

DOI 10.29254/2077-4214-2019-4-2-154-345-348

УДК 355.292:616-08

Гавловський О. Д., Голованова І. А.

**АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ДИСПАНСЕРНОГО ОХОПЛЕННЯ****УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ЛІКАРЯМИ**

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

yaryna.ua@gmail.com

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Наукова робота є фрагментом НДР «Медико-соціальне обґрунтування оптимізації підходів до управління та організації різних видів медичної допомоги дорослому та дитячому населенню в період реформування галузі охорони здоров'я» (№ державної реєстрації 0115U002852.) Української медичної стоматологічної академії.

**Вступ.** Участь у бойових діях загальновізнано вважається стресовим фактором найвищого ступеня інтенсивності. Серед ветеранів, вперше визнаних інвалідами, понад 50,0% – особи працездатного віку [1]. Дослідження якості життя учасників бойових дій показує, що серед усієї кількості травм, отриманих ними, є психологічними (близько 80%). При цьому у 30-40% пацієнтів отримують незворотні психогенні травми [2].

Фіксуються випадки неадекватної поведінки, спроби суїциду, проблеми в сімейному житті. До зниження рівня стресостійкості призводить висока інтенсивність обстрілів і бойових зіткнень із супротивником, а також тривалість знаходження в зоні бойових дій без ротації. Відомо, що в такому напруженому психологічному стані людина може перебувати 35-45 днів, а багато військових перебували в зоні АТО близько 2 місяців. Спостерігається докладання зусиль з метою уникнення спогадів; нічні кошмари, відчуття спустошеності, що призводить до загальної зневіри щодо майбутнього життя.

Близько 50 % загиблих через бойові поранення вмирають внаслідок кровотечі, результатом якої стає знекровлювання, що є основною причиною смерті на полі бою; близько 7 % смертей внаслідок знекровлювання відбуваються в результаті поранень кінцівок [3]. За даними Андрієнко О.І., Прокопович Л.Є., Калюжної В.В., розлади психо-емоціональної сфери (гостра реакція на стрес, післятравматичні стресові розлади, наслідки ЧМТ, неврастенії) були діагностовані в усіх учасників АТО, які перебували на санаторно-курортному лікуванні [4]. Соматичні захворювання та травми досить часто супроводжуються психічними змінами. До того ж, психічні зміни в ряді випадків супроводжуються емоційними розладами, які спричиняють негативний вплив на основний патологічний процес. У структурі первинного виходу на інвалідність військовослужбовців на першому місці стоять поранення всіх локалізацій, на другому – хвороби серцево-судинної системи, на третьому – психічні розлади. У структурі інвалідності внаслідок військової травми на першому місці черепно-мозкові травми, на другому – травми опорно-рухового апарату, на третьому – травми органів зору, на чет-

вертому – травми периферичної нервової системи, на п'ятому – поранення черевної порожнини [5].

**Мета дослідження.** Дослідити динаміку диспансерного охоплення учасників бойових дій лікарями ортопедами та психіатрами.

**Об'єкт і методи дослідження.** Аналіз показників диспансерного охоплення учасників бойових дій лікарями ортопедами та психіатрами здійснювали на основі статистичних звітів Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни госпіталю с. Циблі. Оцінку змін проводили за допомогою динамічних рядів. Для визначення динаміки того чи іншого показника визначали темп приросту. Використовували методи абсолютних і відносних величин, динамічні ряди – для визначення абсолютного приросту або зменшення і темпу приросту або зменшення до базового року серед населення України.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В таблиці 1 показана динаміка диспансерного охоплення учасників бойових дій ортопедами. Загалом в Україні цей показник знизився на 3,6%, оскільки зменшилась інтенсивність гарячих точок на Сході України. Як зазначається в новинах 1 листопада було завершено формальне розведення сил і засобів на ділянці № 2 поблизу Золотого. На один кілометр назад відведено українську армію. На один кілометр назад відведено контрольовані Росією збройні формування. Лінія на фото – межа між демілітаризованою зоною і українською стороною. Хоча, в деяких областях, таких як, Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Закарпатська Кіровоградська, Львівська, Миколаївська, Полтавська і Чернівецька цей показник зростає. Таке збільшення ортопедичної патології в учасників бойових дій буде призводити до виникнення психологічних травм, оскільки уражаюча сила сучасної високоенергетичної мінно-вибухової зброї, що використовується у бойових операціях, набагато зросла завдяки посиленню її контузійно-комоційного механізму. У радіусі дії вибухової хвилі виникає значний силовий тиск, який викликає подразнення екстеро- і інтерорецепторів на поверхні тіла, внаслідок чого виникають складні політравми на значній поверхні тіла. У результаті дії вибуху виникають стійкі вогнища збуджень у центральній нервовій системі, які призводять до ураження головного мозку, наслідком чого є ушкодження середнього та внутрішнього вуха, органів серцево-легеневої системи, черевної порожнини та кісткових тканин, що проявляється як комоеційно-контузійний синдром із подальшим розвитком мінно-вибухової закритої черепно-мозкової травми (МВ ЗЧМТ) [6].

