

УДК 616.24-002 (571.5)
DOI: 10.18101/2306-1995-2020-1-34-47

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ПНЕВМОНИЙ
У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В РЕГИОНЕ
ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ
(организация обследования лечения больных)**

© **Шевченко Николай Васильевич**
организатор здравоохранения,
подполковник медицинской службы, начальник
s.m.kusnetzov@yandex.ru

© **Кузнецов Сергей Миронович**
кандидат медицинский наук, врач хирург высшей категории,
заведующий операционным отделением
s.m.kusnetzov@yandex.ru

© **Дармаев Андрей Дашиевич**
врач невролог высшей категории
darmaevad@mail.ru

© **Онищук Юлия Владимировна**
врач терапевт, начальник приемного отделения
onishchuk.y@innox.ru

© **Таргашина Татьяна Борисовна врач терапевт**
подполковник медицинской службы,
начальник терапевтического отделения
targashina.t@mail.ru

© **Косолапов Юрий Леонидович**
подполковник медицинской службы,
старший ординатор, хирург высшей категории
y.kosolapov@mail.ru

© **Кудрин Владимир Борисович**
врач терапевт высшей категории,
заведующий госпитальным отделением
Vladimir-kudrin@bk.ru

© **Грязнов Михаил Андреевич**

врач терапевт,
ординатор терапевтического отделения
войсковой части 46200
fybits@rambler.ru

© **Штуккерт Вячеслав Викторович**

капитан медицинской службы,
врач инфекционист, старший ординатор
инфекционного отделения
work1box8@mail.ru

© **Тетерина Ирина Павловна**

врач анестезиолог отделения РиИТ
teterina19@mail.ru

© **Черкасов Олег Владимирович**

врач рентгенолог высшей категории
cherk-67@mail.ru

© **Распопов Василий Васильевич**

врач рентгенолог высшей категории
рентгенологического отделения
resporov-v-59@mail.ru

© **Щелкова Ирина Александровна**

врач инфекционист высшей категории,
ординатор инфекционного отделения
905irina@mail.ru

© **Дунгуров Олег Цыренович**

врач терапевт, начальник поликлиники
odungurov@bkl.ru

© **Цыремпилов Баир Бимбаевич**

капитан медицинской службы,
начальник терапевтического отделения
baik-baikal@mail.ru

ФГКУ «425 ВГ» Минобороны России

филиал № 1

Россия, 664009, г. Иркутск, ул. Госпитальная, 1

Аннотация. В статье представлен опыт изучения клинико-функциональных особенностей течения тяжелой пневмонии у лиц молодого возраста. Проанализированы факторы, способствующие развитию патологии. Такие как нахождение в организованных массовых коллективах на сборных пунктах военных комиссариатов, в эшелонах, при передислокации, в учебных центрах в первые месяцы службы. Высокий уровень заболеваемости обусловлен не только социально-бытовыми факторами, но и рядом физиологических особенностей, характерных для молодого возраста. В возрасте 18–22 года заканчивается рост и завершение полового созревания и в этот период еще не завершено формирование ряда систем, что приводит к срыву защитных реакций организма. При этом возникает высокий риск развития респираторной патологии, особенно на фоне акклиматизации и стресса лиц молодого призыва. Нами изучены 44 (9,2%) случая тяжелых пневмоний из 477 пациентов с пневмониями, находящихся на лечении течение 5 последних лет. Лечение проводится в соответствии с общепринятыми стандартами, при наличии осложнений активное применение миниинвазивных методик под контролем современных методов визуализации.

Ключевые слова: тяжелые пневмонии; диагностика; лечение.

Для цитирования

Особенности течения тяжелых пневмоний у лиц молодого возраста в регионе Восточной Сибири (организация обследования лечения больных) / Н. В. Шевченко [и др.] // Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. 2020. Вып. 1. С. 34–47.

Введение

Эпидемиологические исследования, свидетельствуют о значительном распространении пневмонии в структуре общей заболеваемости. В России ежегодно пневмонией заболевают около 1,5 млн человек. В абсолютных числах в России пневмонии возникают чуть более, чем у 500 000 жителей; таким образом, правильный диагноз ставится только у 1/3 больных, примерно у 1 млн человек заболевание не распознается и лечение не проводится¹ [2]. Пневмонии с тяжелым течением переносят примерно 5% больных, а у 1,5–2% пациентов имеет место крайняя степень тяжести [1; 10].

