

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Бадокин, В.В. Медикаментозная терапия первичного (идиопатического) остеоартроза / В.В.Бадокин //Русский медицинский журнал. – 2003. – №5. – С.243-246.
2. Балабанова, Р.М. Роль нестероидных противовоспалительных препаратов в комплексной терапии остеоартроза / Р.М.Балабанова, М.Е.Запругаева // CONSILIUM MEDICUM. – 2006. – №12. – С.1030-1033.
3. Джаиани, Н.А. Применение амлодипина при артериальной гипертензии / Н.А.Джаиани // Русский медицинский журнал. – 2006. – № 24. – С.1468-1472.
4. Дзизинский, А.А. Динамика пульсового давления на фоне лечения амлодипином и карведилолом у больных артериальной гипертензией / А.А.Дзизинский, К.В.Протасов, О.В. Федоришина // Лечащий врач. – 2008. – № 6. – С.108-110
5. Драпкина, О.М. Особенности антигипертензивной терапии у пациентов, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты / О.М.Драпкина, Д.С.Гацлаева //Справочник поликлинического врача. – 2006. – №8. – С.18-21.
6. Корочина, И.Э. Метаболический синдром и ревматические болезни / И.Э. Корочина, Г.Г.Багирова //Терапевтический архив. – 2006. – №6. – С.39-47.
7. Кочкина, М.С. Изменение жесткости артерии и ее клиническое значение / М.С.Кочкина, Д.А.Затейшиков, Б.А.Сидоренко // Кардиология. – 2005. – №1. – С.63-71.
8. Муравьев, Ю.В. Заболевания сердечно-сосудистой системы и нестероидные противовоспалительные препараты / Ю.В. Муравьев // Болезни сердца и сосудов. – 2006. – Т. 2. – №2. – С. 82-86.
9. Недогода, С.В. Сосудистая жесткость и скорость распространения пульсовой волны: новые факторы риска сердечно-сосудистых осложнений и мишени для фармакотерапии / С.В.Недогода, Т.А.Чаляби // CONSILIUM MEDICUM. – 2006. – №4. – С.65-68
10. Пшеницин, А.И. Суточное мониторирование артериального давления / А.И.Пшеницин, Н.А. Мазур. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. – 216с.
11. Рипп, Т.М. Связь показателей суточного мониторирования артериального давления с изменением структуры стенок артерий по данным проспективного исследования / Т.М.Рипп, В.Ф.Мордовин, С.Е.Пекарский // Терапевтический архив. – 2006. – №12. – С.46-49.
12. Fratolla, A. Prognostic value of 24-hour pressure variability / A.Fratolla, G. Parati, C. Cuspidi et al. // J. Hypertens. – 1993. – №11. – С. 1133-1137.
13. Jobnson, A.G. Do nonsteroidal anti-inflammatory drugs affect blood pressure? A meta-analysis/ A.G. Jobnson, T.V. Nguyen // Ann Intern Med. – 1994. – №121. – С.289-300.
14. Hoshide, S. Associations between nondipping of nocturnal blood pressure decrease and cardiovascular target organ damage in strictly selected community-dwelling normotensives / S. Hoshide, K. Kario, Y. Hoshide // Am J Hypertens. – 2003. – № 16(6). – С. 434-438.
15. Pope, Y.E. A meta-analysis of the effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on blood pressure /Y.E. Pope, Y.Y.Anderson // ArcbIntern Med. – 1993. – №153. – С.477-484.

УДК 616.24 – 002 – 035.2 – 057.36 [ - 08 (043.3)]

### ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ, ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

**Н.М. Редько** – Саратовский военно-медицинский институт, начальник терапевтического отделения поликлиники; **Т.Г. Шаповалова** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, профессор кафедры терапии педиатрического и стоматологического факультетов, доктор медицинских наук; **В.А. Савинов** – Саратовский военно-медицинский институт, профессор кафедры терапии, доктор медицинских наук. E-mail: T.G.Shapovalova@gmail.com

### RISK FACTORS, REHABILITATION AND CLINICAL EXAMINATION PRINCIPALS OF COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA IN MILITARY SERVICEMEN

