

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ

Кафедра военно-полевой терапии ВМедФ в БГМУ

Внебольничная пневмония (ВП) относится к распространенным инфекционным воспалительным болезням дыхательных путей, занимающим важное место в структуре заболеваемости и смертности [11, 17]. В европейских странах заболеваемость пневмонией составляет 2-15 случаев, в США – 17, в России – 10-15 случаев на 1000 населения [1, 13, 14, 15]. Однако данные об истинной распространенности пневмоний отсутствуют, поскольку обращение населения по поводу ВП не регистрируется,

а госпитальный этап лечения проходят больные преимущественно с тяжелым течением болезни [4, 12]. Больные с не тяжелым и не осложненным течением пневмонии получают лечение в амбулаторных условиях. Обязательное стационарное лечение, независимо от тяжести течения процесса, получают военнослужащие-больные ВП [8, 15].

Многие исследователи отметили, что в закрытых коллективах, в воинских подразделениях заболеваемость ВП значительно превышает таковую у гражданского населе-

ния [1, 3, 5, 6, 13]. Гучев И.А. и соавт. указали высокую заболеваемость ВП у молодого пополнения Вооруженных сил (ВС) Российской Федерации (180-230 на 1000 военнослужащих), при этом наиболее высокие показатели заболеваемости регистрировали в первые два месяца с момента прибытия в учебные центры [3].

Особенности военной службы, связанные с влиянием значительных физических и эмоциональных нагрузок, не привычные бытовые условия, обуславливают высокую заболеваемость военнослужащих. Изучение факторов риска, характеристики клинических проявлений, течения ВП у военнослужащих представляет актуальную задачу.

Целью настоящего исследования было изучение особенностей клинических проявлений ВП у военнослужащих срочной службы Республики Беларусь (РБ).

Материал и методы

Проведено клиническое исследование 54 больных мужчин (средний возраст 20,4±0,8 года) ВП, госпитализированных в 432 Главный военный клинический госпиталь (ГВКГ) в период 2004-2005 г. Ретроспективно изучено 129 историй болезни мужчин военнослужащих срочной службы (средний возраст 20,1±1,03 года) госпитализированных по поводу пневмонии в 432 ГВКГ в 2001-2003 г.

Всем больным выполнены исследования по стандарту обследования больных пневмонией, включающие анамнестические сведения, физикальное исследование, рентгенографию грудной клетки при поступлении в стационар и после лечения, лабораторные исследования (клинический анализ крови, анализ мочи, анализ крови на содержание креатинина, билирубина, трансаминаз, глюкозы), исследование функции внешнего дыхания, бактериоскопическое и клиническое исследование мокроты, а также методы, необходимые для оценки состояния и функции сердечно-сосудистой и других систем по показаниям [8, 10].

Результаты исследования и обсуждение. Заболеваемость ВП у военнослужащих значительно превышала показатели заболеваемости гражданского населения РБ (рис.1).

Анализ структуры заболеваемости военнослужащих показал, что преимущественно ВП развивалась у военнослужащих срочной службы (рис.2). У офицеров и прапорщиков показатели заболеваемости были в 3-5 раза ниже по сравнению с исследуемым контингентом.

Частота ВП была выше у военнослужащих срочной службы зимнего призыва, при этом преимущественно в первые три месяца с начала военной службы. Однако перед увольнением в последние три месяца службы также отметили высокую частоту ВП.



Рис. 1. Заболеваемость пневмониями среди взрослого населения РБ и военнослужащих МО РБ

Госпитализация больных с ВП проводилась в среднем на четвертые-шестые сутки с момента обращения за медицинской помощью.

Были выявлены многие факторы риска развития ВП, к наиболее распространенным относились курение (75%), переохлаждение (40%), предшествующие заболевания верхних дыхательных путей (19%), значительные физические нагрузки (9%). Один фактор риска (курение) присутствовал в 38,5 %; два фактора – 19,2 %, три и более – 4,8 % случаев ВП.

В 18,5 % случаях диагноз «пневмония» был установлен на амбулаторном этапе обследования, у 42,6 % больных на основании клинического исследования.

Начало заболевания с лихорадки отмечали 77,8 % больных; с/без продуктивного кашля – 20,4 %; одышка – 11,1 %; боль в грудной клетке – 7,4 % больных. Неспецифичная картина начала заболевания в виде слабости, недомогания, головной боли была выявлена у 29,6 % пациентов.

Распространенность патологического процесса в легких в 0,9% была в виде крупозной пневмонии у больных с факторами риска более двух, в остальных случаях – в виде очаговой пневмонии.

Патологический процесс в легких определялся преимущественно в правом легком, при этом в нижней доле – 14,8%; в средней доле – 29,6%; в верхней доле – 3,7% случаев. В левом легком в нижней доле определялась пневмония в 14,8% в верхней доле – в 7,4% случаев. Двусторонний патологический процесс в легких определили у 13% больных.

Тяжелое течение пневмонии отметили в 0,9%; средней степени тяжести – 4,9%; легкое течение – 94,2% случаев.