Отмечается, что в 3–5% наблюдений пневмонии имеют затяжное течение и поэтому продолжительность лечения в стационарах увеличилась в среднем до месяца [11]. При этом, даже в случае отсутствия каких-либо

¹ Внебольничная пневмония: клинические рекомендации. 2018 г. / Российское респираторное общество; Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии.

осложнений, летальность достигает 18–20% всех случаев пневмонии. В половине случаев возникают тяжелые осложнения: инфекционно-токсический шок, респираторный дистресс-синдром, абсцесс легкого, которые могут закончиться гибелью пациента¹ [9; 16].

Смертность при пневмонии занимает 1-е место среди причин летальности от инфекционных болезней и 6-е — среди всех причин летальности² [6].

Сложность лечения таких больных, объясняется трудностями в диагностике и адекватном терапевтическом лечении больных внебольничной пневмонией (ВП). Кроме того, представляет особую трудность диагностики инфекционного возбудителя, вызвавшего заболевание, а с другой — не всегда эффективным подбором лекарственных средств на данный тип возбудителя [4; 7; 12].

Заслуживает внимания изучение развития пневмонии у лиц молодого возраста, находящихся в организованных коллективах. Максимальная заболеваемость пневмонией регистрируются чаще всего среди молодого пополнения на сборных пунктах военных комиссариатов, в эшелонах, при передислокации их, учебных центрах, особенно в первые месяцы службы³ [15].

Высокий уровень заболеваемости в молодом возрасте, обусловлен не только социально-бытовыми факторами, но и рядом физиологических особенностей, характерных для этого возрастного периода [3; 8]. В возрасте 18–22 лет заканчивается рост и завершается половое созревание, но в указанный период еще не завершено функциональное формирование ряда систем. В этот период, под воздействием неблагоприятных факторов может происходить срыв защитных реакций организма. На фоне функционального нарушения регуляторных систем происходят перестройка гомеостаза, истощение регуляторных механизмов иммунной системы, что приводит к снижению общей резистентности организма и, соответственно, к высокому риску развития респираторной патологии. Также, немаловажную роль играет акклиматизация и стресс лиц молодого призыва⁴ [5].

¹ Center for Disease Control and Prevention. People at High Risk of Developing Flu-Related Complications. 2016. Accessed 9 October 2016. URL: http://www.cdc.gov/flu/about/disease/high_risk.htm

² Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых: клинические рекомендации / Российское респираторное общество. М., 2014.

³ Диагностика, лечение и профилактика внебольничных пневмоний тяжелого течения у военнослужащих: метод. рекомендации / ВМедА им. С. М. Кирова. СПб., 2014.

⁴ Диагностика, лечение и вакцинопрофилактика внебольничной пневмонии у военнослужащих: метод. указания / ГВМУ. М., 2015. С. 14–16, 24, 41.

В настоящее время в вооруженных силах РФ применяется таблица по определению тяжести внебольничной пневмонии (ВП) диагностики и лечения (2).

Обязательный объем обследования пациента с ВП в стационаре:

- обзорная рентгенография органов грудной полости в передней прямой и боковой проекциях.

- пульсоксиметрия, а при $SpO_2 < 90\%$ — исследование газов артериальной крови.

- развернутый общий анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы.

- биохимический анализ крови (мочевина, креатинина, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин), бактериологическое исследование респираторного образца (мокрота), ЭКГ в стандартных отведениях.

- посев крови на стерильность у пациентов с тяжелой пневмонией;

Бактериологическое исследование мокроты у пациентов с тяжелой ВП:

- экспресс-тесты по выявлению пневмококковой и легионеллезной антигенурии.

- исследование респираторного образца на грипп методом ПЦР, при наличии клинических и/или эпидемиологических данных о вероятном инфицировании вирусом гриппа¹ [1; 3; 13; 14].

В медицинских учреждениях МО РФ с 2015 года внедрена таблица оценки тяжести пневмоний, которыми руководствуются в своей практической деятельности врачи госпиталей (учреждений), начиная с дежурного врача приемного отделения, а далее — терапевты и реаниматологи (2).

