017 рік направлялись на стаціонарне лікування частіше, ніж офіцери (на 1,27% і 1,35% відповідно,  $p < 0,05$ ), але у 2017 році доля направлень на стаціонарне лікування з приводу дерматологічної патології значно знизилася серед РССС до 1,39%, що менше показника направлень на стаціонарне лікування серед офіцерів на 3,49% ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Динаміка первинних звернень серед офіцерського складу впродовж досліджуваних років має тенденцію до зниження. Динаміка показників первинних звернень з приводу захворювань шкіри і підшкірної клітковини РССС є неоднозначною. Найбільша частка випадків первинних звернень спостерігається з приводу абсцесів шкіри, дерматитів та екземи, та інших інфекційних уражень шкіри. Серед офіцерського складу динаміка показника направлень на стаціонарне лікування впродовж досліджуваних років має тенденцію до збільшення. Динаміка показників госпіталізації з приводу дерматологічних захворювань РССС має нестійку тенденцію до зниження. Військовослужбовці РССС з 2016 по 2017 рік направлялись на стаціонарне лікування частіше, ніж офіцери, але у 2017 році доля направлень на стаціонарне лікування з приводу дерматологічної патології значно знизилася серед РССС що менше показника направлень на стаціонарне лікування серед офіцерів на 3,49% ( $p < 0,05$ ).

## **ОСОБЛИВОСТІ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ, ЗВІЛЬНЕННЯ З ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ЗА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я І ЛЕТАЛЬНОСТІ ЗА ХВОРОБ ШКІРИ І ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**Л. П. Гибало-Тарасюк, А. А.Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Метою** дослідження було визначення долі окремих показників первинної захворюваності на хвороби шкіри і підшкірної клітковини, в структурі цих окремих показників первинної захворюваності за всіма класами хвороб у різних категорій військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України.

**Матеріали та методи:** Задля реалізації мети дослідження були виконані наступні його завдання: визначення долі втрат працездатності у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я та летальності за дерматологічних захворювань в структурі цих показників за всіма класами хвороб; основними категоріями військовослужбовців, що підлягали дослідженню, були офіцери і рядовий, сержантський і старшинський склад (РССС).

Для реалізації мети і досягнення поставлених завдань дослідження були досліджені звіти медичних служб військових частин ЗС України за формою 2/мед за 2016-2018 роки за основними категоріями військовослужбовців – ОС та РССС. Досліджувані показники первинної захворюваності не розраховувались за загальноприйнятими формулами, а обчислювались долі цих показників за дерматологічної патології в загальній структурі за всіма класами хвороб. Статистичний аналіз проведено у стандартному статистичному пакеті STATISTICA 10.0 Rus for Windows 7 компанії StatSoft Inc. (США) з використанням непараметричного (імовірнісний калькулятор) статистичного методу.

**Результати дослідження:** Вивчаючи показники випадків працевтрат з приводу дерматологічних хвороб різних категорій військовослужбовців протягом 2016-2018 років, можна зробити висновки, що найбільша частка випадків працевтрат спостерігалась з приводу абсцесів шкіри, дерматитів та екземи та інших інфекційних уражень шкіри.

Серед офіцерського складу у динаміці показника випадків працевтрат з 2016 по 2017 рік відмічене збільшення значення на 0,63% ( $p < 0,05$ ), з 2017 по 2018 рік – статистично значиме зниження показника на 1,81% ( $p < 0,05$ ). Загалом з 2016 по 2018 рік відмічене зниження показника випадків працевтрат з приводу дерматологічних захворювань офіцерів на 1,18% ( $p < 0,05$ ). Динаміка показників випадків працевтрат з приводу дерматологічних захворювань РССС має стійку тенденцію до збільшення: у 2017 році відмічене достовірне збільшення показника на 1,02% від рівня 2016 року ( $p < 0,05$ ), з наступним недостовірним збільшенням у 2018 році на 0,16% ( $p > 0,05$ ).

У РССС з 2016 по 2018 роки показники випадків працевтрат з приводу дерматологічної патології були більші, ніж у офіцерів (на 0,98%; 1,37%; 3,34% відповідно,  $p < 0,05$ ).

Серед офіцерського складу у динаміці показника днів працевтрати з 2016 по 2017 рік відмічене збільшення значення на 0,65% ( $p < 0,05$ ), з 2017 по 2018 рік – статистично значиме зниження показника на 0,43% ( $p < 0,05$ ). Динаміка показників днів працевтрати з приводу дерматологічних захворювань РССС має стійку тенденцію до збільшення: у 2017 році відмічене достовірне збільшення показника на 0,92% від рівня 2016 року ( $p < 0,05$ ), з наступним достовірним збільшенням у 2018 році на 0,54% ( $p < 0,05$ ).

У РССС з 2016 по 2018 роки показники днів працевтрати з приводу дерматологічної патології були більші, ніж у офіцерів (на 0,43%; 0,7% і 1,67% відповідно,  $p < 0,05$ ).

Серед офіцерів у 2016, 2017 та 2018 роках були звільнення лише з приводу дерматиту та екземи в класі хвороб шкіри. В категорії військовослужбовців РССС звільнення протягом 2016-2018 років були з приводу дерматитів та екземи, інших інфекційних уражень шкіри, імпетіго. У 2016 році була велика доля звільнень з приводу дерматологічних захворювань у військовослужбовців РССС (14,74% загальної кількості звільнень). Вона припала в основному на інші інфекційні ураження шкіри (93,18%).

Серед офіцерського складу у динаміці показника звільнень з 2016 по 2017 рік відмічене збільшення значення на 1,53% ( $p < 0,05$ ), з 2017 по 2018 рік – статистично значиме зниження показника на 0,9% ( $p < 0,05$ ). Загалом з 2016 по 2018 рік відмічене збільшення показника звільнень з приводу дерматологічних захворювань офіцерів на 0,63% ( $p < 0,05$ ).

У динаміці показник звільнень з приводу дерматологічних захворювань РССС у 2017 році значно знизився на 12,58% від рівня 2016 року ( $p < 0,05$ ), з наступним достовірним зниженням у 2018 році на 0,54% ( $p < 0,05$ ). Загалом, відмічене збільшення показника впродовж 2016-2018 років на 1,24% ( $p < 0,05$ ).

РССС з 2016 по 2017 рік звільнялись частіше, ніж офіцери (на 14,19%,  $p < 0,05$  та 0,08%,  $p > 0,05$  відповідно), але у 2018 році показник звільнень з приводу дерматологічної патології серед офіцерів більший, ніж серед РССС на 0,26% ( $p < 0,05$ ).

Протягом 2016-2018 років не було зареєстровано жодного смертельного випадку серед офіцерського та РССС складу ЗС України з приводу дерматологічної патології (клас 12 за МКХ-10).

**Висновки.** Найбільша частка випадків працевтрат у досліджуваних категорій військовослужбовців спостерігалась з приводу абсцесів шкіри, дерматитів та екземи та інших інфекційних уражень шкіри. З 2016 по 2018 рік відмічене зниження показника випадків працевтрат з приводу дерматологічних захворювань офіцерів на 1,18% ( $p < 0,05$ ). Динаміка показників випадків працевтрат з приводу дерматологічних захворювань РССС має стійку тенденцію до збільшення. Серед офіцерів у 2016, 2017 та 2018 роках були звільнення лише з приводу дерматиту та екземи в класі хвороб шкіри. В категорії військовослужбовців РССС звільнення протягом 2016-2018 років були з приводу дерматитів та екземи, інших інфекційних уражень шкіри, імпетіго. Протягом 2016-2018 років не було зареєстровано жодного смертельного випадку серед офіцерського та РССС складу ЗС України з приводу дерматологічної патології.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА ХВОРОБИ ШКІРИ ТА ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

**В. О. Демченко, А. А. Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Метою** дослідження була оцінка первинної захворюваності військовослужбовців Державної прикордонної служби (ДПС) України на хвороби шкіри і підшкірної клітковини (ХШ, клас 12 за МКХ-10).

Для реалізації мети дослідження були виконані наступні завдання: визначені особливості первинних звернень (ПЗ), госпіталізації, втрати працездатності у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальності з приводу ХШ у військовослужбовців офіцерського складу (ОС) і рядового, сержантського та старшинського складу (РССС) ДПС України.

Досягнення мети і виконання завдань дослідження було здійснено шляхом дослідження звітів медичних служб військових частин ДПС України (форма 2/мед) за 2016-2018 роки.

**Результати дослідження:** Встановлено, що найбільший відсоток первинних звернень з приводу ХШ протягом 2016-2018 років у військовослужбовців ДПС України ОС становив за рахунок абсцесів шкіри, фурункулів та карбункулів – 33,5%, 24,7% та 31,7% відповідно в 2016, 2017 і 2018 роках. У військовослужбовців РССС також найбільший відсоток первинних звернень з приводу ХШ протягом 2016-2018 років становив за рахунок абсцесів шкіри, фурункулів та карбункулів – 29,6%, 32,2%, 34,3% в 2016, 2017 і 2018 роках відповідно.

Найбільше направлень на стаціонарне лікування з приводу ХШ у військовослужбовців ОС склали дерматити та екземи 41,4% у 2017 році. У військовослужбовців РССС перше рейтингове місце 39,8% зайняли також дерматити та екзема у 2018 році.

У військовослужбовців РССС найбільша кількість випадків втрати працездатності була зумовлена: абсцесами шкіри, фурункулами та карбункулами – 311 (26,6%), 235 (29,2%), 145 (24,9%), дерматитами та екземою – 359 (30,7%), 202 (34,6%), 143 (17,7%) відповідно в 2016, 2017 і 2018 роках.

У військовослужбовців ОС найбільша кількість випадків втрати працездатності була зумовлена також абсцесами шкіри, фурункулами та карбункулами – 73 (31,2%), 44 (16,8%), 49 (22,8%), дерматитами та екземою – 60 (25,6%), 64 (24,4%), 49 (22,8%), відповідно у 2016, 2017 і 2018 роках.

Найбільша кількість днів втрати працездатності у військовослужбовців РССС була зумовлена абсцесами шкіри, фурункулами та карбункулами – 1717 (28,2%), 1511(29,3%), 940 (25,2%), дерматитами та екземою – 1627 (26,8%), 1051(20,4%), 1227 (32,8%), іншими локальними інфекційними ураженнями шкіри та підшкірної клітковини, включаючи шкірні форми панариціїв – 982 (16,2%), 770(15,0%), 957 (25,6%) відповідно в 2016, 2017 і 2018 роках.

У військовослужбовців ОС найбільша кількість днів втрати працездатності була зумовлена абсцесами шкіри, фурункулами та карбункулами – 364 (25,4%), 255 (15,8%), 383 (24,7%), дерматитами та екземою – 486 (33,9%), 439 (27,2%), 439 (28,3%), іншими локальними інфекційними ураженнями шкіри та підшкірної клітковини, включаючи шкірні форми панариціїв – 194 (13,5%), 144 (8,9%), 318 (20,5%) у 2016, 2017 і 2018 роках відповідно.

Протягом 2016-2017 років було звільнено з військової служби за станом здоров'я 4 військовослужбовця РССС внаслідок дерматитів та екземи. В 2018 році звільнень цієї категорії військовослужбовців з приводу ХШ не було. В 2016 році з військової служби за станом здоров'я було звільнено 2 військовослужбовця ОС також з приводу дерматитів та екземи.

Протягом 2017-2018 років звільнень з військової служби військовослужбовців ОС з приводу ХШ не було.

