

Я. О. Дзюблик, Ю. О. Слесаренко, Г. Б. Капітан, В. А. Ячник, Р. Є. Сухін, С. С. Сімонов АНТИМІКРОБНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНУ НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ, ЩО ВИНИКЛА У МОБІЛІЗОВАНИХ ПРИ ПРОХОДЖЕННІ СЛУЖБИ В ЗОНІ АТО/ООС ПІД ЧАС БОЙОВИХ ДІЙ

ДУ «Національний інститут фізіології і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»
Лазарет ДНВЦ ЗСУ

**АНТИМІКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ВИРУСНО-
БАКТЕРИАЛЬНОЙ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ,
ВЗНИКШЕЙ У МОБИЛИЗОВАННЫХ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ
СЛУЖБЫ В ЗОНЕ АТО/ООС ВО ВРЕМЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

**Я. О. Дзюблик, Ю. О. Слесаренко, Г. Б. Капитан,
Р. Е. Сухин, С. С. Симонов**

Резюме

Внебольничная пневмония (ВП) является крайне важной медицинской и социальной проблемой, особенно у военнослужащих при прохождении службы в зоне АТО/ООС во время боевых действий.

Цель исследования — оптимизация антибактериальной терапии вирусно-бактериальной внебольничной пневмонии III клинической группы.

Материалы и методы. В исследование было включено 74 больных с ВП среднетяжелого течения. В первой группе 44 пациента получали цефтриаксон в дозе 2 г 1 раз в сутки в комбинации с азитромицином в дозе 500 мг 1 раз в сутки 3 дня. Через 3–4 суток терапию проводили с использованием амоксициллина/клавуланата внутрь в дозе 1000 мг 2 раза в сутки. Во второй группе 30 пациентов получали ступенчатую терапию левофлоксацином в дозе 500 мг 1 раз в сутки.

Результаты. У пациентов первой группы положительные результаты лечения (выздоровление или улучшение) отмечались в (72,7 ± 6,7) % случаев, а у пациентов второй группы — в (93,3 ± 4,5) % случаев ($p < 0,05$).

Выводы. В условиях боевых действий у военнослужащих с вирусно-бактериальной пневмонией III клинической группы в зоне проведения АТО/ООС наиболее эффективной является ступенчатая терапия респираторными фторхинолонами, что приводит к снижению временных показателей этапной эвакуации, улучшению качества терапии и медико-социальной реабилитации.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, диагностика, лечение, военнослужащие.

Укр. пульмонолог. журнал. 2019, № 1, С. 44–48.

Дзюблик Ярослав Александрович
ДУ «Національний інститут фізіології і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»
Клініко-функціональне відділення
Провідний науковий співробітник
Доктор мед. наук
10, вул. М. Амосова, 03680, м. Київ, Україна
Тел.: 38044 275-20-04, факс: 38044 275-20-04, dziublyk@gmail.com

**ANTIBACTERIAL THERAPY IN MILITARY SERVICE RECRUITS
WITH VIRAL-BACTERIAL COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA,
OCCURRED DURING MOBILIZATION FOR ATO/UFO UNDER
THE MILITARY ACTION**

**Y. O. Dziublyk, Y. O. Slesarenko, G. B. Kapitan,
R. E. Sukhin, S. S. Simonov**

Abstract

The community-acquired pneumonia is a serious medical and social problem, especially under the conditions of military operations, associated with ATO/UFO.

The aim is an optimization of antibacterial therapy of patients with group III viral-bacterial community-acquired pneumonia (CAP).

Materials and methods. 74 patients with moderate CAP were enrolled into this study. 44 patients in group 1 were treated with ceftriaxone 2 g OD in combination with azithromycin 500 mg OD 3 days. In 3–4 days the therapy was switched to amoxicillin/clavulanate 1000 mg BID. In group 2 the patients received sequential therapy with levofloxacin 500 mg OD.

Results. The favorable outcomes (cure or improvement) were registered in (72,7 ± 6,7) % of patients in group 1 and (93,3 ± 4,5) % in group 2 ($p < 0,05$).

