ПРОБЛЕМИ ВІЙСЬКОВОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Випуск 23

МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

ПРОБЛЕМИ ВІЙСЬКОВОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Збірник наукових праць

Випуск - 23

Київ 2008

МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

ПРОБЛЕМИ ВІЙСЬКОВОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Збірник наукових праць
(присвячений 15-ти річчю Української військово-медичної академії та кафедри військової терапії)

Випуск 23

За редакцією професора В. Я. Білого

Київ • 2008

УДК 61:355

Рекомендовано вченою радою Української військово-медичної академії (протокол № 113 від 31 березня 2008 року).

У збірнику наукових праць висвітлені питання військової охорони здоров'я і шляхи її реформування, стану здоров'я військовослужбовців (офіцерів, військовослужбовців строкової служби), оцінки ефективності діяльності військово-медичної служби, санітарно-епідеміологічного нагляду, деякі аспекти використання біотехнології з метою виявлення і розробки нових препаратів для діагностики, профілактики, лікування та ін.

Для організаторів військової охорони здоров'я, начальників медичних служб, санітарно-епідеміологічних установ, наукових співробітників і лікарів різних фахів військово-медичної служби Збройних Сил України.

Редакційна колегія: В.Я. Білий (голова), В.Г. Бардов, М.П. Бойчак, В.І. Варус, М.М. Вовкодав (заст. голови), Н.О. Ветютнєва, О.М. Гриценко, Б.А. Клішевич, М.М. Колесников, Р.С. Коритнюк, І.І. Лапчинська, В.В. Нарожнов (секретар), Л.С. Некрасова, В.В. Пасько (заст. голови), В.Г. Полежаєв, М.С. Пономаренко, О.П. Сельнікова, О.Г. Сироп'ятов, П.С. Сирота, О.О. Сохін, О.В. Стефанова, Л.В. Тимошенко, В.В. Трохимчук, М.І. Хижняк, А.Т. Циганков, О.О. Ярош.

©Українська військово-медична академія, 2008

ЗА МАТЕРІАЛАМИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ "ПАТОЛОГІЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ - СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ"

УДК: 616.33 – 002.2 – 07:579.835.12

К ВОПРОСУ О ФЕНОМЕНЕ «ОТДАЧИ», ВОЗНИКАЮЩЕМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ ТИПА В ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭРАДИКАЦИИ ПО СХЕМАМ, В КОТОРЫХ ОТСУТСТВУЮТ ИНГИБИТОРЫ ПРОТОНОВОЙ ПОМПЫ

Авраменко А.А.

Проблемная лаборатория по вопросам хеликобактериоза 3-ей городской больницы, г. Николаев

Открытие в 1983 году австралийскими учёными Б. Маршаллом и Дж. Уорреном хеликобактерной инфекции (НР) поставило перед учёными задание по созданию схем для эрадикации у больных хроническим гастритом (ХГ) типа В [7]. Плодом этих изысканий стало создание схем, в которых базовыми препаратами являются ингибиторы протоновой помпы (ИПП) и которые рекомендованы всеми 3-мя Маастрихтскими консенсусами [4]. Однако при изучении последствий применения данных схем учёные столкнулись с явлением, который был назван феноменом «отдачи», суть которого заключается в появлении у больных после курсового приёма ИПП ярко выраженного гиперацидного состояния, которое сохранялось в течении 8-ми недель [8, 10, 11]. В доступной нам литературе отсутствуют данные по этому явлению при применении схем

3. Колесникова И.Ю. Качество жизни, психологический статус и особенности течения у больных язвенной болезнью // Клин. мед. – 2001. – Т.79, №6. – С. 44-46.

4. Марченко-Тябут Д.А., Головач А.А. Личностная и реактивная тревожность у врачей различных специальностей // Медицина. – 2005. - №2. – С. 79-81.

5. Мелатонин в норме и патологии / Под ред. Ф.И. Комарова, С.И. Рапопорта, Н.К. Малиновской, В.Н. Онисимова. – М.: ИД Медпрактика, 2004. - 308с.

6. Опарин А.А. Психосоматические расстройства как маркеры определения прогноза и тяжести течения язвы двенадцатиперстной кишки у студентов // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – №1(21). – С. 16-18.

7. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / П.И. Сидоров, А.Г. соловьев, И.А. Новикова; Под. ред. акад.. РАМН П.И. Сидорова. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 568с.

8. Селье Г. Стресс без дистресса / предисл. М. Тойама. – Рига: Виеда, 1992. – 109с., ил.

