

УДК 616.24-002-036.11-057.36-053.67-07:312.6

С.А.Агапитов

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ
СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ***Медико-санитарная часть УФСБ России по Приморскому краю, Владивосток***РЕЗЮМЕ**

По архивным материалам стационара Меди-ко-санитарной части УФСБ РФ по Приморскому краю проведен анализ заболеваемости внебольничной пневмонией (ВП) военнослужащих срочной службы, находившихся на лечении в стационаре в 2003-2005 годах. Пик обращаемости и госпитализации по поводу внебольничной пневмонии наблюдался в 2004 году. Изучены 848 историй болезни пациентов с ВП в возрасте от 18 до 22 лет. Установлено, что 84,8% заболевших составляют военнослужащие первого года службы, из них у 60,5% заболевание развивается в течение первых 6 месяцев после призыва. Примерно в 40% случаев возбудитель ВП выявить не удалось. Для пневмонии характерно острое течение инфекционного процесса, локализация инфильтрации в нижних долях легких. Развитие осложнений наблюдали у 23,8% больных: плеврит – 9,4%, дыхательная недостаточность – 8,4%, деструкция и абсцесс легкого – 4,4%, инфекционно-токсический шок – 3,9%, токсический миокардит – 0,9% случаев. Во всех случаях назначалась парентеральная антибактериальная терапия.

SUMMARY

S.A.Agapitov

**OUT-OF-HOSPITAL PNEUMONIA RATE
AMONG DRAFT MILITARY MEN**

Using archives data of medical and sanitary service of Federal Security Agency Administration of Primorskiy krai there was made an analysis of out-of-hospital pneumonia of statutory service military men who were given hospital treatment in 2003-2005. It was found out that the peak of the disease cases and hospitalization rate was registered to be in 2004. There were examined 848 medical histories of patients age 18-22 suffering out-of-hospital pneumonia. 84,8% of the sick are first year service soldiers, 60,5% of them having the disease developing for the first six

months of service after draft. In 40 % of all cases it was impossible to detect the causative agent of the disease. It is characteristic of pneumonia to have acute development of infective process, and localization of infiltration in lower lobes of the lungs. 23.8% of the sick went through some complications of the disease namely pleurisy – 9,4%, breathing insufficiency – 8,4%, destruction and abscess of a lung – 4,4%, infectious and toxic shock – 3,9%, toxic myocarditis – 0,9%. In all cases injection and antibacterial therapy were prescribed.

Заболевания бронхолегочной системы, в частности пневмония, представляют серьезную медико-социальную проблему и являются одной из частых причин госпитализации больных [4, 10]. Это одно из наиболее распространенных и в то же время плохо диагностируемых заболеваний органов дыхания. Только у одной трети пациентов с пневмонией правильный диагноз устанавливается при обращении к врачу в амбулаторных условиях, из них впервые три дня болезни – лишь у 35%. Между тем, ранняя диагностика пневмонии и своевременно начатое лечение во многом определяют прогноз заболевания. Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения, внебольничная пневмония (ВП) остается одним из самых распространенных заболеваний легких, одной из актуальных проблем современной медицины, занимая ведущее положение по объему назначаемых препаратов и финансовых затрат на их приобретение в связи с сохраняющейся высокой заболеваемостью и смертностью. Заболеваемость среди всех возрастных групп населения России составляет от 3 до 15 случаев на 1000 населения в год или 10-15‰, в странах Европы и Северной Америки – 1-5‰ среди лиц молодого и среднего возраста [2, 9]. ВП занимает первое место среди причин летальности в нашей стране и 6-е место среди всех причин смерти [9].

В Вооруженных Силах заболеваемость ВП сохраняется стабильно высокой с тенденцией к росту в последние годы, особенно среди военнослужащих,

проходящих военную службу по призыву, и является одной из наиболее актуальных проблем медицинской службы. Данное положение обусловлено широкой распространенностью у военнослужащих срочной службы таких факторов риска воспаления легких как частые острые респираторные инфекции, хронические заболевания легких, переохлаждение, табачная зависимость, снижение резистентности организма, нарушенный статус питания (недостаточность питания, дефицит массы тела) и т.д. По ряду показателей состояния здоровья часть молодого пополнения имеет показания для включения в группу риска по развитию болезней органов дыхания. Ситуация нередко усугубляется несвоевременным выявлением болезни, поздней диагностикой и лечением, а в ряде случаев отсутствием в арсенале врачей современных антибиотиков [2]. Заболеваемость ВП в воинских коллективах особенно высока у военнослужащих первого года службы. Заболеваемость военнослужащих по призыву по данным National Center for Health Statistics (1998) в 2 раза, а частота госпитализации в 10 раз выше, чем у гражданских лиц того же возраста.

