

Паламар Борис Іванович,
доктор медичних наук,
професор кафедри громадського здоров'я,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
ORCID ID: 0000-0003-2510-0713
м. Київ, Україна

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З БОЙОВИМИ УШКОДЖЕННЯМИ ЗОРОВОГО АПАРАТУ

Мета: проаналізувати сучасні підходи до організації етапної медичної допомоги військовослужбовцям з травматичними ушкодженнями ока та розробити оптимальну систему надання спеціалізованої офтальмологічної допомоги в умовах воєнного часу.

Матеріали і методи. Проведено систематичний аналіз вітчизняних та зарубіжних публікацій за 2019-2024 роки, присвячених організації медичної допомоги при бойових травмах ока. Використано бібліосемантичний, системно-аналітичний методи та метод експертних оцінок. Проаналізовано статистичні дані щодо структури та характеру офтальмотравм під час воєнних конфліктів в Україні за період 2022-2024 років.

Результати. Встановлено, що частота травматичних ушкоджень ока в структурі бойової травми становить 8-12%. Визначено основні етапи надання допомоги: догоспітальний (перша медична, долікарська, перша лікарська допомога), госпітальний (кваліфікована та спеціалізована медична допомога) та реабілітаційний. Розроблено алгоритм сортування постраждалих залежно від характеру травми: проникаючі поранення з витіканням внутрішньоочного вмісту, контузії з внутрішньоочним крововиливом, опіки хімічними речовинами, закриті травми без порушення цілісності очного яблука. Обґрунтовано необхідність мультидисциплінарного підходу при поєднаних травмах. Запропоновано оптимізовану систему етапної допомоги з використанням телемедичних консультацій, мобільних офтальмологічних бригад та спеціалізованих центрів мікрохірургії ока.

Висновки. Ефективна організація медичної допомоги військовослужбовцям з травматичними ушкодженнями ока потребує чіткої координації на всіх етапах евакуації. Впровадження сучасних протоколів сортування, раннього спеціалізованого лікування та комплексної реабілітації дозволяє зберегти зір у 65-70% випадків проникаючих поранень та у 85-90% випадків контузій ока. Запропонована система організації медичної допомоги сприяє зниженню рівня інвалідизації та підвищенню відсотка повернення військовослужбовців до строю.

Ключові слова: бойова травма ока, військова офтальмологія, етапне лікування, медична евакуація, проникаючі поранення ока, контузія ока, офтальмологічна допомога.

Palamar Borys Ivanovych, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor at the Department of Public Health, Bogomolets National Medical University; ORCID ID: 0000-0003-2510-0713, Kyiv, Ukraine

ORGANIZATION OF MEDICAL ASSISTANCE TO MILITARY SERVANTS WITH COMBAT DAMAGES TO THE VISUAL APPARATUS

Purpose: to analyze modern approaches to organizing staged medical care for military personnel with traumatic eye injuries and to develop an optimal system for providing specialized ophthalmological care in wartime conditions.

Materials and methods. A systematic analysis of domestic and foreign publications from 2019 to 2024, focusing on the organization of medical care for combat eye injuries, was conducted. Bibliosemantic, system-analytical methods, and the method of expert assessments were used. Statistical data on the structure and nature of eye injuries during military conflicts in Ukraine for the period 2022-2024 were analyzed.

Results. It was established that the frequency of traumatic eye injuries in the structure of combat injuries is 8-12%. The main stages of care are determined: pre-hospital (first medical aid), hospital (qualified and specialized medical aid), and rehabilitation. An algorithm for sorting victims depending on the nature of the injury has been developed: penetrating wounds with leakage of intraocular contents, contusions with intraocular hemorrhage, chemical burns, and closed injuries without violation of the integrity of the eyeball. The need for a multidisciplinary approach to combined injuries is substantiated. An optimized system of staged care, utilizing telemedical consultations, mobile ophthalmological teams, and specialized eye microsurgery centers, is proposed.

Conclusions. Effective organization of medical care for military personnel with traumatic eye injuries requires clear coordination at all stages of evacuation. The implementation of modern triage protocols, early specialized treatment, and comprehensive rehabilitation enables the preservation of vision in 65-70% of cases of penetrating wounds and in 85-90% of cases of eye contusions. The proposed system of organizing medical care contributes to reducing the level of disability and increasing the percentage of servicemen returning to duty.