Conclusion. In military service recruits with viral-bacterial community-acquired pneumonia, occurred during mobilization for ATO/UFO under the military action, the sequential therapy with fluoroquinolones proved to be more effective, leading to the reduction of timelines of evacuation and hospitalization, and as well to improvement of treatment and rehabilitation outcomes.

Key words: community-acquired pneumonia, diagnosing, treatment, military servants.

Ukr. Pulmonol. J. 2019; 1: 44–48.

Yaroslav A. Dziublyk
SI "National institute of physiology and pulmonology named after F. G. Yanovsky
National Academy of medical sciences
of Ukraine"
Leading research associate,
Doctor of medicine
10, M. Amosova str., Kyiv, 03680, Ukraine
Tel.: 38044 275-20-04, fax: 38044 275-20-04, dziublyk@gmail.com

В структурі недуг внутрішніх органів у військово-службовців Збройних сил (ЗС) багатьох країн світу провідні позиції займають негоспітальна пневмонія (НП) разом із грипом, ГРВІ та гострими бронхітами [1–4]. Ця недуга характеризується високими показниками захворюваності і смертності, які досягають свого максимуму в періоди сезонних спалахів ГРВІ. Тягар для суспільства від НП також зумовлений значними економічними збитками, спричиненими витратами на діагностику захворювання та лікування хворих, значна частина яких підлягає госпіталізації, а також втратами, пов'язаними із тимчасо-

вою непрацездатністю. Високою є розповсюдженість НП і серед військовослужбовців ЗСУ, що приймають участь в зоні проведення АТО/ООС [5–7].

Особливостями ведення хворих на НП при проходженні служби в зоні АТО/ООС під час бойових дій є своєчасне, послідовне та спадкоємне проведення необхідних діагностичних і лікувальних заходів на полі бою (в осередках масових санітарних втрат) та на етапах медичної евакуації (рис. 1) [8]. В той же час багато питань, пов'язаних з організацією медичної допомоги цьому контингенту хворих, залишаються до кінця не вирішеними. Тому **метою даної роботи** була оптимізація антибактеріальної терапії вірусно-бактеріальної негоспітальної пневмонії III клінічної групи у військовослужбовців, які проходили службу в зоні проведення АТО/ООС.

© Дзюблик Я. О., Слесаренко Ю. О., Капітан Г. Б., Ячник В. А., Сухін Р. Є., Сімонов С. С., 2019

www.search.crossref.org

DOI: 10.312.15/2306-4927-2019-103-1-44-48

Матеріали та методи

В дослідження було включено 74 хворих із вірусно-бактеріальною НП середньотяжкого перебігу. Всі вони були мобілізованими для проходження служби в зоні АТО/ООС та перед цим знаходились на протязі 1,5-2 міс. в одному із навчальних центрів ЗС України. Особливість цього контингенту полягала в тому, що він був дуже однорідним за статтю (чоловіки склали 100 %).

У всіх пацієнтів захворювання починалось із ГРВІ, в зв'язку з чим вони були оглянуті на 1 етапі евакуації санітарним інструктором або фельдшером. Призначена симптоматична терапія на протязі 2-3 днів виявилася

неефективною, тому хворих було направлено на другий етап евакуації, де здійснювалася перша лікарська допомога. На даному етапі проводився огляд лікарем загальної практики або терапевтом, виконувалися швидкі імунохроматографічні тести на віруси грипу та продовжувалася симптоматична терапія на протязі 3–4 днів. Швидкі тести на наявність вірусів грипу виконані у 32 (43,2 %) пацієнтів: в усіх випадках результати були негативними. Відсутність ефекту від лікування та погіршення стану хворих викликало підозру про ускладнення ГРВІ негоспітальною пневмонією, і вони були евакуйовані до військових мобільних госпіталів №№ 59, 61, 65, 66. Після кліні-

1 етап (долікарська медична допомога) — безпосередньо на позиціях на лінії зіткнення, при перших проявах захворювання, як правило, симптоматичне лікування самостійно або після огляду санітарного інструктора або фельдшера.

