

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.921.5:616.24 002 037

Соловей А. Е., Власенко О.С., Осадчая О.Г., Быстрова Т.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ПО ДАННЫМ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВМКГ ТОФ

ФБУ «1477 военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток

Ключевые слова: внебольничная пневмония, военнослужащие, ВМКГ ТОФ

Интерес и внимание к внебольничным пневмониям не ослабевает в течение последних десятилетий. Это обусловлено высоким и не имеющим тенденции к снижению уровнем заболеваемости среди разных возрастных групп, особенно в организованных коллективах, по нашим данным это матросы, проходящие срочную службу на ТОФ.

Цель: анализ особенностей течения внебольничной пневмонии по данным приемного отделения ВМКГ ТОФ.

Материалы и методы: изучены особенности клинического течения внебольничной пневмонии у 220 пациентов, выявленные в приемном отделении 1477 ВМКГ ТОФ и прошедшие лечение в отделении пульмонологии.

Результаты и обсуждение: установлено, что 85% пациентов заболели пневмонией впервые, 15% – второй раз (однократно болели до службы в армии). В 80% случаев причина заболеваний внебольничной пневмонии переохлаждение и как следствие ОРВИ.

Срок давности заболевания устанавливался при опросе пациентов. Было выявлено, что 85% заболевших внебольничной пневмонией, были доставлены в приемное отделение в первые 3 дня от начала заболевания, 15% – в первые 5 дней, 5% – в течение недели (по таким пациентам в каждом конкретном случае оформлен дефект с указанием причины, по которой вовремя не выявлено заболевание). Такие ранние сроки госпитализации обусловлены организационными мероприятиями, созданными в воинских частях.

При изучении синдромальной картины болезни определено, что абсолютное большинство (98%) пациентов, предъявляют жалобы на кашель, и лишь в 2% случаев его отсутствие. За время болезни характер кашля меняется. В начале заболевания он сухой – у 83%, затем у 60% становится влажным. Кашель сопровождается выделением небольшого количества мокроты, преимущественно слизистого характера. Около 75% поступают в приемное отделение с жалобами на боль в грудной клетке, часто сопровождающейся одышкой при физической нагрузке. У 60% больных боль возникает периодически и связана с глубоким вдохом, не носит интенсивный характер. Начало заболевания в 64% случаев сопровождается ознобом, по-

вышением температуры тела до 38°C и выше, выраженной слабостью – 40%. У 12% наблюдается адинамия, с головными болями, миалгиями. Все это свидетельствует о выраженной интоксикации у части больных в исследуемой группе. Изучение объективных признаков заболевания показывает, что у всех больных отмечаются катаральные явления разной степени, наиболее выражены, по нашим данным у 40%.

Проведенный анализ между сроками от момента заболевания до поступления в госпиталь и продолжительностью лихорадочного периода выявил прямую связь, что свидетельствует о правильном проведении организационных мероприятий медицинской службой в частях, по выявлению пневмонии (своевременная отправка в госпиталь лихорадящих больных).

Синдром уплотненной легочной ткани определялся у 87% больных. Аускультативно над очагом воспалительной инфильтрации жесткое дыхание выслушивается у 70% пациентов, 20% – ослабленное, в 10% – изменений аускультативной картины не наблюдалось. При поступлении в приемное отделение у 30% военнослужащих хрипы как влажные, так и сухие не выслушивались.

Таким образом, боль в груди, лихорадку, сухой кашель, жесткое дыхание, можно считать патогномичными симптомами внебольничной пневмонии у военнослужащих в первые дни заболевания.

Следует также отметить очень важный этап на пути постановки диагноза внебольничной пневмонии в условиях приемного отделения – флюорографическое и рентгенологическое обследование. В 96%, по нашим данным, заболевание подтверждается флюорографически и лишь в 4% случаев изменений не выявлено, диагноз пневмония был выставлен клинически. В процессе лечения таких больных, инфильтрация легочной ткани проявлялась в дальнейшем.

Выводы. Проанализировав все случаи внебольничной пневмонии по приемному отделению ВМКГ, можно сделать вывод, что основными критериями для постановки диагноза являются клинические проявления заболевания, результаты рентгенологического обследования, которые могут подтвердить данное заболевание.