Протягом 2016-2018 років летальності внаслідок ХШ серед військовослужбовців ОС і РССС ДПС України не було.

**Висновки.** Найбільший відсоток первинних звернень з приводу ХШ протягом 2016-2018 років у військовослужбовців ДПС України ОС становив за рахунок абсцесів шкіри, фурункулів та карбункулів, у військовослужбовців РССС також найбільший відсоток первинних звернень з приводу ХШ протягом 2016-2018 років становив за рахунок абсцесів шкіри, фурункулів та карбункулів. Найбільше направлень на стаціонарне лікування з приводу ХШ у військовослужбовців ОС склали дерматити та екземи, у військовослужбовців РССС перше рейтингове місце зайняли також дерматити та екзема. У військовослужбовців РССС найбільша кількість випадків втрати працездатності була зумовлена: абсцесами шкіри, фурункулами та карбункулами. У військовослужбовців ОС найбільша кількість випадків втрати працездатності була зумовлена також абсцесами шкіри, фурункулами та карбункулами. Найбільша кількість днів втрати працездатності у військовослужбовців РССС була зумовлена абсцесами шкіри, фурункулами та карбункулами, у військовослужбовців ОС найбільша кількість днів втрати працездатності була зумовлена абсцесами шкіри, фурункулами та карбункулами. Протягом 2016-2017 років було звільнено з військової служби за станом здоров'я 4 військовослужбовця РССС внаслідок дерматитів та екземи. В 2016 році з військової служби за станом здоров'я було звільнено 2 військовослужбовця ОС також з приводу дерматитів та екземи. Протягом 2016-2018 років летальності внаслідок ХШ серед військовослужбовців ОС і РССС ДПС України не було.

## **АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ПНЕВМОНІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**А. Я. Рубан, А. А. Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** Проблема патогенезу, ранньої діагностики та лікування пневмонії є однією з актуальних в сучасній пульмонології. Особливості військових колективів (розміщення, виконання завдань, санітарно-гігієнічні умови, великі фізичні навантаження, психологічний стрес тощо), які призводять до імунологічних змін, сприяють значно швидшому розповсюдженню інфекційних захворювань, ніж серед цивільного населення. Пневмонія залишається актуальною проблемою для військовослужбовців армій багатьох країн.

**Метою** дослідження була оцінка сучасного стану первинної захворюваності на пневмонії різних категорій військовослужбовців Державної прикордонної служби (ДПС) України.

Для досягнення мети дослідження були поставлені наступні **завдання**:

1. Визначити показники первинних звернень з приводу пневмоній різних категорій військовослужбовців ДПС України на сучасному етапі.

2. Дослідити показники направлення на стаціонарне лікування з приводу пневмоній різних категорій військовослужбовців ДПС України на сучасному етапі.

3. Встановити показники захворюваності з тимчасовою втратою працездатності у випадках і днях з приводу пневмоній різних категорій військовослужбовців ДПС України на сучасному етапі.

4. Визначити показники звільнення з військової служби і летальності з приводу пневмоній різних категорій військовослужбовців ДПС України на сучасному етапі.

5. Проаналізувати динаміку показників первинної захворюваності на пневмонії різних категорій військовослужбовців ДПС України на сучасному етапі.

**Матеріали та методи дослідження:** Задля реалізації мети і виконання завдань дослідження заплановано дослідження звітів медичних служб військових частин ДПС України за формою 2/мед про основні показники первинної захворюваності (первинні звернення, направлення на стаціонарне лікування, тимчасова втрата працездатності у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність) за 2016-2018 роки за основними категоріями військовослужбовців – офіцерський склад та рядовий, сержантський і старшинський склад.

**Результати дослідження:** Спектр досліджень включав хвороби органів дихання (ХОД клас 10 за МКХ-10), які аналізувались в загальній структурі за всіма класами хвороб, та пневмонії. Показники первинної захворюваності на ХОД та їхньої структури не розраховувались за загальноприйнятими формулами, а обчислювались їхні долі в загальній структурі цих показників за всіма класами хвороб та в загальній структурі цих показників за класом 10 – ХОД.

**Висновки.** Отже, на підставі поставлених завдань заплановано дослідити динаміку захворюваності на пневмонії в ДПС України на сучасному етапі.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРИВАНОСТІ НА ПНЕВМОНІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**А. Я. Рубан, А. А. Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** Пневмонія займає 30-40% від усіх захворювань легень, а у структурі загальної захворюваності становить 0,33%. Перше місце серед причин летальності від інфекційних захворювань та шосте місце серед всіх причин летальності, досягаючи рівня 30-50% припадає саме на пневмонію. Щороку на пневмонію хворіють близько 450 мільйонів людей, 7 відсотків населення планети; вона також стає причиною близько 4 мільйонів смертей. Поява антибіотикотерапії та вакцин у ХХ столітті значно збільшила кількість людей, що виживають після захворювання, проте, в країнах що розвиваються, а також серед людей похилого віку, дуже молодих та тих, що мають хронічні захворювання, пневмонія залишається основною причиною смерті.

**Мета дослідження:** Оцінка сучасного стану первинної захворюваності на пневмонії різних категорій військовослужбовців Державної прикордонної служби (ДПС) України.

**Матеріали та методи:** Для досягнення мети були виконані наступні завдання дослідження: визначені долі первинних звернень (ПЗ), госпіталізацій (Г), захворюваності з тимчасовою втратою працездатності (ЗТВП) у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальності внаслідок пневмоній в структурі хвороб органів дихання (ХОД, клас 10 за МКХ-10).

Задля реалізації мети і виконання завдань дослідження були досліджені звіти медичних служб військових частин ДПС України за формою 2/мед про основні показники первинної захворюваності (ПЗ, Г, ЗТВП у випадках і днях, звільнення з військової служби за станом здоров'я і летальність) за 2016-2018 роки за основними категоріями військовослужбовців – офіцерський склад (ОС) та рядовий, сержантський і старшинський склад (РССС).

**Результати дослідження:** встановлено, що в структурі ПЗ 2016 року за всіма класами хвороб, ХОД серед ОС складала 56,3%, у РССС – 49,1%. У 2017 році серед ОС – 57,9%, у РССС – 56,7%, у 2018 році 51,1% та 55,6% відповідно. Захворюваність на хвороби дихальної системи збільшувалась протягом 2016-2017 років, та пішла на спад у 2018 році.

При дослідженні динаміки показників Г з приводу пневмоній різних категорій військовослужбовців ДПС України встановлено тенденцію до зниження у РССС:

2016 рік – 9,96%, 2017 рік – 8,34%, 2018 рік – 7,24%. У ОС тенденції до зниження показника відмічено не було: 2016 рік – 5,07%, 2017 рік – 7,84%, 2018 рік – 7,03%.

При дослідженні динаміки показників ЗТВП у випадках з приводу пневмоній різних категорій військовослужбовців ДПС України, знову відслідковується зниження у РССС: 2016 рік – 1,75%, 2017 рік – 1,47%, 2018 рік – 1,34%, і відсутність такої динаміки в ОС: 2016 рік – 0,90%, 2017 рік – 1,79%, 2018 рік – 1,14%.

Провівши аналіз показників ЗТВП в днях з приводу пневмоній різних категорій військовослужбовців ДПС України, отримали такі результати: у РССС: 2016 рік – 5,22%, 2017 рік – 5,54%, 2018 рік – 4,21%, у ОС: 2016 рік – 2,43%, 2017 рік – 5,31%, 2018 рік – 3,84%.

При порівняльному співвідношенні захворювань дихальної системи в ОС ДПС України за 2016 рік пневмонії склали 2,2%, у РССС – 1,2%, за 2017 рік – відповідно 1,9% та 1,9%, за 2018 рік – 1,6% та 1,5% відповідно. За три роки захворюваність на пневмонії у офіцерського складу зменшилась.

**Висновки.** Захворювання органів дихання займають перший щабель, серед усіх хвороб у військовослужбовців ДПС України за 2016-2018 роки. Г у РССС зменшувались впродовж трьох років, у ОС – збільшилось у 2017 - 2018 рр. порівняно з 2016, але менше у 2018 порівняно з 2017 роком. ЗТВП у випадках у РССС зменшувалась впродовж трьох років, в ОС – збільшилась у 2017-2018 роках, порівняно з 2016, але менше у 2018, порівняно з 2017 роком. ЗТВП в днях у РССС зменшилась у 2018 році, порівняно з 2016-2017 роками, в ОС – було різке збільшення у 2017 році, яке поступово зменшилось у 2018 році, але залишилось більше, ніж у 2016 році. Не було жодного випадку щодо звільнення з військової служби з приводу перенесеної пневмонії, проте у 2017 році зафіксовано 2 летальних випадки в ОС. Відслідковується позитивна тенденція, щодо зменшення захворюваності на пневмонії відносно інших хвороб дихальної системи.

## **ОСОБЛИВОСТІ ГОСПІТАЛЬНОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ (результати дослідження)**

**О. О. Миць, А. А. Воронко**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність дослідження** зумовлена складним етап реформування національної військової медицини, пов'язаним з організацією допомоги військовослужбовцям в умовах проведення Операції об'єднаних сил і суттєвим збільшенням кількості жінок-військовослужбовців; реалізацією Стратегічного оборонного бюлетеня і Воєнно-медичної доктрини і, відповідно, їхніх невід'ємних складових – створення сучасних стандартів медичної допомоги (медичних стандартів) та клінічних протоколів надання медичної допомоги, системи військово-медичних стандартів; прагненням України до Європейської та Євроатлантичної інтеграції, що вимагає переходу до надання медичної допомоги військовослужбовцям у відповідності до стандартів НАТО; наявністю окремого підрозділу з медичного обслуговування жінок в розділі «Клінічні настанови» Стандарту НАТО APJ-4.10 Спільна доктрина з медичного забезпечення; фактичною відсутністю досліджень щодо особливостей сучасного стану госпітальної гінекологічної захворюваності військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України.

**Мета дослідження:** Оцінка сучасного стану госпітальної гінекологічної захворюваності різних категорій військовослужбовців ЗС України.

**Матеріали та методи:** Для досягнення мети були виконані наступні завдання дослідження: визначені долі госпіталізацій у військові і військові мобільні госпіталі (ВГ і ВМГ), результатів лікування (без і зі зміною категорії придатності до військової служби), направлення у відпустку після стаціонарного лікування, переведення в інші вищі за видом



(рівнем) лікувальні заклади, тривалості лікування з приводу гінекологічних хвороб (ГнХ) та проаналізована динаміка показників госпітальної гінекологічної захворюваності різних категорій військовослужбовців ЗС України на сучасному етапі.

Задля реалізації мети і виконання завдань дослідження були досліджені звіти військово-медичних закладів ЗС України за формою 3/мед про основні показники їхньої діяльності за 2016-2018 роки за основними категоріями військовослужбовців – офіцерський склад (ОС) та рядовий, сержантський і старшинський склад (РССС).

**Результати дослідження:** Встановлено, що за 3 роки (2016-2018 роки) показники госпіталізації з приводу ГнХ зросли у ВГ на 9,9%, а у ВМГ на 27,8%. Найбільш розповсюдженими причинами госпіталізації у ВГ були незапальні хвороби жіночих статевих органів (12,9%) та запальні хвороби органів малого тазу (11,9%), а у ВМГ – ураження молочної залози (16,3%).

