

по епідуральним венам поперекового відділу хребта.

**Ключові слова:** ультразвукова діагностика, поперековий відділ хребта, міжхребцевий диск.

Стаття надійшла 6.03.2015 р.

blood flow in the veins of the epidural lumbar spine.

**Key words:** ultrasound diagnosis, lumbar spine, degenerative changes, intervertebral disc.

Рецензент Попов О.Г.

УДК 616.24 – 002 – 085 – 092 – 057.36 (09)

Н. В. Попенко

Українська військово-медична академія, м. Київ

## ПОРІВНЯННЯ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ І ЛІКУВАННЯ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ СТРОКОВОЇ СЛУЖБИ

У статті проаналізовано особливості перебігу, спектр збудників та оцінена ефективність лікування НП у військовослужбовців строкової служби (ВСС). Найбільш часто тяжкий перебіг спостерігався в 3-ій групі хворих ВСС (2005 - 2012рр.) – 58,33%. Виявлена переважна етіологічна значимість *Str. pneumoniae* і *S. aureus* за НП у ВСС і враховується під час призначення емпіричного антибактеріального лікування. Збільшилось виявлення *H. influenzae* з  $(3,45 \pm 1,69) \%$  у 1997-2004рр. до  $(8,0 \pm 2,42) \%$  у 2005-2012рр. Встановлені регіональні особливості чутливості *Str. pneumoniae* до антибіотиків, а саме, зниження чутливості до пеніциліну та її збільшення до захищених клавулоновою кислотою пеніцилінів, макролідів та фторхінолонів протягом останніх років, що дозволяє рекомендувати ці антибіотики для лікування НП у осіб молодого віку, які перебувають в умовах організованого колективу.

**Ключові слова:** негоспітальна пневмонія, діагностика, військовослужбовці строкової служби, антибактеріальна терапія.

Негоспітальна пневмонія (НП) є одним із найбільш розповсюджених захворювань органів дихання і важливим медико-соціальним аспектом, у першу чергу за показниками захворюваності і смертності, а також за значними економічними втратами, що зумовлює необхідність подальшого вивчення особливостей її перебігу, особливо у разі поєднання її з іншою патологією, і розробки раціональної терапії таких пацієнтів [12].

У 2010р. захворюваність дорослих на пневмонію склала 519,7 на 100 тис. населення, а смертність – 10,3 на 100 тис населення, тобто померло майже 2% з тих, хто захворів на пневмонію [20]. Аналіз захворюваності на пневмонію в різних регіонах України у 2007-2011рр., проведений Я.О. Дзюблик, свідчить, що цей показник був суттєво вищим за середньостатистичні показники по країні у Вінницькій, Івано-Франківській і Київській областях [5, 23].

В структурі захворюваності при хворобах органів дихання в нашій країні провідне місце досі займають НП [4]. Поширеність НП у 2011 році склала 494,3 випадків на 100 тисяч дорослого населення [18].

НП щорічно розвивається у 1,5% населення світу, в розвинутих країнах захворюваність складає від 3,6 до 16 на 1000 осіб [1]. В США щороку реєструється близько 4 млн. хворих, з яких помирає приблизно 60 тис. чоловік. В країнах Європейського Союзу кількість хворих на пневмонію складає біля 3 млн. на рік. Щорічні витрати пов'язані з лікуванням хворих на пневмонію досить високі. Так тільки в США вони складають \$8,4-10 млрд., а лікування одного пацієнта в умовах стаціонара оцінюють в \$2500-8970, на дому в \$300 [2].