Общепризнано, что адекватная и своевременно начатая антибактериальная терапия является одним из решающих факторов, определяющих прогноз заболевания. Сформулированы основные её принципы с учетом возможных возбудителей, возраста больных и степени тяжести заболевания (рекомендации Американского торакального общества, 1998, 2001, Европейской рабочей группы по изучению внебольничных пневмоний, 1998, 2000, МЗ РФ 1998 и др.). Однако существенных достижений в лечении ВП в России не достигнуто. Это связано, с одной стороны, с увеличением устойчивости микроорганизмов к антибиотикам (вследствие их бесконтрольного или нерационального назначения при эмпирической терапии), с другой – неучетом локального микробного пейзажа.

Материалы и методы

По архивным материалам проведен анализ заболеваемости бронхолегочной системы 1959 военнослужащих (рядовые, офицеры, военнослужащие по контракту), находившихся на лечении в стационаре Медико-санитарной части УФСБ РФ по Приморскому краю в 2003-2005 годах. В данной выборке изучены распространенность ВП, состав больных ВП и особенности ее течения.

Результаты и обсуждение

Сравнительное изучение заболеваемости бронхолегочной патологией, в том числе и ВП, у военнослужащих по призыву за период с 2003 по 2005 год показало, что пик обращаемости и госпитализации с острыми респираторными инфекциями и ВП наблюдался в 2004 году. Заболевания военнослужащих пограничников являются одной из основных проблем в решении служебно-боевых задач по охране государственной границы, негативно влияющих на морально-психологическое состояние воинских коллекти-

вов. Актуальность этой проблемы обусловлена тем, что каждое заболевание военнослужащих в условиях совместного проживания на заставах, кораблях и в подразделениях негативно влияет на здоровье личного состава, крайне отрицательно сказывается на нравственном климате в воинских коллективах и на службе по охране границы. Военная служба – мультифакторный процесс, в основе которого лежат нарушения иммунного статуса военнослужащих за счет изменения климатических условий, психо-морального статуса, социально-бытовой неустроенности, изменения качества питания, режима повседневной деятельности, увеличения физической нагрузки и т.д. При этом иммунологические изменения затрагивают все основные звенья иммунной цепи (клеточный и гуморальный иммунитет, иммунитет слизистых, система комплемента, неспецифические факторы защиты, система медиаторов межклеточных взаимодействий – цитокины и др.). С подобными особенностями иммунитета связан и ряд клинических проблем – повышенная чувствительность к инфекциям и острое течение инфекционного процесса, усугубляющееся быстрым развитием осложнений – от астенических состояний, миокардитов, острой дыхательной недостаточности до инфекционно-токсического шока, ДВС-синдрома, легочного кровотечения и почечной недостаточности.

В Вооруженных Силах важен принцип обязательной госпитализации военнослужащих с пневмонией и лечения либо в условиях лазарета, либо госпиталя. Решение этого вопроса является наиболее важным клиническим заключением врача и имеет непосредственное отношение к определению места госпитализации, оценке лабораторных исследований и выбору антибактериальной терапии. Появление в клинической практике таблетированных антибактериальных препаратов с оптимальным спектром действия, достигающих высоких концентраций в легочной ткани, позволяет осуществлять лечение большинства пациентов в условиях лазарета.

При анализе заболеваемости военнослужащих за трехлетний период установлено, что среди больных бронхолегочной патологией (острый бронхит, ВП, бронхиальная астма) преобладали рядовые в возрасте от 18 до 22 лет, госпитализированные по поводу ВП (848 чел.), которые составили 74,5% от общего числа пациентов с заболеваниями бронхолегочной системы (табл. 1).

