

УДК 616.12-008.331.1

А.І. Буженко¹, А.А. Воронко¹, Г.З. Мороз¹, Р.В. Шевчук², М.В. Ганоль²

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА ПРИДАТНІСТЬ ДО ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ЧОЛОВІКІВ МОБІЛІЗАЦІЙНОГО ВІКУ

¹Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна²Центральна військово-лікарська комісія МО України, м. Київ, Україна

Мета – проаналізувати структуру придатності до військової служби мобілізованих чоловіків; визначити вплив артеріальної гіпертензії на придатність до військової служби.

Матеріали та методи. У роботі проаналізовано звіти Центральної військово-лікарської комісії Міністерства оборони України щодо визначення придатності до військової служби мобілізованих чоловіків.

Результати. Визначено структуру придатності до військової служби мобілізованих чоловіків. Встановлено вплив артеріальної гіпертензії на придатність до військової служби. Обґрунтовано доцільність урахування коморбідності артеріальної гіпертензії при визначенні придатності до військової служби.

Висновки. У структурі непридатності до військової служби мобілізованих чоловіків хвороби системи кровообігу посіли провідне місце. На долю гіпертензії припав найбільший відсоток у цій структурі. Кількість визнаних придатними до військової служби зменшилась, а число визнаних непридатними до військової служби збільшилось протягом 3, 4 і 5-ї хвилі мобілізації. Коморбідність артеріальної гіпертензії слід ураховувати при визначенні придатності до військової служби, аналогічно стратифікації ризику для оцінки її прогнозу.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, коморбідність, військовослужбовці, придатність до військової служби.

Вступ

За офіційними даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, у 2013 р. найбільш поширеними серед населення працездатного віку були хвороби системи кровообігу (24,3%), хвороби органів дихання (17,7%), хвороби органів травлення (10,8%), хвороби сечостатевої (7,9%) і кістково-м'язової (5,5%) систем, ендокринні хвороби (5,0%), хвороби ока та його придаткового апарату (4,8%), інші нозології – 24,0% [6].

Чоловіки мобілізаційного віку (до 60 років) є мобілізаційним потенціалом захисту Батьківщини [4]. Важливою складовою системи національної безпеки є охорона та зміцнення здоров'я населення мобілізаційного віку і військовослужбовців [11]. Актуальність питань, які стосуються стану здоров'я чоловіків мобілізаційного віку та можливості їхнього залучення до військової служби, сьогодні загострилася як ніколи [14].

Медичний відбір на військову службу чоловіків у випадку оголошення мобілізації, збереження життя й здоров'я військовослужбовців через досягнення максимальної ефективності їх медичного забезпечення – проблеми не лише військової системи охорони здоров'я. Для об'єднання зусиль медичних служб військових формувань і системи охорони здоров'я цивільного населення в Міністерстві оборони (МО) України опрацьовано проект Воєнно-медичної доктрини України, який пройшов погодження у визначених центральних органах виконавчої влади України і правову експертизу в Міністерстві юстиції України та встановленим порядком

направлено на затвердження до Адміністрації Президента України. Прийняття та затвердження Воєнно-медичної доктрини України стане основою побудови системи воєнної охорони здоров'я та базовим програмним документом для реформування і розвитку медичних служб військових формувань та цивільної охорони здоров'я в межах формування єдиного медичного простору [2].

Артеріальна гіпертензія (АГ) посіла перше місце в структурі поширеності хвороб системи кровообігу та стала основною причиною звільнення військовослужбовців із військової служби за медичними показаннями [1].

Усе це обумовило актуальність обраного напрямку дослідження та визначило його мету й завдання.

Мета роботи – провести комплексний аналіз структури придатності до військової служби мобілізованих чоловіків; визначити вплив АГ на придатність до військової служби.

Матеріали та методи

Проведено аналіз звітів Центральної військово-лікарської комісії (ЦВЛК) МО України (форма 4 / МЕД) щодо визначення придатності до військової служби мобілізованих у ході 1–5-ї хвилі мобілізації чоловіків. Електронні таблиці Excel 2003 for Windows використано як структуру баз даних для накопичення, зберігання та аналізу інформації. Статистичний аналіз попарних порівнянь відносних величин здійснено за допомогою непараметричного статистичного методу «імовірнісний калькулятор (Probability calculator) підмодуля «Інші критерії значимості» модуля «Основні статистики/

