

**Summary.** The article presents data from a study of primary disability officers and contract servicemen of the Armed Forces of Ukraine. Defined and analyzed the structure of the primary disability soldiers by age, sex, lifetime, nosological forms of disability causality, as well as the specific features of its formation.

**Keywords:** *military, primary disability, the structure of classes' diseases, disability groups, causal relationship.*

УДК 614.2

## НАДАННЯ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ ХВОНИМ НЕВРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ В ЦЕНТРАЛЬНОМУ ГОСПІТАЛІ ВМУ СБ УКРАЇНИ

**І.А. Лурін, О.В. Охонько, В.Л. Савицький, Д.Ю. Якімов, С.В. Погоріла,  
Н.М. Чміленко, О.А. Руденко**

**Резюме.** *Наведено досвід військово-медичної служби в організації кваліфікованої медичної допомоги в неврологічному відділенні госпіталю ВМУ СБ України. Представлені дані роботи відділення за останні 3 роки. Основне місце серед захворювань нервової системи посідають судинні захворювання головного мозку та неврологічні ускладнення остеохондрозу хребта. Проведено аналіз сучасних методів лікування найбільш поширених хвороб нервової системи: ГПМК та остеохондроз хребта. З аналізу захворюваності проведеного в статті можна зробити висновок про необхідність покращення проведення профілактичної роботи серед прикріпленого контингенту.*

**Ключові слова:** *неврологічна допомога, судинні захворювання головного мозку, остеохондроз, летальність.*

### *1. Актуальність питання*

В останні десятиріччя в Україні відмічається значне зростання поширеності цереброваскулярних захворювань та збільшення судинно-мозкової патології серед осіб працездатного віку. Протягом останніх 15 років ці показники зросли майже вдвічі. Цереброваскулярні захворювання є найбільш частою причиною інвалідизації дорослого населення країни.

Смертність від судинних захворювань головного мозку посідає друге місце у структурі загальної смертності населення України.

Сьогодні в країні існує гостра потреба в удосконаленні систем охорони здоров'я з точки зору розширення можливостей з надання якісної медичної допомоги всім, хто її потребує.

Органи охорони здоров'я проводять плідну роботу щодо розвитку мережі неврологічних відділень, денних стаціонарів, оснащення їх сучасною лікувально-діагностичною апаратурою і обладнанням. До цієї системи входять

також неврологічні відділення поліклінік, неврологічні бригади швидкої медичної допомоги, профільні санаторії. Виправдала себе організація неврологічних Центрів для хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу, розсіяним склерозом, паркінсонізмом, дитячим церебральним паралічем, епілепсією тощо. Впроваджується система поетапності лікування хворих, яка включає поліклініку, неврологічне відділення, санаторне лікування.

На сьогоднішній день, одним із таких сучасних медичних центрів є центральний госпіталь ВМУ СБ України, на базі якого функціонує неврологічне відділення.

Неврологічне відділення центрального госпіталю ВМУ СБ України є структурним підрозділом центрального госпіталю ВМУ СБ України, який забезпечує надання кваліфікованої стаціонарної медичної допомоги хворим неврологічного профілю, співробітникам, пенсіонерам СБ України та членам їх сімей, а також впроваджує в практику нові методи лікування неврологічних хвороб. Відділення розраховано на 36 ліжок (18% від загального госпітального фонду).

## 2. Основні завдання роботи неврологічного відділення:

надання допомоги хворим неврологічного профілю  
повноцінне клінічне обстеження, встановлення заключного діагнозу та спеціалізоване лікування цієї категорії хворих  
проведення військово-лікарської експертизи профільним хворим, що знаходяться на лікуванні в госпіталі  
консультативна та профілактична робота за спеціальністю в інших відділеннях госпіталю, надання практичної та методичної допомоги в організації лікувально-профілактичної роботи лікарям поліклініки.

