2. Комплексное сочетание углекислых минеральных ванн, физиоаппаратной терапии и лечебной физкультуры способствуют повышению работоспособности, умственной и психической.

3. Реальное снижение заболеваемости, инвалидности и смертности может быть достигнуто профилактическими мерами – затраты на профилактику несравнимо меньше медико-социальных и экономических потерь, которые несет государство в условиях высокой заболеваемости и смертности вследствие инсульта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Парфенов В.А. Вторичная профилактика ишемического инсульта // Рус. медиц. журн. 2005. Т. 13. № 12, С. 819–822.

2. Пономаренко Г.Н., Анисимова Л.Н. Физические упражнения в восстановительном лечении больных в остром периоде инсульта // Вопр. курортол., физиотер. и лечебн. Физкульт. 2011. № 1. С.6–9.

3. Федин А.И., Румянцева С.А. Интенсивная терапия ишемического инсульта. – М.: Медицинская книга, 2004. 284 с.

4. Чазов Е.Н., Беленкова Ю.И. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. Т.VI. – М.: Литтерра, 2005. 974 с.

5. Чуканова Е. Профилактика развития мозгового инсульта // Врач. 2011. № 2, с. 2–5.

6. Яхно Н.Н., Виленский Б.С. Инсульт как медико-социальная проблема // Рус. медиц. журн. 2005. Т. 13. № 12. с. 807–810.

E.A. Shiryaeva, N.L. Federko

FOLLOW-UP CARE AND EARLY REHABILITATION OF PATIENTS AFTER ACUTE ISCHEMIC STROKE CONDITIONS IN THE SANATORIUM «PEARL»

Sanatorium «Pearl», Kirovsky region

The message contains an analysis of successful follow-up care and early rehabilitation in the sanatorium «Pearl» 94 patients with acute ischemic stroke (AIS) with complex medical and rehabilitation measures in the light of the pathogenesis mechanisms of ischemic stroke.

Key words: acute ischemic stroke, rehabilitation, rehabilitation treatment, sanatorium «Pearl».

Контактная информация:

Ширяева Елена Алексеевна, заведующая отделением. Домашний адрес: п. Горные Ключи Кировского района Приморского края ул. Юбилейная, 40-60. Телефон 89241343118. Электронный адрес: librarian57@rambler.ru

Федерко Неля Леонтьевна, главный врач. Домашний адрес: п. Горные Ключи Кировского района Приморского края ул. Юбилейная д. 37 кв. 18. Телефон 89147311925

© В.В. Богомолов, 2011 г.

УДК: 576.8

В.В. Богомолов

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У МОЛОДЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ВЕСЕННЕ-ЛЕТНИЙ И ОСЕННЕ-ЗИМНИЙ ПЕРИОДЫ

Военно-морской клинический госпиталь ТОФ, г. Владивосток

На основании собственных наблюдений автора – терапевта приемного отделения военно-морского госпиталя рассматриваются особенности клинико-анамнестических данных при внебольничной пневмонии у молодых военнослужащих разных сезонов призыва на военную службу. Делается вывод о различной диагностической ценности указанных критериев в зависимости от сезона призыва.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, молодые военнослужащие.

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи в разработке диагностических мероприятий и постоянно обновляющиеся лечебные формуляры внебольничная пневмония (ВП) до настоящего времени является актуальной проблемой современной медицины [1, 3, 5, 10]. В 2006–2010 гг. заболеваемость среди взрослого населения в развитых странах составляет 3,6–4,6‰, а в группе населения старше 60 лет – 20–25‰ в год. Заболеваемость ВП в ВС РФ за последние 3 года увеличилась среди военнослужащих по призыву на 50%, а среди контрактников – на 9% [3, 6, 8]. В последнее время на Тихоокеанском флоте диагностируется много пневмонией у военнослужащих срочной службы. В 2008–2010 гг. заболеваемость достигала до 36‰ [2, 7].

Результаты проведенных исследований на ТОФ в 2000-2007 гг. показали своеобразие и специфичность адаптации молодых военнослужащих к службе на Дальнем Востоке, а также снижение показателей иммунологического статуса, в основе которого лежит комплекс изменения гомеостаза, системных нарушений функции органов и систем организма в тесной связи с сезонными особенностями муссонного климата [7, 8]. Указанные особенности в значительной степени определяют высокую заболеваемость ВП среди этой категории военнослужащих в начальном периоде военной службы, а также различную диагностическую ценность анамнестических данных и объективных критериев в зависимости от сезонов призыва.

Цель: выявить основные критерии диагностика ВП у военнослужащих в весенне-летний и осенне-зимний периоды (по данным приемного отделения ВМКГ).

