

Особливості діагностики та лікування негоспітальної пневмонії на етапах медичної евакуації у військовослужбовців Збройних Сил України, які проходять військову службу в зоні проведення антитерористичної операції

Негоспітальна пневмонія завдає суттєвих санітарних втрат серед військовослужбовців, які проходять військову службу в зоні проведення антитерористичної операції (АТО). Факторами, що сприяють захворюваності на негоспітальну пневмонію, є незадовільні санітарно-побутові умови, загальне переохолодження організму, раніше перенесені та неліковані гострі респіраторні захворювання. Незважаючи на досягнуті вагомі успіхи у лікувально-евакуаційному забезпеченні військовослужбовців із залученням етапу реабілітаційного лікування, показники захворюваності зберігають свою динаміку до зростання. Досліджено 227 хворих на негоспітальну пневмонію, які проходили стаціонарне лікування в одному з військових мобільних госпіталів зони проведення АТО у період з квітня 2015 р. по грудень 2016 р. Діагноз верифіковано наявними діагностичними можливостями військового мобільного госпіталю. Суттєвим недоліком у діагностиці негоспітальної пневмонії є відсутність можливості проведення бактеріологічної та вірусологічної ідентифікації збудника захворювання.

Ключові слова: лікувально-евакуаційне забезпечення, АТО, негоспітальна пневмонія.

Вступ

Збройний конфлікт на Сході України триває і завдає величезних матеріальних, фінансових, а головне — людських втрат. Санітарні втрати — військовослужбовці, які втратили боєздатність більше ніж на добу та надійшли на етапи медичної евакуації (Вороненко В.В. та співавт., 2017). У структурі небойових санітарних втрат серед військовослужбовців Збройних Сил України (ЗСУ) питому вагу займають хворі на негоспітальну пневмонію (НП). Тому питання медичного забезпечення ЗСУ лишаються одними з найпріоритетніших і постійно знаходяться в полі зору керівного складу медичної служби ЗСУ та інших військових формувань, Національної академії медичних наук України тощо (Андронатій В.Б. та співавт., 2014). Зокрема система лікувально-евакуаційних заходів медичного забезпечення зони проведення антитерористичної операції (АТО) передбачає надання кваліфікованої медичної допомоги у розгорнутих військових мобільних госпіталях (ВМГ) (Міністерство оборони України, 2008; Андронатій В.Б. та співавт., 2014; Жаховський В.О. та співавт., 2015).

Особливостями надання медичної допомоги в умовах ВМГ є обмеженість у проведенні діагностичних заходів, таких як мікроскопічне дослідження мокротиння, неможливість бактеріального та вірусологічного дослідження мокротиння, а також потреба в подальшій евакуації хворих на НП на наступний етап медичної допомоги — спеціалізованої допомоги (відділення пульмонології, загальнотерапевтичні відділення військово-медичних клінічних центрів). У разі з особами з НП — це хворі III клінічної групи за відсутності позитивної динаміки від проведеної антибіотикотерапії.

Мета дослідження — вивчити особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування НП серед військовослужбовців ЗСУ, які проходять військову службу в зоні проведення АТО, з урахуванням лікувально-діагностичних можливостей одного з військових мобільних госпіталів зони проведення АТО.

Об'єкт і методи дослідження

Досліджено 227 випадків НП серед військовослужбовців ЗСУ, які захворіли під час проходження служби в зоні проведення АТО та були евакуйовані до одного з ВМГ зони проведення АТО. Зо-

крема досліджено 99 випадків за період з квітня по грудень 2015 р. та 128 випадків — з квітня 2016 р. по січень 2017 р. (ретроспективні дані щодо спалахів захворюваності на НП серед військовослужбовців ЗСУ).

Методи дослідження:

1. Клінічні:
 - аналіз анамнестичних даних і попереднього лікування;
 - вивчення проявів захворювання до встановлення діагнозу та на момент госпіталізації до ВМГ.
2. Рентгенологічні (оглядова рентгенограма органів грудної клітки у прямій та боковій проекціях на момент госпіталізації та в динаміці).
3. Лабораторні (дослідження загальноклінічного та біохімічного аналізів крові).
4. Статистичні (результати досліджень і результати лікування пацієнтів обчислювали та обробляли за стандартними методами статистики за допомогою ліцензійних програмних продуктів, що входять у пакет «Microsoft Office Professional 2010»).