Key words: combat eye injury, military ophthalmology, staged treatment, medical evacuation, penetrating eye injuries, eye contusion, ophthalmological care.

© Паламар Б. І., 2026



Стаття поширюється на умовах ліцензії
відкритого доступу CC BY 4.0

Вступ. Травматичні ушкодження ока у військовослужбовців залишаються однією з найактуальніших проблем військової медицини. За даними світових досліджень, офтальмотравма становить 8-12% від загальної структури бойових поранень [1, 2]. Особливістю цих ушкоджень є їх здатність призводити до повної втрати зору навіть при збереженні життя постраждалого, що робить цю категорію травм особливо значущою з медико-соціальної точки зору.

Сучасні збройні конфлікти характеризуються зростанням частки вибухової травми, яка супроводжується множинними ушкодженнями різних органів і систем [3]. При вибухах утворюються високошвидкісні осколки, які можуть пошкоджувати орган зору. Крім того, ударна хвиля спричиняє контузійні ураження очного яблука навіть за відсутності проникаючого поранення.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблема організації допомоги при офтальмотравмах ускладнюється їх поєднаним характером. У 40-45% випадків травми ока поєднуються з черепно-мозковою травмою, у 30-35% – з ушкодженнями щелепно-лицьової ділянки [4]. Це вимагає злагодженої роботи офтальмологів з нейрохірургами, щелепно-лицьовими хірургами та іншими спеціалістами.

Досвід воєнних конфліктів показує критичну важливість фактору часу при наданні спеціалізованої офтальмологічної допомоги. Затримка хірургічного лікування проникаючих поранень ока понад 6-8 годин різко погіршує прогноз для збереження зорових функцій [5]. Водночас умови бойових дій часто не дозволяють швидко евакуювати поранених до спеціалізованих офтальмологічних центрів.

Аналіз літературних джерел свідчить про те, що питання організації етапної офтальмологічної допомоги військовослужбовцям вивчені недостатньо. Більшість публікацій присвячена клінічним аспектам лікування офтальмотравм, тоді як організаційні питання залишаються малодослідженими [6, 7]. Особливо актуальним є узагальнення українського досвіду організації офтальмологічної допомоги в умовах сучасних бойових дій.

Створення ефективної системи надання офтальмологічної допомоги військовослужбовцям потребує вирішення низки організаційних завдань: чіткого визначення обсягу допомоги на кожному етапі евакуації, розробки алгоритмів сортування, підготовки медичного персоналу, забезпечення необхідним обладнанням та інструментарієм, організації транспортування постраждалих.

Мета і завдання дослідження. Метою роботи є аналіз сучасних підходів до організації етапної медичної допомоги військовослужбовцям з травматичними ушкодженнями ока та розробка оптимальної системи надання спеціалізованої офтальмологічної допомоги в умовах воєнного часу.

Завдання дослідження:

– вивчити структуру та особливості травматичних ушкоджень ока у військовослужбовців під час сучасних збройних конфліктів;

– проаналізувати існуючі системи організації офтальмологічної допомоги в Україні та за кордоном;

– визначити основні проблеми та недоліки в організації етапного лікування військовослужбовців з травмами зорового апарату;

– розробити оптимальну схему сортування та етапного лікування постраждалих з травматичними ушкодженнями ока;

– обґрунтувати необхідні організаційні заходи для покращення результатів лікування.

Матеріали і методи. Проведено систематичний аналіз вітчизняних та зарубіжних публікацій за 2019-2024 роки, присвячених організації медичної допомоги при бойових травмах ока. Пошук літератури здійснювався в електронних базах даних PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, Національної бібліотеки України ім. В.І. Вернадського за ключовими словами: «бойова травма ока», «військова офтальмологія», «проникаюче поранення ока», «контузія ока», «організація офтальмологічної допомоги», «combat eye injury», «military ophthalmology», «ocular trauma», «penetrating eye injury».

У дослідженні використано бібліосемантичний метод для вивчення та аналізу наукових публікацій; системно-аналітичний метод для узагальнення та систематизації інформації; метод експертних оцінок для визначення оптимальних підходів до організації медичної допомоги.