Материалы и методы.

Был проведен анализ анамнестических данных и объективных критериев диагностики у 200 пациентов (100 молодых военнослужащих весенне-летнего и 100 – осенне-зимнего призыва на военную службу), поступивших на стационарное лечение в ВМКГ ТОФ в 2010 г., которым в приемном отделении был верифицирован диагноз «пневмония».

Статистическая обработка массива данных пациентов проводилась с использованием выборки, полученной в ходе объективного обследования в приемном отделении: дата призыва, место призыва, локализация пневмонии по данным флюорографии легких, наличие кашля с мокротой, наличие боли в грудной клетки при дыхании, повышение температуры, связь заболевания с переохлаждением, давность заболевания, наличие хрипов в легких при аускультации, наличие притупления перкуторного звука, ослабление голосового дрожания, артериальное давление (АД), пульс, тяжесть состояния, наличие вредных привычек (курение), наличие хронических и сопутствующие заболеваний. Для составления представления о выборке в целом использовались показатели описательной статистики, нормальность распределения определяли по правилу трех сигм. Доверительный интервал устанавливали на уровне 95%. За нулевую гипотезу (H_0) принималось отсутствие вероятности различий в критериях диагностики между сезонами года ($\alpha = 0,05$). С учетом необходимости сравнения критериев диагностики двух сезонов с учетом изменения нескольких параметров использовалась многомерная статистика. При анализе численных переменных использовалась непараметрическая статистика – непарный t-тест Стьюдента. Сезонная вероятность наличие или отсутствие (появление) критериев диагностики оценивалось в виде функции выживания S(t): 1 - F(t), где F(t) – кумулятивная функция распределения и построением таблицы дожития [9].

Результаты и обсуждения. В приемном отделении ВМКГ ТОФ военнослужащие осматриваются дежурным терапевтом. В осмотр входит опрос жалоб, опрос анамнеза, измерение температуры тела, инструментальные, лабораторные и объективное исследования. При наличии жалоб на катаральные явления, повышение температуры тела и подозрении на пневмонию, военнослужащие направляются на флюорографию легких по неотложным показаниям. По результатам обследования с помощью вышеизложенных методов у пациентов устанавливается или опровергается диагноз ВП. В случае диагностики пневмонии пациент госпитализируется в пульмонологическое отделение. При отсутствии данных за пневмонию пациент направляется в инфекционное отделение с диагнозами ОРЗ, ОРВИ, ангина. При наличии острых респираторных заболеваний с нормальной температурой и легкого течения, военнослужащие направляются на лечение в лазарет части, при наличии последнего.

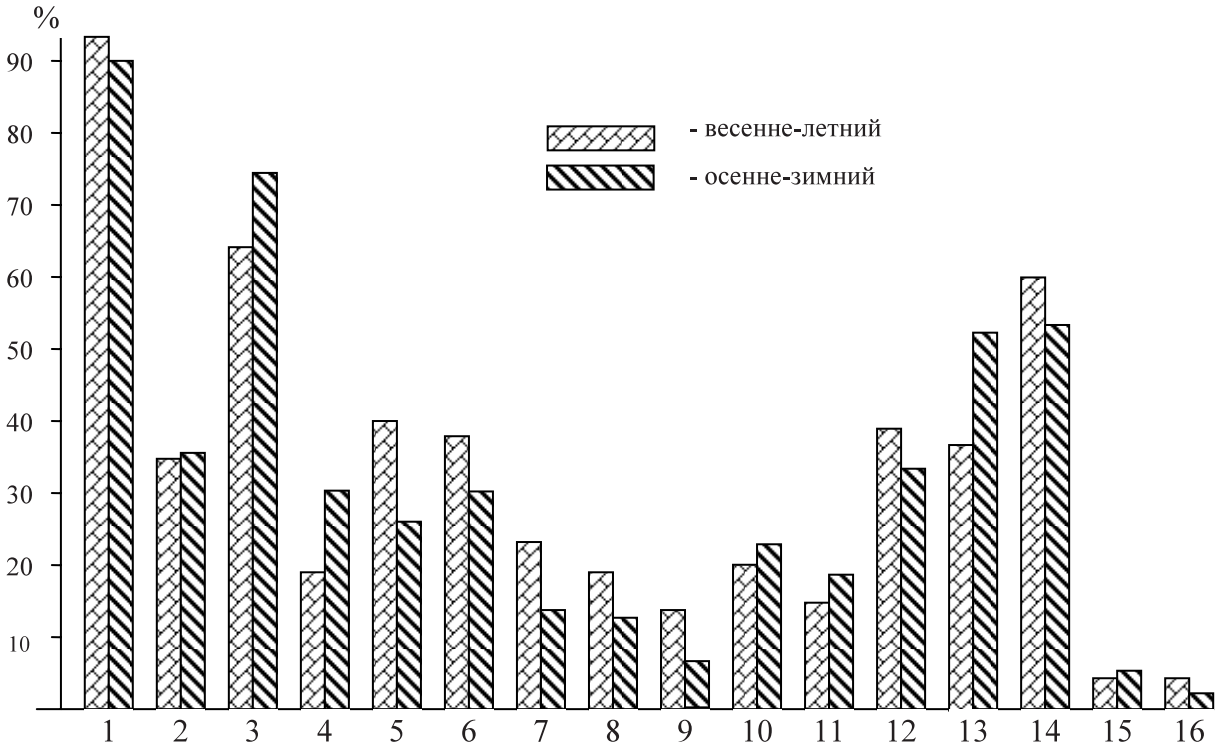
В результате обследования выявлено (весенне-летний период/ осенне-зимний период, соответственно):