За статистикою захворюваності ушкодження опорно-рухового апарату становить 52,7% (травми

**Таблиця 1 – Показники охоплення учасників бойових дій диспансерним наглядом лікарями ортопедів та психіатрами**

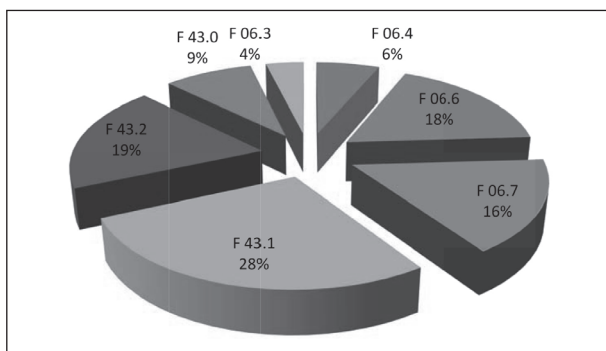
Найменування областей	Ортопедів (на 100 учасників бойових дій, що перебували під диспансерним наглядом)				Психіатрів (на 100 учасників бойових дій, що перебували під диспансерним наглядом)			
	2016	2017	2018	Темп приросту	2016	2017	2018	Темп приросту
Вінницька	13,2	11,7	11,6	-12,1	2,3	1,7	1,7	-26,0
Волинська	4,4	4,2	4,2	-4,5	4,0	4,0	3,1	-22,5
Дніпропетровська	5,3	4,9	6,3	18,8	1,4	1,7	2,0	42,8
Донецька	5,5	7,3	6,4	16,3	2,0	1,8	1,2	-40
Житомирська	6,0	5,7	7,9	31,6	2,3	1,8	1,7	-26,0
Закарпатська	0,0	4,3	4,2	42	3,7	2,9	2,5	-32,4
Запорізька	5,3	5,5	4,9	-7,5	0,8	1,1	1,0	25
Івано-Франківська	9,4	6,3	7,1	-24,4	2,1	1,9	1,9	-9,5
Київська	8,1	7,2	7,6	-6,2	3,9	3,8	3,5	-10,2
Кіровоградська	26,9	28,4	32,7	21,5	4,3	3,9	4,1	-4,6
Львівська	12,5	16,2	12,8	2,4	5,1	3,3	3,7	-27,4
Миколаївська	2,1	2,5	3,0	42,8	3,0	3,8	2,7	-10
Одеська	6,4	6,0	6,2	-3,1	3,7	3,9	4,2	13,5
Полтавська	10,5	12,3	12,4	18,0	1,6	1,6	1,6	0
Рівненська	7,4	7,0	6,4	-13,5	3,9	3,0	2,7	-30,7
Сумська	28,4	27,0	22,2	-21,8	3,7	2,8	2,0	-45,9
Тернопільська	13,8	14,0	11,9	-13,7	3,9	4,7	3,7	-5,1
Харківська	10,1	10,2	9,0	-10,8	1,9	1,9	1,7	-10,5
Херсонська	6,0	6,2	6,0	0	1,7	2,2	1,4	-17,6
Хмельницька	9,3	9,7	9,0	-3,2	2,4	2,8	2,7	12,5
Черкаська	17,5	16,4	15,3	-12,6	2,4	2,5	2,6	8,3
Чернівецька	15,6	15,2	16,2	3,8	5,4	4,7	5,1	-5,5
Чернігівська	9,8	8,6	8,3	-15,3	1,5	1,3	1,0	-33,3
м. Київ	28,9	27,8	27,9	-3,5	2,0	2,0	3,2	60
УКРАЇНА	11,2	11,0	10,8	-3,6	2,8	2,6	2,5	-10,7