Критерии тяжелой ВП:

Клинико-инструментальные	Лабораторные
острая дыхательная недостаточность	лейкопения ($< 4 \cdot 10^9/\text{л}$)
- Частота дыхания > 30 мин	гипоксемия < 60 мм рт. ст.
- $SpO_2 < 90\%$	гемоглобин < 100 г/л
Гипотензия	гематокрит $< 30\%$
- систолическое АД < 90 мм рт. ст.	Острая почечная недостаточность (креатинин крови > 176.7 мкмоль/л, азот мочевины > 7.0 ммоль/л)
- диастолическое АД < 60 мм рт. ст.	
Двух- или многодолевое поражение легких	
Нарушение сознания	
Внелегочный очаг инфекции	
Анурия (< 100 мл в сутки)	

¹ Диагностика, лечение и вакцинопрофилактика внебольничной пневмонии у военнослужащих: метод. указания / ГВМУ. М., 2015. С. 14–16, 24, 41.

Н. В. Шевченко, С. М. Кузнецов, А. Д. Дармаев и др. Особенности течения тяжелых пневмоний у лиц молодого возраста в регионе Восточной Сибири...

Оценка риска ИВЛ и вазопрессорной поддержки — шкала SMART – COP/SMART-CO:

	Значение показателя	Баллы
S	Систолическое АД < 90 мм рт. ст.	2
M	Полисегментарная инфильтрация на рентгенограмме ОГК	1
A	Содержание альбумина в плазме крови < 3.5г/дл	1
R	ЧДД > 25/мин в возрасте <50 лет и >30/ мин в возрасте > 50 лет	1
T	ЧСС >125/мин	1
C	Нарушение сознания	1
O	Оксигенация: PaO ₂ < 70 мм рт. ст. или SpO ₂ <94% или PaO ₂ /FiO ₂ <333в возрасте <50 лет PaO ₂ < 60 мм рт. ст.или SpO ₂ <90% или PaO ₂ /FiO ₂ < 250в возрасте >50 лет	2
P	pH артериальной крови < 7.35	2

Сумма баллов 3 и более является показанием для направления больного в ОРИТ

Показание к ИВЛ при острой дыхательной недостаточности при ВП:

абсолютные	относительные
Остановка дыхания	ЧДД >35/мин
Нарушение сознания (сопор, кома),	PaO ₂ /FiO ₂ < 150 мм рт. ст.
Психомоторное возбуждение	Повышение PaCO ₂ <150 мм рт. ст.
Нестабильная гемодинамика (сист. АД < 70 мм рт. ст., ЧСС < 50/мин)	Изменение ментального статуса
Показания к не инвазивной вентиляции легких при тяжелой ВП Выраженная одышка в покое, ЧДД> 30/мин PaCO ₂ > 50 мм рт. ст. или pH <7,3 PaO ₂ /FiO ₂ < 250 мм рт. ст.	

Пациенты без факторов риска инфицирования *P. Aeruginosa*

Амоксициллин/клавулонат, цефтаролин, ампициллин/сульбактам, цефтриаксон, цефотаксим, цефепим, эртапенем в/в + азитромицин или кларитромицин в/в или моксифлоксацин, левофлоксацин в/в + цефтриаксон, цефотаксим в/в;

При микробиологических и клинко-рентгенологических указаниях на *S.Aureus*

моксифлоксацин, левофлоксацин в/в+ линезолид в/в (ванкомицин в/в).

Тяжелая ВП с факторами риска инфицирования <i>P. Aeruginosa</i>	
Пиперациллин/тазобактам в/в 2.25-4.5 г каждые 6-8 ч. Цефепим в/в 2 г каждые 8 ч. Меропенем в/в 1-2 г каждые 8 ч. Имипенем/ циластатин в/в 0.5 г. каждые 6 ч. или 1г каждые 8 ч	+ ципрофлоксацин 0.6 г в/в каждые 12 ч или левофлоксацин в/в
	+ амикацин в/в 15-20 мг/кг/сут каждые 24 ч или гентамицин 4-5 мг/кг/сут в/в каждые 24 ч + азитромицин или кларитромицин в/в
	+ амикацин в/в 15-20 мг/кг/сут каждые 24 ч или гентамицин 4-5 мг/кг/сут в/в каждые 24 ч + моксифлоксацин или левофлоксацин в/в