Проаналізовано статистичні дані щодо структури та характеру офтальмотравм під час воєнних конфліктів, зокрема в Україні за період 2022-2024 років. Досліджено особливості організації етапної офтальмологічної допомоги на різних рівнях: від поля бою до спеціалізованих офтальмологічних центрів.

Для оцінки ефективності різних підходів до організації медичної допомоги використано методи порівняльного аналізу за критеріями: час до надання спеціалізованої допомоги, частота збереження зорових функцій, кількість ускладнень, терміни реабілітації, відсоток повернення до військової служби.

Виклад основного матеріалу. Аналіз статистичних даних показав, що частота травматичних ушкоджень ока в структурі бойової травми становить 8-12%. За даними різних дослідників, у структурі санітарних втрат під час воєнних конфліктів травми зорового апарату займають від 2% до 13% залежно від виду бойових дій та використовуваної зброї [8].

За характером ушкоджень встановлено наступну структуру травм зорового апарату у військовослужбовців: проникаючі поранення очного яблука складають 35-40%, контузії ока – 30-35%, опіки (термічні, хімічні) – 15-20%, непроникаючі поранення та поверхневі ушкодження – 10-15% (табл. 1).

За механізмом виникнення бойові травми зорового апарату розподіляються: осколкові поранення – 58,0%, вибухова травма (контузія) – 25,0%, кульові поранення – 12,0%, опіки – 5,0% (рис. 1).

Таблиця 1

Структура травматичних ушкоджень зорового апарату у військовослужбовців

Тип ушкодження	Частота, %	Ризик втрати зору
Проникаючі поранення	35-40	Високий
Контузії ока	30-35	Середній
Опіки	15-20	Високий
Непроникаючі поранення	10-15	Низький

Бойові травми зорового апарату за механізмом

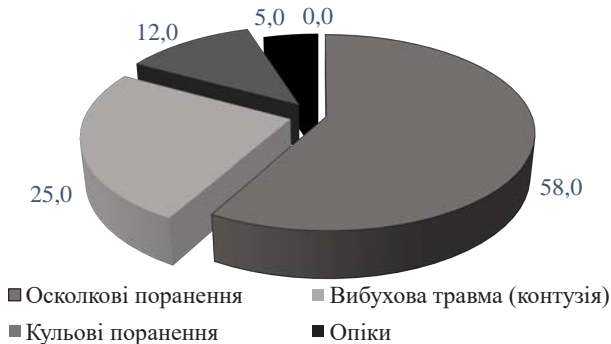


Рис. 1. Розподіл бойових травм зорового апарату за механізмом його виникнення

Важливою особливістю бойових офтальмотравм є високий відсоток поєднаних ушкоджень. Ізольовані травми ока зустрічаються лише у 30-35% випадків. У 40-45% поранених травма ока поєднується з черепно-мозковою травмою, у 30-35% – з ушкодженнями обличчя та щелеп, у 20-25% – з травмами кінцівок. Це вимагає мультидисциплінарного підходу до лікування [9].

Організація етапної медичної допомоги. На основі аналізу літературних джерел та практичного досвіду визначено три основні етапи надання медичної допомоги військовослужбовцям з травматичними ушкодженнями ока.

1. Догоспітальний етап:

– Перша медична допомога (самопомога, взаємодопомога) включає: накладання асептичної бінокулярної пов'язки, застосування крапель з антибіотиками (якщо є в індивідуальній аптечці), профілактику больового шоку. При проникаючому пораненні категорично заборонено видаляти сторонні тіла з ока, промивати око, натискати на очне яблуко.

– Долікарська допомога виконується парамедиками і включає: перевірку накладеної пов'язки, введення знеболюючих препаратів, профілактику правця (введення протиправцевої сироватки), підготовку до евакуації. Особлива увага приділяється виявленню поєднаних ушкоджень.

– Перша лікарська допомога надається лікарями загальної практики в медичних пунктах і включає: огляд ушкодженого ока без зняття пов'язки (лише при необхідності), введення антибіотиків, протизапальних та знеболюючих препаратів, профілактику інфекційних ускладнень, визначення черговості та способу евакуації.

2. Госпітальний етап:

– Кваліфікована медична допомога надається в військових мобільних госпіталах і включає: первинну хірургічну обробку рани повік та м'яких тканин навколо ока, зупинку внутрішньоочної кровотечі, ревізію рани з видаленням доступних сторонніх тіл, накладання герметичних швів на рану очного яблука, ін'єкції антибіотиків під кон'юнктиву та парабульбарно.