таблиці» («Basic statistics / Tables») стандартного статистичного пакету STATISTICA 6.1 for Windows компанії StatSoft Inc. (США). Для уникнення проблеми множинних порівнянь використано поправку Бонферроні. Статистично значущими (достовірними) визначено відмінності порівнюваних величин при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

При перших двох хвилях мобілізації медичний огляд чоловіків при призові на військову службу взагалі не проводився, а при третій мобілізації він здійснювався не в повному обсязі. Це призвело до того, що за мобілізацією у 2014 р. призвано 1266 осіб, захворювання яких не пов'язані з проходженням військової служби. У

подальшому з них 130 осіб визнано непридатними до військової служби з виключенням з військового обліку, а 581 особу – непридатною до військової служби в мирний час, обмежено придатною у воєнний час (табл.).

Дані таблиці засвідчили, що в структурі непридатності до військової служби мобілізованих без медичного огляду чоловіків хвороби системи кровообігу (ХСК) посіли провідне місце: перше рейтингове місце серед визнаних непридатними до військової служби з виключенням із військового обліку (27%) і друге рейтингове – серед визнаних непридатними до військової служби в мирний час, обмежено придатними у воєнний час (17,4%). При цьому на долю АГ припав найбільший відсоток у структурі хвороб системи кровообігу (24,9–28,7%).

Таблиця

Розподіл захворювань чоловіків, призваних по мобілізації у 2014 р. і визнаних непридатними до військової служби

Захворювання	Непридатні з виключенням із військового обліку, абс. / %	Непридатні в мирний час, обмежено придатні у воєнний час, абс. / %
Хвороби системи кровообігу	35 / 27,0	101 / 17,4
Хвороби нервової системи	16 / 12,3	231 / 39,8
Хвороби ока та його додаткового апарату	15 / 11,5	46 / 7,9
ВІЛ	15 / 11,5	0 / 0
Розлади психіки та поведінки	11 / 8,5	46 / 7,9
Туберкульоз	0 / 0	25 / 4,3
Інші	38 / 29,2	132 / 22,7
Усього	130 / 100	581 / 100

Під час третьої хвилі мобілізації 108 784 особи оглянуто військово-лікарськими комісіями військових комісаріатів. Серед них 54 901 (49%) особу визнано придатною до військової служби; 6018 (6%) осіб – тимчасово непридатними до військової служби; 5007 (5%) осіб – обмежено придатними до військової служби; 22 555 (21%) осіб – непридатними до військової служби в мирний час, обмежено придатними у воєнний час; 2245 (2%) осіб – непридатними з виключенням із військового обліку; 18 058 (17%) осіб направлено на додаткове обстеження.

Під час четвертої хвилі мобілізації 183 182 особи оглянуто військово-лікарськими комісіями військових комісаріатів. Серед них 67 665 (37%) осіб визнано придатними до військової служби; 13 708 (7%) осіб – тимчасово непридатними до військової служби; 19 632 (11%) особи – обмежено придатними до військової служби; 47 958 (26%) осіб – непридатними до військової служби в мирний час, обмежено придатними у воєнний час; 5278 (3%) осіб – непридатними з виключенням із військового обліку; 28 941 (16%) особу – направлено на додаткове обстеження.

Під час п'ятої хвилі мобілізації 84 499 осіб оглянуто військово-лікарськими комісіями військових комісаріатів. Серед них 26 881 (32%) особу визнано придатною до військової служби; 6978 (8%) осіб – тимчасово непридатними до військової служби; 10 999 (13%) осіб – обмежено придатними до військової служби; 21 962 (26%) особи – непридатними до військової служби в мирний час, обмежено придатними у воєнний час; 2227 (3%) осіб – непридатними з виключенням із військового обліку; 15 452 (18%) особи направлено на додаткове обстеження.

Порівняння динаміки визнання мобілізованих чоловіків придатними і непридатними до військової служби протягом 3–5-ї хвилі мобілізації виявлено такі особливості (рис.): кількість визнаних придатними до військової служби зменшилася з 49% до 37% і 32% відповідно ($p < 0,05$ в усіх випадках); число визнаних непридатними до військової служби в мирний час, обмежено придатними в воєнний час збільшилося з 21% до 26% і 26%; кількість визнаних непридатними з виключенням із військового обліку зростає з 2% до 3% і 3% відповідно ($p < 0,05$ в усіх випадках).