Тяжелая ВП с подтвержденной/предполагаемой аспирацией

Амоксициллин/клавуланат, в/в 1,2 г каждые 6 ч. или ампициллин/сульбактам в/в 1,5 г каждые 6 ч. Пиперациллин/тазобактам в/в 2,25-4.5 г каждые 6-8 ч или эртапенем в/в 1 г каждые 24 ч. Меропенем в/в 1-2 г каждые 8 ч или имипенем/циластатин в/в 1 г каждые 8 ч.	
Цефтриаксон в/в 2г каждые 12 ч. Цефотаксим в/в 2г каждые 6-8 ч.	+ клиндамицин в/в 0.6 г каждые 8 ч. или метронидазол в/в

Материалы и методы исследования

Изучение клинико-функциональных особенностей течения тяжелой пневмонии (ТП) у лиц молодого возраста. Изучены 44 (9,2%) случая ТП из 477 пациентов с пневмониями, лечившихся в нашем учреждении, за период с 2015 по 2020 год.

Как правило, провоцирующим фактором (более 82% случаев) являлся фактор переохлаждения, особенно часто тяжелая пневмония развивалась у лиц призывного возраста во время нахождения на сборных пунктах военкоматов, во время переезда к новому месту службы, во время пребывания в карантине на новом месте службы.

Всем поступившим больным с тяжелой пневмонией проводился клинический осмотр дежурного врача, дежурного терапевта и врача анестезиолога отделения АиР, пульсоксиметрия, флюорографическое обследование органов грудной клетки, ППН, общеклинические и биохимические анализы крови, анализ мочи. При выявлении признаков тяжелой пневмонии, в соответствии с вышеуказанными таблицами, больные помещались в отделение АиР, под динамическое наблюдение врача анестезиолога, лечащего врача, ежедневный осмотр дежурного врача.

При объективном обследовании больных отмечалась: одышка, повышения температуры тела, при аускультации выявлялось: сухие и влажные хрипы в пораженных участках легких в 41% (18 пациентов), ослабление дыхания в 75% (33 пациентов), дефицит массы тела в 20% (11 пациентов).

Среди внелёгочных осложнений внебольничной пневмонии у военнослужащих важное место занимает поражение сердечно-сосудистой системы, а именно у 11 военнослужащих заболевших внебольничной пневмонией. Дисфункция сердечно-сосудистой системы частый спутник внебольничной пневмоний, особенно с локализацией в левом лёгком или имеющих полисегментарный двусторонний характер.

В группе внелёгочных осложнений внебольничных пневмоний, на первое место выходит инфекционно-токсический миокардит (11 больных) от легкой степени до средней степени тяжести.

Данное осложнение развивалось в первые часы основного заболевания до 5 суток. Клиническая картина миокардита проявлялась — кардиалгиями (8 больных), одышкой (2-х больных), сердцебиением/нарушением ритма сердца (11 больных).

У 8 больных при аускультации — приглушенные тоны сердца, у 6 пациентов, систолический шум на верхушке 2 пациентов, сердцебиение/нарушение ритма 3 пациента.

У всех пациентов с внебольничной пневмонией и острым миокардитом отмечалось повышение содержания в крови фермента КФК — 9 человек, КФК-МВ 3 человека, тропонин-тест у 2-х пациентов положительный, а также разнообразные нарушения ритма и проводимости (желудочковые и наджелудочковые экстрасистолы, тахикардия, АВ — блокады первой и второй степеней).

ЭХО-КГ картина характеризовалась увеличением размеров камер сердца у 5 пациентов, в течение 2–3 недель.

В общеклинических анализах крови выявлялась повышенная СОЭ, до 35–50 мм час, нейтрофильный лейкоцитоз до $12\text{--}14 \times 10^9$, со сдвигом влево. С-реактивный белок был повышен у всех пациентов. При исследовании крови на стерильность был выделен *St. Augus*, чувствительный к цефалоспорином 3 поколения, фторхинолонам и карбапенемам, в остальных случаях патологический агент не выявлен.

У 2-х больных выявлены признаки нефропатии, обусловленные бактериально-вирусным (инфекционно-токсическим) действием на почки. В анализах мочи отмечалась преходящая (до 2–3 недель) микрогематурия, протеинурия.