В основі цієї роботи, перш за все, вирішальну роль виконує укомплектованість відділення кваліфікованими спеціалістами – лікарями, медсестрами, молодшими медсестрами.

У відділенні працюють два лікарі та начальник відділення. Усі лікарі атестовані на вищу кваліфікаційну категорію. Відділення укомплектоване середнім та молодшим медичним персоналом. З вищою кваліфікаційною категорією 4 медсестри, з першою - 2 медсестри, з другою – 1 медсестра.

У неврологічному відділенні на сучасному рівні надається медична допомога хворим з наступною патологією:

гострі порушення мозкового кровообігу (інсульти) в гострому та відновному періоді;

хронічна судинна недостатність головного мозку;

запаморочення різноманітного генезу;

остеохондроз хребта з больовими та радикулярними синдромами;

нейропатії та полінейропатії різноманітного генезу;

дем'єлінізуючі захворювання (розсіяний склероз та ін.);  
запальні захворювання нервової системи;  
первинні головні болі ( мігрень, головний біль напруження, кластерний головний біль, тощо);  
лицьові болі (нейропатії трійчастого, язиковоткового нерва та ін.);  
наслідки черепно-мозкових травм;  
вегетативні та нейроендокринні розлади;  
захворювання з переважним ураження екстрапірамідної системи (хвороба Паркінсона тощо);  
судомні напади, епілепсія;  
синкопальні стани;  
та інші захворювання нервової системи.

Госпіталізація хворих здійснюється через приймальне відділення центрального госпіталю. В залежності від способу доставки хворого та його стану госпіталізація буває: планова, екстрена, самозвернення.

Планова госпіталізація здійснюється за направлення фахівців центральної поліклініки та її філії в разі неефективного амбулаторного лікування. При плановій госпіталізації пацієнти направляються до профільних відділень госпіталю після проведення амбулаторного обстеження.

У неврологічному відділенні (на базі діагностичних відділень госпіталю) у відповідності з нозологічною формою захворювання проводиться повний комплекс діагностичних досліджень:

- загально клінічні аналізи крові та сечі, біохімічні, імунологічні, серологічні аналізи крові, загальний та біохімічний аналіз спинномозкової рідини;
- флюорографія органів грудної клітини, рентгенологічні дослідження, КТ та МРТ головного та спинного мозку, хребта;
- УЗ – дослідження, ехофагогастроуденоскопія, бронхоскопія, колоноскопія і т.д.;
- ЕКГ, ЕхоЕКГ, ЕКГ та моніторингування АТ, УЗДГ МАГ,ЕЕГ, тредміл – тест, вегетативні проби і т.д.

3. Обсяг кваліфікованої та спеціалізованої неврологічної допомоги, що надається в госпіталі, включає:

невідкладні заходи за життєвими показниками (боротьба з набряком мозку, колапсом, гострою дихальною і серцевою недостатністю, усунення судом, блювоти, гострих реактивних станів, анафілактичних реакцій, гострого больового синдрому та ін);

заходи, спрямовані на остаточне усунення гострих проявів неврологічної патології;

проведення спеціалізованого лікування в установленому медичною службою обсязі та медичної реабілітації хворих.

Лікування у неврологічному відділенні проводиться строго індивідуально та комплексно з використанням лікувального режиму, раціональних схем медикаментозного лікування, фізіотерапії, лікувальної фізкультури, лікувального харчування та інших методів. Лікування супутніх захворювань проводиться, як правило, одночасно з лікуванням основного захворювання.

Забезпечення морального і психологічного спокою, впевненості хворих у якнайшвидшому і повному одужанні.