кісток, суглобів), ураження нервової системи – 33,2% (невропатії, радикулопатії, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), соматоформні розлади); 85% патологій супроводжувалось больовим синдромом [7]. Ситуаційний психологічний стан пацієнта обумовлює індивідуальні особливості реагування на біль, переживання болю залежить від характеру соматичних порушень, їх локалізації, природи патогенного фактора, індивідуального життєвого досвіду, культурологічних особливостей [8]. Відсутність захисної і сигнальної функції організму зумовлює патологічну дію хронічного болю, а відтак відмічається втрата позитивної терапевтичної активізації пацієнта, спрямованої на загоєння ушкоджень, що виникли [9]. В Україні показник охоплення учасників бойових дій диспансерним наглядом лікарями психіатрами знизився на 10,7% [10]. Але, враховуючи те, що в ряді областей збільшилось число охоплення лікарями ортопедів, можна очікувати, що збільшиться і число охоплених диспансерним наглядом УБД з психічними захворюваннями. Треба відмітити, що в Дніпропетровській, Запорізькій, Одеській, Хмельницькій, Черкаській областях цей показник протягом трьох років зріс [11].

**Таблиця 2 – Частота виявлених психіатричних захворювань учасників бойових дій Полтавського обласного клінічного госпіталю для ветеранів війни**

Шифр за МКХ-10	Виявлені психіатричні діагнози	Частота абс (%)
F 06.3	Емоційні розлади [афективні], пов'язані з органічним ураженням головного мозку	3 (3,8)
F 06.4	Збудження органічного генезу	5 (6,3)
F 06.6 –	Емоційні лабільні [астенічні] розлади органічного генезу	14 (17,5)
F 06.7 –	Помірні [когнітивні] порушення пізнавальної функції органічного генезу	13 (16,3)
F 43.1	Посттравматичний стресовий розлад	22 (27,5)
F 43.2 –	Порушення адаптації	15 (18,8)
F 43.0 –	Гострі стресові реакції	7 (8,8)
Всього		80

Наступним кроком нашого дослідження було вивчити структуру психічної захворюваності учасників бойових дій, які лікувалися в Полтавському обласному клінічному госпіталі для ветеранів війни. Сумісно з психіатром нами було обстежено 80 учасників бойових дій. За даними наведеними в таблиці 2, та рис., можна помітити, що в структурі психіатричної захворюваності перше місце займає посттравматичний стресовий розлад – 22 (27,5%). Посттравматичний стресовий розлад (PTSD, ПТСР, посттравматичний синдром, «комбатантський синдром», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «східний синдром» тощо) – психічний розлад, різновид неврозу, що виникає в результаті переживання однієї чи кількох психотравматичних подій, таких як, наприклад, військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, важка фізична травма, побутове чи статеве насильство, загроза смерті або перебування свідком або заподіювачем чужої смерті.



**Рисунок – Структура виявленої психіатричної патології учасників бойових дій Полтавського обласного клінічного госпіталю для ветеранів війни.**

ПТСР проявляється як довготермінова реакція на стрес – за визначенням лікарів його дія спостерігається щонайменше після чотирьох тижнів після травматичної події.

Рядом українських науковців встановлено, що розлади адаптації (РА) взагалі складають до чверті звернень до психіатрів, а в бойових умовах досягають навіть половини. Найменша кількість УБД з діагнозом емоційні розлади [афективні], пов'язані з органічним ураженням головного мозку, що очевидно пов'язане з безпосередніми його травмами та контузіїями [12].