2 етап (перша лікарська) — надається в умовах медичної роти або медичного пункту частини, які розташовані на відстані 4-5 км від лінії зіткнення. Лікар загальної практики або терапевт проводить фізикальний огляд хворого, виконує швидкі тести (грип), продовжує симптоматичне лікування. Хворих на неускладнені форми ГРВІ ізолюють в умовах лазарету медичного пункту частини та після одужання повертаються до служби.

3 етап (кваліфікована медична допомога) — надається лікарями-спеціалістами (інфекціоніст, терапевт) в умовах військового мобільного госпіталю (№№ 59, 61, 65, 66). Сюди потрапляють хворі при неефективному лікуванні на попередніх етапах медичної евакуації, погіршенні загального стану хворих, та УСІ хворі з верифікованим діагнозом негоспітальної пневмонії. Окрім обсягів діагностики попередніх етапів, тут виконуються: рентгенографія легень, загальноклінічний та біохімічний аналіз крові, швидкі тести (пневмокок, легіонела), призначається антибіотикотерапія (цефалоспорин III покоління в поєднанні з азитроміцином або респіраторні фторхінолони). Хворі після одужання або проходять реабілітаційне лікування (зокрема, в обласному госпіталі ветеранів війни, м. Святогірськ), або повертаються до місця проходження служби.

4 етап (спеціалізована медична допомога) — надається в умовах військово-медичних клінічних центрів (м. Харків, м. Київ). Хворі з ускладненими та важкими формами НП, при неефективності проведеного лікування в умовах ВМГ. Окрім обсягів діагностики попередніх етапів, тут виконуються: бактеріологічний посів харкотиння, визначення чутливості збудника до антибіотика, призначається антибіотикотерапія у відповідності із результатами антибіотикограми.

Рис. 1. Схема евакуації хворих на негоспітальну пневмонію, яка розвинулася на тлі ГРВІ, в зоні проведення АТО/ООС

ко-лабораторного та рентгенологічного (рентгенографія в прямій та боковій проекції) обстеження у цих хворих виявлена вірусно-бактеріальна НП III клінічної групи, в зв'язку з чим була розпочата емпірична антибіотикотерапія. Таким чином, етіотропна терапія хворих на НП почалася тільки через 7–14 днів від початку захворювання.

В залежності від призначеної антибіотикотерапії пацієнтів розподілили на дві підгрупи. Першу підгрупу склали 44 хворих на вірусно-бактеріальну НП середньотяжкого перебігу, які отримували цефтриаксон (Цефтриаксон, «Дарниця», Україна) у дозі 2 г 1 раз на добу в комбінації з пероральною формою азитроміцину (Сумамед, «Тева», Ізраїль) у дозі 500 мг 1 раз на добу за 1,5 години до прийому їжі протягом 3 діб. Після стабілізації процесу (через 3–4 доби) переходили на пероральний прийом захищеного амінопеніциліну — амоксицилін/клавуланат (Аугментин, «GSK», Велика Британія) у дозі 1000 мг 2 рази на добу незалежно від прийому їжі.

Другу підгрупу склали 30 хворих на вірусно-бактеріальну НП середньотяжкого перебігу, які отримували левофлоксацин (Левофлоцин, «Юрія-фарм», Україна) у дозі 500 мг 1 раз на добу. Після стабілізації процесу (через 3–4 доби) продовжували лікування пероральною формою цього антибіотика (Левофлоксацин, «Лекхім», Україна) в дозі 500 мг 1 раз на добу незалежно від прийому їжі.

Результати дослідження

Середній вік хворих 1-ої підгрупи складав ($36,4 \pm 1,8$) роки (табл. 1). На початку у ($52,3 \pm 7,5$) % хворих температура тіла не перевищувала 38°C та у ($47,7 \pm 7,5$) % — була вище 38°C .