При НП найнижчу летальність (1–3 %) реєструють у осіб молодого та середнього віку без супутніх захворювань. У осіб старших вікових груп за наявності супутніх захворювань (серцево-судинне захворювання, хронічне обструктивне захворювання легень, злоякісне новоутворення, алкоголізм, цукровий діабет, захворювання нирок та печінки та ін.), а також у випадку тяжкого перебігу НП цей показник досягає 15–30 % [20]. Ряд дослідників вказує на зростання в останні 10 років захворюваності на НП в збройних силах України на 50 %, при чому суттєвими екзогенними факторами ризику розвитку НП стали часті гострі респіраторні захворювання і пневмонії в минулому, хронічні бронхіти, куріння, високе психоемоційне напруження [17]. Широке розповсюдження тютюнопаління, особливо серед ВСС, підвищує частоту колонізації бронхіального дерева гемофільною паличкою, підвищує ризик пневмококової бактеріємії, а також визнається незалежним фактором ризику розвитку легіонельозної інфекції. При захворюванні на ГРЗ в мокротинні виникає неінвазивне розмноження пневмокока і гемофільної палички, ерадикація яких не впливає на перебіг захворювання [16]. Бактерії, які потрапили в респіраторну зону і не зустріли протидії, інтенсивно репродукуються та активізуються [19].

Окрім того, звертає увагу і той факт, що епідемічні спалахи інфекцій дихальних шляхів, зокрема НП, становлять реальну загрозу боєздатності військ, оскільки заходи які проводяться не завжди призводять до суттєвого зниження захворюваності [6].

Значна захворюваність, високий рівень летальності, деякі діагностичні труднощі роблять необхідним критичне переосмислення існуючих знань і залишають НП однією з найбільш актуальних проблем пульмонології та внутрішньої медицини в цілому.

Однією із головних причин тяжкого перебігу НП є недооцінка тяжкості стану, а також несвоєчасне виявлення негативної динаміки в перебігу захворювання [9]. Не дивлячись на відомі діагностичні прийоми і характерні скарги, помилки в діагностиці пневмоній, особливо на догоспітальному етапі, досягають 20%. Діагноз пневмонії викликає утруднення в лікаря в 30-40% і встановлюється лише в кінці першого тижня хвороби, а правильний діагноз в перші 3 доби хвороби ставиться тільки в 35% випадків [8].

**Метою** роботи було порівняльний аналіз клінічного перебігу і лікування негоспітальної пневмонії у військовослужбовців строкової служби за період 1989-2012 рр.

**Матеріал та методи дослідження.** Проведено ретроспективний клініко-мікробіологічний аналіз перебігу НП у 251 ВСС, які знаходились на лікуванні в умовах терапевтичного відділення Головного військово-медичного клінічного центру (ГВМКЦ) «ГВКГ» м. Київ з 1989 по 2012 роки. При розгляді історій хвороб був оцінений клінічний перебіг НП; анамнез життя пацієнтів (перенесені захворювання, наявність супутньої патології); результати лабораторних та інструментальних методів дослідження; етіотропне лікування; причини виникнення тяжкого перебігу НП. Критеріями включення в дослідження пацієнтів була наявність НП, визначена на основі даних клініки, лабораторних аналізів та рентгенівського дослідження органів грудної клітки, при якому знаходили інфільтративні зміни в легеневій тканині. Для виявлення етіологічної структури НП використовували дані бактеріологічного дослідження мокротиння, яке включало кількісне визначення збудника та його чутливості до антибактеріальних препаратів (Наказ МОЗ СРСР № 535 від 22.04.1985 р.).

Всім хворим проводилось рентгенівське обстеження органів грудної порожнини до лікування і після закінчення АБТ. Ультразвукове дослідження плевральних порожнин проводилося за потребою, хворим у яких НП ускладнювалася ексудативним плевритом. Супутня патологія виявлялась і була підтверджена рентгенівським дослідженням ППН і консультацією спеціалістів.

Проаналізовано історії хвороби 251 ВСС, віком від 17 до 24 років, які хворіли на НП, серед них легкий перебіг спостерігався у 72 (28,68%), середнього ступеня тяжкості - в 86 (34,26%), і тяжка пневмонія – у 93 (37,05%) (табл. 1). Хворих з НП розподілили на три групи. До 1-ї увійшли 84 ВСС, що хворіли на НП протягом 1989 - 1996 років. До 2-ї групи було включено 83 ВСС, які перенесли НП протягом 1997 - 2004 років, до 3-ї групи -84 ВСС, що лікувались з 2005 по 2012 роки.

