

УДК 614.2:355.5(477)

Бадюк М.І., Хитрий Г.П., Хухлей В.О.,  
Жупан Б.Б.Українська військово-медична академія,  
м. Київ, Україна

### Невідкладні стани військовослужбовців Збройних сил України в сучасних умовах

**Вступ.** Адаптація нормативно-правових актів України у сфері національної безпеки до євроатлантичних норм і стандартів на сьогодні висуває нові вимоги до медичного забезпечення Збройних сил України. За даними фахівців, поширеність захворювань серед мобілізованих військовослужбовців та військовослужбовців за контрактом останніми роками збільшилась на 43,7 %, підвищились показники госпіталізації, працевтрат і звільнень через хвороби. Разом із тим у наявних літературних джерелах відсутні відомості щодо структури невідкладних станів при захворюваннях і бойових травмах, що супроводжуються у військовослужбовців тяжким перебігом та низкою ускладнень. **Мета:** дослідження структури невідкладних станів військовослужбовців у сучасних умовах та висвітлення необхідності розробки і застосування адаптованих алгоритмів та протоколів надання медичної допомоги й лікування. **Матеріали та методи.** Проведено аналіз структури та характеру невідкладних станів сучасної бойової патології і захворювань у військовослужбовців, які знаходились на лікуванні у Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» за період з 1 травня 2014 року по 2017 рік включно і перебували у тяжкому і вкрай тяжкому станах ( $n = 544$ ). Методами дослідження обрано статистичний, бібліографічний, проспективний та ретроспективний аналізи. **Результати.** За результатами аналізу тяжкості станів військовослужбовців встановлено основні невідкладні стани, що вимагали надання медичної допомоги за сучасними алгоритмами і стандартами. Перше місце в структурі тяжких і вкрай тяжких станів військовослужбовців займає клас XIX — травми та отруєння. Найбільш тяжкими нозологічними станами цього класу виявлено групу поєднаних поранень і травматичних ушкоджень голови і головного мозку — 27,3 %, на другому місці — травми органів черевної порожнини (18,2 %) і на третьому — травми грудної клітки і ребер (12,9 %). Частота тяжких та вкрай тяжких станів при хворобах органів дихання займає друге місце, а серед цього класу найбільш тяжкі стани викликають пневмонії — 75,9 %. Серед тяжких і вкрай тяжких станів, викликаних хворобами системи кровообігу, виявлено інсульти — 40,1 %, інфаркти міокарда — 30,1 % та гіпертензивну хворобу — 12,5 %. **Висновки.** В умовах збройного конфлікту основними класами, нозологічні форми яких супроводжуються тяжкими і вкрай тяжкими станами, є: клас XIX — травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (48,5 %), клас

X — хвороби органів дихання (12,1 %), клас IX — хвороби системи кровообігу (7,4 %). Основні нозологічні форми бойових травм військовослужбовців, при яких формуються невідкладні стани, є: поранення і травматичні ушкодження голови і головного мозку (27,3 %), травми органів черевної порожнини (18,2 %), травми грудної клітки і ребер (12,9 %) тощо.

УДК 616.381-072.1-089.5:612-073.7-053.9

Белих О.В., Георгіянц М.А.

Харківська медична академія післядипломної  
освіти, м. Харків, Україна

### Моніторинг глибини анестезії Sedline при проведенні лапароскопічної холецистектомії у пацієнтів похилого та старечого віку

**Вступ.** Останніми роками питання безпеки анестезії є одним із найбільш обговорюваних. З метою підвищення безпеки анестезії є доцільним здійснення моніторингу глибини анестезії. На сьогодні існує декілька видів моніторів глибини анестезії на основі аналізу електрокардіографії (ЕЕГ) (BIS, AEP, NARCOTREND, ентропія, PSI та ін.). Платформа Massimo Root з функцією моніторингу глибини анестезії Sedline працює на основі розрахунку PSI (Patient State Index). Цей показник розраховується за допомогою запатентованого аналізу чотирьохканальної ЕЕГ. **Мета:** оцінити ефективність та безпеку проведення анестезіологічного забезпечення з визначенням PSI у пацієнтів похилого та старечого віку при лапароскопічній холецистектомії (ЛХЕ). **Матеріали та методи.** В дослідження включено 30 пацієнтів (середній вік —  $70,5 \pm 6,1$  року), прооперованих з приводу жовчнокам'яної хвороби. Середня тривалість операції —  $55,1 \pm 9,8$  хв. Пацієнти розподілені на 2 групи: I ( $n = 15$ ) — інгаляційна анестезія на основі севофлурану (2–3 об.%) зі штучною вентиляцією легень (ШВЛ), II ( $n = 15$ ) — тотальна внутрішньовенна анестезія на основі пропофолу (2 мг/кг/год) зі ШВЛ. В обох групах: анальгезія — фентаніл (1 мкг/кг/год), релаксація — атракуріум. Глибина анестезії контролювалась за допомогою монітора Massimo Root на підставі розрахунку PSI. PSI відображається як числове значення в діапазоні від 0 до 100. Моніторинг показників гемодинаміки (PS, AT, SAT, CI) здійснювався за допомогою монітора Vismo. **Результати.** За показниками гемодинаміки хворі між групами не відрізнялись. За даними моніторингу, значення PSI між групами суттєво не відрізнялись: до премедикації —  $99,0 \pm 0,6$  vs  $99,0 \pm 0,6$ , після премедикації —  $79,0 \pm 2,0$  vs  $79,5 \pm 3,0$ , на момент інтубації —  $39,0 \pm 4,0$  vs  $39,0 \pm 5,0$ , на початок операції —  $33,5 \pm 4,5$  vs  $33,5 \pm 4,0$ , екстубація —  $87,5 \pm 3,0$  vs  $89,0 \pm 3,0$  ( $p > 0,05$ ). Деяко відрізнялися показники при накладанні карбоксиперитонеуму —  $48,0 \pm 2,0$  vs  $39,0 \pm 4,0$  ( $p < 0,05$ ) та на етапі закінчення операції —  $40,0 \pm 3,0$  vs  $48,1 \pm 2,2$ , але не виходили за рекомендовані межі (25–