

**МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИЙ
КЛІНІЧНИЙ ЦЕНТР «ГВКГ»**

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
НАЦІОНАЛЬНОГО ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО
КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ «ГВКГ» МО УКРАЇНИ**

**Випуск 22
Частина II**

Київ - 2015

УДК 61:355

Сучасні аспекти військової медицини / Збірник наукових праць Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України. - Вин. 22. Частина II. - К., 2015. - 309 с.

У збірнику подані науково-практичні праці лікарів Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ», Військових медичних клінічних центрів регіонів, Української військово-медичної академії, Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київської медичної академії газлядишюмної освіти імені П.Л. Шупика, Інституту епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського АМН України, Інституту урології АМН України, які плідно співпрацюють з Національним військово-медичним клінічним центром протягом багатьох років.

У чотирьох главах викладено матеріали: з лікувально-профілактичного забезпечення військ Збройних Сил України, сучасної діагностики та лікування захворювань хірургічного і терапевтичного профілів, а також результати клінічних випробувань нових лікарських засобів.

УДК 61:355

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

А.П. Казмірчук (*голова*), Г.В. Мясников (заст. голови), ЛІТ. Антоненко, Т.А. Бібік, В.І. Варус, Л.А. Голік, С.В. Головка, Я.Л. Гончаров, С.А. Гусева, А.О. Данчин, В.В. Дяченко, В.О. Жаховський, Я.Л. Заруцький, Д.Д. Іванов, В.Г. Мішалов, Г.З. Мороз, Г.В. Осьодло, Л.А. Пиріг, І.С. Савка, А.С. Свінцицький, Л.Л. Сидорова (*науковий редактор*), Н.М. Сидорова, А.В. Ткачев, І.П. Хоменко, Н.І. Швець, О.О. Ярош.

Рекомендовано науково-методичним бюро
Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ»
МО України
(протокол № 7 від 17.11.2015 року)

Затверджено Вищою атестаційною комісією України
в 1997/1999/2009 рр.

© Національний військово-медичний
клінічний центр «ГВКГ» МО України, 2015

Глава 1

ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ

УДК 616.24-002-085:364.2-781.3

Опрос врачей практического здравоохранения о ступенчатой терапии

В.И. БЕРЕЗНЯКОВ

Резюме. Представлены результаты опроса 40 врачей, из них 26 (59,1%) терапевтов, 12 (27,3%) семейных врачей и 2 педиатра (4,6%). Выявлены низкая осведомленность и редкое использование ступенчатой терапии в клинической практике. Большинство опрошенных придает неоправданно большое значение сопутствующей патологии и ее влиянию на эффективность ступенчатой терапии.

Ключевые слова: ступенчатая терапия, внебольничная пневмония, опросник.

Одним из способов сокращения длительности пребывания больного в стационаре и расходов на медицинскую помощь при сохранении высокой клинической эффективности терапии является перевод пациента с парентерального на непарентеральный путь введения медикаментов (ступенчатая терапия). В современной клинической практике ступенчатая терапия наибольшее распространение получила при лечении таких инфекций как пневмония. Согласно оценкам экспертов Американского общества инфекционных болезней (IDSA) и Американского торакального общества (ATS), две трети больных с внебольничной пневмонией (ВП) могут быть переведены с внутривенного (в/в) введения антибиотиков на прием их внутрь спустя 3 сут. от начала терапии [1]. Предложения проводить ступенчатую

Сайко О.В. Застосування психологічної та медикаментозної корекції психоемоційного стану хворих з церебральним ішемічним інсультом на ранньому етапі реабілітації.....	53
Сайко О.В. Про необхідність організації медичної реабілітації військовослужбовців, які брали участь у збройних конфліктах, на базі лікувальних закладів К4ністерства оборони України	62
Седченко І. В., Ктігарева В.І. Оптимізація лікування хворих на артеріальну гіпертензію на амбулаторному етапі шляхом впровадження сучасних медико-технологічних документів	76
Черненко І.О., Сидорова Н.М., Антоненко Л.П. Особливості лікування серцевої недостатності в амбулаторному та стаціонарному підрозділах військового лікувального закладу	82
Якубенко Ю.П., Форманчук О.К. Рання діагностика хронічного обструктивного захворювання легень у військовослужбовців.....	92