Результати та їх обговорення

НП — самостійне захворювання дихальних шляхів, яке має інфекційну етіологію (бактеріальну та/чи вірусну) та супроводжується вогнищевим запаленням респіраторних відділів легень та наявністю внутрішньоальвеолярної ексудації (Перцева Т.О., Попович Я.В., 2005; Міністерство охорони здоров'я України, 2007). Незважаючи на досягнуті вагомі успіхи у діагностиці, лікуванні НП та профілактиці її ускладнень, показники захворюваності й втрати працездатності зберігають свою динаміку до зростання в усьому світі. Не є винятком з цієї тенденції й військовослужбовці ЗСУ, задіяні до участі в проведенні АТО (Носач Е.С. і соавт., 2012; Кочин І.В., 2015; Мостовой Ю.М., 2016).

У діагностиці НП у військовослужбовців ЗСУ, які надходили на лікування до ВМГ, ми спиралися на діагностичні можливості медичного закладу. Критеріями встановлення діагнозу НП у досліджуваних хворих були епідеміологічні, клінічні, лабораторні та рентгенологічні дані (Фещенко Ю.І. та співавт., 2003; Міністерство охорони здоров'я України, 2007).

Епідеміологічно спостерігали спалах однотипних захворювань серед військовослужбовців одних і тих самих підрозділів зі спільним місцем дислокації, побутом та місцем проживання.

Клінічно — тривала лихоманка (протягом 7–10 днів) з вираженою інтоксикацією, гіперпірексією, синдромом ураження нижніх дихальних шляхів з фізикальними ознаками пневмонії, що підтверджувалися даними рентгенологічного обстеження. У процесі лабораторного дослідження виявлено лейкоцитоз із паличкоядерним зсувом, підвищення швидкості осідання еритроцитів, анеозинофілію, лімфопенію.

У структурі пневмоній за ступенем тяжкості, відповідно до кеврівних документів (наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.03.2007 р. № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»), всіх хворих, які поступили до ВМГ на лікування, віднесено до III клінічної групи. Серед хворих цієї групи у 3 (1,32%) рентгенологічно в умовах ВМГ виявлено двобічний ексудативний плеврит. Цих пацієнтів направлено на наступний етап медичної допомоги — спеціалізованої — до профільного відділення Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (Міністерство оборони України, 2008; Вахненко А.В., Моїсєєва Н.В., 2014).

При надходженні до приймального відділення ВМГ хворих оглядав лікар-терапевт, який на підставі збору анамнезу, фізикального, рентгенологічного обстеження та огляду встановлював діагноз «негоспітальна пневмонія» і призначав відповідне лікування.

Хворих госпіталізували до госпітального відділення. Всім їм призначали належний режим, дієту, антибіотикотерапію та симптоматичну (антипіретичну, відхаркувальну) терапію.

У досліджуваних пацієнтів антибіотикотерапію проводили за однією з чотирьох схем:

1. Цефтріаксон у дозі 1 мл внутрішньом'язово 2 рази на добу (31,78% випадків), левофлоксацин у дозі 500 мг внутрішньовенно крапельно 2 рази на добу (4,54% випадків).

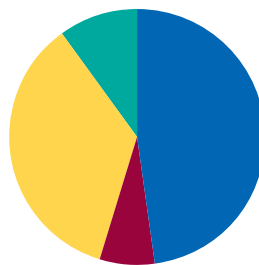
2. Комбінація внутрішньовенно цефтріаксон в дозі 1 мл + левофлоксацин в дозі 500 мг (22,7% випадків) (за такою схемою проводили лікування всіх хворих IV клінічної групи та хворих III клінічної групи, у яких на 3-тю добу монотерапії одним антибіотиком була відсутня позитивна рентгенологічна динаміка).

3. Ципрофлоксацин в дозі 500 мг 2 рази на добу перорально у формі таблеток.