Таблиця 1

Контингенти досліджуваних хворих ВСС

	1 група (1989-1996рр.)		2 група (1997-2004рр.)		3 група (2005-2012рр.)		Всього	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Кількість хворих	84	100	83	100	84	100	251	100
Легка (нетяжка)	-	-	37	44,57	35	41,66	93	37,05
Середньотяжка	67	79,76	19	22,89	-	-	86	34,26
Тяжка	17	20,23	27	32,53	49	58,33	72	28,68

Найбільш часто тяжкий перебіг спостерігався в 3-ій групі хворих – 58,33% порівняно з 1-ою та 2-ою групами, 20,23% та 32,53% відповідно. В усіх групах хворих не спостерігалось достовірних відмінностей щодо переважної локалізації запальної інфільтрації легеневої тканини. Порівнювані групи були максимально ідентичні за віковою, статевою структурою і соціальною належністю. Верифікація діагнозу здійснювалась згідно з «Інструкцією про негоспітальну пневмонію у дорослих: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія» (Наказ №499 МОЗ України від 28.10.2003р.), підтвердженої наказом Міністерства охорони

здоров'я України №128 від 19.03.2007р. [11]. Статистична обробка отриманих результатів виконувалася за допомогою стандартного пакету функцій «MS Excel».

**Результати дослідження та їх обговорення.** В кожній групі досліджуваних хворих ВСС кількість днів від початку захворювання до лікування в стаціонарі не відрізнялась і становила в середньому 3,8 – 4,4 дні. При поступленні до пульмонологічного відділення синдром інтоксикації та кашель з виділенням мокротиння були у всіх хворих ВСС. Найбільший лейкоцитоз на початку захворювання спостерігався в 3 – ій групі -  $12,5 \times 10^9$  /л, а найвищі показники ШОЕ в 1-ій групі хворих – 21,12 мм/год.

Супутня патологія, що передувала розвитку НП у ВСС, і могла вплинути на перебіг, а також призвести до розвитку ускладнень, представлена у табл. 2. Як видно з наведених даних, найбільше значення для розвитку НП з 1989 по 2012рр. мав гострий риносинусит – 23 (9,16%). Загальна кількість супутніх захворювань у досліджуваних групах за 24 роки склала 33 (13,14%), а саме у 1 (1,19%) хворих 1-ї групи, у 10 (12,04%) хворих 2-ї групи і 22 (26,19%) хворих 3-ї групи.

Таблиця 2

Розподіл супутньої патології у групах

Супутні захворювання	Група 1, n=84	Група 2, n=83	Група 3, n=84	Всього n=251
Загальна кількість супутніх захворювань	1(1,19%)	10(12,04%)	22(26,19%)	33(13,14%)
Гострий риносинусит	-	5	18	23
Гострий фарингіт	-	1	2	3
Гастрит	-	3	2	5
НЦД	-	1	-	1
Густа себорея	1	-	-	1

По результатам проведеного мікробіологічного дослідження мокротиння у хворих ВСС в трьох досліджуваних групах встановлені загальні закономірності, які характеризують сучасну етіологічну класифікацію НП. Ведучим збудником НП у досліджуваних хворих ВСС всіх трьох груп в період з 1989 по 2012рр. залишається родина *Streptococcus* - 197 ( $58,64 \pm 2,68$ )%, що співпадає з дослідженнями Р.С.Козлова, О.В. Сивої [7] та Ю.М. Мостового, Г.В. Демчук [10]. Наступним по частоті був висіяний *S. aureus* і *S. epidermidis* - 72 ( $21,44 \pm 2,24$ )%, особливо в третій групі 36 ( $28,8 \pm 4,05$ )%,  $p < 0,05$ . *H. influenzae* достовірно частіше висівався у пацієнтів третьої групи 10 ( $8,0 \pm 2,42$ )%, ніж у хворих другої групи 4 ( $3,45 \pm 1,69$ )%.