– Спеціалізована офтальмологічна допомога надається в офтальмологічних відділеннях багатопрофільних госпіталів або спеціалізованих офтальмологічних центрах і включає: мікрохірургічну обробку рани очного яблука з відновленням анатомічної цілісності всіх структур ока, видалення внутрішньоочних сторонніх тіл з використанням магніту або пінцета під контролем операційного мікроскопа, пластику рогівки при її великих дефектах, видалення травматичної катаракти, вітректомію при тяжких контузіях з гемофтальмом, первинну реконструкцію травмованого ока.

3. Реабілітаційний етап:

Проводиться в спеціалізованих реабілітаційних центрах і включає: відновне лікування, корекцію післятравматичних ускладнень (вторинна глаукома, відшарування сітківки), оптичну корекцію зору, низьковізіюну реабілітацію при необхідності, психологічну підтримку, соціальну адаптацію, професійну орієнтацію.

Заа результати проведеного дослідження був розроблений алгоритм сортування полстраждалих залежно від характеру травми та терміновості надання спеціалізованої допомоги:

I категорія (невідкладна допомога, евакуація у перші 2-3 години):

- проникаючі поранення з витіканням внутрішньоочною вмісту;
- травми з внутрішньоочною кровотечею, що не зупиняється;
- хімічні опіки ока;
- поєднані травми ока і головного мозку з ознаками підвищення внутрішньочерепного тиску.

II категорія (термінова допомога, евакуація у перші 6-8 годин):

- проникаючі поранення без витікання внутрішньоочною вмісту;
- контузії ока з гемофтальмом;
- термічні опіки II-III ступеня;
- рани повік з дефектом тканин.

III категорія (відстрочена допомога, евакуація протягом 12-24 годин):

- непроникаючі поранення рогівки та склери;
- контузії ока без внутрішньоочною крововиливу;
- поверхневі опіки I ступеня;
- ерозії рогівки.

Час до надання спеціалізованої офтальмологічної допомоги критично впливає на результати лікування – проникаючі поранення ока потребують хірургічного лікування протягом перших 6-8 годин, а при затримці понад гадання медичної допомоги понад 12 годин різко зростає ризик ендоефтальміту та атрофії очного яблука [10].

Проведений аналіз дозволив виявити низку проблем в організації етапної офтальмологічної допомоги військовослужбовцям:

- недостатню підготовку медичного персоналу догоспітального етапу з питань надання допомоги при травмах ока;

- тривалі терміни евакуації до спеціалізованих офтальмологічних центрів (у середньому 8-12 годин);

- обмежені можливості діагностики на етапі кваліфікованої допомоги (відсутність офтальмоскопів, тонометрів, ультразвукової апаратури);

- недостатню кількість спеціалізованих офтальмологічних відділень для лікування поєднаних травм;

- дефіцит офтальмохірургів з досвідом мікрохірургії ока у військових медичних закладах.

На основі виявлених проблем та з урахуванням зарубіжного досвіду нами розроблено заходи для оптимізації системи спеціалізованої медичної допомоги хворим з травмами зорового апарату:

- покращення підготовки медичного персоналу (впровадження спеціальних тренінгів для лікарів і парамедиків з базових навичок надання допомоги при офтальмотравмах, включення до навчальних програм правил накладання біокулярної пов'язки, техніки введення очних крапель і мазей та алгоритму розпізнавання проникаючих поранень);

- створення мобільних офтальмологічних бригад (формування спеціалізованих бригад, які можуть виїжджати до місць масового надходження постраждалих, у склад яких входять офтальмохірург, операційна сестра, анестезіолог і така бригада забезпечується портативним обладнанням для проведення невідкладних офтальмологічних операцій);

- впровадження телемедичних консультацій (організація системи дистанційного консультування лікарів першої лінії спеціалістами-офтальмологами, що дозволяє оперативно визначати тактику ведення, необхідність і терміновість евакуації, обсяг допомоги на етапі кваліфікованої медичної допомоги);

- оптимізація маршрутизації постраждалих (створення регіональних офтальмотравматологічних центрів з цілодобовим чергуванням офтальмохірургів, визначення чітких критеріїв евакуації до спеціалізованих центрів та організація санітарної авіації для швидкої евакуації найтяжчих пацієнтів);