При вивченні динаміки показників охоплення учасників бойових дій диспансерним наглядом лікарями з інших спеціальностей, встановлено, що в Україні він зменшується на -14,48% (табл. 3). В окремих областях таких, як Вінницька, Дніпропетровська, Київська, Миколаївська, і Херсонська, – зростає. Збільшення учасників бойових дій як ортопедисти, психіатрами так і лікарями інших спеціальностей в унісон зростає в Дніпропетровській області. Очевидно, це пов'язано з тим, що найбільш вагомий внесок у загальнодержавну справу щодо медичного забезпечення АТО внесла Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечнікова, в якій надано медичну допомогу і проліковано понад 1300 військово-вослужбовців в 2014 році.

**Висновок.** Аналіз динаміки охоплення учасників бойових дій лікарями свідчить про залежність контузійно-комоційного механізму від ортопедичної патології. Загалом в Україні показник охоплення ортопедичною допомогою військових знизився зі зменшенням гарячих точок, але у структурі психіатричної захворюваності перші місця займають посттравматичні стресові та емоційні астенічні розлади. При вивченні динаміки показників охоплення учасників бойових дій диспансерним наглядом лікарями з інших спеціальностей, встановлено, що в Україні він зменшується (-14,48%).

Таким чином, збільшення охоплення диспансерним наглядом учасників бойових дій ряду областей, свідчить про необхідність зміни кадрової політики щодо забезпечення населення, яке мало військовий досвід.

**Таблиця 3 – Показники охоплення учасників бойових дій диспансерним наглядом лікарями з інших спеціальностей**

Найменування областей	Інших лікарів (на 100 учасників бойових дій, що перебували під диспансерним наглядом)			
	2016	2017	2018	Темп приросту
Вінницька	9,4	9,5	10,1	7,45
Волинська	5,1	4,9	4,5	-11,76
Дніпропетровська	5,7	6,9	6,5	14,04
Донецька	7,9	7,8	7,9	0
Житомирська	5,3	4,1	4,2	-20,75
Закарпатська	48,2	15,6	14,0	-70,95
Запорізька	9,8	8,1	8,6	-12,24
Івано-Франківська	13,9	7,2	7,5	-46,04
Київська	8,6	8,2	9,3	8,14
Кіровоградська	71,7	69,7	66,0	-7,95
Львівська	10,1	8,5	7,7	-23,76
Миколаївська	4,0	4,0	6,0	50,0
Одеська	10,4	9,8	7,4	-28,85
Полтавська	16,0	14,7	15,0	-6,25
Рівненська	6,7	6,1	5,8	-13,43
Сумська	20,9	18,7	14,4	-32,54
Тернопільська	12,2	11,5	9,7	-20,49
Харківська	18,1	16,4	15,8	-12,71
Херсонська	5,1	13,2	6,7	31,37
Хмельницька	10,3	9,0	10,1	-1,94
Черкаська	16,6	15,6	15,2	-8,43
Чернівецька	12,8	11,0	11,3	-11,72
Чернігівська	9,7	8,6	8,6	-11,34
м. Київ	29,8	27,0	27,3	-8,39
УКРАЇНА	14,5	13,0	12,4	-14,48

**Перспективи подальших досліджень.** Рекомендовано в подальшому проводити *аналіз динаміки диспансерного охоплення учасників бойових дій лікарями та порівнювати показники у динаміці.*