В другій групі хворих потрібно відмітити провідну роль у виникненні пневмонії родини грамнегативних бактерій *Neisseria* 13 ( $11,2 \pm 2,93$ )%, які були майже відсутні в першій групі хворих 1 ( $1,05 \pm 1,04$ )% і виявлялися в середній кількості в третій групі пацієнтів 7 ( $5,6 \pm 2,05$ )%. Проте в жодній групі хворих не було виділено внутрішньоклітинних збудників (*Mycoplasma spp.* і *Chlamydia spp.*) методом ПЛР, де визначають наявність у мокроті зразків ДНК відповідного збудника. Серед 251 ВСС хворого на НП у 66 (26,29%) було виявлено мікст інфекцію. Проаналізовано, що їх кількість також збільшується в період з 1989 по 2012рр. У першій групі у 11 (13,09%) хворих, в другій у 29 (34,93%) і в третій у 36 (42,85%). Збудниками, які її утворюють є представники сімейства *Streptococcus* 60 ( $37,27 \pm 3,8$ )% і *Staphylococcus* 59 ( $36,65 \pm 3,79$ )%, *Neisseria* 18 ( $11,18 \pm 2,48$ )% і *H. influenzae* 8 ( $4,96 \pm 1,7$ )% всього. Відмічається достовірне збільшення з роками числа збудників, що викликають мікст-інфекцію в першій групі хворих ВСС – 22 ( $13,67 \pm 2,7$ )% мікроорганізмів, в другій – 62 ( $38,5 \pm 3,83$ )%, в третій – 77 ( $47,83 \pm 3,94$ )% мікроорганізмів. Провідну роль у виникненні НП має *S. pneumoniae*. Тому, проаналізувано зміну його чутливості до антибіотиків. Протягом всього періоду спостереження *S. pneumoniae* зберіг високу чутливість до ампіциліну 75,51%, 92,5% і 100% в 1-ій, 2-ій і 3-ій групах відповідно (див. табл. 3).

Таблиця 3

Динаміка змін чутливості *S. pneumoniae* до антибактеріальних препаратів

Антибіотик	1 група (n=54)		2 група (n=49)		3 група (n=20)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Ампіцилін	37	75,51	37	92,5	20	100
Амоксиклав	-	-	15	93,75	20	100
Пеніцилін	46	85,18	32	76,19	-	-
Еритроміцин	46	85,18	12	80	19	100
Ципрофлоксацин	-	-	3	100	17	100
Левофлоксацин	-	-	4	100	1	100

Спостерігається зниження його чутливості до пеніциліну і еритроміцину в другій групі порівняно з першою. Ципрофлоксацин і левофлоксацин застосовувалися переважно в третій групі і володіють 100% чутливістю проти збудника, що підтверджують також дослідження Peterson, J. [10].

В 1989-1996 роках пневмонію лікували в основному пеніцилінами 91 (80,53±3,27) % і аміноглікозидами 12 (10,62±2,89) % (табл. 4). У 1997-2004 роках також перевагу надавали пеніцилінам 65 (52,0±4,46) %, а цефалоспорины, фторхінолони і макроліди використовували майже з однаковою частотою.

З 2005 року в зв'язку зі зниженням чутливості мікроорганізмів до пеніциліну і збільшенням тяжкого перебігу НП частіше стали застосовувати у досліджуваних нами хворих ВСС фторхінолони 62 (42,76±4,1) % та цефалоспорины 52 (35,86±3,98) %, порівняно з другою групою хворих 17 (13,6±3,06) % і 20 (16,0±3,27) % відповідно,  $p < 0,05$ .

Таблиця 4

## Частота застосування груп антибактеріальних препаратів

Антибіотики	(1989-1996)	%±m	(1997-2004)	%±m	(2005-2012)	%±m
Пеніциліни	91	80,53±3,72	65	52,0±4,46	16	11,03±2,6
Макроліди	7	6,20±2,27*	17	13,6±3,06*	15	10,34±2,52
Фторхінолони	-	-	17	13,6±3,06	62	42,76±4,1 ***
Цефалоспорины	1	0,89±0,88*	20	16,0±3,27	52	35,86±3,98 ***
Аміноглікозиди	12	10,62±2,89	6	4,8±1,91	-	-
Тетрацикліни	2	1,76±1,23	-	-	-	-
Разом:	113	29,5±2,33	125	32,64±2,39	145	37,86±2,48