9. Хаустова О.О. Психосоматичні розлади: від комплексної діагностики до комплексного лікування // Мистецтво лікування. – 2007. - №6. – С. 11-13.

ЗМІСТ

К ВОПРОСУ О ФЕНОМЕНЕ «ОТДАЧИ», ВОЗНИКАЮЩЕМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ ТИПА В ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭРАДИКАЦИИ ПО СХЕМАМ, В КОТОРЫХ ОТСУТСТВУЮТ ИНГИБИТОРЫ ПРОТОНОВОЙ ПОМПЫ
Авраменко А.А..... 3

ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАДІФУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ НА ФОНІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ
Архій Е.Й., Сірчак Є.С., Великоклад Л.Ю..... 9

ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ: ИХ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛО-ГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕНИЯ И ПРИНЦИПЫ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
И.К. Асаулюк..... 15

СТАН СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ ТА ПРОТЕОЛІТИЧНА АКТИВНІСТЬ ПЛАЗМИ КРОВІ У ХВОРИХ НА HELICOBACTERPYLORI – АСОЦІЙОВАНУ ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПОСКНАНУ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ
Багрій В.М., Федів О.І..... 31

ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ОСОБЛИВОСТЯМИ МЕТАБОЛІЗМУ ЕРИТРОЦИТІВ ТА ПЕРЕБІГОМ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ
Бакурова О.М., Борзенко Б.Г., Богатирьова О.В., Турсунова Ю.Д..... 36

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ НЕСПЕЦИФІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ
Бойко Т.Й., Сорочан О.В., Тропко Л.В., Стойкевич М.В., МосаловалН.М., Толстикова Т.М..... 43

ОКСИДАНТНО-ПРОТИОКСИДАНТНИЙ ГОМЕОСТАЗ ПРИ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕННЯХ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III СТАДІЇ (ХРОНІЧИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ)
Вівсянник В.В., Федів О.І., Бордяківська Л.Г. 49

Литература

1. Авраменко А.А. К вопросу о влиянии различных факторов на формирование коккообразных (неактивных) форм хеликобактерной инфекции // Гастроентерологія (міжвідомчий збірник). – 2006. - випуск 37. – С. 49-54.

2. Авраменко А.А. Патофизиология хронического гастрита типа В (лекция)// Український медичний альманах. – 2007. – Т. 10, № 3. – С. 200-205.

3. Авраменко А.О. Роль хелікобактерної інфекції в етіології і патогенезі виразкової хвороби дванадцятипалої кишки: Автореф. дис. канд.медич.наук. – Од.,2001. – 16с.

4. Авраменко А.А., Гоженко А.И. Хеликобактериоз – Одесса,2007г. – 324 с.

5. Патент на корисну модель 17723 Україна, UA МПК A61B1/00 Спосіб діагностики хронічного гастриту типу В, а також виразкової хвороби та раку шлунка, асоційованих з гелікобактерною інфекцією/ А.О. Авраменко - №u200603422; Заявл. 29.03.06; Опубл. 16.10.06, Бюл. № 10 – 3с.

6. Патент на корисну модель 29756 Україна, UA МПК A 61K31/00, A 61K 35/00 Спосіб лікування проявів хронічного гелікобактеріозу – хронічного гастриту типу В і виразкової хвороби за Авраменком А.О./ А.О. Авраменко - № u200710845; Заявл. 01.10.07; Опубл. 25.01.08, Бюл.№ 2 – 4с.

7. Передерий В.Г. Язвенная болезнь или пептическая язва? – Киев,1997. – 158с.

8. Пиманов С.И., Макаренко Е.В. Спорные вопросы кислотосупрессивной терапии // Клиническая медицина. – 2005. - № 9. – С. 66- 69.

9. Чернобровый В.Н. (1991) Клиническое применение индикатора кислотности желудка (методические рекомендации). - Винница,1991. – С.3-12.

10. Fossmark R., Johnsen G., Johanessen E.et al. Rebound acid hypersecretion after long-term inhibition of gastric acid secretion // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2005. – Vol. 21. – P. 149-154.

11. Gillen D., Wirz A., McColl K. Helicobacter pylori eradication releases prolonged rebound increased acid secretion following omeprazole treatment // Gastroenterology. -2004. – Vol. 126. – P. 980-988.

