

вищі психофізіологічні функції, такі як логічність мислення, концентрація уваги, здатність до узагальнення й абстрагування, вміння виділяти суттєві ознаки, що характеризують здатність до аналітико-синтетичної розумової діяльності, досягли вихідного рівня при використанні пропофолу, а при застосуванні пропофолу у першій групі окремі з них залишалися нижче від доопераційного рівня. **Висновки.** На частоту розвитку післяопераційних когнітивних розладів вірогідно впливає адекватність анестезіологічного забезпечення. Інтраопераційний захист анестезіологічного забезпечення в групах був адекватний. При збалансованій внутрішньовенній анестезії з використанням пропофолу і поєднаної інгаляційної анестезії в післяопераційному періоді відзначається зниження когнітивної функції, меншою мірою — в другій групі із застосуванням поєднаної інгаляційної анестезії.

УДК 616.381-002-08

Кришевський Ю.П.<sup>1</sup>, Горошко В.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», м. Київ, Україна

### Мікробіологічна структура у хворих із пораненнями черевної порожнини

Під час проведення Операції об'єднаних сил в Україні значний відсоток припадає на поранення черевної порожнини, що становить від 5 до 9 %. Летальність після таких поранень — близько 65 %, що обумовлено ускладненнями, значна частка яких припадає на інфекційні. Некоректно призначена антибактеріальна терапія може стати причиною до 20 % летальних випадків. Проте, за умови вчасно виконаної хірургічної санації та призначення антибактеріальної терапії згідно з мікробіологічними дослідженнями або застосуванням тактики «на випередження» цей відсоток можливо знизити. У відділенні реанімації та інтенсивної терапії (для хірургічних хворих) вивчалася видова структура мікроорганізмів у хворих із пораненнями черевної порожнини, отриманими внаслідок бойових дій. Близько 90 % таких поранень отримано внаслідок мінно-вибухової травми. У виділеннях з рани черевної порожнини переважали грамнегативні палички — 70 % над грампозитивними коками — 25 % та виявлено 5 % випадків грибів роду *Candida*. З крові виділено 31 % грамнегативних паличок, 54 % грампозитивних коків, 15 % грибів. У посівах мокроти 66 % грамнегативних паличок, 20 % грампозитивних коків, 14 % грибів. Із сечі виділено 71 % грамнегативних паличок, 23 % грампозитивних коків та 6 % грибів роду *Candida*. Таким чином, загалом у хворих із пораненнями черевної порожнини пере-

важає грамнегативна флора над грампозитивною, слід також зважати на наявність збудників грибів роду *Candida* під час підбору препаратів для антибактеріальної терапії.

УДК 616-001.3-005.1-085

Криштафор Д.А., Клігуненко Е.Н.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр, Украина

### Структура гражданской и боевой политравмы в стационаре III уровня

**Цель:** провести сравнительный анализ структуры гражданской и боевой политравмы в стационаре III уровня. **Материалы и методы.** Обследовано 79 пострадавших с гражданской политравмой и 65 раненых из зоны АТО, поступивших в КУ «ДОКБ им. И.И. Мечникова» в 2010–2018 гг. Исследовались тяжесть травмы по Injury Severity Score (ISS) и объем кровопотери по формуле Moore. **Результаты.** Объем кровопотери составлял  $37,1 \pm 2,2$  % ОЦК при мирной политравме и  $39,7 \pm 2,3$  % — при боевой, тяжесть травмы, соответственно, —  $26,8 \pm 2,0$  балла и  $27,1 \pm 3,1$  балла по ISS ( $p > 0,05$ ). При гражданской политравме достоверно чаще встречались ЧМТ и торакоабдоминальные травмы, при боевой — травмы мягких тканей (табл. 1). Частота травм конечностей была аналогичной в обеих группах, что можно объяснить как разницей в механизмах травмы, так и использованием военными средств индивидуальной защиты. Среднее время от момента травмы до поступления в ОКБМ составляло  $4,4 \pm 1,3$  часа при гражданской политравме и  $14,9 \pm 1,9$  часа — при боевой травме ( $p < 0,001$ ). Задержки в эвакуации и оказании помощи могли приводить к тому, что раненые из зоны АТО с тяжелыми травмами головы, грудной клетки и живота погибали на ранних этапах эвакуации.

Таблица 1. Распределение больных по структуре травмы

Категория больных	ЧМТ	Травма грудной клетки	Травма живота	Травма конечностей	Травма мягких тканей
Гражданская политравма (n = 79)	84,8 % (67)	63,3 % (50)	65,8 % (52)	81,0 % (64)	49,4 % (39)
Боевая травма (n = 65)	44,6 % (29)*	46,2 % (30)*	43,1 % (28)*	83,1 % (54)	67,7 % (44)*
Итого	96	80	80	118	83

Примечание: \* —  $p < 0,05$  между группами по критерию  $\chi^2$ .

**Выводы.** При аналогичной тяжести поврежденной структура гражданской и боевой политравмы достоверно различается на этапе высокоспециализированной медицинской помощи.