Переважає більшість хворих після стаціонарного лікування з приводу ГнХ була виписана без зміни категорії придатності до військової служби. При цьому, протягом досліджуваних років з ВГ було виписано хворих без змін у відсотках та співвідношеннях до основних ГнХ, а у ВМГ – підвищився відсоток виписаних з незапальними хворобами жіночих статевих органів.

Основним захворюванням що призвело до обмеження придатності до військової служби було ураження молочної залози – 5,6-9,5%. Найбільший відсоток надання відпусток за станом здоров'я по завершенню стаціонарного лікування був пов'язаний з незапальними хворобами жіночих статевих органів з максимальними значеннями 20,5% в ВГ і 22,5% у ВМГ.

Показник переведення в інші вищі за видом (рівнем) лікувальні заклади протягом 2016-2018 років не значний і не збільшується, і частіше з приводу запальних хвороби органів малого тазу.

Показник тривалості лікування (“ліжко-дні”) у ВГ за три роки значно не змінився, а у ВМГ збільшився за рахунок незапальних хвороб жіночих статевих органів. Випадків летальності з приводу ГнХ за досліджувані роки не було.

**Висновки.** Вперше визначено структуру госпітальної гінекологічної захворюваності військовослужбовців ЗС України у ВМГ і ВГ на сучасному етапі та встановлено особливості її динаміки у цих військово-медичних закладах.

### **АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ, ГОСПІТАЛІЗОВАНИМ ДО ВІЙСЬКОВИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ: ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ**

**В. Р. Сень, Н. М. Сидорова**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** Аналіз нормативно-правових документів Збройних Сил України з медичного забезпечення, що діють нині або розроблені останнім часом, виявив низку особливостей щодо сучасних вимог до створення ефективної системи медичного забезпечення військ. Однією з них є важливість догоспітальної медичної допомоги, яку надають військовослужбовцю в перші хвилини після бойової травми (захворювання) безпосередньо на місці події. Роботи, стосовно визначення якості надання такої допомоги хворим на гострий ІМ, які згодом були госпіталізовані до Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ»), були проведені раніше в період до активного імплементації інвазивної ревазуляризації, але демонстрували незадовільний її стан та низьку обізнаність пацієнтів щодо поведінки при розвитку гострого коронарного синдрому. Саме тому є актуальним визначення стану такої допомоги в ретроспективному дослідженні, яке було заплановано у 2018 році.

**Мета дослідження:** провести аналіз якості догоспітальної медичної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом, які були госпіталізовані до військових лікувальних закладів, шляхом порівняння даних за 2010 та 2018 роки.

**Матеріали та методи.** Об'єкт дослідження – військовослужбовці, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу гострого ІМ у відділення реанімації та невідкладної допомоги для терапевтичних хворих та (за можливості) катетерної лабораторії НВМКЦ «ГВКГ» у 2010 та 2018 р.

Проводили клініко-епідеміологічний аналіз демографічних характеристик груп хворих, що вивчали, визначали характеристики ураження міокарду, локалізацію ураження, ускладнення ІМ та супутню патологію, функціональний клас серцевої недостатності при госпіталізації. Було проведено кількісну оцінку проведених реваскуляризацій. Визначено часові інтервали до госпіталізації від початку больового синдрому та до початку процедури реваскуляризації, основні шляхи госпіталізації. Проведено оцінку лікувальних заходів на догоспітальному етапі та причин, що ведуть до затримки процедури реваскуляризації. Використовували статистичні методи обробки наукових даних.

#### **Результати:**

Поставлено наступні завдання роботи:

1. Провести аналіз якості до госпітальної медичної допомоги у пацієнтів з гострим коронарним синдромом, які були в подальшому госпіталізовані до військових лікувальних закладів у 2018 році.

2. Визначити часові інтервали від початку болю до процедур реваскуляризації, а також кількість проведених медикаментозних та інвазивних реваскуляризацій у пацієнтів з гострим коронарним синдромом, які були в подальшому госпіталізовані до військових лікувальних закладів у 2018 році та визначити шляхи оптимізації часового вікна таких хворих.

3. Провести порівняльний аналіз догоспітальної допомоги пацієнтам з гострим коронарним синдромом, які були в подальшому госпіталізовані до військових лікувальних закладів у 2010 та 2018 роках.

4. Визначити тенденції змін догоспітальної допомоги пацієнтам з гострим коронарним синдромом, які були в подальшому госпіталізовані до військових лікувальних закладів у 2010 та 2018 роках та шляхи оптимізації такої допомоги.

**Висновки:** на підставі отриманих результатів заплановано провести аналіз якості надання до госпітальної медичної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом, які госпіталізуються до військових лікувальних закладів, визначити тенденції змін якості до госпітальної допомоги пацієнтам з гострим коронарним синдромом за останні роки та шляхи оптимізації такої допомоги.

## **ЯКІСТЬ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ, ГОСПІТАЛІЗОВАНИМ ДО ВІЙСЬКОВИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ: РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ**

**В. Р. Сень, Н. М. Сидорова**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** В Україні спостерігається зростання захворюваності на гострий коронарний синдром серед осіб працездатного віку. За результатами епідеміологічних досліджень відділу медико-соціальних проблем кардіології інституту кардіології імені М. Д. Стражеска (2018), гострий інфаркт міокарда (ІМ) і на сьогодні залишається однією з головних причин смертності та інвалідизації працездатного населення України, які в 2017 р. становили відповідно 22,8 та 36,7 на 100 тис. населення.

З початком ведення бойових дій на сході України у структурі випадків з невідкладними станами, які надходили до закладів охорони здоров'я Міністерства

оборони України на ІМ приходився 1%, на клас ІХ – хвороби системи кровообігу – 7,4% всіх тяжких і вкрай тяжких станів. Серед хвороб системи кровообігу тяжкі та вкрай тяжкі стани визначали при ІМ у 30,1% випадків.

**Мета дослідження:** провести аналіз якості догоспітальної медичної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом (ГКС), які госпіталізуються до військових лікувальних закладів (ВЛЗ), шляхом порівняння даних за 2010 та 2018 роки

**Матеріали та методи.** Дизайном магістерської роботи є одномоментне пасивне ретроспективне дослідження, виконане на клінічній базі Української військово-медичної академії.

З метою вирішення поставлених задач, був проведений аналіз структури, характеру надання догоспітальної допомоги та реперфузійної терапії 80 військовослужбовців (відібраних зі 1263 історій хвороб), які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу ГКС у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) для терапевтичних хворих та катетерній лабораторії Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВКМЦ «ГВКГ») з ГКС впродовж 2018 року.

Для оцінки обсягу догоспітальної медичної допомоги та часових проміжків транспортування проаналізовано супровідні листки бригади швидкої медичної допомоги (БШМД) (форма №114/о).

Виконано аналіз структури, характеру надання догоспітальної допомоги та реперфузійної терапії військовослужбовцям з ГКС, які перебували на стаціонарному лікуванні у ВРІТ для терапевтичних хворих та катетерній лабораторії НВКМЦ «ГВКГ» у 2018 році та порівняно з відповідними показниками за 2010 рік (86 хворих). На етапі первинного планування роботи було передбачено отримання даних дослідження М. Chemnui et al. 2010 року для створення групи співставлення.

Відповідно до мети та завдань дослідження була розроблена схема у вигляді таблиці, що включала такі основні показники як: вік, стать, глибина ураження міокарда, ускладнення, супутня патологія, функціональний клас стенокардії напруги/серцевої недостатності (СН), методи реваскуляризації, часовий проміжок до реваскуляризації, до приїзду БШМД та госпіталізації, лікувальні заходи на догоспітальному етапі.

**Результати.** У досліджуваних військовослужбовців, госпіталізованих у 2018 р., перебіг ГКС у 51,25% характеризувався розвитком інфаркту міокарда (ІМ) з великовогнищевими змінами на електрокардіограмі (ЕКГ). Дрібновогнищевий ІМ спостерігали у 31,25%, а трансмуральний ІМ виявлено у 6,25%. Зона ураження ІМ не була визначена у 11,25% випадків. Частота розвитку ускладнень ГКС була високою і становила 76,25% всіх проаналізованих випадків ГКС у 2018 р. Дещо більше половини пацієнтів з ГКС – 43 (53,75%) в 2018 р., були доставлені БШМП, в порівнянні з 2010 роком цей показник зріс на 6,05%.

Було встановлено, що 2018 року середня величина інтервалу часу до госпіталізації від початку больового синдрому склала  $1375 \pm 1418$  хвилин (близько 23 годин). У порівнянні з показником 2010 року –  $2521,4 \pm 432,6$  (близько 42 години), показник 2018 року значно знизився, приблизно у 1,8 рази, що є позитивним явищем, проте все ж цей часовий показник приблизно у 1,9 разів перевищує навіть крайню 12-годинну межу, коли реваскуляризація є доцільною, тож проблема через несвоєчасне звернення хворих з ГКС залишається невирішеною. Середній час, за який прибула БШМД після виклику, склав  $38 \pm 13,75$  хвилин. Враховуючи те, що норматив прибуття БШМД на місце події становить у містах – 10 хвилин, досить актуальною є проблема своєчасного прибуття на місце події БШМД.

Встановлено, що лікувальні заходи, проведені військовослужбовцям з ГКС на догоспітальному етапі, описані тільки у 43 (53,75%) пацієнтів, а саме тих, до кого був здійснений виклик БШМД. Дані щодо надання догоспітальної медичної допомоги іншими медичними службами відсутні.

У 2018 році процедури з реваскуляризації було проведено 15 (18,75%) пацієнтам з ГКС, які були госпіталізовані до НВМКЦ «ГВКГ». Основним методом реваскуляризації визначено реваскуляризацію за допомогою черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ), 10 пацієнтів (12,5%). Медикаментозний тромболізис було проведено стрептокіназою у 1 (1,25%) випадку, за допомогою альтеплази – 3 (3,75%) пацієнтам, за допомогою тенектеплазе – 1 (1,25%) пацієнтові.

Отже, частка реваскуляризацій у 2018 році зросла на 9,45% ( $p < 0,05$ ) порівняно до показника 2010 року – 9,3%. Можна відмітити, що 2018 року збільшилась частота ЧКВ, у порівнянні з показником 2010 року (1,2%), що є позитивним явищем.

**Висновки.** Для забезпечення надання медичної допомоги пацієнтам з діагнозом ГКС у кожному закладі охорони здоров'я та окремому регіоні (області або міжобласні територіальні округи) доцільно використовувати локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), в яких визначений клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. ЛПМД повинен бути доведений до кожного, хто бере участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з ГКС на догоспітальному етапі.

Необхідні заходи на державному рівні із забезпечення відповідними ліками бригад пунктів невідкладної медичної допомоги та швидкої медичної допомоги, зокрема забезпечення морфіном, нітратами, бета-адреноблокаторами, ацетилсаліциловою кислотою, клопідогрелем, антитромботичними засобами.

Військовослужбовцям з хронічними формами ішемічної хвороби серця (ІХС) то групам високого ризику розвитку ГКС має бути проведене інформування лікарем загальної практики-сімейної медицини щодо поведінки та дій при розвитку незвичайного інтенсивного та тривалого болю за грудиною.

Для покращання інформованості населення щодо дій під час розвитку ГКС доцільно запровадити короткі інформаційні заняття у військових підрозділах для особового складу, стосовно таких патологій як ГКС, гостра лівошлуночкова недостатність (набряк легень), гіпертензивна криза, раптова смерть. Необхідно, щоб військовослужбовці були поінформовані, за якими телефонами слід звертатись по невідкладну медичну допомогу, які роз'яснення слід надати диспетчеру для того, щоб до хворого на ГКС була доправлена спеціалізована БШМД.