**N.M. Redjko** – Saratov Military Medical Institute, Head of Department of Polyclinic Therapy; **T.G. Shapovalova** – Saratov State Medical University, Department of Therapy of Pediatric and Stomatological Faculties, Professor, Doctor of Medical Science; **V.A. Savinov** – Saratov Military Medical Institute, Department of Therapy, Professor, Doctor of Medical Science. E-mail: T.G.Shapovalova@gmail.com

**Н.М. Редько, Т.Г. Шаповалова, В.А. Савинов, Саратовский научно-медицинский журнал, 2009, том 5, №1, с. 70-72.**

Проведен клинико-эпидемиологический анализ с целью выявления экзогенных и эндогенных факторов риска развития внебольничной пневмонии у военнослужащих по призыву. Выявлены следующие факторы риска развития внебольничной пневмонии: курение, переохлаждение, наличие очагов хронической инфекции, предшествующие ОРВИ, первые полгода службы. В структуре остаточных явлений после перенесенной внебольничной пневмонии у военнослужащих преобладали нарушения функции внешнего дыхания по obstructivному типу, а также рентгенологические симптомы в виде деформации легочного рисунка и плевральных наложений. Дополнительно была разработана программа обучения пациентов, перенесших пневмонию. Отмечено отсутствие повторных инфекционных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей в течение последующей службы у пациентов, находившихся под диспансерным наблюдением.

**Ключевые слова:** факторы риска, пневмония, военнослужащие, диспансеризация.

**N.M. Redjko, T.G. Shapovalova, V.A. Savinov, Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2009, vol. 5, №1, p. 70-72.**

Clinico-epidemiological analysis has been performed to reveal exogenic and endogenic risk factors of community acquired pneumonia military servicemen at conscription. Risk factors of CAP at conscription include smoking, overcooling, chronic infection foci, preceding ARVI, and the first-half-year of service. The residual effects after CAP in military servicemen predominantly are the obstructive disorders of outer respiratory function as well as radiological symptoms as deformity of pulmonary picture and pleural overlay. The educational scheme has been developed for CAP patients. No recurrent infections of the upper and lower respiratory passage ways have occurred during the following years of military service in patients under the follow-up care.

**Key-words:** community acquired pneumonia (CAP), risk factors, military servicemen.

Внебольничная пневмония (ВП) до настоящего времени остается актуальной проблемой медицины, несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения этого заболевания [2,3,4,7,12]. В 1999 г. в РФ среди лиц старше 18 лет было зарегистрировано 440 049 случаев ВП (3,9‰), а в 2003 г. показатель заболеваемости ВП во всех

возрастных группах составил уже 4,1‰. У отдельных категорий населения отмечена более высокая заболеваемость ВП. Так, согласно данным ежегодных отчетов медицинской службы Министерства обороны РФ, у военнослужащих, проходивших службу по призыву в 2000-2006гг., она составила от 35,3 до 45,5‰ [6,7]. В структуре всех болезней военнослужащих по

призыву удельный вес ВП в Вооруженных Силах РФ превысил 17%, а доля дней трудопотерь – 37% [6]. Таким образом, для военной медицины проблема ВП является особенно значимой [1,8,5,9]. Эпидемиологические аспекты ВП, развивающейся у молодых пациентов в закрытых коллективах, в том числе у военнослужащих по призыву, до настоящего времени остаются недостаточно изученными.

**Цель** нашего исследования состояла в выявлении наиболее значимых экзогенных и эндогенных факторов риска развития пневмонии у военнослужащих молодого возраста с использованием метода клинико-эпидемиологического анализа, а также в разработке комплексной реабилитации пациентов, перенесших внебольничную пневмонию.