4. Азитроміцин в дозі 500 мг 1 раз на добу (6,81% випадків).

Лікування амоксициліном у формі таблеток в дозі 500 мг 3 рази на добу проходив лише один хворий, який поступив у задовільному стані, розпочав антибіотикотерапію на догоспітальному етапі за призначенням лікаря частини, на рентгенологічному контролі на 3-тю добу стаціонарного лікування у нього відзначено повне усунення вогнищ інфільтрації. Більш наглядно схеми лікування представлені на **рис. 1**. Динаміка клініко-рентгенологічних та лабораторних показників стану хворих у процесі лікування представлена в **таблиці**.

Спільною особливістю анамнезу є тривалий час перебування військовослужбовців на відкритому повітрі та їх переохолодження, часто незадовільні санітарно-побутові умови в підрозділах, ігнорування військовослужбовцями перших проявів хвороби (загальна інтоксикація, тривалий (впродовж кількох днів) субфебрилітет, катаральні явища), пізні звернення за медичною допомогою до медичної служби підрозділу, звернення у період розпалу хвороби, коли температура тіла сягала 38–39 °С, наростала виражена загальна слабкість та значно посилювався кашель. Лише 27% досліджених хворих на догоспітальному етапі починають приймати антибіотики (переважно амоксицилін у дозі 500 мг по 1 таблетці 3 рази на добу) самостійно або за рекомендацією медичного працівника підрозділу. Частина пацієнтів не зверталася за медичною допомогою взагалі при перших проявах хвороби переважно у зв'язку з віддаленістю медичних працівників (санітарів, санітарних інструкторів) від розташування їхнього підрозділу. 64% хворих протягом 3–7 діб самостійно лікувалися симптоматично (жарознижувальні, відхаркувальні, нестероїдні протизапальні препарати). Специфічної противірусної терапії ані на догоспітальному етапі, ані на етапі лікування у ВМГ хворі не проходили.



■ Цефтріаксон
■ Левофлоксацин
■ Цефтріаксон + левофлоксацин
■ Ципрофлоксацин + азитроміцин

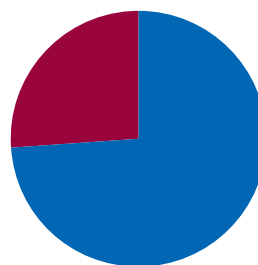
Рис. 1. Схеми антибіотикотерапії хворих на НП, які застосовували в умовах ВМГ

Як бачимо, лівову частку в лікуванні НП займав цефалоспорин III покоління — цефтріаксон, який призначали переважно внутрішньом'язово 2 рази на добу після отримання негативних алергічних проб.

Таблиця. Динаміка клініко-рентгенологічних та лабораторних показників стану хворих у процесі лікування (% хворих)

Клінічні симптоми	На момент госпіталізації	3-тя доба	7-ма доба	10–14-та доба
Ринорея	60,4	22,5	–	–
Біль у горлі	36,4	10,3	–	–
Кашель	100,0	78,2	46,4	11,7
Лихоманка	78,4	48,3	–	–
Рентгенологічні ознаки інфільтрації	100	68,6	32,4	–
Швидкість осідання еритроцитів	21,6	22,4	15,8	–
Лейкоцитоз	11,2	5,8	7,1	–
Паличкоядерний зсув	9,3	10,1	5,8	–

Щодо лікувально-евакуаційного забезпечення на цьому етапі медичної допомоги примітне те, що у 2015 р. 71,28% хворих направлялися на подальший етап спеціалізованої медичної допомоги у військово-медичні клінічні центри, середній ліжко-день цих хворих у ВМГ становив 3,8 доби. Лише 28,72% хворих проходили повний курс лікування з приводу НП у ВМГ — це легкі форми НП у хворих III клінічної групи, в яких відзначено ранній, на 3-тю–5-ту добу, регрес вогнищ інфільтрації, відсутність ускладнень та нормалізація загальноклінічних показників периферичної крові. Після проведеного курсу лікування пацієнти поверталися до своїх частин. Середній ліжко-день цих хворих становив 8,3 доби. Наглядно розподіл хворих представлено на **рис. 2**.