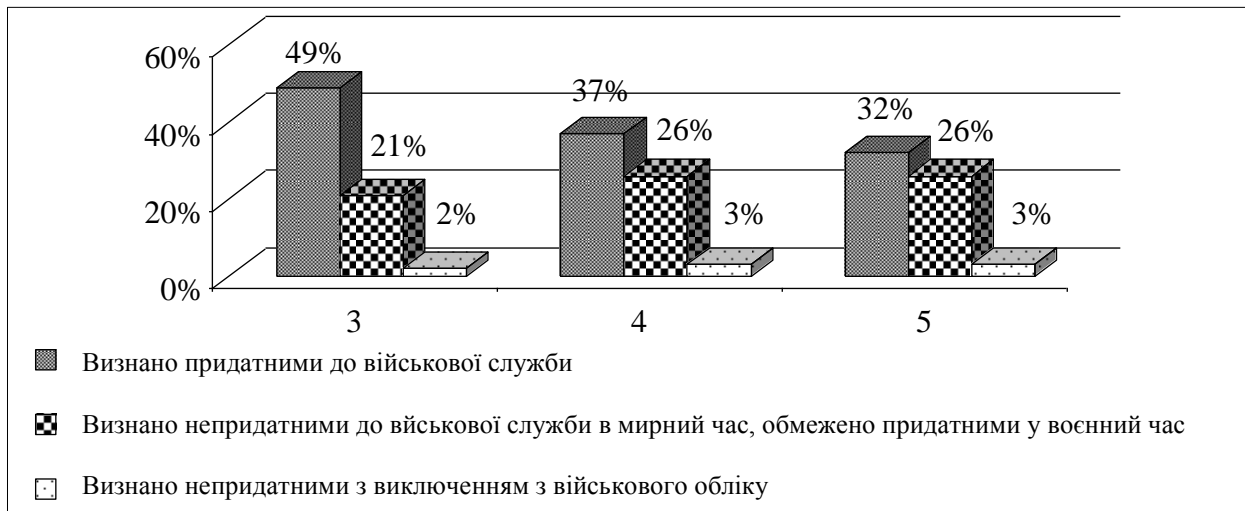


Рис. Динаміка визнання придатними і непридатними до військової служби мобілізованих чоловіків протягом 3–5-ї хвилі мобілізації

У звітних документах ЦВЛК МО України (форма 4/МЕД) не враховано особливості перебігу АГ, зокрема, наявність коморбідної патології. А тому для вивчення цього питання доцільно в подальшому провести комплексний аналіз безпосередніх експертних висновків кожного мобілізованого військовослужбовця, звільненого за АГ (довідки, свідоцтва про хворобу військово-лікарських комісій).

При цьому в попередньому аналізі безпосередніх експертних висновків мобілізованих військовослужбовців, звільнених за АГ, виявлено, що найчастіше АГ у них асоціюється з наявністю надлишкової маси тіла та ожирінням різних ступенів, ішемічною хворобою серця (ІХС) з переважанням стабільної стенокардії напруги І–ІІ функціональних класів (ФК), атеросклерозом судин головного мозку без і з ознаками дисциркуляторної енцефалопатії, облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок та порушеннями ліпідного й вуглеводного обміну, зокрема з цукровим діабетом (ЦД) типу 2.

У керівному документі з військово-лікарської експертизи – наказі Міністра оборони України від 04.01.1994 р. № 2 «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд у Збройних Силах України» [7] – враховано коморбідність при винесенні експертного висновку щодо придатності до військової служби.

Зокрема, п. 256 Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд у Збройних Силах України, затвердженого наказом Міністра оборони України від 04.01.1994 р. № 2 [7], встановлено, що якщо у військовослужбовця або військовозобов'язаного виявлено декілька захворювань, які окремо не досягають ступеня вираження, передбаченого Розкладом хвороб, а в сукупності зумовлюють фактичну обмежену придатність, непридатність до військової служби в мирний час або зі зняттям із військового обліку, військово-лікарська комісія приймає відповідну постанову за сукупністю

захворювань. При цьому в порядку індивідуальної оцінки необхідно враховувати взаємний зв'язок захворювань та їх вплив на виконання службових обов'язків, перебіг захворювань, вік тих, хто пройшов медичний огляд, тощо. Проте цей п. 256 Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд у Збройних Силах України виключено з Положення наказом Міністра оборони України від 29.11.2006 р. № 684 «Про затвердження Змін до Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд у Збройних Силах України» [8]. У новому чинному наказі Міністра оборони України з військово-лікарської експертизи виключено пункт про коморбідність і поліморбідність при винесенні експертного висновку щодо придатності до військової служби [9].