Примітка: \* -  $p < 0,05$  – в 1-ій групі хворих ВСС порівняно з 2-ою групою; \*\* -  $p < 0,05$  в 1-ій групі хворих ВСС порівняно з 3-ою групою; \*\*\* -  $p < 0,05$  – в 2-ій групі хворих ВСС порівняно з 3-ою групою

За результатами дослідження Р.С.Козлова, О.В. Сивої [7], Перцевої Т.А. [14, 16], росту резистентності *S. pneumoniae* до сучасних макролідів (включаючи азитроміцин),  $\beta$ -лактамних антибіотиків та респіраторних фторхінолонів не відзначено, що було виявлено і в нашій роботі. Таким чином,  $\beta$ -лактамні антибіотики, макроліди (азитроміцин), лінкозаміди, левофлоксацин, моксифлоксацин є найбільш активними препаратами щодо *S. pneumoniae*.

У своїх роботах Перцева Т.О., Попович Я.В. [13, 15] вказують на те, що *S. pneumoniae* займає провідне місце серед етіопатогенів у хворих на НП – 31,5 % і значний відсоток – 20,4 % припадає на виділення *Mycoplasma spp.* Грамнегативна флора виділена у хворих на НП зі супутніми захворюваннями та модифікуючими факторами, де домінуюче місце посідають хронічний бронхіт (38,5 %) та паління (46,2 %). При мікст інфекції *S. aureus* із *Mycoplasma spp.* чи мікроорганізмами родини ентеробактерії часто виникають ускладнення НП і емпірична антибіотикотерапія є малоєфективною.

А у нашому дослідженні найчастіше виділялись з мокротиння хворих ВСС представники родини *Streptococcus* 197 (58,64±2,68) %, зокрема *S. pneumoniae* і *S. mitis*. Збудниками, які утворюють мікст інфекції є представники сімейства *Streptococcus* 60 (37,27±3,8) % і *Staphylococcus* 59 (36,65±3,79) %, *Neisseria* 18 (11,18±2,48) % і *H. influenzae* 8 (4,96±1,7) %.

До основних збудників НП зберігають високу активність амоксицилін/клавулонова кислота та макроліди, дещо нижча у цефтріаксону [14]. Також високу активність проявляють респіраторні фторхінолони IV покоління, що співпадає з нашими дослідженнями.

В нашій роботі протягом всього періоду спостереження *S. pneumoniae* зберіг високу чутливість до ампіциліну, як і в дослідженнях Демчук Г.В. [3].

При дослідженні нами хворих ВСС 1-ої групи (1989-1996 рр.) нетяжку НП було виявлено у 79,76 % хворих, а тяжкий перебіг у 20,23 %, а в роботах Мостового Ю.М., Демчук Г.В., [3, 10] у ВСС протягом 1987-1998 рр. нетяжкий перебіг НП спостерігався у 91 %, тяжкий - у 9 % випадків.

### Висновки

1. Ретроспективний аналіз перебігу негоспітальної пневмонії у ВСС виявив, що в період з 1989 по 2012 роки мікроорганізмами, які найчастіше виділялись з мокротиння хворих були представники родини *Streptococcus* 197 (58,64±2,68) %, зокрема *S. pneumoniae* і *S. mitis*.

2. Відмічається достовірне збільшення з роками числа збудників, що викликають мікст-інфекцію. Збудниками, які утворюють мікст-інфекції є представники сімейства Streptococcus 60 (37,27±3,8)% і Staphylococcus 59 (36,65±3,79)%, Neisseria 18 (11,18±2,48)% і H. influenzae 8 (4,96±1,7)%.

3. Чутливість S. pneumoniae до пеніциліну зменшилась з 85,18% до 76,19% в другій групі, порівняно з першою. Росту резистентності S. pneumoniae до сучасних макролідів (включаючи азитроміцин), β-лактамних антибіотиків та респіраторних фторхінолонів не відзначено. Таким чином амоксицилін/клавулонова кислота, макроліди (азитроміцин), левофлоксацин, ципрофлоксацин є найбільш активними препаратами щодо S. pneumoniae з 1997 по 2012рр.