■ До військово-медичних клінічних центрів
■ До частин

Рис. 2. Лікувально-евакуаційне забезпечення хворих на НП, які поступили на лікування до ВМГ у 2015 р.

У 2016 р. ситуація значно змінюється — на етап спеціалізованої медичної допомоги надійшло лише 32,0% хворих на НП. До цієї категорії хворих також увійшли всі пацієнти III клінічної групи без позитивної динаміки на фоні антибіотикотерапії. Решта хворих пройшли повний курс лікування в умовах ВМГ із середнім ліжко-днем 12,8 доби. Варто зазначити, що у 2016 р. в системі медичного забезпечення зони відповідальності з'явилася можливість лікування в порядку реабілітації в Госпіталі ветеранів війни, до якого, згідно з наказом Міністерства оборони України від 14.08.2008 р. № 402 «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України», направлено 32,8% хворих, які перенесли НП. 36,0% хворих після одужання повернулися до своїх підрозділів. Це військовослужбовці, які перенесли НП без ускладнень з одужанням та відмовилися від запропонованого проходження реабілітації. Наглядно розподіл хворих на НП по етапах медичної евакуації у 2016 р. представлено на **рис. 3**.

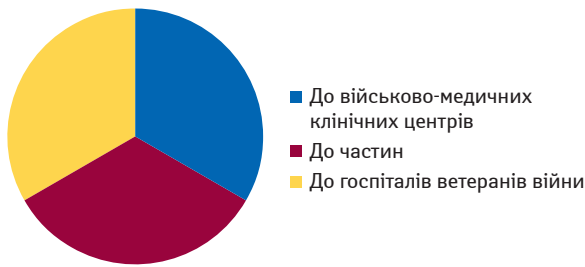


Рис. 3. Лікувально-евакуаційне забезпечення хворих на НП, які поступили на лікування до ВМГ у 2016 р.

Висновки

1. НП в умовах бойових дій в зоні проведення АТО завдає суттєвих санітарних втрат серед особового складу військово-службовців ЗСУ.

2. Завдяки вдосконаленню системи лікувально-евакуаційного забезпечення вдалося знизити навантаження на етап спеціалізованої медичної допомоги та зменшити час повернення військовослужбовців до своїх підрозділів.

3. Етіологічна діагностика НП і нині залишається вкрай складною і до кінця не вирішеною проблемою. Зокрема питання бактеріальної та вірусологічної діагностики збудників НП в зоні проведення АТО залишається невирішеним.

4. Питання противірусної терапії НП, що традиційно виникають на тлі спалаху гострих респіраторних захворювань серед військових колективів у зимово-весняний період, в тому числі у зоні проведення АТО, знаходиться на етапі розробки.

Дані про зв'язок дослідження із плановими науково-дослідними роботами

Дослідження є частиною науково-дослідної роботи «Новітні методи етіологічної діагностики та оптимізація лікування негоспітальної пневмонії під час спалахів гострої респіраторної вірусної інфекції у військовослужбовців, мобілізованих для проходження служби в зоні проведення антитерористичної операції».

Шифр

A14.01

Список використаної літератури

Андронатій В.Б., Жаховський В.О., Булах О.Ю., Лівінський В.Г. (2014) Система медичного забезпечення Збройних Сил України: сучасний стан і напрями розвитку з огляду на тенденції змін у порядку застосування військ. Наука і оборона, 3: 23–29.

Вахненко А.В., Моїсєєва Н.В. (2014) Сучасний підхід до лікування негоспітальної пневмонії, ускладненої ексудативним плевритом. Світ медицини та біології, 3(45): 25–29.

Вороненко В.В., Близнюк М.Д., Печиборщ В.П., Шуригін О.Ю. (2017) Особливості медичного забезпечення населення та військ у зоні АТО. Реалії та перспективи створення єдиного медичного простору. Укр. мед. часопис, 4(120): 59–62 (<https://www.umj.com.ua/article/113353>).

Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Кудренко М.В., Слабкий Г.О. (2015) Антитерористична операція в Україні: уроки медичного забезпечення. Здоров'я нації, 3: 31–35.