На наш погляд, неврахування коморбідності і поліморбідності при винесенні експертного висновку щодо придатності до військової служби є помилковим. У найбільш досвідчених військовослужбовців (вікова група понад 40 років) АГ часто поєднується з ІХС, надлишковою масою тіла та ожирінням і порушеннями ліпідного та вуглеводного обміну, зокрема з ЦД типу 2 [1].

Термін «коморбідність» (comorbidity) використовується для визначення одночасного ураження двох органів або систем організму, або наявності двох захворювань, при наявності трьох і більше захворювань застосовуються терміни «поліморбідність», «мультиморбідність» (multimorbidity) [15, 16].

Коморбідні захворювання та стани можна умовно розподілити на чотири групи [5]: каузальні (причинні) – у випадку наявності двох або більше захворювань з єдиним механізмом розвитку; ускладнення основного захворювання; конкурентні – захворювання, що не пов'язані між собою; інтеркурентні – коли на фоні захворювання з хронічним перебігом виникає гостре захворювання.

Отже, поліморбідність включає як випадкову комбінацію в одного пацієнта різних за етіологією та

патогенезом захворювань, так і нозологічну синтропію, тобто розвиток закономірно зумовлених (детермінованих) комбінацій хвороб. Синтропія визначається як «...вид поліпатій, коли хвороби своєрідно «тягнуться» одна за одною, прагнуть поєднатися або готують ґрунт одна для одної» [15].

Основна причина поліморбідності в людей вікової групи понад 40 років – атеросклероз. Атеросклероз судин призводить до розвитку поліморбідності за патогенетичним принципом: ІХС, дисциркуляторної атеросклеротичної енцефалопатії, АГ, атеросклерозу судин нижніх кінцівок, атеросклерозу мезентеріальних судин, ішемії кишечника тощо [5].

Кількість захворювань має пряму кореляцію з віком [5]: у дорослого пацієнта віком до 20 років діагностується в середньому 2,8 одночасно існуючих захворювань, у віці 21–40 років – 2,9, в інтервалі 41–60 років – 4,5, у віці від 60 років – 5,8 захворювань. Актуальність проблеми поліморбідності терапевтичних хворих зумовлена в тому числі тенденцією до омолодження і збільшення випадків хронізації захворювань, підвищення впливу негативних чинників довкілля, котрими можуть виступати труднощі й повневір'яння військової служби [3].

Проте окремі принципи коморбідності в сучасному керівному документі з військово-лікарської експертизи є. Так, у статті 39 додатку 1 до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України (Розкладу хвороб, станів та фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби) визначено, що до п. «а», що встановлює непридатність до військової служби з виключенням з військового обліку, відноситься гіпертонічна хвороба (ГХ) III стадії. Але в статті 39 додатку 2 до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України (Пояснень щодо застосування статей Розкладу хвороб, станів та фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби) одночасно зазначено щодо п. «а», окрім ГХ III стадії, відноситься поєднання симптоматичної АГ будь-якого ступеня з асоційованими клінічними станами. При цьому під асоційованими клінічними станами зазначені: інфаркт міокарда, коронарна реваскуляризація; серцева недостатність (СН) ІА–ІІІ ст.; інсульт, транзиторна ішемічна атака, гостра гіпертензивна енцефалопатія, хронічна гіпертензивна енцефалопатія III стадії, судинна деменція; крововиливи та ексудати в сітківці з набряком диска зорового нерва або без нього; ниркова недостатність з концентрацією креатиніну в плазмі в чоловіків понад 133 мкмоль/л; протеїнурія вище 300 мг/добу; розшаровуюча аневризма аорти; симптоматичне ураження периферичних судин [9].

Крім того, статті 40 додатку 1 до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України (Розкладу хвороб, станів та фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби) визначено, що до п. «а», який встановлює непридатність

до військової служби з виключенням з військового обліку, відноситься ІХС із СН ІІБ–ІІІ стадії. Але в статті 40 додатку 2 до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України (Пояснень щодо застосування статей Розкладу хвороб, станів та фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби) одночасно зазначено, що до п. «а», крім стенокардії напруги ФК ІІІ–ІV, відноситься стенокардія напруги ФК ІІ із СН ІА стадії [9].

Ми вважаємо, що наявність коморбідної патології в пацієнтів з АГ необхідно враховувати при визначенні придатності до військової служби, аналогічно стратифікації ризику для оцінки прогнозу у хворих з АГ [12, 13]. При цьому підхід має бути індивідуальним з урахуванням взаємного зв'язку захворювань та їх впливу на виконання службових обов'язків, перебігу захворювань, віку, факторів ризику та інших несприятливих чинників [10].