- забезпечення діагностичним обладнанням (оснащення медичних пунктів батальйонів портативними офтальмоскопами і тонометрами, забезпечення військових шпиталів ультразвуковими апаратами для діагностики внутрішньоочних ушкоджень та оптичними когерентними томографами);

- підготовка офтальмохірургів (організація стажувань військових офтальмологів у провідних цивільних центрах мікрохірургії ока, проведення майстер-класів з техніки офтальмологічних операцій при бойовій травмі);

Впровадження такої запропонованої системи дозволяє досягти суттєвого покращення результатів лікування. За даними проведеного аналізу, такий підхід сприяє скороченню часу до надання спеціалізованої допомоги (на 30-40%), збереженню зорових функцій (у 65-70% випадків проникаючих поранень (проти 45-50%

при традиційному підході), збереженню очного яблука (у 80-85% випадків тяжких травм), зменшенню частоти інфекційних ускладнень (на 25-30%) та підвищенню відсотка повернення до військової служби (на 20-25%).

Особливого значення набуває організація реабілітації військовослужбовців з наслідками травм зорового апарату. Комплексна реабілітація включає медичну, психологічну, соціальну та професійну складові. Навіть при повній втраті зору на одному оці більшість військовослужбовців можуть повернутися до служби після проходження спеціальної підготовки [11].

Важливим елементом системи є ведення реєстру постраждалих з офтальмотравмами. Електронна база даних дозволяє відстежувати результати лікування на всіх етапах, аналізувати помилки, вдосконалювати протоколи надання допомоги.

Аналіз міжнародного досвіду свідчив про ефективність використання клінічних настанов з ведення бойової офтальмотравми. Такі настанови розроблені та впроваджені в арміях США, Великої Британії, Ізраїлю. Вони стандартизують підходи до діагностики та лікування на всіх етапах медичної евакуації [12].

Перспективним напрямом є впровадження сучасних методів діагностики та лікування офтальмотравм. Портативні ОКТ-пристрої дозволяють діагностувати ушкодження внутрішньоочних структур вже на етапі кваліфікованої допомоги. Нові покоління вітреотомів дають змогу виконувати складні операції безпосередньо у військових госпіталях [13].

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці протоколів телемедичного консультування при офтальмотравмах з використанням технологій передачі відеозображення в реальному часі, впровадженні технологій штучного інтелекту для автоматизованої діагностики характеру та тяжкості офтальмотравм, дослідженні ефективності застосування тромбоцитарної плазми для прискорення загоєння ран ока, вивченні можливостей використання стовбурових клітин для відновлення пошкоджених структур ока та розробці нових методів профілактики і лікування посттравматичних ускладнень (симпатична офтальмія, вторинна глаукома, відшарування сітківки).

Висновки:

1. Травматичні ушкодження ока складають 8-12% від загальної структури бойової травми та характеризуються високим ризиком втрати зору. Проникаючі поранення виявляються у 35-40% випадків, контузії – у 30-35%, опіки – у 15-20%. У 65-70% поранених спостерігаються поєднані ушкодження, що вимагає мультидисциплінарного підходу.

2. Ефективна організація офтальмологічної допомоги військовослужбовцям потребує чіткої координації на трьох етапах: догоспітальному (перша медична, долікарська, перша лікарська допомога), госпітальному (кваліфікована та спеціалізована допомога) та реабілітаційному.

3. Основними проблемами в організації етапного лікування є: недостатня підготовка медичного персоналу, тривалі терміни евакуації (8-12 годин), обмежені діагностичні можливості, дефіцит спеціалізованих офтальмологічних відділень та офтальмохірургів.

4. Оптимізована система організації офтальмологічної допомоги повинна включати: покращення підготовки медперсоналу, створення мобільних офтальмологічних бригад, впровадження телемедичних консультацій, раціональну маршрутизацію, забезпечення діагностичним обладнанням, підготовку офтальмохірургів.

5. Впровадження запропонованої системи дозволяє скоротити час до надання спеціалізованої допомоги на 30-40%, зберегти зорові функції у 65-70% випадків проникаючих поранень та у 85-90% випадків контузій, зменшити частоту ускладнень на 25-30%, підвищити відсоток повернення до служби на 20-25%.