УДК: 616.36-0022-036.12:616-008.9:615.272-03

ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАДІФУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ НА ФОНІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Архій Е.Й., Сірчак Є.С., Великоклад Л.Ю.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Вступ. В розвинених країнах у 25% дорослого населення виявляють артеріальну гіпертензію (АГ), причому у осіб віком за 60 років цей показник збільшується до 50%. Особливу увагу слід уділяти хворим з АГ та цукровим діабетом (ЦД), оскільки в останні роки ЦД прийняв масштаби всесвітньої неінфекційної епідемії [3].

Встановлено факт існування комплексу стабільних метаболічних порушень у хворих з АГ та ЦД, які мають загальну етіологію та патофізіологічні прояви з наступним розвитком ускладнень. Патогенез метаболічного синдрому (МС) і його компонентів складний і до кінця не з'ясований, але доведено, що найбільш важливим фактором його виникнення являються центральне ожиріння та інсулінорезистентність (ІР). Ожиріння, ЦД 2 типу та гіперліпідемія окремо чи в поєднанні найчастіше спричиняють розвиток неалкогольної жирової хвороби печінки, оскільки всі ці патологічні стани об'єднує синдром інсулінорезистентності (ІР) [1,2,4].

Частіше все, комбіновану терапію потребують пацієнти з АГ та ЦД і високим СС ризиком у поєднанні з хронічним неалкогольним ураженням печінки (ХНУП) [2].

Мета роботи. Дослідити вплив на вуглеводний і ліпідний обміни та антигіпертензивний ефект низькодозованої комбінованої терапії періндопрілом та індапамідом у поєднанні з гепадіфом у хворих із ХНУП та МС.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилось 29 хворих з ХНУП та МС, які лікувалися в терапевтичному відділенні лікарні СОЗ УМВС в Закарпатській області. Всі хворі були чоловічої статі, віком від 31 до 62 років, середній вік складав 43,6±4,1 років.

Хворим МС виставляли згідно з рекомендаціями International Diabetes Federation (IDF), 2005. Ураження з боку серцево-судинної системи (ССС) верифікували із застосуванням добового моніторингу артеріального тиску (АТ) за допомогою апарату "АВРМ-04" ("Meditech", Угорщина), а саме вимірювання АТ кожні 15 хв між 6.00-22.00 та кожні 30 хв між 22.00-6.00. Проаналізували наступні показники: систолічний АТ (САТ), діастолічний АТ (ДАТ), середньоденний АТ (САТд, ДАТд), середньонічний АТ (САТн, ДАТн), індекс варіабельнсті (ІВ) в денний і нічний час САТ (ІВ САТд, ІВ САТн) та ДАТ (ІВ ДАТд, ІВ ДАТн), добовий індекс (ДІ САТ, ДІ ДАТ). Також застосовували ЕКГ-дослідження, холтерівське моніторування, ехо-кардіографію.

Визначення рівня цукру крові натщесерце і через 2 години після прийому їжі проводили глюкозооксидантним методом.

Для дослідження ліпідного спектру крові хворим визначали рівні загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) за допомогою біохімічного аналізатору Starfax.

Діагноз ХНУП виставлявся з урахуванням скарг, анамнестичних даних, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження. З анамнезу встановили, що хворі не зловживали алкоголем, не мали ознак хронічного вірусного гепатиту (негативні результати ІФА на віруси гепатитів В і С).

Хворих розподілили на дві клінічні групи, залежно від призначеної схеми лікування. Всім 29 хворим з АГ II стадії, супутнім ЦД 2-го типу, абдомінально-вісцеральним ожирінням та ХНУП призначали комбіновану антигіпертензивну терапію із застосуванням періндопріла та індапаміда. Середня добова доза періндопріла складала 5 -7,5 мг/добу, залежно від рівня АТ, індапаміда – 2,5 мг/добу. Хворі також отримували симптоматичне лікування.

Хворих прозподілили на дві групи: в І групу ввійшло 14 хворих з МС та ХНУП, яким в комплексне лікування призначили препарат гепатопротекторної дії – Гепадіф по 2 капсули 3 рази на добу на протязі 1 місяця. Хворі ІІ групи (15 хворих) з МС та ХНУП в якості гепатопротектора отримували сілімарін по 1 капсулі 3 рази на добу на протязі 1 місяця.

Результати та їх обговорення. У всіх 29 хворих виявлено абдомінально-вісцеральне ожиріння. У хворих І груп середній індекс ваги тіла (ІВТ) складав 32,2 ± 2,3 кг/м^2, об'єм талії - 112 ± 1,5 см. У хворих ІІ групі середній ІВТ складав 31,4 ± 3,8 кг/м^2, об'єм талії – 115 ± 0,5 см.