Висновки

У структурі непридатності до військової служби мобілізованих без медичного огляду чоловіків ХСК посіли перше рейтингове місце серед визнаних непридатними до військової служби з виключенням із військового обліку (27%) і друге рейтингове місце серед визнаних непридатними до військової служби в мирний час, обмежено придатними у воєнний час (17,4%). При цьому на долю АГ припав найбільший відсоток у структурі ХСК (24,9–28,7%).

Кількість визнаних придатними до військової служби зменшилась з 49% до 37% і 32% протягом 3, 4 і 5-ї хвили мобілізації відповідно ($p < 0,05$), а кількість визнаних непридатними до військової служби в мирний час, обмежено придатними в воєнний час і непридатними з виключенням із військового обліку збільшилась з 21% до 26% і 26% та з 2% до 3% і 3% протягом 3, 4 і 5-ї хвилю мобілізації відповідно ($p < 0,05$).

Наявність коморбідної патології у пацієнтів з АГ слід враховувати при визначенні придатності до військової служби, аналогічно стратифікації ризику для оцінки її прогнозу. При цьому підхід має бути індивідуальним з урахуванням взаємного зв'язку захворювань та їх впливу на виконання службових обов'язків, перебігу захворювань, віку, факторів ризику та інших несприятливих чинників.

Перспективи подальших досліджень

Доцільно в подальшому провести комплексний аналіз експертних висновків мобілізованих військовослужбовців з АГ, визнаних непридатними для військової служби (довідки, свідоцтва про хворобу військово-лікарських комісій), щодо визначення поширеності коморбідної патології та оптимізації лікування й профілактики.

Література

1. Бібік Т. А. Організація медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на артеріальну гіпертензію, в амбулаторних умовах на засадах доказової медицини : навчальний посібник / Т. А. Бібік, Г. З. Мороз, І. М. Ткачук. – Київ, 2011. – 95 с.
2. Верба А. В. Роль і місце військової медицини в єдиному медичному просторі України / А. В. Верба // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3 (спецвипуск). – С. 19–21.
3. Дрангой М. Г. Возрастные болезни / М. Г. Дрангой. – Москва, 2007. – 738 с.
4. Про військовий обов'язок і військову службу : Закон України від 25.03.1992 р. № 2232-ХІІ (зі змінами) // Відомості Верховної Ради України від 07.07.1992 р. – 1992. – № 27. – Ст. 385.
5. Лазебник Л. Б. Старение и полиморбидность / Л. Б. Лазебник // Справочник специалиста. – 2008. – № 2 (233). – С. 3–8.
6. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи : спеціалізоване видання / В. В. Лазоришинець, Н. О. Лісневська, Л. Я. Ковальчук [та ін.]. – Київ, 2014. – 608 с.
7. Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд у Збройних Силах України : наказ Міністра оборони України від 04.01.1994 р. № 2, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 29.07.1994 р. за № 177/386 (із змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0177-94/print1455731571888504>. – Назва з екрана.
8. Про затвердження Змін до Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд у Збройних Силах України : наказ Міністра оборони України від 29.11.2006 р. № 684, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 11.12.2006 р. за № 1 302/13 176 (із змінами) // Офіційний вісник України від 25.12.2006 р. – 2008. – № 89. – С. 232. – Ст. 3356, код акту 38 127/2006.
9. Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України : наказ Міністра оборони України від 14.08.2008 р. № 402, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 17.11.2008 р. за № 1 109/15 800 (із змінами) // Офіційний вісник України від 01.12.2008 р. – 2008. – № 89. – С. 76. – Ст. 2996, код акту 44 979/2008.
10. Патент 28063 U Україна, МПК А61В5/00, А61В5/02, А61В6/00, G01N33/483. Спосіб військово-лікарської експертизи військовослужбовців з артеріальною гіпертензією / Воронко А. А.; заявник і патентовласник А. А. Воронко (Україна). – u200707687; заявл. 09.07.2007; опубл. 26.11.2007, Бюл. «Промислова власність України». – 2007. – № 19.
11. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про військово-медичну доктрину України» : постанова Верховної Ради України від 25.11.2015 р. № 827–VIII // Відомості Верховної Ради України від 18.12.2015 р. – 2015. – № 51. – С. 2495. – Ст. 477.
12. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії : наказ МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120524_384.html. – Назва з екрана.
13. Уніфікований галузевий клінічний протокол медичної допомоги (першої лікарської, кваліфікованої, спеціалізованої та невідкладної) «Артеріальна гіпертензія» / Військово-медичний департамент Міністерства оборони України. – Київ: УВМА, 2014. – 96.
14. Щорічна доповідь Президентів України, Верховній Раді України про становище молоді в Україні «Стратегічні пріоритети молодіжної політики: освіта, зайнятість, житло (за підсумками 2013 року)» // Відомості Верховної Ради України від 28.03.2014 р. – 2014. – № 13. – С. 861. – Ст. 225.
15. Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine / D. Campbell-Scherer // Evid. Based Med. – 2010. – № 15. – P. 165–166.
16. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study / G. E. Caughey, E. N. Ramsay, A. I. Vitry [et al.] // J. Epidemiol. Community Health. – 2010. – № 64 (12). – P. 1036–1042.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.03.2016 р.