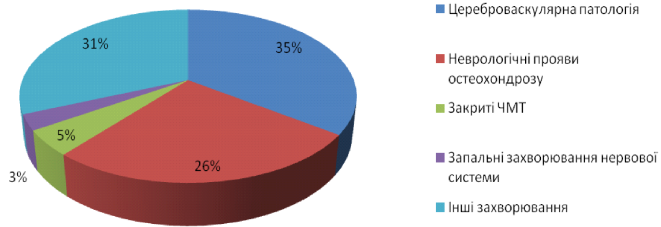
#### 4. Основні показники діяльності неврологічного відділення за 2010-2012рр



Середня тривалість перебування хворого на ліжку за останні рік зменшилась і становить 10,8 дня, у порівнянні з 2010 роком коли цей показник становив 11,7 днів відповідно. Такого результату вдалося досягнути завдяки покращенню діагностичного процесу та використанню сучасних препаратів у лікуванні хворих. Показник летальності від інсульту становить 12,3 %, в той час як загальний показник летальності по Україні коливається в межах 20%.



### Нозологічна структура хворих неврологічного відділення за 2011 рік



З огляду на подану діаграму, переважну більшість в структурі госпіталізованих в неврологічне відділення складають хворі на цереброваскулярні захворювання. Найнебезпечнішим з яких є гостре порушення мозкового кровообігу (мозкові інсульти)

Головною причиною інсультів є гіпертонічна хвороба. В Україні більше 22 млн. хворих з виявленою артеріальною гіпертензією. Визначеними факторами ризику розвитку катастроф судин мозку є також вади серця, серцеві аритмії, цукровий діабет, тютюнопаління, надмірна вага, гіподинамія, тощо.

У гострий період ішемічного інсульту вирішальне значення для підбору лікувальної тактики має рання діагностика. Клініко-неврологічне обстеження, а також своєчасне застосування та правильна інтерпретація лабораторних даних дозволяють з'ясувати причину інсульту, що дає можливість правильно обрати специфічний лікувальний підхід і тактику вторинної профілактики.

Нейровізуалізація допомагає диференціювати ішемічний інсульт. На сьогодні існують високочут-ливі методики, що дозволяють розпізнати ішеміч-не вогнище у перші 3-6 годин від початку інсульту, останнім часом навіть у межах 3-годинного терапев-тичного вікна, потрібного для призначення тром-болілізу. За допомогою спіральної КТ-ангіографії швидко та безпечно оцінюється вираженість стенозу внутрішньочерепної артерії. Сучасні методики маг-нітно-резонансної томографії, такі як дифузійно- та перфузійно-зважена томографія, дозволяють якісно оцінити вогнище інфаркту та об'єм критично ішемі-зованої тканини, навіть при невеликих стовбурих інфарктах.

Методи нейровізуалізації збільшують вірогідність постановки вірного діагнозу, але комп'ютерна томографія (КТ) має обмежені можливості візуалізації, також як і МРТ в традиційних режимах (T1 та T2-зважені ІІ), яке має переваги порівняно з КТ, але в найгострішому періоді часто мало інформативно. В нашій клініці для діагностики використовується МРТ апарат

надвисокої напруженості магнітного поля ЗТл з традиційними режимами та режимами FLAIR, DWi MPT в ранній діагностиці гострого порушення мозкового кровообігу.

Слід зазначити, що завдяки використанню новітньої технології MPT дослідження та інноваційних сучасних розробок в нейровізуалізації, а саме DWi в 1000, FLAIR режимів стало можливим детально локалізувати зону ураження, анатомічні варіанти кровопостачання та порушення при цьому кровообігу.

Лікування пацієнтів з гострим порушенням мозкового кровообігу проводиться згідно з протоколами надання медичної допомоги при інсульті, затвердженими МОЗ та локальних протоколів. Проводиться постійний моніторинг рівня свідомості і неврологічного статусу з використанням спеціальних клінічних шкал, контроль артеріального тиску, електричної активності серця (ЕКГ), температури тіла, рівня глюкози, оксигенації крові та інших життєво необхідних параметрів, проводиться правильний догляд за шкірою та профілактика пролежнів, правильне позиціонування, зміна положення тіла, профілактика тромбозу глибоких вен, а також рання діагностика та лікування інших можливих ускладнень.