У хворих обох груп діагностовано АГ II стадії, про що свідчать показники добового моніторингу АТ. Під впливом комбінованої антигіпертензивної терапії спостерігали нормалізацію АТ, а саме зниження САТд на 12,3%, САТн на 13,5%, ДАТд на 9,6%, ДАТн на 10,7% - у хворих І групи, та відповідно САТд на 10,3%, САТн на 10,5%, ДАТд на 6,8%, ДАТн на 8,6% - у хворих ІІ групи. Результати наведені в таблиці №1.

Для контролю вуглеводного обміну у хворих проводили дослідження добового глікемічного профілю та визначенням рівня цукру у сироватці крові натщесерце. До лікування у всіх хворих спостерігали підвищення рівня глюкози у крові. Рівень цукру зменшилась до 5,0±0,4 ммоль/л у хворих І групи та до 5,4±1,3 ммоль/л у хворих ІІ групи, що представлено у табл.№2.

Таблиця №1

Динаміка показників добового моніторінгу АТ у обстежених хворих під впливом комбінованої терапії

Показники	1 група		2 група	
	до лікування (n=14)	після лікування (n=15)	до лікування (n=14)	після лікування (n=15)
САТд, мм.рт.ст	156,8±5,4	136,4±4,1 (-12,3%)	149,2±6,3	131±5,1(-10,3%)
САТн, мм.рт.ст	143,7±4,7	125,7±6,3 (-13,5%)	131,3±5,7	118,7±4,8 (-10,5%)
ДАТд, мм.рт.ст	96,1±8,2	86,7±4,2 (-9,6%)	89,6±7,7	82,1±3,9 (-6,8%)
ДАТн, мм.рт.ст	92,3±8,2	81,5±6,2 (-10,7%)	81,2±4,7	73,4±5,2 (-8,6%)
ІВ САТд, мм.рт.ст	19,5±3,6	15,7±3,8	13,7±2,4	12,9±2,5
ІВ САТн, мм.рт.ст	17,7±2,6	13,6±2,7	12,8±4,5	11,8±3,7
ІВ ДАТд, мм.рт.ст	16,7±3,5	12,7±3,3	12,7±2,3	13,3±3,7
ІВ ДАТн, мм.рт.ст	15,5±3,3	12,8±2,1	12,7±4,3	12,1±3,2
ДІ САТ, %	7,7±1,5	8,8±2,0	11,4±2,6	11,3±2,8
ДІ ДАТ,%	6,1±1,3	7,4±1,4	10,5±1,3	11,3±2,4
ЧСС за 1 хвилину	76,7±4,9	74,5±4,4	73,5±3,9	70,7±4,9

Таблиця №2

Динаміка показників вуглеводного обміну у обстежених хворих під впливом комбінованої терапії

Показники	1 група		2 група	
	до лікування (n=14)	після лікування (n=15)	до лікування (n=14)	після лікування (n=15)
Глікемічний профіль, ммоль/л	8,9 ±1,1	8,1 ±1,5	7,8 ± 0,4	7,5 ± 1,1
Глюкоза натщесерце, ммоль/л	6,5 ± 1,1	5,0 ± 0,4	6,2 ± 0,8	5,4 ± 1,3

Клінічно ураження печінки до лікування проявлявся диспепсичним синдромом у 100% хворих обох груп,

астеновегетативним синдромом у 79% хворих І групи та у 80% хворих ІІ групи, гепатомегалією у 57% хворих І групи та у 67% хворих ІІ групи.

Аналіз ефективності комплексного лікування проводили по даним біохімічних функціональних проб печінки та вмісту ліпідів у сироватці крові.

Дослідження біохімічних показників крові у хворих після лікування виявило позитивну динаміку: спостерігали зниження активності АЛТ, АСТ, білірубіну (табл.№3).

Таблиця № 3

Динаміка біохімічних показників крові у обстежених хворих під впливом комбінованої терапії

Показники	1 група (лікування Гепадіфом)		2 група (лікування сілімаріном)	
	до лікування (n=14)	після лікування (n=14)	до лікування (n=14)	після лікування (n=14)
Білірубін, ммоль/л	26,5 ± 2,7	17,8 ± 1,5	27,8 ± 2,6	19,8 ± 1,7
АСТ мкмоль/л год	1,76 ± 0,13	0,32 ± 0,05	1,65 ± 0,22	0,64 ± 0,21
АЛТ мкмоль/л год	1,45 ± 0,23	0,37 ± 0,05	1,34 ± 0,24	0,63 ± 0,06

Стан ліпідного обміну характеризувався наступними відхиленнями показників у хворих з ХНУП та МС: спостерігали підвищення рівня ТГ та ЗХ, а концентрація ЛПВЩ, навпаки, була нижчою за норму (табл.№4).