Анализ состава пролеченных больных (табл. 2) показал, что военнослужащие, прибывшие для прохождения службы по призыву из других регионов страны, составили 87,8% всех случаев внебольничной пневмонии. Наибольшая частота заболеваемости ВП выявлена у военнослужащих, прибывших из Европейской части России, наименьшая – с Дальнего Востока. Значительную часть (84,8%) заболевших ВП составляют военнослужащие первого года службы, из них у 60,5% заболевание развилось в течение первых 6 месяцев после призыва и лишь у 15,2% – на втором году службы. Пик повышения заболеваемо-

Таблица 1

Распространенность бронхолегочной патологии у военнослужащих, госпитализированных в стационар за период с 2003 по 2005 годы

Год	Всего больных пролеченных в отделении	ЗАБОЛЕВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ												
		Всего больных с заболеваниями бронхолегочной системы	Внебольничная пневмония				Бронхит				Бронхиальная астма			
			Всего	рядовые	офицеры	военнослужащие по контракту	Всего	рядовые	офицеры	военнослужащие по контракту	Всего	рядовые	офицеры	военнослужащие по контракту
2003	707	385	325	283	21	21	47	34	6	7	13	4	3	6
2004	675	414	357	329	12	16	49	41	6	2	8	2	6	-
2005	577	341	263	236	12	15	60	44	5	11	18	4	8	6
Итого	1959	1140	945	848	45	52	156	119	17	20	39	10	17	12

сти ВП приходится на февраль, снижения – на сентябрь.

Иммунологические изменения у преморбидно здоровых военнослужащих затрагивали все основные звенья иммунной цепи (клеточный и гуморальный иммунитет, иммунитет слизистых, систему комплемента, неспецифические факторы защиты, систему медиаторов межклеточных взаимодействий – цитокинов). С подобными особенностями иммунитета связан и ряд клинических проблем при развитии ВП – острое начало инфекционного процесса, нередко усугубляющееся развитием осложнений (23,8%) – от астенических состояний, интоксикаций различной степени тяжести, острой дыхательной недостаточности до инфекционно-токсического шока, миокардита, ДВС-синдрома, легочного кровотечения и почечной недостаточности. Это объясняется процессом адаптации призывного контингента к меняющимся условиям жизни и условиям организованного коллектива, когда ярко переход от размеренной гражданской жизни к условиям сурового армейского быта. При прохождении службы в армии резко проявляются слабые стороны организма, что делает его уязвимым и податливым инфекциям. Заболеваемость военнослужащих по призыву во многом определяется природно-экологическими и санитарно-гигиеническими условиями территории дислокации части и района проживания. Деятельность предприятий народного хозяйства, влияние военно-промышленного производства в регионах постоянного проживания обостряет экологические проблемы, связанные с сохранением здоровья людей, в том числе и военнослужащих [1, 3, 5].

Тактика лечения больных с ВП во многом определяется выявлением возбудителя. У обследованного контингента примерно в 40% случаев выявить возбудитель

не удалось. Практически во всех случаях назначение антибактериальных препаратов осуществлялось эмпирически, исходя из литературных данных о типичных возбудителях заболевания среди данного контингента больных и клинических особенностей заболевания. Преимущественно выбор препаратов не соответствовал существующим национальным рекомендациям, тактика ведения и способы лечения выбирались без учета клинических данных и имеющихся международных и отечественных рекомендаций [6, 7, 8]. Во всех случаях применялась парентеральная антибактериальная терапия. В 49 случаях назначался гентамицин в виде монотерапии, хотя известно, что наиболее часто встречаемый возбудитель ВП – пневмококк не чувствителен к гентамицину, так как он обладает низкой степенью проникновения в легочную ткань.

У пациентов с нетяжелым течением чаще всего использовалась монотерапия бензилпенициллином (54,9%), комбинации бензилпенициллин + гентамицин (29,8%), пенициллин + доксициклин (15,2%), цефалоспорины I-II поколения (2,4%). Средняя продолжительность лечения составила 18,2 дня.