Артериальная гипертензия и пригодность к военной службе военнослужащих и мужчин мобилизационного возраста

*А.И. Буженко¹, А.А. Воронко¹,
Г.З. Мороз¹, Р.В. Шевчук², М.В. Ганоль²*
¹Украинская военно-медицинская академия,
г. Киев, Украина
²Центральная военно-врачебная комиссия
МО Украины, г. Киев, Украина

Цель – проанализировать структуру пригодности к военной службе мобилизованных мужчин, определить влияние артериальной гипертензии на пригодность к военной службе.

Материалы и методы. В работе проанализированы отчеты Центральной военно-врачебной комиссии Министерства обороны Украины относительно определения пригодности к военной службе мобилизованных мужчин.

Результаты. Определена структура пригодности к военной службе мобилизованных мужчин. Установлено влияние артериальной гипертензии на пригодность к военной службе. Обоснована целесообразность учета коморбидности артериальной гипертензии при определении пригодности к военной службе.

Выводы. В структуре непригодности к военной службе мобилизованных мужчин болезни системы кровообращения занимают ведущее место. На долю гипертензии приходится наибольший процент в этой структуре. Количество признанных годными к военной службе уменьшилось, а число признанных негодными к военной службе увеличилось в течение 3, 4 и 5-й волн мобилизации. Коморбидность артериальной гипертензии необходимо учитывать при определении пригодности к военной службе, аналогично стратификации риска для оценки её прогноза.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, коморбидность, военнослужащие, пригодность к военной службе.

Hypertension and determining fitness for military service of military contingent and mobilized men

*A.I. Buzhenko¹, A.A. Voronkov¹,
G.Z. Moroz¹, R.V. Shevchuk², M.V. Ganol²*
¹Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine
²The Central Military Medical Commission
of MD of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose – analysis of the structure of fitness for military service, mobilized men determine the effect of hypertension on fitness for military service.

Materials and methods. Analysis of the reports of the Central Military Commission of the Ministry of Defense medical Ukraine to determine fitness for military service, mobilized men.

Results. Determined the structure of fitness for military service men mobilized, installed effect of hypertension on fitness for military service. The expediency of hypertension comorbidity account when determining fitness for military service.

Conclusions. The structure of unfitness for military service men mobilized cardiovascular diseases occupy the top spot. The share of hypertension accounts for the largest percentage in the structure. Number of declared fit for military service has decreased and the number of declared unfit for military service increased for 3, 4 and 5 waves of mobilization. Comorbidity of hypertension should be considered when determining fitness for military service, similar risk stratification for the assessment of prognosis.

Key words: arterial hypertension, comorbidity, military personnel, fitness for military service.

Відомості про авторів

Буженко Алла Іванівна – викладач кафедри військової загальної практики – сімейної медицини Української військово-медичної академії; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04050, Україна.

Воронко Андрій Анатолійович – к.мед.н., доцент, полковник медичної служби, начальник кафедри військової загальної практики – сімейної медицини Української військово-медичної академії; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04050, Україна.

Мороз Галина Зотівна – д.мед.н., професор кафедри військової загальної практики – сімейної медицини Української військово-медичної академії; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04050, Україна.

Шевчук Роман Володимирович – полковник медичної служби, начальник Центральної військово-лікарської комісії Міністерства оборони України; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04050, Україна.

Ганоль Микола Васильович – підполковник медичної служби, начальник відділу експертизи комплектування Центральної військово-лікарської комісії Міністерства оборони України; вул. Госпітальна, 18, м. Київ, 01133, Україна.