Глава 2

ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ

Борзих О.В., Страфун С.С., Лакша А.М., Шипунов В.Г., Борзих П.О. Комплексне хірургічне лікування постраждалих із значними дефектами м'яких тканин кінцівок внаслідок вогнепальних поранень.....	100
Головко С.В., Литвинець Є.А., Валерко Д.О., Савицький О.Ф., Балабаник В.Р. Сучасні аспекти діагностики та патогенетичного лікування гострого епідидиміту.....	109
Жабоедов Г.Д., Рьков С.А., Петренко О.В., Могилевский С.Ю., Третяк В.В., Кисель И.И., Телига О.А. Особенности психозмоциональных характеристик пациентов с первичной глаукомой.....	122
Мельник Н.Ф., Онищенко А.К., Доброштан Д.І. Диселектролітемія як прогностичний чинник у пацієнтів з черепно-мозковою травмою.....	126

Глава 3

ПИТАННЯ ТЕРАПІЇ

Діброва Ю.В. Клініко-морфологічний аналіз випадків тяжкої форми грипу А (НШ 1).....	130
Дорофеев А.З., Хоростовска-Вьшимко И., Хорунжая В.С., Пархоменко Т.А. Оценка вентиляционной способности легких у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с хроническим панкреатитом.....	133
Друзь О.В., Безклиньська О.З., Самарський М.І., Таран Т.В. Досвід використання музикотерапії в комплексній реабілітації учасників антитерористичної операції.....	142
Казмірчук А.П., Голод А.Г., Левшова З.В., Балко А.М. Випадок абдомінальної форми інфаркту міокарда.....	150
Карнабеда О.А. Діагностика дефіциту вітаміну В12 при нормальному рівні гемоглобіну.....	156
Линевская К.Ю., Воронин К.А. Гастроззофагеальная рефлюксная болезнь у беременных	161
Маргъшчук А.А., Новицаки К.И. Современный взгляд на проблему пищевой аллергии и пищевой непереносимости.....	169
Нечипуренко Т.Б. Стан гепатобіліарної системи на тлі антигіпертензивної терапії ...	177
Трихліб В.І., Осьодло Г.В., Літовко С.Л., Остапенко В.М., Ткачук С.І., Гайда І.М., Майданюк В.П., Омеляшко М.І. Гострі респіраторні захворювання та пневмонії у військовослужбовців у навчальному центрі на півночі України	187
Грхліп В.І., Сморунова В.Ф., Рихальська К.С., Ткачук С.І., Паисіюк О.Л. Ураження печінки при Епштейна-Барр вірусній інфекції у військовослужбовців.....	194
Якубенко Ю.П., Форманчук О.К. Роль природного і прискореного старіння в патогенезі хронічного обструктивного захворювання легень.....	199

Выводы. Внедрение в работу военных медицинских учреждений комплексных программ с использованием музыкотерапии может стать важной составляющей реабилитации участников АТО.

Ключевые слова: музыкотерапия, военнослужащие, участники антитеррористической операции, реабилитация

Experience of music therapy usage in comprehensive rehabilitation of the anti-terrorist operation participants

O.V.DRUZ, O.Z. BEZKLINSKA, M.I. SAMARSKIY, T.V. TARAN

Summary

OBJECTIVE - to summarize the scientific on the impact of music on the human body as well as develop and implement a comprehensive program with the use of music therapy for the rehabilitation of the participants of the antiterrorist operation (ATO).

Materials and methods. Analytical - to summarize the data of scientific literature; questionnaire - for the study of military men's attitude to implementation of music therapy (interviewed 28 military men).

Results. The results of research on (the impact music on the human body and its use in the treatment have been summarized. Rehabilitation program for participants of the ATO ("Music-antistress") which include the use of music therapy, laughter therapy method is being developed and implemented. According to the results of an anonymous interview, ATO participants generally endorsed classes using music therapy.

Conclusions. Introduction of comprehensive programs with music therapy usage into clinical practice of the military medical facilities can be an important component of rehabilitation of ATO participants.

Keywords: music therapy, military men, participants of the anti-terrorist operation, rehabilitation.

УДК 616.127-005.8 : 355.11

Випадок абдомінальної форми інфаркту міокарда

А.П. КАЗМІРЧУК, А.Г. ГОЛОД,
З.В. ЛЕВШОВА, А.М. БАЛКО

Резюме. В статті висвітлено власні спостереження з приводу атипової форми перебігу інфаркту міокарду та маскування клінічної його картини супутньою патологією, що ще більше ускладнює діагностичний пошук.

Ключові слова: інфаркт міокарду, підшлункова залоза, хворий, панкреатит, коронарографія, електрокардіографія, серцева недостатність.