## **КЛІНІЧНІ СИНДРОМИ ТАЛАМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ: РЕЗУЛЬТАТИ ПРОСПЕКТИВНОГО КЛІНІЧНОГО КОГОРТНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**

**О. Є. Фартушна, С. М. Віничук, М. М. Прокопів**

*Олександрівська клінічна лікарня м. Києва*

**Актуальність.** Інсульт – реальна загроза для кожного з нас. Інсульт посідає 2-ге місце у переліку головних причин смерті і є провідною причиною інвалідності в Україні. Наша держава посідає одне з перших місць у Європі за показниками захворюваності та смертності від інсульту, що створює велике навантаження на систему охорони здоров'я, соціального забезпечення, економіку та все суспільство.

**Мета дослідження.** Проаналізувати та описати патофізіологічні особливості та закономірності виникнення неврологічних, нейропсихологічних та клінічних судинних синдромів таламічних інсультів. Висвітлити особливості неврологічної клініки, топічної, клінічної та нейровізуалізаційної діагностики таламічних інсультів за результатами проспективного клінічного когортного дослідження.

**Матеріали та методи.** Проведено проспективне клінічне когортне дослідження 319 пацієнтів з гострим інсультом, які надійшли до неврологічного центру Олександрівської клінічної лікарні м. Києва, протягом перших 24 годин з моменту

розвитку інсульту. Всі пацієнти пройшли комплексне клініко-неврологічне, лабораторне, ультразвукове та нейровізуалізаційне обстеження.

**Результати.** Серед 319 обстежених хворих з гострим інсультом, нейровізуалізаційно підтверджений таламічний інсульт діагностовано у 34 (10,6%) пацієнтів. З них, 22 пацієнтам (середній вік  $61,9 \pm 10,2$  року) діагностовано гострий ізольований інфаркт таламусу, а 12 пацієнтам (середній вік  $59,0 \pm 9,6$  років) - гострий таламічний крововилив. Ізольовані таламічні інсульти є ідеальною моделлю для вивчення особливостей порушень функцій таламусу при ураженні класичних таламічних, а також для оцінки функціональних наслідків перенесеного інсульту. Проаналізовані, порівняні та описані специфічні неврологічні особливості клінічних судинних синдромів гострих таламічних інсультів.

**Висновки.** В клінічній практиці діагноз таламічного інфаркту практичні лікарі-неврологи досить часто неприйнятно підмінюють всеоб'ємлюючим терміном «ішемічний інсульт у вертебробазиллярному басейні», або діагноз крововилив в таламус підмінюють терміном «геморагічний інсульт в басейні середньої мозкової артерії». Але клінічні прояви таламічних катастроф різних судинних територій відрізняються поміж собою за неврологічними та нейропсихологічними симптомами, судинними синдромами. Основний лейтмотив цього дослідження – ствердження необхідності при курації пацієнта з таламічним інсультом поєднувати результати клініко-неврологічного та нейровізуалізаційного обстеження та на цій підставі проводити індивідуалізовану комплексну консервативну терапію.

## МЕНТАЛЬНІ НАСЛІДКИ ЛЕГКОГО ТРАВМАТИЧНОГО УРАЖЕННЯ МОЗКУ

**Є. В. Метелиця, В. В. Стеблюк**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Статистичні дані останніх років вказують на те, що в середньому у двох із трьох пацієнтів (це приблизно 50–80% спостережень), які мали в анамнезі закриту черепно-мозкову травму (ЗЧМТ), через різні проміжки часу мають місце віддалені наслідки в різних клінічних варіантах, перебіг яких пов'язаний з частими станами декомпенсації, тимчасової непрацездатності, нерідко – з подальшою інвалідизацією. Таким чином, ЗЧМТ є не тільки медичною, а й соціальною проблемою, оскільки вимагає значних економічних витрат, як власне на лікування, так і на медико-соціальну реабілітацію. До недавнього часу в Україні не приділялося належної уваги питанням клініки, діагностики та терапії постконтузійного синдрому. Але стрімке зростання кількості зареєстрованих випадків бойового травматичного ушкодження головного мозку легкого ступеня (лише зареєстрованих близько 10 000), його психосоціальні наслідки, особливо на фоні сучасної соціально-економічної ситуації, підіймають актуальність цієї проблеми та вимагають пошуку нових методів психотерапії, лікувально-реабілітаційного впливу, спрямованих на зменшення вираженості суспільно-небезпечних та ауто-агресивних проявів цієї патології.

**Мета.** Вивчення особливостей здоров'я та працездатності (боездатності) осіб, що зазнали наслідків мінно-вибухової травми у вигляді постконтузійного синдрому.

### **Основні завдання.**

Вивчити стан проблеми ментальних наслідків контузії.

Дослідити особливості ментального здоров'я осіб, що зазнали контузії.

Визначити алгоритм діагностики розладів ментального здоров'я осіб, що зазнали контузії.

### **Об'єкт дослідження.**

Постконтузійний синдром у військовослужбовців Збройних Сил України, інших формувань сил безпеки та оборони України які брали участь у бойових діях на сході України та отримали легке травматичне ушкодження головного мозку (контузію).

**Предмет дослідження.** клініко-психологічні та патопсихологічні особливості ПКС у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях на сході України, критерії діагностики.

**Матеріали та методи.** Серед 231 військовослужбовця Збройних Сил України, інших формувань сил безпеки та оборони України які брали участь у бойових діях на сході України в період 2014 – 2019 рр. та отримали легке травматичне ушкодження головного мозку (контузію) з подальшим розвитком постконтузійного синдрому було проведено скринінг психологічного компоненту шляхом заповнення трьохкомпонентного опитувальника, опитувальника PCL-m, Шкали впливу подій, госпітальної шкали тривоги та депресії. Досліджувані були поділені на дві групи: особи з постконтузійним синдромом (77 осіб) та особи без постконтузійного синдрому (154 особи). В обох групах оцінювали особливості психічного здоров'я за допомогою психофізіологічних, медико-соціальних, психометричних та статистичних методів дослідження.

**Результати та обговорення.** Встановлено, що інтенсивність прояву симптомів у осіб з постконтузійним синдромом серед опитаних, що не мають такого діагнозу у середньому переважає на 19,68%.

Результати за шкалою самооцінки ПТСР вказують на те, що мінно-вибухова травма є значущим стрес-фактором, а її наслідки – психотравмуючою подією. У осіб з постконтузійним синдромом вираженість симптоматики має більшу інтенсивність: середня сума балів в основній групі склала  $52,09 \pm 5,35$  проти  $39,38 \pm 2,17$  в групі порівняння ( $p < 0,05$ ). Встановити діагноз ПТСР в групі осіб без ПКС можна у 39,83% випадків, в той час, як в групі осіб з ПКС – у 57,14% випадків.

Шляхом вивчення результатів шкали впливу подій серед двох груп, встановлено, що за показником «уникнення» середнє значення в групі осіб з ПКС становить  $1,79 \pm 0,12$  проти  $1,098 \pm 0,05$  в контрольній групі ( $p < 0,05$ ), за показником «інтрузія» середнє значення в групі осіб з ПКС становить  $2,06 \pm 0,22$  проти  $1,321 \pm 0,12$  в групі порівняння ( $p < 0,05$ ), за показником «гіперзбудження» середнє значення в групі осіб з ПКС становить  $1,775 \pm 0,072$  проти  $1,18 \pm 0,15$  в групі порівняння ( $p < 0,05$ ). Таким чином визначено, що вираженість проявів симптомів травматизації свідчить про превалювання вибірки ПКС. Це дає можливість говорити про лінійний зв'язок між фізичною та психічною травмою.

Результати, отримані за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії показали, що у опитаних з постконтузійним синдромом за кількістю балів щодо інтенсивності проявів страждань, що відносяться до тривожних та депресивних, середнє значення балів за шкалою тривоги- $12,57 \pm 0,18$ , що є значно вищим показником, аніж у загальній групі ( $9,23 \pm 1,03$ ;  $p < 0,05$ ), за шкалою депресії -  $17,09 \pm 1,43$ , що майже вдвічі відрізняється від аналогічних показників у загальній вибірці ( $8,98 \pm 0,87$ ;  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Проблема ментальних наслідків контузії є важливим питанням клінічної медицини, що має не тільки медичну, а й соціальну значимість. Головним чином, це пов'язано з тим, що наслідки легкого травматичного ушкодження мозку (контузії) мають різну інтенсивність проявів у осіб з постконтузійним синдромом та без нього, які потерпають від порушень вегетативної регуляції, емоційних та когнітивних проблем. При відсутності якісної реабілітації в подальшому знижується якість життя та збільшується вірогідність виникнення алкоголізму, наркоманії, самогубств, антисоціальних та кримінальних дій з можливим ув'язненням.

Загальними особливостями ментального здоров'я осіб, що зазнали контузії є висока інтенсивність проявів тривоги та депресії, значна вираженість симптоматики ПТСР, а також переважаючі дані проявів серед осіб, у яких розвинувся постконтузійний синдром, порівняно з особами без нього.

Слід звернути увагу медичного персоналу на осіб, що зазнали в анамнезі травматичного ушкодження голови та мають прояви постконтузійного синдрому у вигляді частого головного болю, запаморочення, стомлюваності, роздратованості, труднощів із зосередженістю та вирішення розумових задач, зниження пам'яті, безсоння та зниженої стійкості до стресу, емоційного збудження та алкоголю, високої інтенсивності проявів тривоги та депресії, вираженої симптоматики ПТСР. Такі пацієнти підлягають подальшому обстеженню міждисциплінарною командою спеціалістів із застосуванням

відповідних комплексів функціональних, інструментальних і лабораторних методів діагностики задля визначення шляху повернення їх до нормального життя.

## **СУЧАСНИЙ СТАН ПЕРВИННОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

**І. В. Шуневич**

*Українська військово-медична академія*

**Метою роботи** було оцінити сучасний стан первинної психіатричної захворюваності військовослужбовців Збройних Сил України.

**Матеріали та методи дослідження.** Для реалізації мети і досягнення поставлених завдань дослідження були досліджені звіти ЗСУ (форма 2/мед) про захворюваність, працевтрати і смертність за 2016-2018 роки за основними категоріями військовослужбовців, які різносторонньо характеризують стан здоров'я особового складу ЗСУ і підлягають динамічному спостереженню та аналізу – первинні звернення до медичного пункту, кількість випадків і кількість днів працевтрат, звільнення з військової служби та летальність з приводу психіатричних хвороб.

**Результати досліджень.** У ході дослідження були отримані наступні доли первинних звернень з приводу розладів психіки та поведінки: серед офіцерів ЗСУ у 2016, 2017, 2018 роках – 2%, 1,09% та 0,79%, відповідно, серед РССС ЗСУ – 3,26%, 1,54% та 1,4% відповідно. Доля випадків працевтрат з приводу психіатричних захворювань в загальній структурі випадків працевтрат у 2016 році серед офіцерів ЗСУ складала 2,23%, у 2017 році – 1,46%, у 2018 – 1,07%. Серед РССС цей показник у 2016-2018 роках складав 3,6%, 1,76% та 1,82% відповідно. Доля днів працевтрати у 2016 році серед офіцерів ЗСУ складала 5,54%, у 2017 році – 3,15%, у 2018 році – 2,35%. Серед РССС доля пацієнтів за даним показником у 2016-2018 роках складала 6,29%, 3,17% та 3,62% відповідно. Доля звільнень з лав ЗСУ в загальній структурі у 2016 році серед офіцерів ЗСУ складала 17,13%, у 2017 – 9,72%, у 2018 – 7,82%. Серед РССС – 25,04%, 23,72% та 24,83% відповідно. Летальність за V класом МКХ за досліджувані роки була вища в категорії РССС у 2016 році – на 1,11%, у 2017 складала 0 випадків, на відміну від категорії офіцерів, де показник був найвищим за досліджувані роки, у 2018 році доля летальності була вище серед офіцерського складу на 2,03%.