В гемограмме при поступлении на лечение в госпиталь у большинства больных выявлены изменения, характерные для бактериального воспалительного процесса (рис.3).

Результаты бактериологического исследования показали, что частота выявления микроорганизмов в мокроте больных ВП составила 63%, при этом альфа-гемолитический стрептококк определили в 47,1%; бета-гемолитический стрептококк – 41,2%; пневмококк – 11,7% случаев.

Состояние функции внешнего дыхания (ФВД) указывало на разные типы нарушений (рис.4), с преобладанием у большинства пациентов обструктивных изменений.

Осложнения ВП определили в 8,5% случаев, из них параневмонический экссудативный плеврит развился в 5,7%; инфекционно-токсическая нефропатия – 1,9%; ин-

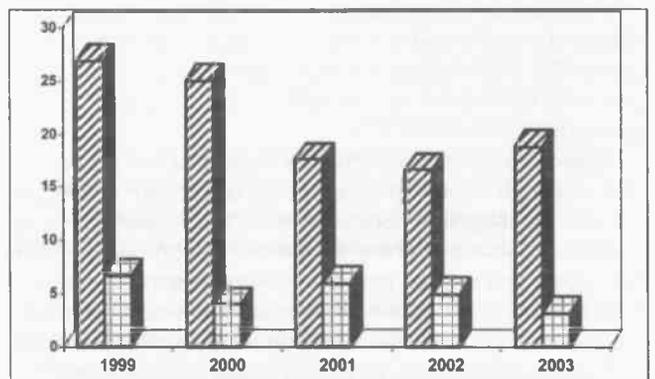


Рис. 2. Соотношение заболеваемости внебольничной пневмонией среди военнослужащих срочной службы, офицеров, прапорщиков



Рис. 3. Результаты исследования основных показателей крови у больных внебольничной пневмонией (n=54)



Рис. 4. Результаты исследования ФВД до лечения

фекционно-токсический миокардит и инфекционно-токсическая нефропатия – 0,9% случаев.

В лечении ВП применяли ступенчатую антибактериальную терапию, противовоспалительные препараты, бронхолитические и муколитические средства, физиотерапевтические методы лечения и лечебную физкультуру. Средний срок лечения составил $18,1 \pm 2,3$ дня. Физикальные признаки пневмонии исчезали в среднем на 7-8 сутки от момента госпитализации, рентгенологические – на 14сутки.

Эффективным лечение было у 42,6 % пациентов, усиление легочного рисунка после проведенного лечения определяли у 44,4%, спайки у – 7,4% нарушения ФВД 1-й степени – 37% больных.

Результаты исследования показали, что у военнослужащих срочной службы Вооруженных сил РФ часто развивается ВП, заболеваемость превышает показатели гражданского населения, что не противоречит литературным данным.

Сроки появления признаков заболевания в течение трех месяцев после призыва свидетельствуют о необходимости проведения профилактики пневмонии в период подготовки молодых бойцов. Вместе с тем, развитие ВП в последние три месяца службы можно отнести за счет неблагоприятной эпидемиологической обстановки (осенне-зимний период), а также стрессовых ситуаций, возникающих у военнослужащих в период перед увольнением.

Несмотря на известные диагностические признаки, характерные жалобы больных, пневмония остается нераспознанной у большинства военнослужащих в среднем в течение полутора недель, в 20,4 % случаях диагноз уста-

навливают в течение первых 4-6 дней.

Спектр микроорганизмов, идентифицируемых у военнослужащих-больных ВП, включал преимущественно непатогенных возбудителей, вследствие того, что бактериологическое исследование проводилось часто после или во время антибактериальной терапии по поводу «респираторной инфекции». Важную роль для выявления возможного патогенного возбудителя играет своевременная оценка эпидемиологической обстановки в воинских коллективах [9, 10].

Согласно рекомендациям с целью профилактики пневмонии в закрытых коллективах, а также выбора адекватной антибактериальной терапии в случае развития таковой, необходима информация об эпидемиологической ситуации в коллективе, а также идентификация и определение чувствительности респираторных патогенов в период подъема заболеваемости пневмонией [6, 7]. Результаты бактериологического исследования из частей по месту службы больных ВП в историях болезни отсутствовали, и выбор антибиотиков в госпитале проводили эмпирически.

Клинические проявления ВП у большинства военнослужащих были типичными, позволяющими на амбулаторном этапе диагностировать заболевание, однако своевременное раннее распознавание пневмонии не было характерным у обследуемого контингента. Настороженность врачей в отношении заболеваемости пневмонией военнослужащих снижена, поэтому применение антибиотиков в амбулаторных условиях направленных на купирование респираторной инфекции верхних дыхательных путей, проводилось в низких дозах не эффективных в случае пневмонии [2].

Следует обращать внимание на преморбидный фон военнослужащих ВП. В случае совокупности нескольких факторов риска (курение, переохлаждение, переутомление, предшествующие ОРЗ) определяли воспалительный процесс в обоих легких, отмечали более тяжелое течение болезни по сравнению с пациентами без факторов риска, а также выявляли рентгенологические или функциональные нарушения после проведенного стандартного лечения. Таким образом, у военнослужащих с неблагоприятным преморбидным фоном необходимо оптимизировать лечебные мероприятия с целью восстановления функционального состояния респираторной системы.