Лікування інфаркту міокарда (ІМ) залишається серйозною проблемою при наданні медичної допомоги пацієнтам, особливо при його атиповому

перебігу на початку захворювання [2]. Важливе місце серед атипових варіантів перебігу ІМ займає абдомінальна форма захворювання, яка може протікати з клінічною картиною болю в животі або проявлятися переважно диспептичним синдромом. Частота цього варіанту ІМ складає 1,0-1,7% [1, 2]. Гіподіагностика абдомінального ІМ супроводжується гіпердіагностикою гострих захворювань органів черевної порожнини і, як наслідок, призводить до непрофільної госпіталізації в хірургічне відділення та ризику необгрунтованого оперативного втручання.

Наводимо власне спостереження абдомінального варіанту ІМ.

Пацієнт В., 50 років, направлений на стаціонарне лікування у відділення невідкладної хірургії Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ») 14 листопада 2014 р. зі скаргами на виражений біль в епігастральній ділянці, нудоту, багаторазове блювання, здуття живота, загальну слабкість, пітливість.

З анамнезу відомо, що останні 10 років хворий скаржився на біль в епігастральній ділянці, здуття живота після порушення дієти. За місцем проживання лікувався амбулаторно з приводу хронічного панкреатиту та гастродуоденіту. Прогресуюче погіршення стану відмітив вночі 14 листопада, коли прокинувся від болю в епігастральній ділянці, що стрімко наростав, вираженого здуття живота, що супроводжувалися нудотою, багаторазовим блюванням та вираженою загальною слабкістю. Порушення дієти чи вживання алкоголю напередодні пацієнт категорично заперечував.

Хворий був направлений на лікування до відділення невідкладної хірургії НВМКЦ «ГВКГ» з попереднім діагнозом: Гострий панкреатит. Перфорація порожнинного органу?

Анамнез життя. Туберкульоз, вірусний гепатит в анамнезі заперечував. Хворий курить впродовж 20 років до 1 пачки сигарет на добу, періодично вживає алкоголь. При випадковому вимірюванні артеріального тиску (АТ) його рівень не перевищував 140/90 мм рт. ст.

На момент госпіталізації стан пацієнта розцінено як середньої важкості.

Хворий правильної будови тіла, задовільного харчування (зріст 178 см, маса тіла 72 кг, індекс маси тіла 21,5 кг/м²).

Температура тіла 37,5°C, АТ 100/60 мм рт. ст., пульс 96 за 1 хв., ритмічний. Частота дихальних рухів (ЧДР) 16 за 1 хв.

Шкіра та видимі слизові звичайного кольору. Набухання та пульсації шийних вен не виявлено. Щитовидна залоза не збільшена. Периферичні лімфатичні вузли пальпаторно не збільшені.

Перкуторно над легеньми визначали ясний легеневий звук. При аускультатії легень - везикулярне дихання.

Межі серця незначно розширені ліворуч (ліва границя визначена на 1 см назовні від лівої середньо-кпочичної лінії). Патологічні шуми серця не вислуховували.

Язик обкладений білим нальотом у кореня. При пальпації живіт дещо здутий, чутливий в епігастральній ділянці. Нижній край печінки визначали на 2 см нижче краю правої реберної дуги по правій середньо-ключичній лінії. Нижній полюс селезінки пальпації недоступний. Відділи товстого кишечника пальпаторко без особливостей. Вільну рідину в черевній порожнині не визначали. Периферичні набряки відсутні.

У загальному аналізі крові: еритроцити $4,06 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін 118 г/л, лейкоцити $18,0 \times 10^9$ /л (гранулоцити 86,8%, лімфоцити 11,7 %, моноцити 2,3 %).

При біохімічному дослідженні крові: білірубін 14 мкмоль/л, глюкоза 10,3 ммоль/л, аланінова трансаміназа (АЛТ) 40 Од/л, аспарагінова трансаміназа (АСТ) 54 Од/л, креатинін 91 мкмоль/л, сечовина 6,47 ммоль/л, альфа-амілаза 67,2 Од/л, креатинфосфокіназа (КФК) 329 Од/л, МВ фракція КФК 47 Од/л, загальний білок 63,4 г/л.

В загальному аналізі сечі: відносна щільність 1018, реакція кисла, білок 0,066 г/л. Лейкоцити 4-6, еритроцити 1-3 в полі зору. Діастаза сечі 920 Од/л.