Серед РССС і офіцерів ЗСУ відмічається стійка тенденція до зниження показника первинних звернень з психіатричної захворюваності. Серед офіцерів загалом відмічене зниження його доли на 1,21%, серед РССС вихідна доля первинних звернень знизилась на 1,86%. Загалом за три роки серед офіцерів відмічається статистично достовірне зменшення доли направлень у стаціонар з приводу психічних хвороб на 1,8%, серед РССС – достовірне зниження на 3,04%,  $p < 0,05$ . Показник випадків працевтрат серед офіцерів загалом достовірно знизився на 1,16%, серед РССС відмічається достовірне зниження показника випадків працевтрат на 1,78% з 2016 по 2018 рік. Серед офіцерів динаміка показника днів працевтрат має стійку тенденцію до зниження – на 3,19% за три роки, серед РССС за три роки показник зменшився на 2,67%. Серед офіцерів відмічається стійка тенденція до скорочення звільнень з лав ЗСУ внаслідок захворювань психіки на 9,31%. Серед РССС з 2016 року по 2018 доля звільнень зменшилась на достовірні, але незначні 0,21%. Летальність серед офіцерів в загальному перерахунку з 2016 по 2018 роки зросла на 2,25%, серед РССС визначається зменшення доли летальності на 0,89%.

**Висновки:** У ході дослідження було виявлено, що первинна психіатрична захворюваність в загальній структурі не є найпоширенішою патологією, однак доля її показників залишається вагомою. Не дивлячись на переважне зниження показників первинної психіатричної захворюваності серед військовослужбовців ЗСУ, ця проблема залишається актуальною та потребує корективів у системі психіатричної допомоги, розширення штату військових психіатрів та проведення просвітницької роботи з метою

зміни часто наявного упереджено-негативного та недовірливого ставлення військовослужбовців до ефективності психіатричної допомоги.

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНЬ І ПОШКОДЖЕНЬ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

**М. П. Михалік, А. І. Гаврецький**

*Українська військово-медична академія*

**Актуальність.** У багатьох країнах світу захворювання і ушкодження кістково-м'язової системи займають третє місце після онкологічних та серцево-судинних захворювань. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я до 30% дорослого населення страждають від больового синдрому і порушення функції плечового суглоба. Дана патологія являється не тільки медично-важливою, а й актуальною соціальною та економічно-значущою проблемою

**Мета дослідження.** Визначити актуальність та проаналізувати діагностичні критерії захворювання. Зрозуміти наслідків пошкодження плечового суглоба та особливості оперативного лікування.

**Методи та результати дослідження.** Проведено було збір даних хворих із ураженням плечового суглоба: всі хворі госпіталізовані до травматологічного відділення ГВМКЦ «ГВКГ» впродовж 2017-2019 р, де їм було проведене двоетапне та триетапне оперативне втручання.

Враховувалися і аналізувалися результати клініко-інструментальних методів дослідження – МРТ, оцінювався загальний стан хворих, розглядалися особливості функціональних порушень, діагностованих з урахуванням наявності порушень в плечовому суглобі з різним ступенем ушкоджень. Отримані дані про вік хворих, особливості пошкодження плеча, характер скарг хворих, про причини виникнення і розвитку основного ушкодження, про об'єм виконаного оперативного втручання.

**Результати.** За результатами проведеного дослідження було встановлено що частота уражень серед чоловіків військовослужбовців має тенденцію до зниження, доля загальної кількості звернень у травматологічне відділення НВМКЦ «ГВКГ» з 2017 по 2018 знизилась на 8,5%, з наступним зниженням ще на 2,08%, загалом – зниження на 10,58%. Серед жінок-військовослужбовців з 2017 року відмічене зростання показника звернень на 10,58%, з наступним зниженням у 2019 на 2,1%. Загалом, за три роки – зростання частоти уражень серед жінок на 8,48%. За досліджувані роки найчастіше фіксувалися ушкодження правого на 10,4%, ( $p < 0,05$ ), проте у 2019 році значно частіше відмічалися травми лівого, ніж правого – 19,1% проти 10,6%.

За етіологічний фактор найчастіше фіксувалася травма в анамнезі, в решті випадків – етіологія ураження плечового суглоба була нез'ясованою (57,51% проти 42,49%).

Найчастіше у 2017-2019 роках у структурі ушкодження переважало ураження надостьового м'яза (44,68%) внаслідок травми, на другому місці за частотою – ураження цього ж м'яза невизначеної етіології (17,02%), на третьому – пошкодження суглобової губи невизначеної етіології (14,89%), на четвертому – ураження підлопаткового м'яза через травму (12,77%), на п'ятому – ушкодження суглобової губи внаслідок травми (6,38%), на шостому – пошкодження підлопаткового м'яза невизначеної етіології (4,26%). Загалом, найбільший відсоток уражень складає ушкодження надостьового м'яза – 61,7%.

**Висновки.** Таким чином, зростання показників пошкодженням плечового суглоба серед військовослужбовців ЗС України та порушення функцій верхньої кінцівки обґрунтовує необхідність подальшого дослідження. Встановлений точний діагноз за умов больового синдрому в плечоло-патковій ділянці дозволяє для чіткого уявлення про характер патології та визначення оптимальної тактики лікування, спрямованих на профілактику цієї патології.



## ПОРЯДОК ЗБОРУ, ЗБЕРІГАННЯ ТА УТИЛІЗАЦІЇ ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ТА НЕМЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

О. М. Шемчук<sup>1</sup>, Д. М. Сокирко<sup>2</sup>

*1 – Українська військово-медична академія*

*2 – Головний військово-медичний клінічний центр з клінічної роботи ДПС України*

**Вступ.** В умовах пандемії COVID-19 порядок збору, зберігання та утилізації виробів медичного призначення є надзвичайно актуальним питанням.

Керівники закладів охорони здоров'я (начальники відділення охорони здоров'я військових частин), що мають ліцензію на медичну практику повинні чітко розуміти алгоритм поводження із медичними відходами інфікованими SARS-CoV-2.

**Мета дослідження** – проаналізувати порядок збору, зберігання та утилізації виробів медичного та немедичного призначення в умовах пандемії COVID-19 та виокремити основні правила поводження з відходами, інфікованими SARS-CoV-2.

**Матеріали та методи дослідження.** На основі загальнонаукових методів: аналізу, синтезу, порівняння та узагальнення визначити порядок збору, зберігання та утилізації виробів медичного та немедичного призначення в умовах пандемії COVID-19 та виокремити основні правила поводження з відходами, інфікованими SARS-CoV-2.

**Результати дослідження.** Медичними відходами слід вважати відходи, що утворюються внаслідок медичного обслуговування у закладах, які в установленому порядку отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики (крім підприємств з виробництва фармацевтичної продукції та медичних відходів, що утворюються у побуті).

Одноразові вироби медичного та вироби немедичного призначення, які інфіковані SARS-CoV-2 відносяться до категорії В – епідемічно небезпечні медичні відходи і можуть стати потенційним додатковим джерелом поширення інфекції. Тому, *усі відходи, що утворюються від пацієнтів з коронавірусною хворобою COVID-19, слід утилізувати як медичні відходи категорії В* за встановленими правилами згідно наказу МОЗ України від 08.06.2015 №325 «Про затвердження Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами»; зареєстровано в Міністерстві юстиції України 07.08.2015 р. за № 959/27404.

*Правила поводження із відходами, інфікованими SARS-CoV-2.*

1. Для збирання органічних, рідких відходів, інфікованих SARS-CoV-2 (кров, промивні, дренажні рідини тощо) використовують герметичні вологостійкі ємності (контейнери) що унеможливають їх безконтрольне відкриття.

2. Дезінфекція багаторазових ємностей для збору відходів інфікованих SARS-CoV-2 у закладах проводиться після кожного використання.

3. Рідкі відходи, інфіковані SARS-CoV-2 (блювотні маси, сеча, фекалії) зливаються до системи централізованої каналізації тільки після попереднього знезараження фізичними чи хімічними методами.

4. Патологоанатомічні та органічні операційні відходи інфіковані SARS-CoV-2 (органи, тканини) підлягають кремації (спалюванню).

5. Вивезення відходів, інфікованих SARS-CoV-2, що пройшли знезараження в місцях утворення чи у приміщеннях для поводження з відходами, за межі території закладів не допускається.

6. Відходи, інфіковані SARS-CoV-2 після знезараження передаються до підприємств, що мають ліцензію на здійснення операцій у сфері поводження з небезпечними відходами і мають відповідне сертифіковане обладнання.

7. Збирання відходів, інфікованих SARS-CoV-2 у місцях їх утворення здійснюється впродовж робочої зміни. При використанні контейнерів для гострого інструментарію дозволяється їх використання до 3-х діб.

8. Для використання гострих предметів слід використовувати вологостійкі ємності (контейнери), що не проколюються. Ємність повинна мати кришку, що щільно прилягає та унеможлиблює її безконтрольне розкриття.

9. Медичні відходи, інфіковані SARS-CoV-2 отримані з клінічних підрозділів збирають до контейнерів, які переміщують до приміщення для зберігання відходів або до приміщення для тимчасового зберігання відходів.

*Способи знезараження відходів інфікованих SARS-CoV-2.*

1. Фізичні методи: включають обробку водним насиченим паром під надмірним тиском та температурою за допомогою спеціального обладнання – установок для знезараження відходів категорії В, зокрема, автоклав, які використовуються для дезінфекції відходів при температурі стерилізації не менше 150 С, а також засобами радіаційного та електромагнітного опромінення відповідного призначення безпосередньо на об'єкті.

2. Хімічні методи: обробка розчинами дезінфекційних засобів, що мають бактерицидну, вірулецидну, фунгіцидну дію у відповідних режимах, застосовуються за допомогою спеціальних установок, або способом занурення відходів у промарковані ємності з дезінфекційним розчином у місцях їх утворення.

*Вимоги до інвентарю та ємностей для збирання відходів інфікованих SARS-CoV-2.*

Одноразові контейнери для збирання відходів, інфікованих SARS-CoV-2 повинні бути обладнанні кришками для герметизації в процесі збирання відходів та унеможлиблювати розкриття ємностей при перевезенні відходів за межами медичного закладу (відділення, лабораторії).

Пакети або контейнери повинні бути стійкими (міцними) до дії агресивних хімічних сполук, гострих предметів, що містять відходи, а також до звичайних умов при поводженні з відходами (вібрації, зміни температури, вологи чи тиску).

Контейнери для збирання відходів однієї категорії повинні бути однаковими і мати однакове маркування.

Для перевезення медичних відходів, інфікованих SARS-CoV-2 використовують спеціальні візки.

*Алгоритм збору одноразових виробів медичного призначення при COVID-19*

1. Одягніть засоби індивідуального захисту (клас захисту респіратору має бути не нижчим, ніж FFP2).