Задишка при звичайному повсякденному фізичному навантаженні турбувала ($77,3 \pm 6,3$) % хворих. У всіх пацієнтів був кашель, який в ($84,1 \pm 5,5$) % випадку супроводжувався виділенням незначної кількості (до 50 мл на добу) слизисто-гнійної або гнійної мокротини. Крепітуючі хрипи в легенях вислуховували у ($79,5 \pm 6,1$) % хворих над зоною проекції запальної інфільтрації в легенях. Кількість лейкоцитів в крові становила ($12,6 \pm 0,7$) $\times 10^9/\text{л}$, а паличкоядерних лейкоцитів — ($8,4 \pm 1,6$) %. ШОЕ в підгрупі дорівнювало ($35,9 \pm 3,6$) мм/год.

Середній вік хворих 2-ої підгрупи складав ($35,1 \pm 2,2$) року (табл. 1). На початку лікування у ($46,7 \pm 9,1$) % пацієнтів температура тіла не перевищувала 38°C та у ($53,3 \pm 9,1$) % — була вище 38°C .

Задишка при звичайному фізичному навантаженні турбувала ($80,0 \pm 7,3$) % хворих. У всіх пацієнтів був кашель, який в ($86,7 \pm 6,2$) % випадку супроводжувався виділенням незначної кількості (до 50 мл на добу) слизисто-гнійної або гнійної мокротини. Крепітуючі хрипи в легенях вислуховували у ($90,0 \pm 5,5$) % хворих над зоною проекції запальної інфільтрації в легенях. Кількість лейкоцитів в крові становила ($10,8 \pm 1,5$) $\times 10^9/\text{л}$, а паличкоядерних лейкоцитів — ($8,1 \pm 1,4$) %. ШОЕ в підгрупі дорівнювало ($39,2 \pm 4,6$) мм/год.

При рентгенологічному дослідженні у всіх хворих НП виявляли інфільтративні зміни, як правило, в межах 1–2 сегментів однієї легені.

Таким чином, наведені дані свідчать про повну співставність обох підгруп за усіма показниками досліджен-

Таблиця 1

Клінічна характеристика хворих на вірусно-бактеріальну НП середньотяжкого перебігу до початку лікування

Показник	Підгрупа хворих	
	1-ша (n = 44)	2-га (n = 30)
Вік, роки	$36,4 \pm 1,8$	$35,1 \pm 2,2$
Стать, чоловіки (%)	100	100
Термін виникнення НП від початку ГРВІ, дні	$10,1 \pm 0,5$	$9,0 \pm 1,2$
Температура тіла:		
> $37^\circ\text{C} \leq 38^\circ\text{C}$, % хворих	$52,3 \pm 7,5$	$46,7 \pm 9,1$
> 38°C , % хворих	$47,7 \pm 7,5$	$53,3 \pm 9,1$
Задишка, % хворих	$77,3 \pm 6,3$	$80,0 \pm 7,3$
Кашель, % хворих	100	100
Виділення мокротини, % хворих	$84,1 \pm 5,5$	$86,7 \pm 6,2$
Крепітуючі хрипи в легенях, % хворих	$79,5 \pm 6,1$	$90,0 \pm 5,5$
Кількість лейкоцитів в крові, $10^9/\text{л}$	$12,6 \pm 0,7$	$10,8 \pm 1,5$
Кількість паличкоядерних лейкоцитів, %	$8,4 \pm 1,6$	$8,1 \pm 1,4$
ШОЕ, мм/год	$35,9 \pm 3,6$	$39,2 \pm 4,6$

Примітка: достовірних відмінностей за частотою наведених показників між групами хворих не виявлено ($p > 0,05$).

ня: вік хворих, клініко-рентгенологічні дані, результати лабораторних аналізів, терміни виникнення НП.