Ведення гострого періоду ішемічного інсульту включає базисну терапію та диференційоване лікування.

Раннє відновлення кровотоку в ураженому судинному басейні шляхом реканалізації артерії з оклюзією запобігає загибелі нейронів пенумбри. Відновлення функцій нейронів зменшує ступінь неврологічного дефіциту. Саме ці уявлення лежать в основі застосування тромболізісу при ішемічному інсульті.

Тромболізіс проводиться при наявності чітких клінічних ознак ішемічного інсульту в перші 3 години та не пізніше 6 годин із моменту захворювання; виражений неврологічний дефіцит із тенденцією до стійкої інвалідності; відсутність даних КТ та/або МРТ за геморагічний інсульт та морфологічних ознак сформованої зони некрозу (або початку її формування).

Протипоказання до проведення тромболізісу: незначний або швидко регресуючий неврологічний дефіцит, дані КТ та/або МРТ за геморагічний інсульт; більше 6 годин від моменту захворювання або не уточнений час початку інсульту; стійкий систолічний тиск більше 180 мм рт. ст.; вік більше 75 років.

Обсяг лікувальних заходів при геморагічному інсульті:

1. Нормалізація дихання, гемодинаміки. За показаннями – інтубація трахеї, зондування шлунка, катетеризація сечового міхура, підключичної вени. При неефективному диханні – ШВЛ. Контроль ЦВТ, сатурації крові, ВЧТ
2. Корекція АТ (робоча норма або на 10-15% вище від норми)

3. Дегідратаційна терапія
  4. Антибактеріальна терапія (антибіотики, сульфаніаміди)
  5. Гемостатики
  6. Повторні ЛПП – до санації ліквору (при відсутності протипоказань)
- Обсяг лікувальних заходів при ішемічному інсульті:

1. Базисна терапія
2. Гемоділюція, антиагреганти, антикоагулянти
3. Системний фібринолізис в перші 3 год. Від початку захворювання,

антикоагулянти, дезагреганти

4. За наявності тромбозу екстра краніальних церебральних артерій та їх інтракраніальних гілок – селективний інтраартеріальний тромболізис в перші 6 год. При відсутності зони інфаркту мозку на КТ/МРТ

5. Проти набрякова терапія (за показаннями)

За 2010 – 2012 рр. у відділенні проліковано 65, 71, 55 хворих з ГПМК.

Середній вік хворих складав  $73,2 \pm 7,4$  рр. Переважність ГПМК була за ішемічним типом. У всіх хворих ГПМК сталися на тлі гіпертонічної хвороби. Контингент хворих з ГПМК – пенсіонери та члени родини.

Всі пацієнти неврологічного відділення отримували індивідуально підібраний комплекс лікування, що включає медикаментозну та не медикаментозну терапію (лікувальна фізкультура, лікувальний масаж, голкорексфлексотерапія, електролікування, магнітотерапія, лазеротерапія та інші фізіотерапевтичні методи лікування). Середній термін перебування хворих з ГПМК на ліжку складав  $15,1 \pm 5,7$  днів. Більшість хворих виписано з покращенням стану, позитивною неврологічною симптоматикою (87,5; 91,3; 86,5% хворих за відповідні роки).

Друга за кількістю група хворих - пацієнти з різними проявами остеохондрозу. При лікуванні неврологічних проявів остеохондрозу хребта необхідно враховувати клінічну форму захворювання, глибину ураження, вік хворого, можливі супутні захворювання. В гострому періоді основні заходи мають бути направлені на ліквідацію больового синд-рому. Призначають анальгезуючі, протизапальні засоби - нестероїдні (анальгін, діклофенак, вольтарен, олфен, моваліс, месулід), глюкокортикостероїди (дексаметазон, діпроспан), дегідратуючі засоби (фуросемід, еуфілін), вітаміни групи В (мільгама, нейровітан), нікотинову кислоту. Застосовують різні види лікувально-медикаментозних блокад: корінцеві, підшкірні, в точки виходу потиличних нервів та ін. В підгострому періоді використовують біогенні стимулятори, антихолінергічні препарати (прозерин, нейромедін). В останні роки використовуються медикаменти біологічного походження для лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта: алфлутоп, препарати фірми НЕЕЛ (траумель, дискус-композитум, мукоза-композитум). Поряд з медикаментозною терапією широко застосовують