На рентгено- или флюорограммах грудной клетки выявлялись полисегментарные, часто двухсторонние поражение легких, а также определялась периваскулярная и перибронхиальная инфильтрация легочной ткани, достаточной интенсивности, неоднородной структуры, по площади, занимающая значительную часть легочной ткани, с инфильтрированием корней лёгких. Поражались нижние доли лёгких (у 28 больных), средняя доля правого лёгкого, язычковые сегменты левого лёгкого (у 12 больных), а

также верхние доли лёгких (у 4 больных). Разрешение инфильтрации легочной ткани при тяжелых пневмониях длительное время (до 4-х недель) и, как правило, со слабовыраженной положительной динамикой.

Достаточно часто (у 33 больных) тяжёлые пневмонии сочетались с гидротораксом. Наличие жидкости в плевральной полости было, как свободного характера, что хорошо диагностировалось на латерограммах и по данным УЗИ, так и осумкованного междолевого расположения. Междолевые гидротораксы по данным УЗИ практически не диагностировались и, как правило, разрешались длительно: даже после разрешения инфильтрации легочной ткани в течение нескольких недель и до 1,5 месяцев, наблюдалось разрешение междолевых гидротораксов.

После разрешения инфильтрации легочной ткани при тяжелых пневмониях, определялись остаточные изменения в виде усиления, деформации легочного рисунка. Иногда исходом тяжелых пневмоний являлись образования плевральных спаек, наслоений и «шварт». Абсцедирования легких не отмечалось. Проведение ИВЛ потребовалось одному пациенту.

Срок госпитализации составил до 4-х недель, в том числе в отделении реанимации 6–7 дней.

Лечение проводилось в соответствии с общепринятыми стандартами. Кроме того, при наличии длительно сохраняющегося выпота в плевральной полости к обязательным методам в лечении и диагностике применялось лечебно-диагностическая пункция плевральных полостей с обязательным исследованием полученного экссудата на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Плевральная пункция завершалась внутри-плевральным введением основного антибиотика, идущим в лечении. При необходимости после получения результатов бактериологического посева проводилось смена антибактериальной терапии в зависимости от чувствительности микрофлоры к антибиотикам. В нашем исследовании, за указанный период, такая тактика введения была применена всем 44 больным, проходившим лечение с тяжелыми формами пневмоний.

Выводы

Из 477 пациентов с пневмониями, лечившихся в стационаре в течение последних 5 лет, 44 (9,2%) были с тяжелой пневмонией. Принятые в ВС РФ таблицы SMART позволяют объективно оценивать состояние больного для оценки степени тяжести тяжелой пневмонии.

Данная категория больных обязательно помещается в отделение АиР, под динамическое наблюдение и лечение врача анестезиолога и терапевта.

Стандарты лечения тяжелых пневмоний позволяют успешно справиться с лечением данной категории больных.

Пункция гидроторакса с исследованием жидкости на чувствительность к антибиотикам, позволяет целенаправленно и точно подавлять болезнетворный агент.

В момент призыва молодое пополнение испытывает стресс-синдром, в связи с непривычной для них обстановкой, из-за чего у данного контингента изменяется (ослабляется) иммунитет.

Руководящему составу и медицинскому персоналу на сборных пунктах военкоматов и в эшелонах, при следовании к месту службы, следует особо обратить на фактор переохлаждения, избегать скученности призывников, своевременно выявлять больных с последующей госпитализацией данной категории больных в ближайшее лечебное учреждение.

Вакцинация пневмококковой и гриппозной вакциной необходимы, как эффективное средство профилактики пневмоний.

После выписки военнослужащего из госпиталя, врачу части необходимо брать под динамическое наблюдение, с целью исключения повторных заболеваний (особенно лиц с дефицитом массы тела) в соответствии с методическими рекомендациями по лечению тяжелых пневмоний в ВС РФ.