При рентгенографічному дослідженні органів грудної клітки визначали посилення легеневого малюнку за рахунок судинного компоненту. Діафрагма розташована типово, дуга аорти ущільнена, серце дещо збільшено в розмірах.

При рентгенографічному дослідженні органів черевної порожнини ознак вільного повітря не відмічено.

В копрограмі: оформлені калові маси коричневого кольору. М'язові волокна перетравлені у значній кількості, рослинна клітковина - небагато. Лейкоцити 1-2 в полі зору, яйця глистів не знайдені. Реакція на приховану кров негативна.

За даними електрокардіограми (ЕКГ): синусова тахікардія, число серцевих скорочень (ЧСС) 92 за 1 хв. Нормальне положення електричної осі серця. Блокада задньої гілки лівої ніжки пучка Пса, шлуночкова екстрасистоія.

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини: печінка незначно збільшена (вертикальний розмір лівої долі 73 мм, правої долі - 161мм). Ехогенність тканини печінки помірно підвищена. Жовчний міхур звичайних розмірів (68x28 см) з перегином в області тіла, конкрементів не мав. Загальна жовчна протока 7 мм. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені, печінкові вени не розширені, нижня порожниста вена розміром 25 мм, портальна вена - 10 мм. Підшлункова залоза не збільшена (головка 27 мм, тіло 17 мм, хвіст 25 мм). Контур

підшлункової залози рівний, ехогенність тканини знижена. Селезінка не збільшена. В області нижнього полюса селезінки візуалізована кіста розміром 6 мм. Під правою долею печінки та малому тазу виявлено невелику кількість вільної рідини.

При ехокардіографічному дослідженні (ехоКГ): аорта ущільнена, на рівні синусів розміром 3,7 см, у висхідній частині 3,2 см. Ліве передсердя незначно розширено (4,1 см), відкриття аортального клапану 2,0 см. Правий шлуночок 2,6 см. Ознаки легеневої гіпертензії відсутні. Товщина міжшлуночкової перегородки 1,1 см, задньої стінки лівого шлуночка 1 см, кінцево-діастолічний об'єм 164 мл, кінцево-систолічний об'єм 103 мл, фракція викиду лівого шлуночка 37%. Визначений гіпокінез середнього та апікального сегментів міжшлуночкової перегородки.

При фіброгастроуденоскопії (ФГДС): слизова ангрального відділу шлунку та цибулини дванадцятипалої кишки вогнищево гіперемована, даних за ерозивні та виразкові дефекти не виявлено.

На підставі скарг, даних анамнезу та додаткового обстеження хворому встановлено діагноз:

Хронічний панкреатит у фазі загострення з зовнішньо секреторною недостатністю підшлункової залози.

Хронічний гастродуоденіт у фазі нестійкої ремісії.

Реактивний гепатит.

Відповідно діагнозу хворому призначено: пантопразол по 40 мг на добу в/в, дротаверин по 2 мл 3 рази на добу в/в, метоклопрамід по 2 мл 3 рази на добу в/в, дексалгін 2 мл 3 рази на добу в/в, панкреатин 20 000 од х 3 рази на добу та інфузійну терапію.

Враховуючи підвищення рівня кардіоспецифічних ферментів був оглянутий кардіологом, який на підставі результатів ЕКГ, відсутність скарг з боку серцево-судинної системи, їх зміни оцінив як метаболічні на фоні основного захворювання та рекомендував моніторинг кардіоспецифічних ферментів, ЕКГ та ехоКГ в динаміці.

З другої доби хворий відмічав покращення загального стану - значно зменшився біль в епігастральній ділянці та ознаки диспептичного синдрому.

У загальному аналізі крові рівень лейкоцитів зменшився до $10,7 \times 10^9$ /л.

У біохімічному аналізі крові зберігався підвищений рівень глюкози (до 6,7 ммоль/л) та АСТ (до 97 Од/л). В лшдіограмі крові загальний холестерол (ХС) 4,37 ммоль/л, тригліцериди 1,8 ммоль/л, ХС ліпопротеїнів високої щільності 1,4 ммоль/л. Рівень електролітів крові в межах норми.

Рівень діастази сечі знизився до 662 Од/л.

При доплерографії судин черевної аорти: розміри аорти в супраренальному відділі до 20 мм, в інфраренальному - до 18 мм. Стінки

аорти ушільнені. Черевний стовбур 7,5 мм, верхня мезентеріальна артерія 6,5 мм, кровотік в них визначався, що виключало тромбоз мезентеріальних судин.