Під впливом комплексного лікування спостерігали зниження рівня ТГ з 2,4±0,3 ммоль/л до 1,5±0,4 ммоль/л у хворих І групи на фоні прийому Гепадіфу. Це пояснюється наявністю карнітіну в даному препараті, що приймає участь у транспорті жирних кислот через мітохондріальну мембрану і призводить до посилення окислення жирних кислот та зменшення синтезу ТГ. Також спостерігали нормалізацію рівня ЗХ у хворих І групи з 6,2±1,3 ммоль/л до 5,2±0,8 ммоль/л. Паралельно з цим, виявили тенденцію до підвищення рівня

ЛПВЩ у хворих, які в комплексній терапії приймали Гепадіф (табл.№4).

Таблиця №4

Динаміка показників ліпідного обміну у обстежених хворих під впливом комбінованої терапії

Показники	1 група (лікування Гепадіфом)		2 група (лікування сілімаріном)	
	до лікування (n=14)	Після лікування (n=15)	до лікування (n=14)	після лікування (n=15)
ЗХ, ммоль/л	6,2 ± 1,3	5,2 ± 0,8	6,6 ± 0,6	6,2 ± 0,7
ТГ, ммоль/л	2,4 ± 0,3	1,5 ± 0,4	2,2 ± 0,2	2,0 ± 0,3
ЛПВЩ, ммоль/л	0,86 ± 0,2	1,4 ± 0,1	0,82 ± 0,4	0,96± 0,3

Позитивна динаміка показників ліпідного обміну крові у хворих з ХНУП та МС під впливом комплексної терапії із застосуванням Гепадіфу дає змогу зробити висновки, що даний препарат може бути застосований у хворих з дисліпідемією.

Висновки:

1.У хворих з неалкогольним хронічним ураженням печінки на фоні метаболічного синдрому спостерігається порушення ліпідного та вуглеводного обмінів.

2.Застосування Гепадіфу у комплексному лікуванні хворих з неалкогольним хронічним ураженням печінки на фоні метаболічного синдрому призводить до нормалізації показників ліпідного обміну та функціональних показників печінки.

Література:

1. Бабак О.Я., Колеснікова О.В., Просоленко К.О. Роль порушень ліпідного та вуглеводного обмінів у розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки на тлі метаболічного синдрому // Український терапевтичний журнал. – 2008. - №1. – С. 4-8.

2. Шипулин В.П. Неалкогольный стеатогепатит // Therapia – український медичний вісник. – 2007. - №9. – 28- 34.

3. Чабан О.С., Хаустова О.О. Метаболічний Х синдром: психосоматичний підхід до діагностики та лікування // Therapia – український медичний вісник. – 2008. - №3. – С. 66- 70.

4. Eschwege E., Balkau B. Metabolic syndrome or insulin resistance syndrome/ Recent epidemiological data //Ann.Endocrinol/ - 2003/ - Vol. 64 (3 Suppl). – P. 532-536.

УДК: 616. 24-002 : 355

ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ: ИХ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕНИЯ И ПРИНЦИПЫ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

И.К. Асаулюк

Пневмония относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний человека. Заболеваемость внебольничной пневмонией (ВП) в Европе колеблется от 2 до 15 случаев на 1000 человек в год (среди лиц старше 18 лет).

Существенно увеличивается заболеваемость ВП в организованных, в т.ч. воинских коллективах, особенно в периоды эпидемий гриппа, или вспышек ОРВИ, достигая 80-90 случаев на 1000 (1).

В Вооруженных Силах Украины заболеваемость ВП за последние годы значительно возросла. При этом ВП приобрели существенные отличия от классических, ранее наблюдаемых форм, обусловив трудности их своевременной диагностики, а следовательно и значительное количество (15-20%) диагностических и лечебно-тактических ошибок (1). Кроме того отмечается увеличение количества пневмоний с тяжелым течением, ранними деструктивными процессами и неблагоприятным прогнозом (1). Этому способствуют экзогенные факторы (высокая загазованность, запыленность