**Література**

- Belyakin SA. Sistema vosstanovitel'nogo lecheniya na pozdnemgospital'nom etape. Materialy V1 nauch.-prakt. konf. Sovershenstvovaniye sistemy medikosotsial'noy reabilitatsii lits, postradavshikh pri vypolnenii voinskogo dolga (sluzhebnykh obyazannostey) v protsesseizmeneniya sotsial'noy sfery v Rossiyskoy Federatsii; 2002 Maya 18. Moskva; 2002. s. 112-4. [in Russian].
- Pinchuk IYa, redactor. Diahnostyka ta korektsiya psykhoфизиологичныkh ta psykhychnykh porushen' zdorov'ya v pisyastresovyy period: metodychnyy posibnyk. Ukr. n.-d. in-t sots. i sudovoyi psykhiatriyi ta narkolohiyi MOZ Ukrainy, Ukr. n.-d. in-t medytsyny transportu. Odesa: Feniks; 2015. 109 s. [in Ukrainian].
- Dmytrenko HM, redaktor. Psykholohichna reabilitatsiya uchasnykiv ATO: vydy diyal'nosti praktychnoho psykholoha. Osobystist' u kryzovyykh umovakh ta krytychnykh sytuatsiyakh zhyttya. Zb. nauk. prats'. Sumy: Vyd-vo SumDPU imeni A.S. Makarenka; 2016. s. 248-52. [in Ukrainian].
- Andriyenko OI. Dosvid ozdorovlennya uchasnykiv ATO v umovakh DP «Sanatoriy «Novomoskovs'kyu» PrAT «Ukrprofzdorovnytsya». Materialy XV naukovo-praktychnoyi konferentsiyi Problemy ta perspektyvy etapnoho vidnovnoho likuvannya; 2015 Ver 10-11; 2015. s. 16-7. [in Ukrainian].
- Ipatov AV, Serhiyeni OV, Titov HI. Obgruntuvannya systemnykh zakhodiv z profilaktyky invalidyzuyuchykh zakhvoryuvan' u viys'kovosluzhbovtstv. Visnyk sotsial'noyi hihiyeny ta orhanizatsiyi okhorony zdorov'ya Ukrainy. 2007;4:75-80. [in Ukrainian].
- Matyash MM, Khudenko LI. Ukraina Mul'tymodal'nyy pidkhid v likuvanni viddalenykh naslidkiv minno-vybukhovoyi zakrytoyi cherepnozmozkovoyi travmy ta posttravmatychnoho stresovoho rozladu v uchasnykiv ATO. Mizhnarodnyy nevrolohichnyy zhurnal. 2018;3:23-6. [in Ukrainian].
- Liedl A, Knaevelsrud C. Chronic pain and PTSD: the Perpetual Avoidance Model and its treatment implications. Torture. 2008;18(2):69-76.
- Zhakhovs'ky VO, Livins'ky VH, Kudrenko MV, Mel'nyk IP. Medychne zabezpechennya antyterorystychnoyi operatsiyi: Voyenno-medychna doktryna Ukrainy yak instrumentu formuvannya yedynoho medychnoho prostoru. Ukrainya. Zdorov'ya natsiyi. 2015;1(33):7-17. [in Ukrainian].
- Pishel' PYa, Polyv'yana MYu, Huzenko KV. Posttravmatychnyy stresovyy rozlad ta rozlady adaptatsiyi v uchasnykiv ato: kliniko-sotsial'na karakterystyka ta praktyka psykhofarmakoterapiyi. Ukrainya. Zdorov'ya natsiyi. 2016;4(1):69-73. [in Ukrainian].
- Engel CC, Liu X, McCarthy BD, Miller RF, Ursano R. Relationship of physical symptoms to posttraumatic stress disorder among veteransseeking care for Gulf War-related health concerns. Psychosom. Med. 2000;62(6):739-45.
- Bohomolets' OV, Pinchuk IYa, Ladyk-Bryzhalova AK. Poshyrenist' ta struktura posttravmatychnykh psykhychnykh porushen' v uchasnykiv boyovyykh diy. Arkhiv psykhiatriyi. 2016;2(85):11-5. [in Ukrainian].
- Thomas HV, Stimpson NJ, Weightman AL, Dunstan F, Lewis G. Systematic review of multi-symptom conditions in Gulf War veterans. Psychological Medicine. 2006;36:735-47.

**АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ДИСПАНСЕРНОГО ОХОПЛЕННЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ЛІКАРЯМИ**

Гавловський О. Д., Голованова І. А.