У 52 хворих на вірусно-бактеріальну НП середньотяжкого перебігу на 3 етапі евакуації застосовували швидкі тести для виявлення вірусів грипу А і В, аденовірусів та респіраторно-синцитіального вірусу. При цьому виявили маркери вірусної інфекції, а саме антигени вірусів грипу А у 5 (9,6 %) зразках, респіраторних аденовірусів у 6 (11,5 %) зразках та РС-вірусу у 2 (3,8 %) зразках (див. рис. 3.7). Всього позитивними на наявність антигенів респіраторних вірусів виявились 13 зразків носоглоткових змивів (24,9 %). Антигени вірусу грипу В не знайдені. Оскільки з моменту початку захворювання до ідентифікації вірусів пройшло більше 7 діб, етіотропна противірусна терапія хворим не призначалась.

Оцінку ефективності призначеної антибіотикотерапії здійснювали через 48–72 год. від її початку. В першій підгрупі позитивну клінічну динаміку (зменшення до субфебрильних цифр або нормалізація температури тіла, зменшення задишки, слабкості та пітливості, відсутність головного болю та інше) відмітили в ($72,7 \pm 6,7$) % випадків, а в другій підгрупі — в ($93,3 \pm 4,5$) % випадків ($p < 0,05$). В зв'язку з неефективністю антибіотикотерапії та виникненням ускладнень НП (ексудативний плеврит, інфекційний міокардит, нефрит) 12 (27,3 %) хворих першої підгрупи та 2 (6,7 %) антибіотикотерапії та виникненням ускладнень НП (ексудативний плеврит, інфекційний міокардит, нефрит) 12 (27,3 %) хворих другої підгрупи та 2 (6,7 %) хворих другої підгрупи були евакуйовані в військово-медичні клінічні центри в м. Харків (11 осіб) та м. Київ (3 особи).

Отже на 3 етапі евакуації у 32 хворих першої підгрупи та 28 хворих другої підгрупи ефективну емпіричну антибактеріальну терапію було продовжено до її завершення. Частота клінічних проявів НП наприкінці лікування наведена в табл. 2.

Як свідчать дані табл. 2, температура тіла нормалізувалась наприкінці терапії у більшості пацієнтів обох під-

Таблиця 2

Частота клінічних проявів НП в кінці лікування

Показник	Підгрупа хворих	
	1-ша (n = 32)	2-га (n = 28)
Температура тіла:		
≤ 37 °С, % хворих	93,8 ± 4,3	96,4 ± 3,5
> 37 °С ≤ 38 °С, % хворих	6,2 ± 4,3	3,6 ± 3,5
Задишка, % хворих	9,4 ± 5,1	3,6 ± 3,5
Кашель, % хворих	40,6 ± 8,7	21,4 ± 7,8
Виділення мокротиння, % хворих	25,0 ± 7,2	17,9 ± 7,3
Крепінючі хрипи в легенях, % хворих	12,5 ± 5,8	20,0 ± 5,5
Кількість лейкоцитів в крові, 10 ⁹ /л	7,3 ± 0,9	8,2 ± 0,7
Кількість паличкоядерних лейкоцитів, %	3,2 ± 0,5	3,5 ± 0,4
ШОЕ, мм/год	12,6 ± 3,1	10,8 ± 3,7

Примітка: достовірних відмінностей за частотою наведених показників між групами хворих не виявлено ($p > 0,05$).

груп. Лише у (6,2 ± 4,3) % хворих першої підгрупи та (3,6 ± 3,5) % хворих другої підгрупи вона була субфебрильною.

Динаміка задишки була достатньо інтенсивною — вона залишалась тільки в 9,4 % випадків у 1-й підгрупі та 3,6 % випадків в 2-й підгрупі. Динаміка кашлю, виділення мокротиння та наявності крепінючих хрипів в легенях була менш інтенсивною, однак після лікування і ці симптоми зникли в переважній більшості пацієнтів.

Позитивні клінічні зміни супроводжувались покращанням показників клінічного аналізу крові. Після лікування зменшилась кількість лейкоцитів у хворих обох підгруп: у 1-й — до (7,3 ± 0,9) × 10⁹/л та в 2-й — до (8,2 ± 0,7) × 10⁹/л ($p > 0,05$) (табл. 4.4). Такою ж значною була динаміка ШОЕ. Після лікування цей показник знизився у хворих обох груп: у 1-й — до (12,6 ± 3,1) та в 2-й — до (10,8 ± 3,7) мм/год.