4. Наявність супутніх захворювань (гострий риносинусит, гострий фарингіт) і неадекватне ведення хворого сприяє виникненню тяжкого перебігу НП. Найбільш часто тяжкий перебіг спостерігався в 3-ій групі хворих ВСС (2005 - 2012рр.) – 58,33% порівняно з 1-ою та 2-ою групами, 20,23% та 32,53% відповідно.

*Перспективою подальших розробок по даній проблемі є необхідність у створенні нових протоколів і алгоритмів щодо діагностики і лікування НП в закритих 91оллективах. В практиці військової охорони здоров'я рекомендовано застосовувати раннє виявлення супутньої патології, яка призводить до виникнення НП тяжкого перебігу.*

### Список літератури

- Goncharov K.A. Zastosuvannja preparatu lavomaks v kompleksnij terapii hvorih na negospital'nu pnevmoniju netjazhkiego perebigu / K.A. Goncharov // Ukraïns'kij himioterapevtichnij zhurnal. - 2010. - №1-2(23). - S. 61-64.
- Goncharov K.A. Negospital'na pnevmonija: pogljad na problemu (ogljad literaturi) / K.A. Goncharov // Vijs'kova medicina Ukraïni. - 2011. - Tom 11, №2. - S. 37-42.
- Demchuk G.V. Ocinka zastosuvannja antibakterial'nih preparativ dlja likuvannja pozalikarnjanoï pnevmonii u molodih osib cholovichoï stati riznih social'nih grup / G.V. Demchuk // Visn. Vinnic. Derzh. Med. un-tu. - 2003. - №2/1. - S. 465-466.
- Dzjublik A.Ja. Osnovnye principy diagnostiki i lechenija vnebol'nichnoj pnevmonii / A.Ja. Dzjublik, L.V. Judina // Zdorov'ja Ukraïni. - 2011. - № 6. - S. 47-50.
- Dzjublik Ja.O. Osoblivosti epidemiologii negospital'nih infekcij nizhnih dihal'nih shljahiv v Ukraïni / Dzjublik Ja.O. // Ukraïns'kij pul'monologichnij zhurnal. - 2012. - №4. - S. 30-32.
- Kirillov M.M. Diagnostika i lechenie pnevmonij u voennosluzhashhij v gosptiale, dislocirovanom v zone vooruzhennogo konflikta (Severo-Kavkazskij voennyj okrug) / M.M. Kirillov, D.V. Sosnjuk // - Saratov - 2006. - 135 s.
- Kozlov R. S. Antibiotikorezistentnost' Streptococcus pneumoniae v Rossii v 1999-2005 gg.: rezul'taty mnogocentrovogo prospektivnogo issledovanija PeGAS-I i PeGAS-II. / R. S. Kozlov, O. V. Sivaja [i dr.] // Klin. mikrob. antimikrob. himioter. - 2006. - № 8. - S. 33-47.
- Kuznecova O.Ju. Izbrannye lekciï po semejnoï medicine: rukovodstvo / O.Ju. Kuznecova // - SPb.: JeLBI-SPb. - 2008. - S.478.
- Kohan S.T. Izmenenija sodержanija interlejkinov v syvorotke krovi u voennosluzhashhij s vnebol'nichnoj pnevmoniej / S.T. Kohan, E.V. Namokonov, P.P. Konovalov // Voенно-медичинський журнал. - 2009. - №4. - S. 63-67.
- Mostovoj Ju. M. Dinamika izmenenij spektra vzbuditelej pnevmonii i chuvstvitel'nosti pnevmokokka k antibiotikam u voennosluzhashhij sročnoj sluzhby / Ju. M. Mostovoj, A.V. Demchuk // Ukr. himioter. zhurn. - 2000. - №1. - S. 34-38.