фізіотерапевтичне лікування та методи рефлексотерапії. Фізіотерапевтичне лікування застосовують з метою надання анальгезуючої, спазмолітичної та протизапальної дії, а також прискорення виведення продуктів розпаду нервових волокон та поліпшення перебігу репаративних процесів в уражених корінцях. Застосовують електрофорез, діадинамотерапію, ультразвукову терапію, магнітотерапію, бальнеолікування, озокеритотерапію, масаж, мануальну терапію, ЛФК на профілакторі Євмінова. Показанням до хірургічного втручання у хворих з компресійними корінцевими синдромами та дискогенною мієлопатією є виражений тривалий больовий синдром, порушення функцій тазових органів, парези кінцівок.

За 2010 – 2012 р.р. нейрохірургічне лікування остеохондрозу у хворих неврологічного відділення проводилося у 3,6; 5,8; 4,1% випадків.

### **Висновки**

1. Потужність неврологічного відділення госпіталю відповідає потребам надання медичної допомоги прикріпленому контингенту.

2. Оснащення та діагностична база госпіталю відповідає сучасним вимогам для надання висококваліфікованої допомоги неврологічним хворим.

3. Основні показники роботи неврологічного відділення в цілому, не відрізняються від показників по місту Києву, а показники летальності від інсульту менша від показників по місту та по Україні. Такі дані свідчать про налагоджену роботу відділення.

4. Основне місце серед захворювань нервової системи посідають судинні захворювання головного мозку та неврологічні ускладнення остеохондрозу хребта.

5. Значна кількість пацієнтів пенсійного віку з гострим порушенням мозкового кровообігу свідчить про недостатню профілактичну роботу по лікуванню гіпертонічної хвороби серед населення.

6. Наявність великої кількості хворих молодого віку з неврологічними проявами остеохондрозу хребта свідчить про потребу проведення кращої профілактичної роботи з поліпшення умов та режиму праці та відпочинку прикріпленого контингенту.

### **Література**

1. Ворлоу Ч.П., Деннис М.С., ван Гейн Ж., Ханкий Г.Ж., Сандеркок П.А.Г., Бамфорд Ж.М., Варлоу Ж. (1998) Інсульт. Практическое руководство для ведения больных (пер. с англ.) Политехника, Санкт – Петербург. 630 с.

2. Губц., Сандеркок П. (2003) Лечение инсульта. В кн.. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 1 (пер. с англ.) Медиа Сфера, Москва, 730 с.

3. Гучав Е.И., Скворцова В.И. (2002) Нейропротективная терапия ишемического инсульта. 1. Первичная нейропротекция. Инсульт (приложение к журналу «Журнал неврологи и психиатрии имени С.С. Корсакова»), № 5: 3-16