Пациентам с тяжелым течением и сопутствующей патологией в виде синуситов, гайморитов, отитов, тонзиллитов и ангины назначались тетрациклины, цефалоспорины II-III поколения, фторхинолоны, макролиды, производные нитроимидазола и их комбинации. Наибольший удельный вес – 81,5% составило лечение с использованием комбинации антибиотиков II поколения (цефалоспорины, фторхинолоны и аминогликозиды). При этом средняя продолжительность лечения составила 18,9 дня.

Пневмонии, осложненные интоксикацией средней степени тяжести, дыхательной недостаточностью, развитием плеврита, абсцесса, инфекционно-токсического шока лечились в условиях отделения

Таблица 2

Структура состава больных и особенности течения внебольничной пневмонии у военнослужащих по призыву, находившихся на лечении в стационаре за период с 2003 по 2005 годы

Показатели		2003 год		2004 год		2005 год		Всего	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Общее количество больных		329		283		236		848	
Место призыва	Европейская часть России	136	41,3	118	41,7	135	57,2	389	45,9
	Урал	77	23,4	47	16,6	36	15,2	160	18,9
	Сибирь	59	17,9	86	30,4	50	21,2	195	23
	Дальний Восток	57	17,4	32	11,3	15	6,4	104	12,2
Срок военной службы	год и более	53	16,2	40	14,1	36	15,3	129	15,2
	от 6 мес до года	59	17,9	43	15,1	74	31,4	176	20,8
	до 6 месяцев	83	25,2	67	23,8	56	23,6	206	24,3
	до 3 месяца	114	34,6	116	41	62	26,3	292	34,4
	до 1 месяца	20	6,1	17	6	8	3,4	45	5,3
Локализация очага воспаления	нижнедолевая слева	126	38,3	118	41,7	106	44,9	350	41,4
	верхнедолевая слева	22	6,7	8	2,8	5	2,1	35	4,1
	нижнедолевая справа	103	31,3	103	36,4	80	33,9	286	33,7
	верхнедолевая справа	16	4,9	10	3,5	22	9,4	48	5,7
	среднедолевая справа	29	8,8	26	9,2	14	5,9	69	8,1
	двухсторонняя	33	10	18	6,4	9	3,8	60	7
Осложнения	экссудативный плеврит	8	2,4	5	1,8	6	2,5	19	2,2
	деструкция, абсцесс	5	1,5			4	1,7	9	1,1
	дыхательная недостаточность	8	2,4	5	1,8	4	1,7	17	2
	инфекционно-токсический шок	7	2,1	-	-	1	0,4	8	0,9
	токсический миокардит	1	0,3	-	-	1	0,4	2	0,2
	токсический гепатит	2	0,6	-	-	-	-	2	0,2
	токсический нефрит	3	0,9	1	0,4	-	-	4	0,5
Средняя продолжительность лечения, койко/день		16,5		18,8		19,6		18,3	
Результаты лечения	выздоровление	327	99,4	281	99,2	234	99,2	842	99,3
	перевод в хирургическое отделение	2	0,6	2	0,8	2	0,8	6	0,7

интенсивной терапии и реанимации. Больным назначались фторхинолоны II-III поколения, цефалоспорины II-III поколения, ровамицин, а также их комбинации. Средняя продолжительность пребывания больных данной группы в стационаре составила 28,3 дня.

Оценку эффективности антибактериальной терапии проводили через 48-72 часа от начала лечения.

Основными критериями эффективности лечения являлись снижение гипертермии, уменьшение явлений интоксикации и осложнений течения ВП. Учитывая молодой возраст пациентов, своевременную стартовую адекватную антибактериальную

терапию, сравнительно нетяжелое течение ВП, в 842 случаях имело место полное выздоровление больных. В 6 случаях пациентам, у которых течение ВП осложнилось развитием деструкции, абсцесса и экссудативного плеврита потребовалось лечение в условиях торакальной хирургии.

Следует подчеркнуть, что несмотря на эмпирический выбор антибиотиков и несоответствие общепринятым стандартам, частота осложнений различной степени тяжести составила 23,9% от всех случаев заболевания (203 пациента). Наиболее грозными из них явились: плеврит – 19 (9,4%), дыхательная недостаточность – 17 (8,4%), деструкция и абс-

цесс – 9 (4,4%), инфекционно-токсический шок – 8 (3,9%), миокардит – 2 (0,9%).