**Материалы и методы.** Для проведения клинико-эпидемиологического обследования нами были разработаны программа и индивидуальные карты клинико-эпидемиологического и экспертного обследования военнослужащих молодого возраста с ВП, которые содержали 102 различных признака оценки заболевания. Было проанализировано 668 историй болезни военнослужащих в возрасте от 18,5 до 35 лет, госпитализированных в пульмонологическое отделение клиники терапии Саратовского военно-медицинского института (СарВМедИ) в период с 1996 по 2002 г. по поводу ВП различной степени тяжести. В исследование также были включены данные, полученные при наблюдении и обследовании 186 пациентов, получавших лечение по поводу ВП различной степени тяжести в терапевтическом отделении военного госпиталя ракетных войск стратегического назначения (РВСН) в п. Светлом Саратовской области в 2004-2005 гг. Изучались клинические особенности заболевания, наличие и характер осложнений, а также экзогенные и эндогенные факторы риска ВП и её исходы. Экзогенные факторы риска включали курение, неблагоприятные условия труда, переохлаждение, переутомленность при размещении военнослужащих, неблагоприятные бытовые условия, профессиональные вредности; эндогенные – хронические очаги инфекции (стоматологические, лор-органов, гнойничковые поражения кожных покровов и слизистых), внегочные аллергические заболевания (атопический дерматит, отек Квинке, аллергическая крапивница, лекарственная аллергия в анамнезе), частые ОРВИ (более 4 в году), острые затяжные бронхиты в анамнезе, фоновые заболевания органов дыхания (хронический бронхит, бронхиальная астма), перенесенные ранее заболевания легких, в том числе ВП, туберкулез, сухой плеврит, травмы грудной клетки; врожденные дефекты бронхиальной системы, в том числе и у родственников, недостаточное питание, сопутствующие заболевания.

Под диспансерным наблюдением в течение трех месяцев находились 42 реконвалесцента ВП. В соответствии с методическими указаниями ГВМУ МО РФ «Организация диспансеризации в Вооруженных силах РФ» от 2005 г. через 3 месяца после выписки из стационара пациенты осматривались терапевтом, им выполнялись рентгенологическое исследование органов грудной клетки, общие анализы крови, мочи, мокроты; по показаниям назначались консультации стоматолога, фтизиатра и отоларинголога, проводилась санация очагов хронической инфекции. При наличии признаков бронхообструкции выполнялась спирография. Заключительный осмотр проводился к исходу 6 месяца после выписки из стационара.

**Результаты и обсуждение.** Были выявлены следующие особенности течения пневмоний у военнослужащих, госпитализированных в пульмонологическое отделение клиники СарВМедИ. У 73 пациентов (11%) заболевание протекало в тяжелой форме. Острое начало заболевания наблюдалось у 448 (67%) больных, у остальных ВП развивалась на фоне острой вирусной инфекции или острого бронхита. У большинства пациентов (641 чел., 96%) первым сим-

птомом заболевания был кашель, преимущественно сухой или с незначительным количеством вязкой мокроты слизистого или слизисто-гнойного характера. При тяжелом течении пневмонии мокрота была «ржавой» у 32 человек (4,8%). Симптомы интоксикации отмечались у 2/3 больных, причем повышение температуры – у всех пациентов. При рентгенологическом исследовании правостороннее поражение легочной паренхимы имело место у 286 (42,8%), левостороннее – у 231 (34,6%) и двустороннее – у 151 (22,6%) больных. У ряда военнослужащих ВП протекала с осложнениями. Так, экссудативный плеврит был выявлен у 84 (12,6%), миокардит – у 33 (4,9%), токсическая нефропатия – у 25 (3,8%); перикардит – у 3 (0,42%); ателектаз – у 7 (1,06%), токсическая анемия – у 25 (7,26%), инфекционно-токсический шок – у 30 (4,5%) человек. Дыхательная недостаточность различной степени была выявлена у 306 больных (45,8%), причем у 192 (28,7%) – с obstructивными изменениями функции внешнего дыхания по результатам спирометрии.

При анализе выявлены следующие эндогенные факторы риска развития ВП. Наличие очагов хронической инфекции было диагностировано у 320 (48%) больных. Среди них преобладали патология лор-органов (верхнечелюстной синусит, фронтит, хронический тонзиллит – у 172 чел.; 25,8%) и кариес зубов (148 чел.; 22,2%). У 169 госпитализированных (25,3%) ВП сочеталась с обострением хронических заболеваний верхних дыхательных путей, в том числе верхнечелюстным синуситом, фронтитом, пансинуситом. У 44 больных (6,7%) были выявлены кожные заболевания, в основном вялотекущие грибковые и гнойничковые поражения верхних и нижних конечностей. В анамнезе у 363 больных (54,4%) отмечались частые ОРВИ, причем у 36 из них респираторные инфекции верхних дыхательных путей предшествовали возникновению ВП; 147 человек (22%) отмечали ранее перенесенные пневмонии, острые затяжные бронхиты.