При рентгенологічному обстеженні на 14-й день від початку лікування повне зникнення інфільтративних змін в легенях виявили в 1-й підгрупі у (75,0 ± 7,2) % хворих — а в 2-й — у (86,4 ± 6,5) % ($p > 0,05$).

При оцінці безпеки та переносимості антимікробної терапії не виявили достовірних відмінностей за частотою виникнення небажаних явищ під час лікування між підгрупами порівняння, які зареєстрували у (25,0 ± 7,2) % хворих 1-ї групи та у (21,4 ± 7,8) % — 2-ї підгрупи ($p > 0,05$). Усі наявні небажані явища були незначно вираженими та не вимагали відміни або корекції призначеної терапії. Найчастіше у хворих обох груп виявляли транзиторне підвищення рівня АЛТ, головний біль, діарею, нудоту.

Аналіз динаміки результатів клініко-лабораторних та рентгенологічних досліджень свідчить, що проведена емпірична ступенева антибактеріальна терапія сприяла досягненню позитивних результатів в більшості випадках: в 1-й підгрупі одужання діагностовано у (29,5 ± 6,9) % хворих, покращання — у (43,2 ± 7,5) % та без перемін або погіршення — у (27,3 ± 6,7) % хворих; в 2-й підгрупі — одужання і покращання відмічене відповідно у (46,7 ± 9,1) % хворих та без перемін або погіршення — у (6,7 ± 4,5) % хворих. Всі пацієнти, стан яких не змінився або погіршився в результаті неефективності антибіотикоте-

рапії або розвитку суттєвих ускладнень були евакуйовані на наступний (четвертий) етап спеціалізованої медичної допомоги.

Таким чином, на третьому етапі евакуації у хворих першої підгрупи позитивні результати лікування (одужання та покращення стану) досягнуто в (72,7 ± 6,7) % випадків, а у хворих другої підгрупи — в (93,3 ± 4,5) % випадків ($p < 0,05$). В другій підгрупі також достовірно рідше зустрічались пацієнти, у яких стан був без перемін або погіршувався.

Відрізнялась у підгрупах дослідження і середня тривалість використання антибактеріальних препаратів (відповідно (12,6 ± 0,5) та (9,7 ± 0,7) днів, $p < 0,05$).

Після завершення лікування в стаціонарі всі хворі, у яких було досягнуто покращення стану та залишилися деякі клініко-лабораторні і рентгенологічні прояви НП, проходили реабілітаційне лікування в обласному госпіталі ветеранів війни, м. Святогірськ. Пацієнтів з одужанням направляли для подальшого проходження служби в зону проведення АТО/ООС.

Наведені результати лікування на етапі кваліфікованої медичної допомоги хворим на вірусно-бактеріальну НП середньотяжкого перебігу переконливо свідчать про переваги монотерапії респіраторними фторхінолонами перед комбінованою терапією цефалоспорином III покоління (цефтриаксон) та макролідом (азитроміцином), що, скоріш за все, пов'язано зростанням в нашій країні в останні роки резистентності основних збудників НП до цефалоспоринів та макролідів (Togutkunev D. et al., 2018).

Етап спеціалізованої медичної допомоги у 11 хворих на вірусно-бактеріальну НП здійснювався в військово-медичному клінічному центрі Північного регіону (м. Харків) та у 3 хворих — у Національному військово-медичному клінічному центрі «ГВКГ» (м. Київ). Всім пацієнтам після дообстеження (комп'ютерна томографія легень, ультразвукове дослідження грудної порожнини, бактеріологічне дослідження мокротиння та ін.) була розпочата комбінована парентеральна антибактеріальна терапія, яка включала в себе Цефепім, «Фармацевтична компанія «Здоров'я», Україна, у дозі 2 г 2 рази на добу в/в та Лефлоцин, «Юрія-Фарм», Україна, у дозі 500 мг 1 раз на добу в/в. Після стабілізації процесу (нормалізація температури тіла, зменшення задишки, кашлю та ін.), як правило, через 3–4 доби, продовжували лікування пероральною формою левофлоксацина (Лекхім, Україна) в дозі 500 мг 1 раз на добу незалежно від прийому їжі. Крім того, у пацієнтів із ускладненим перебігом НП проводилось відповідне лікування цієї патології.