**Резюме.** На сьогодні динаміка диспансерного спостереження учасників бойових дій є важливим питанням як у медицині так і у вітчизняній психіатрії та психології, проблематика різних після воєнних розладів, синдромів, посттравматичного стресу потребує низку досліджень. Теоретична та практична обізнаність фахівців про психологічну опірність, стійкість особового складу, про війну, бій, дію на військового бойових стрес-факторів, адаптування військового до середовища перебування, колективу, подій, що відбуваються навколо нього, його готовність до виконання завдань за призначенням, різні порушення психологічного і психічного характеру, способи та методики надання психологічної допомоги, є важливим питанням для медицини.

**Ключові слова:** психічні захворювання, травми, диспансерне охоплення, учасники бойових дій.

## АНАЛІЗ ДИНАМИКИ ДИСПАНСЕРНОГО ОХВАТА УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧАМИ

Гавловский А. Д., Голованова И. А.

**Резюме.** На сегодня динамика диспансерного наблюдения участников боевых действий является важным вопросом как в медицине так и в отечественной психиатрии и психологии, проблематика различных после военных расстройств, синдромов, посттравматического стресса требует ряд исследований. Теоретическая и практическая осведомленность специалистов о психологической сопротивляемости, устойчивости личного состава, о войне, бое, воздействие на военного боевых стресс-факторов, адаптации военного к среде обитания, коллектива, происходящих вокруг него, готовность к выполнению задач по назначению, различные нарушения психологического и психического характера, способы и методики оказания психологической помощи, является важным вопросом для медицины.

**Ключевые слова:** психические заболевания, травмы, диспансерный охват, участники боевых действий.

## ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF THE DISPENSARY COVERAGE OF PARTICIPANTS OF THE FIGHTING DOCTORS

Gavlovsky O. D., Golovanova I. A.

**Abstract.** Today, the dynamics of dispensary observation of combatants is an important issue in medicine and in national psychiatry and psychology, the problem of post-traumatic stress, various post-war disorders, post-traumatic stress requires a number of studies. Theoretical and practical knowledge of specialists on psychological resistance, stability of personnel, about war, battle, action on military combat stress factors, adaptation of military to the environment of stay, collective, events occurring around it, its readiness for performance of tasks on purpose, various psychological and mental disorders, methods and methods of providing psychological assistance, is an important issue for medicine.

Engaging in combat is generally recognized as the stress factor of the highest intensity. Among veterans first recognized as disabled, more than 50.0% are persons of working age. A study of the quality of life of combatants shows that among all the number of injuries they received are psychological (about 80%). In this case, 30-40% of patients suffer irreversible psychogenic injuries.

Cases of inappropriate behavior, suicide attempts, problems in family life are recorded. The level of resistance is lowered by the high intensity of shelling and fighting with the enemy, as well as the duration of being in the combat zone without rotation. It is known that in such intense psychological state a person can stay 35-45 days, and many soldiers have been in the ATO area for about 2 months. Efforts are made to avoid memories; nightmares, a feeling of devastation that leads to a general disillusionment with the future of life.

**Key words:** mental illness, trauma, dispensary coverage, combatants.

*Рецензент – проф. Катрушов О. В.  
Стаття надійшла 21.11.2019 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2019-4-2-154-348-352

УДК 616-006

Мисак З. С.

## АНАЛІЗ СМЕРТНОСТІ ВІД ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЯК КРИТЕРІЙ ОЦІНКИ ДЕМОГРАФІЧНИХ ВТРАТ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (м. Львів) zoryana.mysak@ukr.net

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Наукова робота є фрагментом НДР «Детермінанти здоров'я сільського населення та тривалості життя на теренах України» (№ державної реєстрації – 0118U000099; шифр: ІН.02.00.001.018) Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

**Вступ.** Важко переоцінити роль людського капіталу як провідного ресурсу забезпечення розвитку національної економіки. Демографічні втрати означають втрачені можливості розвитку економічної

системи країни. Серед основних причин втрат людських ресурсів розглядають від'ємний природний приріст населення (переважання показника смертності над народжуваністю). Саме високі показники смертності населення є одним із ключових факторів впливу на природне скорочення населення країни. Демографічні втрати внаслідок смертності зумовлюють економічні та соціальні збитки для держави, адже втрата робочої сили та кваліфікованих кадрів спричиняє втрати ВВП, скорочення обсягів податко-