Среди экзогенных факторов развития пневмонии ведущими были курение (457 чел. /68,5%) и предшествующее заболеванию переохлаждение (449 чел. /67,2%). Пониженный питательный статус был установлен у 147 человек (22%). 352 пациента (58,2%) прибыли из других регионов РФ, что также можно отнести к возможному фактору риска возникновения заболевания ввиду смены климатической зоны. Следует отметить, что почти у половины всех пациентов имело место сочетание двух и более эндогенных и экзогенных факторов риска (322 чел. /48,2%). Число заболевших ВП во время первого полугодия службы (310 чел. /46,4%) было достоверно выше, чем в течение второго (132 чел. /19,7%,  $p = 0,005 / 42$ ). По-видимому, это обстоятельство связано с такими факторами, как переутомленность при размещении вновь прибывших военнослужащих, неблагоприятные бытовые условия, а также смена климатических условий при прибытии к месту службы из других регионов РФ.

Характер клинических симптомов, особенности течения пневмоний, инструментальных данных и факторов риска у пациентов с ВП терапевтического отделения госпиталя РВСН в целом существенно не отличались от предыдущей группы пациентов. Однако следует отметить несколько меньший процент выявленных осложнений ВП. Так, экссудативный плеврит был диагностирован у 35 человек (5,2%), миокардит – всего у 3 человек (1,7 %).

Таким образом, из наиболее значимых факторов риска возникновения внебольничной пневмонии у военнослужащих по призыву следует отметить курение, переохлаждение, очаги хронической инфекции, предшествующие ОРВИ, первые полгода службы. Выявленные нами факторы риска возникновения ВП у военнослужащих в основном совпадают с исследованиями других авторов [2,3].

В структуре остаточных явлений после перенесенной ВП у военнослужащих преобладали изменения показателей функции внешнего дыхания с формированием бронхообструктивного синдрома (28,6% – у пациентов клиники терапии СарВМедИ и 14,3% – у лечившихся в госпитале РВСН,  $p=0,01$  ( $\chi^2$ )); рентгенологические симптомы в виде деформации легочного рисунка (у 18% и 17%) и плевральных наложений (у 6% и 2% больных соответственно). Более благоприятное течение ВП у пациентов госпиталя РВСН может быть связано с однородным составом военнослужащих этой группы. Выявленные факторы риска, а также остаточные симптомы после перенесенной ВП учитывались в ходе проведения диспансеризации и реабилитации пациентов. На этом этапе планировались индивидуальные реабилитационные мероприятия, включавшие в себя прием адаптогенов, антиоксидантов, комплекс ЛФК, ФТЛ; рекомендовались отказ от курения, закаливание организма, рациональное питание. Дополнительно нами была разработана программа обучения пациентов, перенесших пневмонию. В стационаре с больными проводились занятия, они информировались о причинах возникновения ВП, первых признаках заболевания, о вреде курения, опасности переохлаждения, необходимости своевременного обращения к врачу и реабилитации после выписки из стационара, включающей закаливание организма, санацию очагов хронической инфекции, рациональное питание. В результате наблюдения удалось добиться прекращения курения у половины реконвалесцентов ВП, у всех больных была проведена санация очагов хронической инфекции. Следует отметить отсутствие повторных инфекционных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей в течение последующей службы у пациентов, находившихся под диспансерным наблюдением. У большинства обследованных было отмечено полное выздоровление в течение 6 месяцев (39 чел /93,2%); у 2 человек сохранялся бронхообструктивный синдром и еще у двух был отмечен исход ВП в локальный пневмосклероз.

#### Выводы:

1. Основными факторами риска развития внебольничной пневмонии у военнослужащих по призыву являются курение, переохлаждение, наличие очагов хронической инфекции, предшествующие ОРВИ, первые полгода службы.
2. Клиническая картина внебольничной пневмонии в исследуемых группах больных в целом была схожей, однако следует отметить несколько меньший процент осложненных ВП у военнослужащих госпиталя РВСН в сравнении с пациентами клиники СарВМедИ. Так, экссудативный плеврит был диагностирован в 5,2% и 12,4%, миокардит – в 1,7% и 4,9% случаев соответственно.
3. В структуре остаточных явлений после перенесенной ВП у военнослужащих по призыву преобладали изменения показателей функции внешнего дыхания по обструктивному типу (у 28,6% пациентов

клиники терапии СарВМедИ и у 14,3% больных, лечившихся в госпитале РВСН), а также рентгенологические симптомы в виде деформации легочного рисунка у 18% и 17% и плевральных наложений у 6% и 2% обследованных соответственно.