Незважаючи на те, що загальний стан хворого покращився, у хворого відмічено значне підвищення рівня КФК (до 2515 Од/л), МВ КФК (до 231 Од/л) при відсутності ангінозного болю та задишки.

На контрольній ЕКГ: синусовий ритм з ЧСС 68 за 1 хв, сформувався негативний зубець Т у відведеннях I, AVL, V2-6 та комплекс QS у відведеннях у V1_2 (рис. 1).

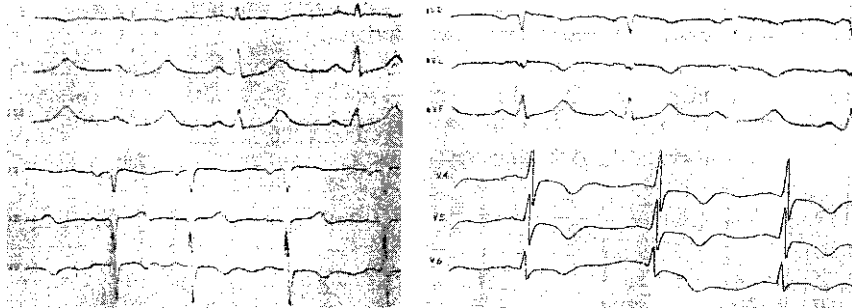


Рис. 1. ЕКГ хворого В. на 2-го добу захворювання

Враховуючи динаміку кардіоспецифічних ферментів та змін на ЕКГ з формуванням комплексу QS у відведеннях у V1-V2 був встановлений діагноз:

Ішемічна хвороба серця (ІХС): гострий інфаркт міокарда з зубцем Q на ЕКГ (14.11.2014) в передньо-перетинковій ділянці з переходом на верхівку та бокову стінку лівого шлуночка. Блокада задньої гілки лівої ніжки пучка Гіса, шлуночкова екстрасистоія. Дифузний кардіосклероз. СН ІА стадія зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка, ІІ функціональний клас.

Хронічний панкреатит в стадії загострення з порушенням внутрішньосекреторної і зовнішньосекреторної функції. Хронічний холецистит, стадія ремісії.

Хворому додатково призначили метопролол 75 мг на добу, фраксипарин по 0,8 г підшкірно 2 рази на добу, ацетилсаліцилову кислоту 75 мг на добу, клопідогрел 75 мг на добу, аторвастатин 40 мг на добу. Було прийнято рішення про перевід пацієнта у відділення реанімації та інтенсивної терапії для терапевтичних хворих.

Впродовж наступних двох діб у хворого знизилась до нормальних значень кількість лейкоцитів у периферичній крові, рівень кардіоспецифічних ферментів та діастази сечі.

З метою визначення стану коронарних артерій та подальшої тактики в плановому порядку 1 грудня була проведена коронарографія (виявлений 75% стеноз стовбура лівої коронарної артерії) та ангіографія ниркових артерій (обструктивних змін не виявлено). Від процедур ревазуляризації хворий відмовився.

Особливістю даного клінічного випадку є нетиповий перебіг інфаркту міокарда на початку захворювання та маскування його супутньою патологією у періоді гострої фази захворювання.

Література

1. Панкин О.А. «Абдоминальный» вариант инфаркта миокарда: клинические особенности и диагностические ошибки на догоспитальном этапе / О.А. Панкин // Хирургия. - 2001. - № 5. - С. 10-14.
2. Хороших О.А. Атипичные варианты инфаркта миокарда. Клинический случай редкой формы острого коронарного синдрома с периферическим эквивалентом стенокардии / О.А. Хороших // Бюллетень Восточно-сибирского научного центра СО РАМН. - 2013 - № 5(93). - С. 104-107.

Случай абдоминальной формы инфаркта миокарда

А.П. КАЗМИРЧУК, А.Г. ГОЛОД, З.В. ЛЕВШОВА, А.Н. БАЛКО

Резюме. В статье приведено собственное наблюдение атипичной формы течения инфаркта миокарда и маскирования его клинической картины сопутствующей патологией, что еще больше осложняет диагностический поиск.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, поджелудочная железа, панкреатит, коронарография, электрокардиография, сердечная недостаточность.

Abdominal type of myocardial infarction: case report

A.P. KAZMIRCHUK, A.G. GOLOD, Z.V. LEVSHOVA, A.N. BALKO

Summary. The article presents case report addressed to the course of atypical form of myocardial infarction and maski

Keywords: myocardial infarction, pancreas, pancreatitis, coronarography, electrocardiography, heart failure.