Середня тривалість антибіотикотерапії в військово-медичному клінічному центрі Північного регіону (м. Харків) складала (10,5 ± 2,5) днів, а у Національному військово-медичному клінічному центрі «ГВКГ» (м. Київ) — (9,7 ± 2,4) днів ($p > 0,05$).

Проведене лікування в обох клінічних центрах дозволило досягти позитивних результатів в 100 % випадків. Після завершення терапії на етапі спеціалізованої медичної допомоги, хворі з залишковими клініко-лабораторними і рентгенологічними проявами були направлені в відповідні медичні заклади для проходження реабілітаційного лікування.

Таким чином, в результаті проведених комплексних організаційних заходів налагоджена система надання медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на вірусно-бактеріальну пневмонію III клінічної групи в зоні проведення АТО/ООС, що призвело до зниження часових показників етапної евакуації, поліпшення якості терапії цього контингенту пацієнтів та вирішення питань медичної та медико-соціальної реабілітації. Все це дало можливість досягти одужання або покращення стану у всіх хворих на вірусно-бактеріальну пневмонію III клінічної групи, що були включені в дослідження.

Висновки

1. У хворих на вірусно-бактеріальну НП середньотяжкого перебігу, які проходили службу в зоні АТО/ООС під час бойових дій, повинна застосовуватися етапна медична допомога.

2. Основні методи діагностики (клініко-лабораторні, рентгенологічні) та лікування вірусно-бактеріальної НП середньотяжкого перебігу необхідно здійснювати на етапі кваліфікованої медичної допомоги в військових мобільних госпіталях.

3. У хворих на вірусно-бактеріальну НП середньотяжкого перебігу, що проходили службу в зоні АТО/ООС під час бойових дій, перевагу слід надавати емпіричній монотерапії респіраторними фторхінолонами, яка дає можливість досягти позитивних результатів лікування (одужання та покращення стану) в (93,3 ± 4,5) % випадків на етапі кваліфікованої медичної допомоги.

4. При неефективності терапії або розвитку серйозних ускладнень на етапі кваліфікованої медичної допомоги хворі на вірусно-бактеріальну НП середньотяжкого перебігу повинні бути евакуйовані в військово-медичні клінічні центри.

ЛІТЕРАТУРА

1. Богомолов АБ. Особенности течения внебольничной пневмонии у военнослужащих в современных условиях в зависимости от структуры контингентов и климатогеографических аспектов: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.04. Санкт-Петербург. 2010;24 с.
2. Ткачук СІ, та ін. Вивчення стану системи імунітету у мобілізованих та військовослужбовців за контрактом під час АТО, хворих на ГРЗ. Інфекційні хвороби. 2017;(1):35–41.
3. Парфенов СА, и др. Современные направления профилактики внебольничной пневмонии у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву. Антибиотики и химиотер. 2018;63(1–2):38–42.
4. O'Shea MK, et al. Respiratory infections in themilitary. J. R. Army Med. Corps. 2013;159:181–189.
5. Андронатій ВБ, та ін. Система медичного забезпечення Збройних Сил України: сучасний стан і напрями розвитку з огляду на тенденції змін у порядку застосування військ. Наука і оборона. 2014;(3):23–29.
6. Дзюблик ЯО, Слесаренко ЮО, Капітан ГБ. Алгоритм етіологічної діагностики вірусно-бактеріальної негоспітальної пневмонії у мобілізованих для проходження служби в зоні проведення антитерористичної операції. Укр. пульмонолог. журнал. 2017;(4):35–38.
7. Слесаренко ЮО. Особливості діагностики та лікування негоспітальної пневмонії на етапах медичної евакуації у військовослужбовців Збройних Сил України, які проходять військову службу в зоні проведення антитерористичної операції. Укр. Мед. Часопис. 2018;1(2):123.
8. Вороненко ВВ, та ін. Особливості медичного забезпечення населення та військ у зоні АТО. Реалії та перспективи створення єдиного медичного простору. Український медичний часопис. 2017;(4):59–62.