4. Диспансерное наблюдение эффективно в отношении реабилитации военнослужащих по призыву, перенесших внебольничную пневмонию. Реабилитационные мероприятия должны быть индивидуальными, комплексными, их необходимо начинать одновременно со стационарным лечением и проводить в течение длительного времени после выписки из госпиталя (от трех месяцев до года) с целью предупреждения хронизации легочной патологии и повторных случаев заболевания.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Авдеев, С.Н. Внебольничная пневмония / С.Н. Авдеев // *Consilium Medicum*. – 2003. – Т.5. – № 2. – С. 316-327.
2. Анализ многолетней динамики заболеваемости пневмониями личного состава Вооруженных Сил РФ / С.Д. Жоголев, В.Д. Мосягин и др. // *Военная профилактическая медицина. Проблемы и перспективы*. – СПб.: Бостон-спектр, 2002. – С.207.
3. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Л.С. Страчунский и др. М.: ООО ИД «М-Вести», 2006. – 76 с.
4. Эпидемиологический анализ заболеваемости внебольничной пневмонией в войсках / С.Д. Жоголев, П.И. Огарков, П.И. Мельниченко // *Воен.-мед. журнал*. – 2004. – №3. – С.16-21.
5. Организационно-эпидемиологические аспекты профилактики внебольничных пневмоний в Московском военном округе / Г.Г. Марьин, О.И. Ключков, В.Д. Мосягин и др. // *Воен.-мед. журнал*. – 2008. – №3. – С.33-38.
6. Раков, А.Л. Тяжелая внебольничная пневмония: современное состояние проблемы / А.Л. Раков, О.В. Фесенко, В.В. Филатов // *Пневмония у военнослужащих: Мат. науч.-практ. конф. Приложение к СССРХIV тому ВМЖ / ГВМУ МО РФ, Гос. ин-т усовершенствования врачей МО РФ, ВМЖ / Под ред. И.М. Чиж, А.И. Синопальникова*. – М., 2003. – С.40 – 50.
7. Синопальников, А.И. Внебольничные инфекции дыхательных путей / А.И. Синопальников, Р.С. Козлов. – М.:ООО «Премьер МТ», «Наш город», 2007. – 352с.
8. Синопальников, А.И. Внебольничная пневмония (современные подходы к диагностике и лечению) / А.И. Синопальников // *Врач*. – 2002. – № 3. – С. 29-31.
9. Чиж, И.М. Итоги деятельности и задачи медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации / И.М. Чиж // *Воен.-мед. журнал*. – 2003. – № 1. – С. 4-19.
10. Atypical pathogens and challenges in community-acquired pneumonia / K.P. Thibodeau, A.J. Viera // *Am.Fam.Physician*. – 2004. – Vol.69. – P. 1699-1706.
11. Niederman, M. Cost-effective antibiotic management of community acquired pneumonia / M. Niederman // *Europ.Res.Mon*. – 2004. –Vol.28. – P.198-210.
12. Optimizing treatment outcomes in severe community-acquired pneumonia / F.R. De Castro, A. Torres et al. // *Am. S. Respir. Med*. – 2003. – Vol.2. – P. 39-54.

УДК 616.37-002:612.332

### ХАРАКТЕРИСТИКА МЕМБРАННОГО КИШЕЧНОГО ПИЩЕВАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

**О.А. Строчкова** – ГОУ ВПО Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней медицинского института; **Е.Ю. Еремина** – ГОУ ВПО Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней медицинского института, доктор медицинских наук, профессор. E-mail: Strokovaoa@rambler.ru

### MEMBRANOUS INTESTINAL DIGESTION CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

**O.A. Strokova** – *Mordovian State University, Department of Inner Diseases Propaedeutics, Post-graduate*; **E.J. Eremina** – *Mordovian State University, Head of Department of Inner Diseases Propaedeutics, Professor, Doctor of Medical Science*. E-mail: Strokovaoa@rambler.ru