Solovey A. E., Vlasenko O.S., Osadchaya O.G., Bystrova T.A. **Features of community-acquired pneumonia according to foster branch 1477 Naval Hospital. FBU "1477 Naval Hospital, Navy", Vladivostok.**

Keywords: community-acquired pneumonia, the military, 14 77 VMKG Pacific Fleet

Автор-корреспондент:

Соловей Андрей Евгеньевич, подполковник медслужбы, начальник медицинской части ФБУ «1477 ВМКГ флота». 690005, Владивосток, ул. Ивановская, 4. Тел.: 8(423)246-78-14; e-mail: vmkg26826@mail.ru.

© Т.П. Харина, 2012
УДК 614.21:005.7(043.3)

Харина Т.П.

РАБОТА ТЕРАПЕВТА ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОСПИТАЛЯ В СВЕТЕ ТРАНСФОРМАЦИИ ПРОБЛЕМЫ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

ФГУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток

В статье рассмотрена проблема диагностики и трансформации взглядов на проблему гипертонических кризов (ГК). На основании собственного опыта врача-терапевта приемного отделения госпиталя автор рассматривает эту проблему сквозь призму диагностики в условиях приемного отделения, опираясь на современные диагностические тенденции ГК.

Ключевые слова: гипертонические кризы, терапевт приемного отделения.

Несмотря на значительные достижения медицины в области кардиологии, проблема гипертонических кризов (ГК) остается актуальной и является одной из основных причин сердечно-сосудистых осложнений и снижения работоспособности населения. Для практического врача важно понимать, что не любое повышение артериального давления (АД) является ГК. ГК – это внезапное повышение систолического и диастолического АД у больных, страдающих гипертонической болезнью (ГБ) или симптоматической (вторичной) артериальной гипертензией (АГ), которое сопровождается нарушением вегетативной нервной системы с последующими гуморальными реакциями [1]. В зарубежной литературе ГК определяется при диастолическом АД не ниже 120 мм рт. ст. с выраженными явлениями энцефалопатии.

В практике любого врача, а особенно терапевта, ежедневно встречаются пациенты, у которых, несмотря на наличие той или иной соматической патологии, присутствуют различные неврологические симптомы, которые требуют подчас скорейшей консультации невролога с целью исключения острой неврологической патологии. Некоторые из подобных неотложных неврологических проблем больных терапевтического профиля рассмотрены ниже. Одним из основных состояний, требующих немедленной консультации невролога в приемном отделении стационара, является ГК. В большинстве своем первой инстанцией, куда обращаются пациенты с ГК, является скорая медицинская помощь. ГК является одной из самых частых при-

чин вызова бригад скорой медицинской помощи. По данным Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи ежедневно в РФ осуществляется более 20 000 вызовов по поводу ГК [1,3].

Анализ обращаемости пациентов с ГК за неотложной помощью в различных регионах показывает, что общая тенденция к возрастанию распространенности этой патологии наблюдается как в крупных мегаполисах, так и в небольших районных центрах. При этом увеличивается и количество неблагоприятных исходов, тяжелых осложнений. Только в Москве количество вызовов по поводу сосудистых кризов возросло за три последних года на 34%, а число госпитализированных пациентов увеличилось почти в 1,5 раза. Причиной высокой частоты вызовов бригад скорой помощи в большинстве случаев является неадекватная терапия АГ. Так, 50–70% пациентов, обращавшихся по поводу ГК на «скорую», постоянно не принимают антигипертензивных препаратов [2,4].

Наиболее опасен осложненный ГК, составляющий около 3% от всех неотложных состояний при АГ. Он характеризуется высокими цифрами артериального давления в сочетании с церебральной, кардиальной и вегетативной клиникой [2].

В структуре осложнений ГК гипертензивная энцефалопатия составляет 14%, инфаркт миокарда (ОИМ) – 16%, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) (в т. ч. транзиторная ишемическая атака) – 67%, острая сердечная недостаточность (ОСН) по типу отека легких – 3% (табл.).