REFERENCES

1. Bohomolov AB. Osobennosti techeniya vnebolnichnoy pnevmonii u voennosluzhashchikh v sovremennykh usloviyakh v zavisimosti ot struktury kontingentov i klimatogeograficheskikh aspektov: avtoreferat dySSERTatsii kandidata meditsinskikh nauk: 14.01.04 (Features of community-acquired pneumonia in military personnel in modern conditions, depending on the structure of the contingents and climate-geographical aspects: abstract of the dissertation of the candidate of medical sciences: 14.01.04). Sankt-Peterburh. 2010;24 p.
2. Tkachuk SI, et al. Vyuchennya stanu systemy imunitetu u mobilizovanykh ta viyskovosluzhbovtziv za kontraktom pid chas ATO, khvorykh na GRZ (Studying the status of immunity system in mobilized and contracted military personnel during ATO, patients with ARI). *Infektsiyni khvoroby*. 2017;(1):35–41.
3. Parfenov SA, et al. Sovremennye napravleniya profilaktiki vnebolnichnoy pnevmonii u voennosluzhashchikh, prokhodyashchikh voennuyu sluzhbu po pryzivu (Modern directions of preventive maintenance of community-acquired pneumonia in military servicemen taking military service on a call). *Antibiotiki i khimioter*. 2018;63(1–2):38–42.
4. O'Shea MK, et al. Respiratory infections in themilitary. J. R. Army Med. Corps. 2013;159:181–189.
5. Andronatyi VB, et al. Systema medychnoho zabezpechennya Zbroynykh Syl Ukrainy: suchasnyy stan i napryamy rozvytku z ogly adu na tendentsiyi zmin u poryadku zastosuvannya viysk (The system of medical support of the Armed Forces of Ukraine: the current state and directions of development in view of the tendencies of changes in the order of the use of troops). *Nauka i oborona*. 2014;(3):23–29.
6. Dzyublyk YaO, Slesarenko YuO, Kapitan GB. Alhorytm etiologichnoyi diagnostyky virusno-bakterialnoyi negospitalnoyi pnevmoniyi u mobilizovanykh dlya prokhodzheniya sluzhby v zoni provedennya antyterorystychnoyi operatsiyi (the algorithm of the etiological diagnostics of the viral-bacterial community-acquired pneumonia in the mobilized for the service in the area of the anti-terrorist operation). *Ukr. Pulmonol. Zhurnal*. 2017;(4):35–38.
7. Slesarenko YuO. Osoblyvosti diagnostyky ta likuvannya negospitalnoyi pnevmoniyi na etapakh medychnoyi evakuatsiyi u viyskovosluzhbovtziv Zbroynykh Syl Ukrainy, yaki prokhodyat viyskovu sluzhbu v zoni provedennya antyterorystychnoyi operatsiyi (Features of diagnosis and treatment of hospitalized pneumonia at the stages of medical evacuation of servicemen of the Armed Forces of Ukraine who are in military service in the area of antiterrorist operation). *Ukr. Med. Chasopys*. 2018;1(2):123.
8. Voronenko VV, et al. Osoblyvosti medychnoho zabezpechennya naseleennya ta viysk u zoni ATO. Realii ta perspektyvy stvorenniya yedynogo medychnoho prostoru (Features of medical care of the population and troops in the ATO zone. Realities and prospects for creating a single medical space). *Ukrayinskyy medychnyy chasopys*. 2017;(4):59–62.