2. Покладіть медичні відходи у двошаровий мішечок для медичних відходів; герметизуйте його стяжками та обприскайте дезінфікуючим засобом, що містить 1000 мг/л активного хлору.

3. Гострі предмети покладіть до спеціальної пластикової коробки, запечатайте коробку і обприскайте дезінфікуючим засобом, що містить 1000 мг/л активного хлору.

4. Покладіть ці відходи в контейнер для перевезення медичних відходів, прикріпіть спеціальну етикетку і повністю щільно закрийте.

5. Перенесіть відходи до спеціально обладнаного пункту тимчасового зберігання медичних відходів за визначеним маршрутом у визначений час та зберігайте їх окремо у визначеному місці.

6. Передача небезпечних відходів на утилізацію спеціалізованим підприємствам, які мають відповідні ліцензії.

*Особливості поводження з медичними відходами, інфікованими SARS-CoV-2.*

особи, які займаються збиранням, сортуванням, маркуванням, знезараженням, дезінфекцією та транспортуванням відходів утворених у медичному пункті, тимчасовому позаштатному ізоляторі повинні бути в обов'язковому порядку забезпечені одноразовими засобами індивідуального захисту (ізоляційний халат/комбінезон, медична шапочка, захисний щиток, респіратор FFP2, рукавички);

збирання та сортування відходів, маркування, знезараження та дезінфекція, транспортування у накопичувальні контейнери мають бути здійснені у межах тимчасового позаштатного ізолятора, де вони утворюються;

*накопичувальні контейнери забираються організацією, які мають відповідну ліцензію щодо поводження з медичними відходами категорії В. (перелік таких юридичних осіб знаходиться в офіційному реєстрі Міністерства екології та природних ресурсів України).*

*вкрай важливо, щоб медичні відходи були утилізовані виключно на спеціалізованому обладнанні, з дотриманням температурного режиму;*

*захоронення* відходів від COVID-19 *заборонено*, лише знешкодження;

*медичні відходи від COVID-19 не можуть накопичуватися, тимчасово зберігатися, транспортуватися, знищуватися разом з іншими відходами.*

**Висновки.** Отже, визначення «медичні відходи» ми розглядаємо як відходи, що утворюються внаслідок медичного обслуговування у закладах, які в установленому порядку отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики. Визначено та схарактеризовано класифікацію медичних відходів (за категоріями А – епідемічно безпечні медичні відходи, В – епідемічно небезпечні медичні відходи, С – токсикологічно небезпечні медичні відходи, D – радіологічно небезпечні медичні відходи); виокремлено правила поводження із відходами, інфікованими SARS-CoV-2 та способи знезараження відходів категорії інфікованих SARS-CoV-2 (фізичні та хімічні методи); подано вимоги до інвентарю та ємностей для збирання відходів інфікованих SARS-CoV-2; уточнено алгоритм збору одноразових виробів медичного призначення при COVID-19; окреслено особливості поводження з медичними відходами, інфікованими SARS-CoV-2.

Подальшого дослідження потребують розроблення та уточнення алгоритму збору одноразових виробів медичного та немедичного призначення інфікованих SARS-CoV-2 у медичних підрозділах військових частин.

## **ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ**

### **ШЛЯХИ ЗАСТОСУВАННЯ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ПІД ЧАС БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ВІЙСЬКОВИХ ЛІКАРІВ**

**О.В. Рудинський, Н.Д. Козак, С.М. Чуста**

*Українська військово-медична академія*

**Вступ.** Сучасні тенденції розвитку освітніх технологій та основні напрямки державної політики у цій сфері, що визначені Національною стратегією розвитку освіти в Україні на період до 2021 року, потребують спрямування зусиль на розвиток дистанційного навчання у Збройних Силах України як одного з дієвих інструментів реалізації моделі безперервного навчання. Це також стосується і системи перепідготовки та підвищення кваліфікації військових лікарів. Постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302 “Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров’я” (далі – Постанова) вперше введено поняття безперервний професійний розвиток фахівців у сфері охорони здоров’я (далі – БПР). Постанова визначає основні організаційні засади безперервного процесу навчання та вдосконалення професійних компетентностей фахівців після здобуття ними вищої освіти у сфері охорони здоров’я та післядипломної освіти. У Постанові зазначено, що БПР включає участь у процесі формальної, неформальної та інформальної освіти (самоосвіта) у сфері охорони здоров’я, одною із основних форм останньої є дистанційне навчання (далі – ДН).

**Мета дослідження.** Визначити шляхи застосування дистанційного навчання для підвищення кваліфікації військових лікарів в Україні під час їхнього безперервного професійного розвитку.

**Матеріали і методи дослідження.** У ході дослідження було застосовано методи теоретичного аналізу наукової літератури та нормативно-правових документів, синтезу, порівняння, узагальнення та прогнозування.

**Результати та їх обговорення.** На цей час розроблення і впровадження ДН являється важливим освітнім завданням у всьому світі (особливо набуває своєї актуальності під час поширення пандемії гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 з метою дотримання санітарно-гігієнічних протиепідемічних заходів щодо недопущення виникнення гострих респіраторних вірусних інфекцій та COVID-19 серед військовослужбовців). Досвід реалізації ДН в Україні та за кордоном показав доцільність використання цієї форми навчання як у цивільній, так і у військовій сферах системи професійної освіти.

В основу ДН покладено певну модель передавання знань із використанням нових інформаційних технологій. У системі ДН можна виокремити чотири типи суб'єктів:

слухач (студент) – той, хто навчається;

викладач (тьютор) – той, хто навчає та є основним розробником освітніх матеріалів (контенту), а саме: навчальних курсів, довідкових, методичних та інших матеріалів за дисципліною, що викладається;

організатор заходів інформальної освіти (провайдер дистанційного навчання) – той, хто планує навчальну діяльність, розробляє програми навчання, розподіляє слухачів за групами і навчальним навантаженням на тьюторів, вирішує різні організаційні питання тощо;

адміністратор – той, хто забезпечує стабільне функціонування системи, вирішує технічні питання, стежить за статистикою роботи системи тощо.

На наше переконання, ефективність ДН залежить від дотримання таких основних умов: налагодження продуктивної взаємодії провайдера дистанційного навчання, викладача з дистанційного навчання і слухача; якості розроблених навчально-методичних матеріалів і способів їх трансляції; ефективності зворотнього зв'язку тощо.

На нашу думку, процес ДН для військових лікарів з метою здійснення їх безперервного професійного розвитку може відбуватися за таким алгоритмом:

вибір напрямку підготовки або курсу (циклу) тематичного удосконалення;

подання заявки на адміністратора ресурсу дистанційного навчання;

через координатора на кафедрі отримання паролю та координат викладача (тьютора), з яким слухачам потрібно буде співпрацювати;

через викладача отримання повного доступу до запропонованих навчальних ресурсів (матеріалів курсу, навчально-методичної літератури тощо);

вивчення курсу або теми, у разі потреби – вихід на зв'язок зі своїм куратором;

після вивчення курсу – складання електронних тестів. Позитивні результати яких є підставою для отримання у закладі освіти відповідного сертифікату;

кінцевий етап – підготовкою відповідного наказу організаційною установою (структурою) дистанційного навчання та отримання сертифікату щодо закінчення навчання з зазначенням набраних балів БПР.

**Висновок.** Застосування технологій дистанційного навчання є ефективним і перспективним напрямом перепідготовки та підвищення кваліфікації військових лікарів та дієвих інструментів реалізації моделі безперервного професійного розвитку та безперервного вдосконалення професійних знань та вмій.

**ВІЙСЬКОВА ТЕРАПІЯ****АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СХЕМ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

К. А. Лазарева.....	3
ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ НА ФОНІ ТЕРАПІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, ПОСДНАНЕ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	
Д. С. Белясник, С. А. Бичкова.....	3
РАННЯ ДІАГНОСТИКА УРАЖЕНЬ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	
С. В. Свічарова, І. Р. Воронець.....	4
КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ХВОРИХ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С НА ФОНІ СУЧАСНОГО ЛІКУВАННЯ	
О. А. Красюк, С. К. Грабовський.....	6
ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ЯК МЕТОД ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОНТУЗІЙНИМ СИНДРОМОМ	
Л. М. Демченко, В. В. Стеблюк.....	7
АНАЛІЗ ЗМІН СТАНУ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ТА ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ Й ЗНИЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ	
Ю. М. Макарова, М. М. Коваль.....	8
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ КОРУ, У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ЗНАХОДИЛИСЬ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ У КЛІНІЦІ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НВМКЦ «ГВКГ» У 2018 РОЦІ	
О. П. Пасюк, В. І. Трихліб.....	9
СИНТЕТИЧНА ФУНКЦІЯ ПЕЧІНКИ У ПОРАНЕНИХ З РЕАКТИВНИМ ГЕПАТИТОМ	
К. В. Савічан, А. Ю. Іванова, Н. А. Трачук.....	11
ПРОГНОЗУВАННЯ ЛЕТАЛЬНОСТІ ХВОРИХ З ДІАГНОЗОМ ТРОМБОЕМБОЛІЯ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ У НВМКЦ «ГВКГ»	
Я. П. Гончаров, З. В. Левшова, М. С. Грод.....	12
СЕЗОННА ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ	
Н. А. Боханова, В. І. Трихліб.....	13
ВИПАДКИ САРКОЇДОЗУ ОРГАНІВ ДИХАННЯ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ. ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ	
К. В. Щелкунова, Н. В. Попенко.....	15
НПЗП-АСОЦІЙОВАНІ ГАСТРОПАТІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА	
А. А. Кармаліта, Ю. Я. Котик.....	16
УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ ПРИ КОРУ	
А. С. Тараповська, В. І. Трихліб.....	17
ОЦІНКА ЧАСТОТИ ВИНИКНЕННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ ТА ЇХ ЛІКУВАННЯ З УРАХУВАННЯМ ПАТОЛОГІЇ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ	
Н. Ю. Стельмах.....	18
ВПЛИВ СТРЕСУ НА ПЕРЕБІГ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯКІ ЗНАХОДИЛИСЬ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ.	
М. М. Козачок, І. О. Стащук.....	19
МІКРОБІОЦЕНОЗ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ МИГДАЛИКІВ У ХВОРИХ НА АНГІНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
Н. В. Попенко, А. В. Пилип'юк.....	20
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
О. А. Красюк, В. М. Малюкіна.....	21
ДОБОВИЙ МОНІТОРИНГ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ОЦІНЦІ ЕФЕКТИВНОСТІ	

КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ВИСОКИМ СЕРЦЕВО-СУДИННИМ РИЗИКОМ	
О. О. Федорова, О. О. Биковець.....	22
КОГНІТИВНИЙ СТАТУС У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.	
М.М.Козачок, З.С.Шовкун.....	23
ВПЛИВ МОЛСИДОМІНУ НА ПОКАЗНИКИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ТА НА ПОРУШЕННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ІІ СТАДІЇ	
А. Ю. Тищенко, М. М. Селюк.....	24
ФАКТОРИ ПРОГНОЗУ ГОСПІТАЛЬНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ/ІНФАРКТОМ МІОКАРДУ В КЛІНІЦІ КАРДІОЛОГІЇ НВМКЦ «ГВКГ» В ПЕРІОД 2018–2019 РР.	
Я. П. Гончаров, С. В. Скорозінська.....	25
АНАЛІЗ ТРИРІЧНОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО/ООС НА ГОСТРУ ХВОРОБУ НИРОК У НЕФРОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ НВМКЦ «ГВКГ»	
Т. М. Метелиця, О. А. Желеховський.....	26
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СУДИН	
С. В. Свічарова, Н. Б. Лаптуха.....	27
ОЦІНКА РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ В ЗОНІ ООС, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ	
М. Ю. Костіненко, О. І. Єщенко.....	28
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ КИСЛОТОЗАЛЕЖНИМИ ХВОРОБАМИ	
В. В. Осьодло, О. А. Павлішин, В. З. Волошинський.....	29
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ	
С. Р. Аvezова-Страхоцька, С. А. Бичкова.....	30
ОЦІНКА СТАНУ ТА ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ	
О.С.Кривцова, М.М.Коваль.....	31
КИСЛОТОЗАЛЕЖНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В УЧАСНИКІВ АТО/ООС У 2017–2019 рр.: ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ, НАСЛІДКИ, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ	
Б. В. Грибук, О. А. Желеховський.....	33
ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ	
М. О. Раскінд, М. М. Селюк.....	34
ХАРАКТЕРИСТИКА АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ КУРСАНТІВ ВИЩИХ ВІЙСЬКОВИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ	
А. Г. Дзюбенко, В. В. Стеблюк.....	35
ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ПОСДНАНУ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
О. О. Федорова, І. Ю. Калашник.....	36
ПЕРЕВАГИ ДОДАТКОВОГО ВКЛЮЧЕННЯ В СХЕМУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ІНГАЛЯЦІЙНОГО ІЗОНІАЗИДУ В ІНТЕНСИВНУ ФАЗУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВОСЛУЖБОВЦІВ	
Н. М. Костик, А. Р. Сапожніков, Т. М. Галкіна.....	37
АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ В УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ/ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ (АТО/ООС) ЗА 2014–2019, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД НИХ ТРИВАЛОСТІ ЛІКУВАННЯ.	
Т. М. Галкіна, Н. В. Прус.....	38

ТУБЕРКУЛЬОЗ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ - УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ/ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ (АТО/ООС): ЗАХВОРЮВАНІСТЬ, КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗА 2014–2019 РР.

І. Г. Мандрик, Т. М. Галкіна.....40

## **АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ ТА РЕАНІМАТОЛОГІЯ**

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ ГОЛОВИ ПІД ЧАС АЕРОМЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ В ХОДІ ЛОКАЛЬНИХ ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ

Ю. Д. Ухач.....43

ВПЛИВ ГІПОПРОТЕЇНЕМІЇ ТА ГІПОАЛЬБУМІНЕМІЇ НА ВИНИКНЕННЯ РЕСПІРАТОРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПОРАНЕНИХ І ХВОРИХ З ПОШКОДЖЕННЯМ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

А. І. Старишко, М. М. Журко.....44

3. НЕІНВАЗИВНА ВЕНТИЛЯЦІЯ ЛЕГЕНЬ В ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З НЕГОСПІТАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ

Н. С. Правдіна.....45

ОСОБЛИВОСТІ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОЛОНОСКОПІЙ У ХВОРИХ З КОЛОРЕКТАЛЬНИМ РАКОМ

Д. І. Пидоченко, В. М. Мошківський.....46

ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПРИ БОЙОВІЙ ПРОНИКАЮЧІЙ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ. ВПЛИВ ТИПУ ПОРАНЕННЯ НА ЛЕТАЛЬНІСТЬ ТА РІВЕНЬ ЗНИЖЕННЯ СВІДОМОСТІ ЗА ШКГ

Ю. К. Мкртчян, О. О. Бугай.....47

ОСОБЛИВОСТІ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ВИДАЛЕННЯ ПУХЛИН ТОВСТОГО КИШЕЧНИКУ

О. В. Лозовська, О. В. Тхоревський.....48

ЗАСТОСУВАННЯ НАЙБІЛЬШ ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДУ АНЕСТЕЗІЇ ДЛЯ УНИКНЕННЯ РОЗВИТКУ КОГНІТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ

Р. Ю. Котурбаш, О. В. Тхоревський.....48

АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

А. В. Колосінський, А. В. Говенко.....49

ВПЛИВ АНЕМІЇ НА ГЕМОДИНАМІКУ ТА ТРАНСПОРТ КИСНЮ У ХВОРИХ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК

А. О. Ковальчук, М. М. Журко.....50

ОПТИМІЗАЦІЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ ОТРУСЬ АЛКОГОЛЕМ ТА ЙОГО СУРОГАТАМИ

Є. Ю. Заверюха, Т. М. Левченко.....51

ЯКИЙ ЕФЕКТ ВІД ЗРОШЕННЯ ЛІДОКАЇНОМ ОПЕРАЦІЙНОЇ РАНИ НА РОЗВИТОК БОЛЮ ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ

М. О. Воротняк, В. А. Лісецький.....51

ПІДВИЩЕННЯ ВНУТРІШНЬО ЧЕРЕВНОГО ТИСКУ, ЯК ПРОГНОСТИЧНО НЕСПРИЯТЛИВИЙ ФАКТОР У ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Д. В. Березніцький, В. А. Лісецький.....52

## **ВІЙСЬКОВА ФАРМАЦІЯ**

ОБГРУНТУВАННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ АКТИВНОЇ РЕЧОВИНИ У АНТИМІКРОБНОМУ ЗАСОБІ М'ЯКОЇ ФОРМИ ВИПУСКУ

О. П. Шматенко, Н. О. Тахтаулова, І. О. Бобро.....53

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КРИЗАЛІДНОЇ ОЛІЇ У ПРОФІЛАКТИЦІ СТАРІННЯ ШКІРИ

О. П. Шматенко, В. О. Тарасенко, Т. О. Степанюк.....54

РОЗРОБКА СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ ЕМУЛЬСІЙНОГО КРЕМУ З РОСЛИННИМИ ЕКСТРАКТАМИ

О. П. Шматенко, В. О. Тарасенко, Є. В. Пшенична.....56

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЕКСТЕМПОРАЛЬНОЇ РЕЦЕПТУРИ	
О. П. Шматенко, В. О. Тарасенко, К. Ю. Нікітенко, К. Ю. Сеніна.....	57
МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ПРИБІЖУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ	
О. П. Шматенко, В. О. Тарасенко, Х. Ю. Крутиян, О. М. Руденко.....	58
АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ	
О. П. Шматенко, А. М. Соломенний, О. В. Голюк.....	59
ОБГРУНТУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСТАЧАННЯ МЕДИЧНОЇ ТЕХНІКИ І МАЙНА В СИСТЕМІ ЛОГІСТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ	
О. П. Шматенко, А. М. Соломенний, І. О. Панкратов.....	61
ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ В ЗОНІ АДМІНІСТРАТИВНО-ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ	
О. П. Шматенко, А. М. Соломенний, М. М. Бірець.....	62
РОЗРОБКА М'ЯКОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ З АНТИМІКРОБНИМИ, ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ТА АНЕСТЕЗУЮЧИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ ДЛЯ ПОТРЕБ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ	
О. П. Шматенко, О. В. Підлісний, Р. Л. Притула.....	64
ІНТЕГРОВАНІЙ АВС, VEN-АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ НАДАННЯ АБДОМІНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ	
О. П. Шматенко, І. Г. Гринчук, О. В. Плешкова, М. В. Плешков.....	65
МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ РИНКУ РІЗНИХ ГРУП ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ВІТЧИЗНЯНОГО ВИРОБНИЦТВА ДЛЯ ПОТРЕБ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ	
Н. І. Хомуцька, А. В. Маланіч, В. В. Руденко.....	66
ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕХНОЛОГІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ КІЛЬКІСНОГО СПІВВІДНОШЕННЯ ВВЕДЕНИХ КОМПОНЕНТІВ ДО СКЛАДУ ГЕЛЮ	
В. О. Тарасенко, В. В. Паламарчук, Н. О. Козіко.....	67
АКТУАЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ТРАНСДЕРМАЛЬНИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ СИСТЕМ ДЛЯ ПОТРЕБ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ	
В. О. Тарасенко, С. О. Вишнев, С. Ю. Адаменко.....	68
РОЗРОБКА СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ ОТРИМАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ПРОБІОТИЧНОГО ЗАСОБУ У ФОРМІ ЛІОФІЛІЗОВАНОГО ПОРОШКУ	
В. О. Тарасенко, А. І. Шамшеєва, В. В. Страшний.....	69
РОЗРОБКА СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ У ВИГЛЯДІ КАПСУЛ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКУ	
В. О. Тарасенко, З. Р. Мельниченко, Н. В. Гончаренко.....	70
ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕХНОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ СТВОРЕННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ДЛЯ ДЕРМАТОЛОГІЇ	
В. О. Тарасенко, О. С. Кузьменко, Т. М. Краснянська.....	70
НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ МАЗІ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
В. О. Тарасенко, А. О. Дроздова, О. В. Миропольська.....	71
ВІВЧЕННЯ ФІЗИКО-ХІМІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЕМУЛЬСІЙНОГО КРЕМУ З ПЕПТИДАМИ	
В. О. Тарасенко, С. В. Гриценко, Н. О. Козіко.....	72
ОБГРУНТУВАННЯ СПОСОБУ ВВЕДЕННЯ ГЛЮКОЗАМІНУ ТА L-КАРНІТИНУ ДО СКЛАДУ ОСНОВИ	
В. О. Тарасенко, Д. С. Волох, Д. О. Козак, К. Б. Черкашина.....	73
РОЗРОБКА СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ КРЕМУ З ЕКСТРАКТОМ КОРИ БЕРЕЗИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОПІКОВИХ РАН	
В. О. Тарасенко, Ю. В. Вакулєнко, І. П. Бідаш, А. В. Луцька.....	75
АКТУАЛЬНІСТЬ СТВОРЕННЯ ЛІКАРСЬКОГО ПРЕПАРАТУ З ІМУНОТРОПНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ	