4. Міністерство охорони здоров'я України Національна академія наук України Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, за редакцією Р.В. Богатирьової, В.М. Коваленка (2012). Національна стратегія профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні, Київ, Моріон – 2012.- 120 с.
5. Браславець А.Я. Невідкладна неврологія: Навч. Посіб.- 3-тє вид., перероб. і доп. – Х.: СИМ, 2006. – 303с.
6. Мітченко О.І., Лутай М.І.. методичні рекомендації з діагностики та лікування захворювань периферичних артерій. Методичні рекомендації Асоціації кардіологів України Асоціації кардіохірургів України Українського товариства з атеросклерозу, Київ – 2011. – 39 с.
7. Ланцет неврологія (2012) (пер. с англ), «Триада», Киев. 64 с.
8. Верещагін Е.И. Современные возможности нейропротекции при острых нарушениях мозгового кровообращения и черепно – мозговой травме (обзор литературы)// Журн. Интенсивной терапии. – 2006. - № 3.- С. – 4-28.
9. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. – М.: Медицина, 2001. – 328 с..
10. Островая Т.В., Черний В.И. Церебропротекция в аспекте доказательной медицины// Медицина неотложных состояний. - №2(9).- 2007.- С.48-53.
11. Суслина З.А. Лечение ишемического инсульта в острейшем периоде/ /Новости медицины и фармации.-2004.-№18.- С. 14-15.
12. Черний В.И., Колесников А.Н., Городник Г.А., Островая Т. В., Чернявский Р.И. Ишемия головного мозга в медицине критических состояний. Нейропротекция (патофизиология, терминология, характеристика препаратов): Метод. Рек. – К., 2007.- 72с.

**Резюме.** Приведен опыт работы военно – медицинской службы в организации квалифицированной медицинской помощи в неврологическом отделении центрального госпиталя ВМУ СБ Украины. Представлен анализ работы отделения за последние 3 года. Основное место по структуре заболеваемости нервной системы принадлежит сосудистым заболеваниям и неврологическим осложнениям остеохондроза позвоночника. Проведен анализ современных методов лечения таких заболеваний как ОНМК и осложненный остеохондроз позвоночника. Анализируя заболеваемость, можно сделать вывод о необходимости улучшения профилактической работы среди прикрепленного контингента.

**Ключевые слова:** *неврологическая помощь, сосудистые заболевания головного мозга, остеохондроз, смертность.*

**Summary.** The experience of the military - medical services in the organization qualified medical assistance in the neurology department of the Central Hospital MAS SBU. Presented an analysis of the department for the last 3 years. Main place on the structure of the nervous system disease belongs to vascular disease and neurological complications of spinal osteochondrosis. The analysis of modern methods of treatment of diseases such as cerebral thrombosis and spinal osteochondrosis complicated. Analyzing the incidence, it is possible to conclude that need to improve the prevention efforts of the attachment contingent.

**Key words:** *neurological care, vascular brain disease, osteocondrosis, death.*

УДК 61:359 (09)

**ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ  
ВІЙСЬКОВО-МОРСЬКИХ СИЛ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В  
СУЧАСНИХ ПРОТИДЕСАНТНИХ ОПЕРАЦІЯХ**

**Охонько О.В.**

Українська військово-медична академія

**Резюме.** У статті викладені принципи положення щодо організації лікувально-евакуаційного забезпечення Військово-Морських Сил Збройних Сил України в сучасних протидесантних операціях. Детально розглянуто ешелонування сил і засобів медичної служби відповідно формам і методам лікувально-евакуаційного забезпечення.

**Ключові слова:** *лікувально-евакуаційне забезпечення, військово-морські сили, ешелонування, протидесантна операція.*

**Вступ.** На думку більшості провідних аналітиків з питань безпеки [1–3], у першій половині XXI ст. основні загрози стабільності у світі можливі в основному в прибережних областях на глибину 200–300 км від узбережжя. Невипадково Пентагон в останні роки проводить реорганізацію збройних сил з урахуванням перспективних завдань з ліквідації загроз на приморських напрямках. Про важливість для України питань оборони морського узбережжя говорить те, що значна частина нашого кордону проходить по урізку води [4].

Об'єкт, предмет та методи. Об'єкт дослідження – організація медичного забезпечення військово-морських сил (далі – ВМС).

В межах об'єкту обраний предмет дослідження – організація лікувально-евакуаційного забезпечення особового складу Військово-Морських Сил Збройних Сил України у протидесантній операції.

Методи дослідження: історичний, системного підходу та системного аналізу.