Клинические признаки пневмонии претерпевали регресс в сроки, не отличающиеся от указанных в литературных источниках [3, 10, 16], однако, учитывая легкое течение пневмонии у большинства пациентов, они могли быть сокращены.

Выводы

1. У военнослужащих срочной службы преобладают неосложненные внебольничные пневмонии легкой степени тяжести, с частой локализацией в нижней доле правого легкого, нарушениями ФВД, наличием рентгенологических признаков пневмонии.

2. Поскольку развитие внебольничной пневмонии часто приходится на начало военной службы (первые три месяца) и на ее окончание (последние три месяца), необходимо проведение профилактических мероприятий в указанные сроки.

3. На течение пневмонии оказывает влияние преморбидный фон: наличие двух и более факторов риска сопровождается развитием пневмонии средней степени тяжести и остаточными изменениями после лечения в виде уси-

В помощь войсковому врачу ☆

ления легочного рисунка, уплотнения плевры, нарушений бронхиальной проходимости I степени.

Литература

1. Гучев, И.А. Внебольничная пневмония как проблема организованного коллектива. *Consilium medicum* 2004, 06, №1. www.consilium medicum
2. Гучев, И.А., Ключков О.И. Антибиотикопрофилактика вспышек вне-больничной пневмонии в гомогенной популяции. *Качественная клиническая практика* 2003, № 1 .электронный ресурс.
3. Гучев, И.А., Синопальников А.И. Пневмонии в военных коллективах. www.pedug.ru
4. Зайратьянц, О.В. Анализ смертности, летальности, числа аутопсий и качества клинической диагностики в Москве за последнее десятилетие (1991-2000 гг.). Архив патологии (приложение). М.: Медицина, 2002.
5. Мельниченко, П.И., Огарков П.И., Жоголев С.Д. и др. Особенности эпидемиологии и профилактики пневмоний у военнослужащих в условиях локальных войн и вооруженных конфликтов. *Воен.-мед. журн.* 2001; 322 (8): 54-61.
6. Огарков, П.И., Жоголев С.Д. Внебольничные пневмонии среди военнослужащих: их связь с заболеваемостью гриппом и ОРЗ, эффективность иммунопрофилактики //Повышение готовности к пандемии гриппа на основе военно-гражданского сотрудничества: Материалы симпозиума, 2003, 9-11 мая, С.-Петербург, Россия. - СПб., 2003. - С. 62.
7. Онищенко, Г.Г. О противоэпидемических мероприятиях: Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 06.10.2004 N 0100/1743-04-32 URL: http://www.gsen.ru/doc/letter/inf_0100-1743-32.html
8. Раков, А.Л., Мельниченко П.И., Синопальников А.И. и др. Указания по диагнос-

тике, лечению и профилактике пневмонии у военнослужащих. М: Издательский дом «М-Вести», 2003.

9. Синопальников, А.И. Ведение больных внебольничной пневмонией в условиях стационара. *Consilium medicum* 2004. 6, №10. www.consilium medicum

10. Чучалин, А.Г., Синопальников А.И., Яковлев С.В. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. *Клин. микроб. антимикроб. химиотер.* 2003; 5: 198-224.

11. Щерба, Ю.В., Гончарова И.В. Внебольничная пневмония в аспекте глобального процесса появления новых и возвращающихся инфекций: новые этиологические, эпидемиологические и клинические характеристики, приобретение категории системного инфекционного заболевания. www.infectology.spb.ru

12. Юдина, Л.В., Демин Н.И., Рачко Ю.В. Анализ причин смертности от внебольничной пневмонии в г. Киеве. *Здоровье Украины.* 2006. www.ГИППОКРАТ

13. Amundson, D.E., Weiss P.J. Pneumonia in military recruits *Mil Med* 1994;159(10):629-631

14. Craig S., Kolavic S., Hastings D., etal. Outbreak of pneumococcal pneumonia among Ranger students, Fort Benning, Georgia *Medical Surveillance Monthly Report* 1999;5:2, 3,8.

15. Gray, G.C., Mitchell B.S., Tueller J.E., Cross E.R., Amundson D.E. Pneumonia hospitalisations in the US Navy and Marine corps: rates and risk factors for 6522 admissions, 1981-1991. *Am J Epidemiol* 1994;139(8):793-802. 5. 2004 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Effect of New Susceptibility Breakpoints on Reporting of Resistance in *Streptococcus pneumoniae*: United States, 2003. *MMWR* 2004; 53 (7): 152-154.

16. Tsui, P.T., Kwok M.L., Yuen H., Lai S.T. Severe acute respiratory syndrome: clinical outcome and prognostic correlates. *Emerg. Infect. Dis.* [serial online] 2003 Sept [date cited]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no9/03-0362.htm>

17. Vallejo, M., Molina A., Mosquera J.D., Bergua I., Echevarria L., Zabala M. Early hospital mortality due to infectious diseases // *An. Med. Interna.* -2003.-Vol. 20. -P.347-350.