- Nakaz MOZ Ukraïni №128 vid 19.03.2007 r. „Pro zatverdzhennja klinichnih protokoliv nadannja medichnoï dopomogi za special'nistju "Pul'mologija" / K. : TOV «Veles» // - 2007. - 148 s.
- Ostrov'skij M.M. Osoblivosti perebigu negospital'noï pnevmonii na tli anemichnogo sindromu / M.M. Ostrov'skij, M.P. Stovban // Zdorov'ja Ukraïni. - 2011 - Veresen'. - S. 28-29.
- Perceva T.O. Negospital'na pnevmonija. Vznachennja tjazhkosti perebigu ta faktoriv, shho sprijajut' gosptalizacii hvorih / T.O. Perceva, Ja.V. Popovich // Medichni perspektivi. - 2005. - T. X, № 4. - S. 82 - 85.
- Perceva T.O. Analiz klinichnogo perebigu negospital'noï pnevmonii u hvorih na stacionarnomu etapi ta dosvid zastosuvannja zahishhenogo aminopenicilinu v rezhimi stupenevoï terapii / T.O. Perceva, Ja.V. Popovich // Ukr. pul'monol. zhurn. - 2006. - № 1. - S. 9 - 11.
- Perceva T.O. Etiologichni zbudniki negospital'noï pnevmonii na gosptal'nomu etapi / T.O. Perceva, O.V. Bratus', Ja.V. Popovich // Medichni perspektivi - 2006. - Tom XI, № 2. S.31 - 35.
- Perceva T.A. Osobennosti techenija, diagnostiki i lechenija pnevmonii pri nalichii modifіcіrujuščih faktorov: prakt. posobie / T.A. Perceva, L.I. Konopkina, T.V. Kireeva [i dr.] // - K.: RPH-Ferz', - 2012. - 69 s.
- Panchenko L.O. Negospital'na pnevmonija u vijs'kovosluzhbovciv: analiz endogennih i ekzogennih faktoriv riziku rozvitku zahvorjuvannja / L.O. Panchenko, N.G. Popova, I.V. Korovaeva [ta in.] // Biomedical and Biosocial Anthropology. - 2012. - № 18. - S. 144-146.
- Perceva T.O., Retrospektivnij analiz letal'nih vipadkiv tjazhkoï negospital'noï pnevmonii: «maski tjazhkoï pnevmonii» / T.O. Perceva, T.V. Kireeva, K.O. Belosludceva // Ukraïns'kij pul'monologichnij zhurnal. - 2013. - №2. - S. 26-30.
- Regeda M.S. Pnevmonija: monografija / M.S. Regeda, S.I. Nesteruk, M.M. Regeda // - Vid. 4-e, dop. ta pererob. - L'viv: - 2012. - 15 s.
- Feshhenko Ju.I. Negospital'na pnevmonija u doroslih osib: etiologija, patogeneza, klasifikacija, diagnostika, antibakterial'na terapija (proekt klinichnih nastanov) / Ju.I. Feshhenko, O.A. Golubov'ska, K.A. Goncharov // Ukraïns'kij pul'monologichnij zhurnal. - 2012. - №4. - S. 5-17.
- Feshhenko Ju.I. Negospital'na ta nozokomial'na (gosptal'na) pnevmonija v doroslih osib: etiologija, patogeneza, klasifikacija, diagnostika, antibakterial'na terapija / Ju.I. Feshhenko, O.Ja. Dzjublik // Zdorov'ja Ukraïni. - 2013. - №4. - S. 51-52.
- Feshhenko Ju.I. Negospital'na ta nozokomial'na (gosptal'na) pnevmonija v doroslih osib: etiologija, patogeneza, klasifikacija, diagnostika, antibakterial'na terapija / Ju.I. Feshhenko, O.Ja. Dzjublik // Zdorov'ja Ukraïni - 2013. - №6. - S. 46-47.