- 71% / 68% больных пневмонией молодое пополнение (до 6 месяцев после призыва);
- 82% / 85% военнослужащих призванных из отдаленных гарнизонов (более 1000 км от места службы);
- 74% / 66% военнослужащих с вредной привычкой (курение);
- 5%/6% военнослужащие имели сопутствующие заболевания.

По ранговой частоте выявленных анамнестических данных и объективных критериев клинических проявлений ВП в весенне-летний и осенне-зимний сезоны призыва все пациенты с верифицированным диагнозом распределились следующим образом (рис.).

С позиции системного анализа морфофункциональные изменения, происходящие в организме при ВП можно рассматривать как динамическую характеристику сложной системы, являющейся носителем принципов функциональной модели с оценкой патогенетических механизмов возникновения легочного воспаления. Это позволяет в перспективе использовать этот тип моделирования для прогноза развития заболевания у конкретного пациента.

При построении модели прогноза развития ВП необходимо дать количественную оценку вышеуказанных анамнестических данных и критериев (системообразующих факторов дыхательной системы), которые важны с точки зрения функционирования системы более высокого уровня (табл. 1).



Примечание:
№ 1 – кашель с мокротой
№ 2 – боль в грудной клетке на вдохе
№ 3 – повышенная температура тела
№ 4 – связь с переохлаждением
№ 5 – день заболевания 3 дня и более
№ 6 – наличие хрипов при аускультации
№ 7 – притупление перкуторного звука
№ 8 – ослабление голосового дрожания
№ 9 – пониженное АД
№ 10 – тахикардия более 90 уд/мин
№ 11 – состояние средне тяжелое и тяжелое
№ 12 – локализация более 2 сегментов
№ 13 – локализация – правое легкое
№ 14 – локализация в нижней доле
№ 15 – двухсторонняя пневмония
№ 16 – хронические заболевания

Рис. Ранговая частота анамнестических данных и объективных критериев клинических проявлений ВП

Таблица 1

Численные значения параметров анамнестических данных и объективных критериев ВП

Данные и критерии	Численные значения	Данные и критерии	Численные значения
Кашель с мокротой	Да/нет 1/0	Пониженное АД	<120/80 мм рт ст
Боль в грудной клетке на вдохе	Да/нет 1/0	Тахикардия более 90 уд/мин	<100/>100 уд/мин 1/0
Повышенная температура тела	<38°С/>39°С 1/0	Состояние средне тяжелое и тяжелое	Да/нет 1/0
Связь с переохлаждением	Да/нет 1/0	Локализация более 2 сегментов	Да/нет 1/0
День заболевания 3 дня и более	Более / менее 1/0	Локализация – правое легкое	Да/нет 1/0
Наличие хрипов при аускультации	Да/нет 1/0	Локализация в нижней доле	Да/нет 1/0
Притупление перкуторного звука	Да/нет 1/0	Двухсторонняя пневмония	Да/нет 1/0
Ослабление голосового дрожания	Да/нет 1/0	Хронические заболевания	Да/нет 1/0

Из перечисленных критериев были изъяты центурированные данные, содержащиеся не в каждом клиническом случае заболевания. Численные значения оставшихся критериев были использованы для составления таблиц дожития.

В весенне-летний период призыва преобладали следующие критерии (после центурирования): день заболевания 3 дня и более (№ 5) – 40% (0,40) против 26% (0,26) в осенний период; наличие хрипов при аускультации (№ 6) – 37% (0,37) против 30% (0,30) в осенний период; пониженное АД 110 и 70 мм рт. ст. (№ 9) – 34% (103,12±5,2) против 8% (114,35±5,6) в осенний период ($p<0,05$); локализация более 2 сегментов (№ 12) – 44% (0, 44) против 35% (0,35) в осенний период.