В. О. Тарасенко, А. В. Бірченко, С. І. Скуратівська.....	76
ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ І ХРОМАТОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НАСТОЙКИ ЛИСТЯ ГОРІХУ ГРЕЦЬКОГО	
В. О. Тарасенко, Н. А. Батра, Г. Б. Семенченко, Н. І. Богомаз.....	77
АНАЛІЗ РОБОТИ ГРУП МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ (ПЕРЕСУВНИХ) ВІЙСЬКОВИХ МОБІЛЬНИХ ГОСПІТАЛІВ	
А. М. Соломенний, С. П. Сніжинський, І. В. Тірон.....	79
АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ АКТИВНОСТІ ЩОДО ЛІЦЕНЗУВАННЯ ТА АКРЕДИТАЦІЇ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ЩОДО РОБОТИ З НАРКОТИЧНИМИ ЗАСОБАМИ, ПСИХОТРОПНИМИ РЕЧОВИНАМИ І ПРЕКУРСОРАМИ	
А. М. Соломенний, С. М. Панченко, М. Є. Гура.....	80
УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ В РАЙОНІ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ	
П. С. Сирота, Р. Л. Притула, О. В. Підлісний, О. М. Рикова.....	81
УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОБЛІКУ МЕДИЧНОГО МАЙНА ТА ЗВІТНОСТІ У ВІЙСЬКОВИХ ЧАСТИНАХ ПІД ЧАС ФУНКЦІОНУВАННЯ ВІЙСЬК (СИЛ)	
П. С. Сирота, А. М. Соломенний, Д. О. Пасіков.....	82
ДІАГНОСТИКА СТАНУ ЛОГІСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ У РОБОТІ ЗАКЛАДІВ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ	
П. С. Сирота, М. В. Білоус, Д. В. Дроздов, О. М. Сорока.....	83
КОРОТКА ІСТОРИЧНА ДОВІДКА ТА ОКРЕМІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ СТРУКТУР МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ НА ТЕРЕНАХ УКРАЇНИ	
О. П. Ніколайчук, В. В. Рута, І. І. Семірненко.....	84
СТВОРЕННЯ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО СКЛАДУ (РУХОМОГО) ДЛЯ РОБОТИ В ОСОБЛИВИЙ ПЕРІОД	
О. П. Ніколайчук, О. В. Галан, В. В. Рута.....	86
УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ ВІЙСЬКОВО-МОРСЬКИХ СИЛ УКРАЇНИ	
В ОСОБЛИВИЙ ПЕРІОД	
О. П. Ніколайчук, В. А. Бабюк, О. О. Добровольний.....	87
МАРКЕТИНГОВИЙ ОГЛЯД ПЕЛОЇДОПРЕПАРАТІВ НА СУЧАСНОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ	
О. Ф. Кучмістова, В. О. Кучмістов, Є. В. Коноваленко.....	89
ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРНО-МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ГЕЛЯ	
Н. А. Козико, Акбар Худайберганов, И. В. Миргородская.....	90
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МНОГОФАКТОРНОГО АНАЛИЗА В РАЗРАБОТКЕ СОСТАВА ТВЕРДЫХ ЖЕЛАТИНОВЫХ КАПСУЛ	
Н. А. Козико, П. Ю. Василюк, Н. Б. Еременко, В. В. Еременко.....	91
ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИМ МАЙНОМ ВІЙСЬКОВОГО МОБІЛЬНОГО ГОСПІТАЛЮ У СУЧАСНИХ УМОВАХ	
Н. В. Базунова, О. В. Белозьорова, О. М. Фіонов, В. В. Коротченко, С. В. Нестеровська, Ю. П. Криваченко.....	92
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРАНСФОРМАЦІЇ ОСОБИСТІСНО- ПРОФЕСІЙНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ КОМБАТАНТІВ ДО МИРНИХ УМОВ ЖИТТЯ	
Н. В. Гончаренко.....	94
<b>ВІЙСЬКОВА ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА</b>	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ПНЕВМОНІЮ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
К. І. Гордійчук, А. А. Воронко.....	95
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА СХОДІ УКРАЇНИ	
Є. Г. Прудінник, В. В. Стеблюк.....	96
СТРУКТУРА ГОСТРИХ РОЗЛАДІВ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	
Ю. В. Дякевич, В. В. Стеблюк.....	97

АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРОВЕДЕННЯ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШКТ НА ПЕРВИННОМУ ТА ВТОРИННОМУ РІВНЯХ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ С. В. Шишканов, Т. В. Куц.....	99
ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШКТ НА ПЕРВИННОМУ ТА ВТОРИННОМУ РІВНЯХ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ С. В. Шишканов, Т. В. Куц, С. В. Латищенко.....	100
ГОСПІТАЛЬНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ХВОРОБИ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ К. О. Черниченко, О. М. Ткаленко.....	102
ОСНОВНІ КЛІНІКО-ГЕМАТОЛОГІЧНІ СИНДРОМИ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ Т. О. Павлик, О. М. Ткаленко.....	103
САМООЦІНКА СЛУХАЧАМИ УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ СТАВЛЕННЯ ДО ВИКОНАННЯ ВИМОГ ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ І. О. Процик, Г. З. Мороз.....	104
ОЦІНКА СТАДІЇ ГОТОВНОСТІ СЛУХАЧІВ УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ ДО ЗМІН ОКРЕМИХ СКЛАДОВИХ МОДЕЛІ ПОВЕДІНКИ І. О. Процик, Г. З. Мороз.....	105
ВИКОРИСТАННЯ СЕЧОГІННИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ НА ЕТАПІ ВТОРИННОЇ ДОПОМОГИ Ю. М. Петришин, Г. З. Мороз.....	106
ВИКОРИСТАННЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРІВ В ЛІКУВАННІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ХВОРИХ НА ШЕМИЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, НА ЕТАПІ ВТОРИННОЇ ДОПОМОГИ Н. І. Бондар, Г. З. Мороз.....	107
АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ СУДИН НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ Л. М. Федотова, Н. М. Сидорова.....	108
АНТИТРОМБОЦИТАРНА ТЕРАПІЯ У КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ ЗАКЛАДІВ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ: РЕЗУЛЬТАТИ ОСЛІДЖЕННЯ Л. М. Федотова, Н. М. Сидорова.....	109
КОРЕКЦІЯ ІМУННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ І СТУПЕНЮ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРЕПАРАТА ПРОПЕС В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ТРИХОМОНАДНОЮ ІНВІЗИЄЮ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ П. В. Федорич, А. М. Сушко.....	111
ЛІКУВАННЯ ПРОТОЗОЙНИХ ІНВАЗІЙ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ, ВИКЛИКАНИХ PENTATRICHOMONAS HUMANUS, TRICHOMONAS TENAX ТА GIARDIA LAMBLIA П. В. Федорич, К. В. Боракова.....	111
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА СЕЧОСТАТЕВИЙ ТРИХОМОНОЗ П. В. Федорич, Гусейнзаде Кізі Нубар.....	112
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА БАЗАЛЬНОКЛІТИННИЙ РАК ШКІРИ У 2016–2019 РОКАХ П. В. Федорич, В. В. Піхотинська, С. П. Остапенко.....	112
ОБґРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ СПРАМІЦИНУ ЯК ПРЕПАРАТУ ВИБОРУ ДЛЯ ЕРАДИКАЦІЇ МІКРОФЛОРИ, АСОЦІЙОВАНОЇ З БАКТЕРІАЛЬНИМ ВАГІНОЗОМ П. В. Федорич, К. О. Стольнікович, В. М. Кісілевський.....	113
СУЧАСНИЙ СТАН ПЕРВИННОЇ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В. А. Долгова, Н. В. Галан.....	114
СУЧАСНИЙ СТАН ГОСПІТАЛЬНОЇ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ О. В. Похилько, Н. В. Галан.....	115

СУЧАСНИЙ СТАН ПЕРВИННОЇ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ	
О. О. Костюк, Н. В. Галан.....	116
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИЧНОЇ ТАКТИКИ У ПОРАНЕНИХ З УШКОДЖЕННЯМИ СЕЧОВОГО МІХУРА	
Ю. С. Линник-Верхотурцева, П. П. Форостяний.....	117
ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ГЕРХ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ МОЛОДОГО ВІКУ	
І. В. Рудик.....	118
ЗАХВОРЮВАННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ У УЧАСНИКІВ АТО/ООС, ЩО РОЗВИНУЛИСЯ НА ФОНІ БОЙОВОЇ ТРАВМИ	
О. В. Селюк.....	119
ОСОБЛИВОСТІ ГОСПІТАЛЬНОЇ ДЕРМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
А. Г. Бельма.....	120
МІСЦЕ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ХВОРОБИ КРОВІ В СТРУКТУРІ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЗА ВСІМА КЛАСАМИ ХВОРОБ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
Т. А. Шаблій, А. А. Воронко.....	121
ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ПЕРВИННОЇ ГЕМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
Т. А. Шаблій, А. А. Воронко.....	122
ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ СТРУКТУРИ ПЕРВИННОЇ ГЕМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
Т. А. Шаблій, А. А. Воронко.....	124
МІСЦЕ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ХВОРОБИ КРОВІ В СТРУКТУРІ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЗА ВСІМА КЛАСАМИ ХВОРОБ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
О. В. Царик, А. А. Воронко.....	126
ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ПЕРВИННОЇ ГЕМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
О. В. Царик, А. А. Воронко.....	127
ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ СТРУКТУРИ ПЕРВИННОЇ ГЕМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
О. В. Царик, А. А. Воронко.....	128
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ХВОРОБИ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
В. С. Протас, А. А. Воронко.....	130
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
В. С. Протас, А. А. Воронко.....	131
ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ПЕРВИННОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
В. С. Протас, А. А. Воронко.....	132
ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ СТРУКТУРИ ПЕРВИННОЇ ГЕМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
В. С. Протас, А. А. Воронко.....	133
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННИХ ЗВЕРНЕНЬ І ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ЗА ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА	

СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
Я. К. Онохіна, А. А. Воронко.....	135
ОСОБЛИВОСТІ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ, ЗВІЛЬНЕННЯ З ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ЗА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я І ЛЕТАЛЬНОСТІ ЗА ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
Я. К. Онохіна, А. А. Воронко.....	136
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННИХ ЗВЕРНЕНЬ І ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ЗА ХВОРОБ ШКІРИ І ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
Л. П. Гибало-Тарасюк, А. А. Воронко.....	138
ОСОБЛИВОСТІ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ, ЗВІЛЬНЕННЯ З ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ЗА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я І ЛЕТАЛЬНОСТІ ЗА ХВОРОБ ШКІРИ І ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
Л. П. Гибало-Тарасюк, А. А. Воронко.....	139
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА ХВОРОБИ ШКІРИ ТА ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
В. О. Демченко, А. А. Воронко.....	141
АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ПНЕВМОНІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
А. Я. Рубан, А. А. Воронко.....	142
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ПНЕВМОНІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
А. Я. Рубан, А. А. Воронко.....	143
ОСОБЛИВОСТІ ГОСПІТАЛЬНОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ (результати дослідження)	
О. О. Миць, А. А. Воронко.....	144
АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ, ГОСПІТАЛІЗОВАНИМ ДО ВІЙСЬКОВИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ: ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ	
В. Р. Сень, Н. М. Сидорова.....	145
ЯКІСТЬ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ, ГОСПІТАЛІЗОВАНИМ ДО ВІЙСЬКОВИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ: РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
В. Р. Сень, Н. М. Сидорова.....	146
КЛІНІЧНІ СИНДРОМИ ТАЛАМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ: РЕЗУЛЬТАТИ ПРОСПЕКТИВНОГО КЛІНІЧНОГО КОГОРТНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	
О. Є. Фартушна, С. М. Віничук, М. М. Прокопів.....	148
МЕНТАЛЬНІ НАСЛІДКИ ЛЕГКОГО ТРАВМАТИЧНОГО УРАЖЕННЯ МОЗКУ	
Є. В. Метелиця, В. В. Стеблюк.....	149
СУЧАСНИЙ СТАН ПЕРВИННОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ	
І. В. Шуневич.....	151
ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНЬ І ПОШКОДЖЕНЬ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ	
М. П. Михалік, А. І. Гаврецький.....	155
ПОРЯДОК ЗБОРУ, ЗБЕРІГАННЯ ТА УТИЛІЗАЦІЇ ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ТА НЕМЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19	
О. М. Шемчук, Д. М. Сокирко.....	153
<b>ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ</b>	
ШЛЯХИ ЗАСТОСУВАННЯ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ПІД ЧАС БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ВІЙСЬКОВИХ ЛІКАРІВ	
О.В. Рудинський, Н.Д. Козак, С.М. Чуста.....	155

Формат 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Папір офс. № 1. Гарн. Таймс. Друк RISO. Ум. друк. арк. 9,53.

Тираж 100 пр.

Зам. №16 від 25.05.2020.

Віддрук. в редакційно-видавничому відділі Української військово-медичної академії  
Київ, вул. Московська, 45/1, корп. 33.