REFERENCES

1. Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Global estimates on the number of people blind or visually impaired by cataract: a meta-analysis from 2000 to 2020. *Eye (Lond)*. 2024;38(11):2156-72. doi: 10.1038/s41433-024-02961-1.
2. Miller SC, Fliotsos MJ, Justin GA, Yonekawa Y, Chen A, Hoskin AK, et al. Global current practice patterns for the management of open globe injuries. *Am J Ophthalmol*. 2022;234:259-73. doi: 10.1016/j.ajo.2021.08.003.
3. Blanch RJ, McMaster D, Patterson TJ. Management of open globe injury: a narrative review. *Eye*. 2024;38(16):3047-51. doi: 10.1038/s41433-024-03246-3.
4. Lu S, Li H, Yang X, Ma C, Li X. Epidemiology of ocular trauma and predictive modeling of visual outcomes: a 12-year retrospective study at a tertiary hospital in China. *Risk Manag Healthc Policy*. 2025;18:691-702. doi: 10.2147/RMHP.S505657.
5. Salvador-Culla B, Hogg J, Okonkwo A, Mulroy J, Figueiredo GS, Figueiredo FC. Severe chemical eye injuries – clinical outcomes and associated socio-economic factors. *Scars Burns Heal*. 2023;9:20595131231180367. doi: 10.1177/20595131231180367.
6. Özer Ö, Tuncer ML. Blunt eye trauma: epidemiology, prognostic factors and visual outcome – a 10-year retrospective study. *J Craniofac Surg*. 2023;34(1):e36-8. doi: 10.1097/SCS.00000000000008932.
7. Vought V, Zarbin F, Vought R, Khouri AS. Patterns and prevention of occupational eye injuries: a narrative review. *Clin Ophthalmol*. 2025;19:4257-68. doi: 10.2147/OPHTH.S556838.
8. Goniewicz K, Burkle FM, Dzhus M, Khorram-Manesh A. Ukraine's healthcare crisis: sustainable strategies for navigating conflict and rebuilding for a resilient future. *Sustainability*. 2023;15(15):11602. doi: 10.3390/su151511602.
9. Choi J, Lorenz HP, Spain DA. Review of facial trauma management. *J Trauma Acute Care Surg*. 2020;88(4):e124-e130. doi: 10.1097/TA.0000000000002589.
10. World Health Organization. Eye care in health systems: guide for action. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240050068>
11. Murthy GVS. Targeting the vision of workers: World Sight Day 2023. *Indian J Ophthalmol*. 2023;71(10):3275-6. doi: 10.4103/IJO.IJO_2431_23.
12. Lee L, Moo E, Angelopoulos T, Yashadhana A. Integrated people-centered eye care: a scoping review on engaging communities in eye care in low-and middle-income settings. *PLoS One*. 2023;18(1):e0278969. doi: 10.1371/journal.pone.0278969.
13. Slabkyi HO, Myroniuk IS, Shafranskyi VV, Brych VV, Bilak-Lukianchuk VY. Terytorialni hromady yak bazovyi riven zabezpechennia zmitsnennia ta zberezhenia zdorovia naseleння [Territorial communities as a basic level of ensuring the strengthening and preservation of public health]. *Ukraina. Zdorovia natsii*. 2021; 4(66):57–62. DOI: <https://doi.org/10.32782/2077-6594.4.1.2021.247006> [in Ukrainian]
14. Palyvoda R, Olexandr K, Yan V, Igor F, Myron U, Yurii C, Danilo K. Maxillofacial Surgery in Ukraine During a War: Challenges and Perspectives – A National Survey. *Military Medicine*. 2024;189(9-10): 1968–1975. DOI: <https://doi.org/10.1093/milmed/usae119>
15. Ivchenko DV, Varzhapetian SD, Mishchenko OM, Sydor OV, Petrenko YM, Yatsun YV, Strohanova TV. Dosvid likuvannia boiovykh travm shchhelepno-lytsevoi dilianky tytanovymy implantatamy v umovakh suchasnoi viiny [Experience in treating combat injuries of the maxillofacial region with titanium implants in modern warfare]. *Patolohiia*. 2022; 2, 19:154–159. DOI: <https://doi.org/10.14739/2310-1237.2022.2.260598>

Дата першого надходження статті до видання: 19.01.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 12.02.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 03.04.2026