Кочин І.В. (2015) Особенности медико-санитарных потерь и организации экстренной медицинской помощи населению и военнослужащим в зоне проведения антитеррористической операции. Мед. невідкл. станів, 6(69): 44–51.

Міністерство оборони України (2008) Наказ Міністерства оборони України від 14.08.2008 р. № 402 «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України» (<http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1109-08>).

Міністерство охорони здоров'я України (2007) Наказ МОЗ України від 19.03.2007 р. № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» (http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070319_128.html).

Мостовой Ю.М. (2016) Негоспітальна пневмонія: ключові положення діагностики та лікування. Укр. мед. часопис, 1(111): 49–51 (<https://www.umj.com.ua/article/93893>).

Носач Е.С., Скрыль С.В., Кулакова Н.В., Мартынова А.В. (2012) Этиологическая структура внебольничных пневмоний у лиц молодого возраста в закрытых коллективах. Вест. Рос. акад. мед. наук, 7: 35–38.

Перцева Т.О., Попович Я.В. (2005) Негоспітальна пневмонія. Визначення тяжкості перебігу та факторів, що сприяють госпіталізації хворих. Мед. перспект., 4: 82–85.

Фещенко Ю.І., Дзюблик О.Я., Мухін О.О. (2003) Сучасні принципи діагностики та лікування негоспітальних пневмоній. Мистецтво лікування, 5: 12–13.

Особенности диагностики и лечения внебольничной пневмонии на этапах медицинской эвакуации у военнослужащих Вооруженных Сил Украины, которые проходят военную службу в зоне проведения антитеррористической операции

Ю.А. Слесаренко

Резюме. Внебольничная пневмония занимает существенное место среди причин санитарных потерь среди военнослужащих, которые проходят военную службу в зоне проведения антитеррористической операции (АТО). Факторами, обуславливающими повышение заболеваемости внебольничной пневмонией, являются неудовлетворительные санитарно-бытовые условия, общее переохлаждение организма, ранее перенесенные и нелеченные острые респираторные заболевания. Несмотря на достигнутые весомые успехи в лечебно-эвакуационном обеспечении военнослужащих с привлечением этапа реабилитационного лечения, показатели заболеваемости внебольничной пневмонией сохраняют свою динамику к росту. Обследовано 227 больных внебольничной пневмонией, проходивших стационарное лечение в одном из военных мобильных госпиталей зоны проведения АТО в период с апреля 2015 г. по декабрь 2016 г. Диагноз верифицирован с помощью диагностических возможностей военного мобильного госпиталя. Серьезным недостатком в диагностике внебольничной пневмонии является отсутствие возможности проведения бактериологической и вирусологической идентификации возбудителя заболевания.

Ключевые слова: лечебно-эвакуационное обеспечение, АТО, внебольничная пневмония.

Features of diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia at the stages of medical evacuation of the military of the Armed Forces of Ukraine who are in military service in the antiterrorist operation area

Yu.O. Slesarenko

Summary. Community-acquired pneumonia causes significant sanitary losses among military who undergo military service in the antiterrorist operation area. Factors contributing to the incidence of community-acquired pneumonia are unsatisfactory sanitary conditions, general hypothermia, previously and untreated acute respiratory infections. Despite achieved significant success in the medical-evacuation support of the military, with the involvement of the stage of rehabilitation treatment, the incidence rates of community-acquired pneumonia retain its dynamics for growth. It was investigated 227 patients with community-acquired pneumonia who entered a hospital treatment in one of the military mobile hospitals of the area of the antiterrorist operation in the period from April 2015 to December 2016. The diagnosis was captured by existing diagnostic capabilities of military mobile hospital. A significant drawback in the diagnosis of community-acquired pneumonia is an inability to conduct bacteriological and virological diagnosis of the pathogen.

Key words: medical evacuation support, antiterrorist operation area, community-acquired pneumonia.

Адреса для листування:

Слесаренко Юрій Олександрович
02000, Київ, вул. Госпітальна, 16
Національний військово-медичний клінічний центр
«Головний військово-медичний клінічний госпіталь»,
відділення паліативної допомоги, нейрореабілітації та відновлювального
лікування клініки неврології

Одержано 01.03.2018