23. Shherbenjuk N.V. Zmini taktiki viboru antibiotikov pid chas likuvannja negospital'noi pnevmonii v umovah stacionaru (2007-2011 rr.) / N.V. Shherbenjuk // Ukrains'kij terapeutichnij zhurnal. - 2013. - №3. - S. 67-71.

24. Peterson, J. Levofloxacin for the treatment of pneumonia caused by Streptococcus pneumoniae including multidrug-resistant strains: pooled analysis / J. Peterson, B.Yektashenas, A. C. Fisher // Curr. Med. Res. Opin. - No. 25 (3). - 2009. - P. 559-568.

## Реферати

### СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ

Попенко Н. В.

В статье проанализированы особенности течения, спектр возбудителей и оценена эффективность лечения НП у военнослужащих срочной службы (ВСС). Наиболее часто тяжелое течение наблюдалось в третьей группе больных ВСС (2005 - 2012гг.) - 58,33%. Обнаружена подавляющая этиологическая значимость Str. pneumoniae и S. aureus при НП у ВСС и учитывается при назначении эмпирического антибактериального лечения. Увеличилось выявление H. influenzae с  $(3,45 \pm 1,69)\%$  в 1997-2004гг. до  $(8,0 \pm 2,42)\%$  в 2005-2012гг. Установлены региональные особенности чувствительности Str. pneumoniae к антибиотикам, а именно, снижение чувствительности к пенициллину и его увеличение к защищенным клавулоновой кислотой пенициллинам, макролидам и фторхинолонам в последние годы, что позволяет рекомендовать эти антибиотики для лечения НП у лиц молодого возраста, находящихся в условиях организованного коллектива.

**Ключевые слова:** внебольничная пневмония, диагностика, военнослужащие срочной службы, антибактериальная терапия.

Статья надійшла 7. 03. 2015 р.

### COMPARISON OF CLINICAL COURSE AND TREATMENT COMMUNITY - ACQUIRED PNEUMONIA OF CONSCRIPT SOLDIERS

Popenko N. V.

The article analyzes the characteristics of the course, the spectrum of pathogens and assess the effectiveness of treatment of community-acquired pneumonia of conscript soldiers. The most frequently observed severe course occurred in the third group of conscript soldier patients (2005 - 2012) - 58.33%. Overwhelming etiologic significance Str. pneumoniae and S. aureus by community-acquired pneumonia of conscript soldiers was found and taken into account in the appointment of empirical antibiotic treatment. Detection of H. influenzae. increased from the  $(3,45 \pm 1,69)\%$  in 1997-2004 to  $(8,0 \pm 2,42)\%$  in 2005-2012. Regional characteristics sensitivity Str. pneumoniae to antibiotics, namely, decreased sensitivity to penicillin and its increase to protected clavulanic acid penicillins, macrolides, and fluoroquinolones have been established for recent years. That allows us to recommend to use these antibiotics for treatment of community-acquired pneumonia of young persons who are a part of an organized group.

**Key words:** community-acquired pneumonia, diagnostics, conscript soldiers, antibiotic therapy.

Рецензент Ішейкін К.С.

УДК 616.8-009.832

Т. И. Пурденко

ВІУЗ України «Українська медична стоматологічна академія», г. Полтава

### СИНКОПАЛЬНЫЕ НЕЙРОГЕННЫЕ И КАРДИОГЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ

Среди различных видов пароксизмальных состояний, которые встречаются в неврологической практике, синкопальные состояния занимают по частоте распространенности одно из первых мест. В статье представлен анализ литературных источников по проблеме синкопальных неврогенных и кардиогенных состояний. Показано, что патология нервной системы не всегда является первопричиной развития обморока. Часто они развиваются на фоне соматической патологии. Знание причин развития этих состояний помогает правильно установить диагноз и назначить патогенетически обоснованное лечение.

**Ключевые слова:** синкопальное состояние, кардиогенный обморок, нейрогенный обморок.

Синкопальные состояния являются актуальной и важной проблемой современной клинической медицины [5].

Обморок – весьма распространенная патология: не менее 30% населения в общей популяции в течение жизни переносят хотя бы один обморочный эпизод, в 25% случаев обмороки повторяются [5, 8, 15]. Ежегодно в мире регистрируется около 500 тыс. новых случаев синкопальных состояний. Из них примерно 15% - у детей и подростков в возрасте до 18 лет [8].

Согласно определению Европейского кардиологического общества (2009), обморок - это преходящая потеря сознания, связанная с временной общей гипоперфузией головного мозга. Обморок характеризуется быстрым развитием, короткой продолжительностью и спонтанным восстановлением сознания [6, 11, 18].

В настоящее время отсутствует единая классификация синкопальных состояний. В международной классификации болезней X пересмотра выделяют [8]: R 55 - Обморок неуточненного генеза, коллапс. R 57.0 - Кардиогенный обморок. F 48.8 - Психогенный обморок. G