Критерии в осенне-осенний сезон призыва (после центурирования): повышенная температура тела (№ 3) –

75% (0,75) против 63% (0,63) в весенний период; связь с переохлаждением (№ 4) – 34% (0,34) против 18% (0,18) в весенний период; локализация в правом легком (№ 13) – 56% (0,56) против 40% (0,40) в весенний период.

Для оценки сезонной вероятности данных критериев и обоснованность их использования в диагностике ВП был использован один из традиционных статистических методов – составления таблиц дожития (вероятности сезонного возникновения интересующего нас диагностического критерия ВП) для каждого из сезонов призыва (табл. 2): весенне-летнего (май–июль) и осенне-зимнего (ноябрь–январь).

Вывод. В результате проведенного исследования выявлено, что наибольшую диагностическую ценность и основными критериями диагностики ВП у военнослужащих весенне-летнего сезона призыва на военную службу являются следующие критерии: день заболевания 3 дня и более; локализация более 2 сегментов легкого.

У военнослужащих осенне-зимнего период призыва основными диагностическими критериями ВП являются: повышенная температура тела и локализация воспалительного процесса в правом легком.

Таблица 2

Расчет вероятности сезонного возникновения диагностического критерия ВП (таблица дожития)

№ критерия	Число изучаем. объектов	Доля «+»	Доля «-»	Функция выживания	Плотность вероятности
Весенне-летний сезон (май–июль)					
№ 5	10,0	0,25	0,75	0,75	0,08
№ 6	5,5	0,15	0,85	0,85	0,05
№ 9	1,0	0,1	0,90	0,90	< 0,01
№ 12	16,0	0,36	0,64	0,64	0,12
Осенне-зимний сезон (ноябрь–январь)					
№ 3	52,5	0,70	0,30	0,30	0,23
№ 4	1,0	0,1	0,90	0,90	< 0,01
№ 13	34,0	0,61	0,39	0,39	0,20

ЛИТЕРАТУРА

1. Березняков И. Г. Внебольничные пневмонии: Монография. М.: ИД Заславский, 2009. 160 с.

2. Внебольничные пневмонии: микробиологические аспекты диагностики: Методич. рекомендации. – Владивосток, Агентство Соланд, 2003. 56 с.

3. Диагностика, лечение и профилактика внебольничной пневмонии в военнослужащих МО РФ. Под ред. А. Б. Белевитина: Методич. указания: М.: ГВКГ им. Н. Н. Бурденко, 2010. 76 с.

4. Морозов Д.В., Новоженов В.Г., Губань В.И. и соавт. Особенности клиники острой пневмонии у молодых военнослужащих. ВМЖ. 1996. № 4. С.22–25.

5. Новиков Ю.К. Диагностика и лечение внебольничных пневмоний. РМЖ. 2001.Т.3, №1–2. С. 28–32.

6. О состоянии работы по профилактике внебольничных пневмоний в ВС РФ: Указания ГВМУ МО РФ № 161/2/2/577 от 03.02.2004. М. 2004. 24 с.

7. Пневмонии: диагностика, эмпирическая антибактериальная терапия: Методич. рекомендации. – Владивосток, Агентство РИМ, 2002. 22 с.

8. Половов С.Ф. Состояние здоровья молодых военнослужащих в процессе адаптации к условиям службы на Дальнем Востоке: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Владивосток, 2007. 22 с.

9. Румянцев П.О., Саенко В.А., У.В. Румянцева и соавт. Статистические методы анализа в клинической практике. Ч. 1,2 // Пробл. эндокринол. 2009. Т.55. № 5. С. 48–55; № 6. С. 48–56.

10. Чучалин А.Г. Внебольничная пневмония у взрослых: Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. М. 2006. 76 с.

11. Чучалин А.Г. Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Монография. «Пневмония». М.: МИА, 2006. 464 с.

V.V. Bogomolov

CRITERIA FOR THE DIAGNOSIS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT YOUNG MILITARY MEN DURING THE SPRING-SUMMER AND AUTUMN-WINTER SEASON

Naval clinical hospital TOF, Vladivostok

On the basis of own observations of the author – the therapist of a reception of naval hospital features clinical-anamnesis data are surveyed at community-acquired pneumonia at young military men of different seasons of an appeal on military service. The conclusion about various diagnostic values of the specified criteria depending on an appeal season becomes.

Keywords: community-acquired pneumonia, young military men.

Контактная информация: Богомолов Владимир Владимирович, врач ВМКГ. 690005, Владивосток, ул. Ивановская, 4. Тел.: (423) 221-62-85