Во всех 848 случаях заболевания ВП имело место полное выздоровление больных.

Заключение

Таким образом, следует отметить, что несмотря на наличие современной классификации, стандартов диагностики и лечения пневмоний, выбор рациональной антимикробной терапии при внебольничной пневмонии требует от врача глубоких знаний, внимательного отношения к каждому пациенту и индивидуального подхода в каждом конкретном случае. Наиболее серьезную проблему внебольничная пневмония представляет в воинских коллективах, особенно среди военнослужащих по призыву первого года службы, которые по состоянию здоровья должны быть включены в группу риска и требуют пристального медицинского наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Влияние природных и техногенных факторов Приморского края на здоровье военнослужащих [Текст]/Б.Г.Андрюков, П.Ф.Кику//Здоровье. Мед. экология. Наука.-2004.-№6-7.-С.23-27.

2. Диагностика и лечение тяжелой внебольничной пневмонии у военнослужащих [Текст]/Антух Э.А. [и др.]//Воен.-мед. журн.-2001.-Т.322, №4.-С.36-39.

3. Очерки военной экологии [Текст]/

П.О.Вязицкий, И.Д.Довгуша, В.В.Кудрин.-СПб.: Изд-во МОРФ, 1989.-388 с.

4. Клинические и экономические аспекты лечения внебольничных пневмоний [Текст]/Дмитриев Ю.К. [и др.]//Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 9-й: сборник резюме /под ред. А.Г.Чучалина.-М., 1999.-С.267.

5. Антибактериальная терапия у взрослых: учебно-методическое (пособие для врачей) [Текст]/МЗ РФ. Комиссия по антибиотической политике.-М., 1998.-26 с.

6. Антибактериальная терапия пневмоний у взрослых [Текст]/Навашин С.М. [и др.]М.: Изд. Дом «РМ-Вести», 1998.-28 с.

7. Новые рекомендации по ведению взрослых пациентов с внебольничной пневмонией [Текст]/А.И. Синопальников, Л.С.Страчунский//Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер.-2001.-Т.3, №1.-С.54-68.

8. Заболеваемость внебольничной пневмонией в организованных коллективах [Текст]/И.И.Сиротко, А.И.Синопальников//Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 9-й: сборник резюме/под ред. А.Г.Чучалина.-М., 1999.-С.412.

9. Тяжелая внебольничная пневмония [Текст]/А.Г.Чучалин, С.Н.Авдеев//Рус. мед. журн.-2001.-№5.-С.177-181.

10. Антибиотикотерапия осложнений внебольничной пневмонии [Текст]/Л. В.Юдина//III съезд фтизиатров и пульмонологов Украины: сб. резюме/под ред. Г.Романович.-Киев, 2006.-С.18-24.

Поступила 9.11.2006

УДК 616.155.15-053.7

М.В.Антонюк, И.Н.Симонова, Л.В.Веремчук, Б.Г.Андрюков

ОЦЕНКА РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ЙОДДЕФИЦИТЕ

Владивостокский филиал ГУ ДНЦ ФПД СО РАМН – НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения

РЕЗЮМЕ

Для выявления риска развития кардиоваскулярных заболеваний при йоддефиците обследовано 134 юношей. На основании результатов канонического анализа, включающего клинико-anamnestические данные, показатели липидного спектра крови, гормональный, микроэлементный статусы, функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, доказано, что риск развития кардиоваскулярных заболеваний у юношей с йоддефицитом выше, чем у юношей без йоддефицита.

SUMMARY

M.V.Antonyuk, I.N.Simonova, L.V.Veremchuk, B.G.Andryukov

ESTIMATION OF RISK OF CARDIO-VASCULAR DISEASES UNDER IODINE DEFICIENCY

134 youths were examined to reveal a risk of cardio-vascular diseases under iodine deficiency. Based on the results of canonical analysis including clinical – anamnestic data, indices of lipid spectrum of blood, hormonal, microelemental status, functional condition of cardio-vascular system it is proved that risk of cardio-vascular diseases for youths with iodine deficiency is higher than for youths without iodine deficiency.