Литература

1. Борисов И. М., Шаповалова Т. Г. Прогнозирование развития осложнений внебольничной пневмонии у военнослужащих // Казанский медицинский журнал. 2012. Т. 93, № 6. С. 864–870.
2. Внебольничная пневмония у военнослужащих: тактика ведения и антимикробная терапия / Ю. В. Овчинников [и др.] // Военно-медицинский журнал. 2016. Т. 337, № 3. С. 6–11.
3. Внебольничная пневмония: клинические рекомендации. 2018 г. / Российское респираторное общество; Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. С. 116–121.
4. Диагностика, лечение и профилактика внебольничных пневмоний тяжелого течения у военнослужащих: метод. рекомендации / ВМедА им. С. М. Кирова. СПб., 2014. С. 6–19.
5. Диагностика, лечение и вакцинопрофилактика внебольничной пневмонии у военнослужащих: метод. указания / ГВМУ. М., 2015. С. 14–16, 24, 41.
6. Аристов И., Черкашина И. И. Лечение осложненной внебольничной пневмонии у военнослужащих // Сибирское медицинское обозрение. 2010. № 2. С. 687.
7. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых: клинические рекомендации / Российское респираторное общество. М., 2014. С. 6–11.

8. О диагностике и лечении осложненной внебольничной пневмонии у военнослужащих, проходящих службу по призыву / Е. Н. Николаевский [и др.] // Военно-медицинский журнал. 2007. Т. 328, № 12. С. 12–14.
9. Оптимизация выбора респираторной поддержки в интенсивной терапии тяжелой внебольничной пневмонии / Е. А. Бородулина [и др.] // Клиническая медицина. 2018. Т. 96, № 2. С. 152–157.
10. Особенности течения и прогнозирования осложнений внебольничной пневмонии у лиц молодого возраста в организованных коллективах / Н. С. Журавская [и др.] // Здоровоохранение Российской Федерации. 2004. № 5. С. 26–30.
11. Оптимизация выбора респираторной поддержки в интенсивной терапии тяжелой внебольничной пневмонии / Е. А. Бородулина [и др.] // Клиническая медицина. 2018. Т. 96, № 2. С. 152–157.
12. Синопальников А. И. Внебольничная пневмония // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2010. № 3. С. 10–14.
13. Септические осложнения тяжелой пневмонии / В. А. Шестовицкий, Ю. И. Гринштейн // Военно-медицинский журнал. 2017. Т. 320, № 12. С. 22–24.
14. Филипенко П. С. Лечение осложнений пневмонии // Клиническая медицина. 2007. Т. 85, № 8. С. 62–66.
15. Внебольничная пневмония у взрослых: практ. рекомендации по диагностике, лечению и профилактике (пособие для врачей) / А. Г. Чучалин [и др.]. Смоленск, 2010. С. 5.
16. Черняев А. Л., Лукашенко Е. П., Чикина С. Ю. Внебольничная пневмония в стационаре: анализ ведения больных (по данным историй болезни) // Пульмонология. 2009. № 1. С. 44–50.
17. Шабалов Н. П. Об интенсивной терапии тяжелой внебольничной пневмонии // Лечащий врач. 2003. № 2. С. 16–22.
18. Center for Disease Control and Prevention. People at High Risk of Developing Flu-Related Complications. 2016. Accessed 9 October 2016. URL: http://www.cdc.gov/flu/about/disease/high_risk.htm
19. Principi N., Esposito S., Blasi F., et al. // Clin. Infect Dis. 2001. Vol. 32, № 9. P. 1281–1289.
20. Sethi S, Sethi R, Eschberger K, Lobbins P, Cai X, Grant 3.1, et al. Airway bacterial concentrations and exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease // J Respir Crit Care Med. 2007. № 176. Pp. 61–356.
21. Welte T, Torres A, Nathwani D. Clinical and economic burden of community acquired pneumonia among adults in Europe // Thorax. 2012. № 67. Pp. 9–71.

FEATURES OF THE COURSE OF SEVERE PNEUMONIA
IN YOUNG PEOPLE IN THE REGION OF EASTERN SIBERIA
(organization et examination and treatment of patients)

Shevchenko N. Vasilevich
Lieutenant Colonel of medical service
s.m.kusnetzov@yandex.ru

Kuznecov S. Mironovich
doctor of higher category
Head of operational Department
Associate Professor,
s.m.kusnetzov@yandex.ru

Darmayev A. Dashievich
Doctor Neurologist of the Highest Category
Darmaevad@Mail.Ru

Onishchuk Ju. Vladimirovna
the Chief of staff
onishchuk. y @ innox.ru

Targashina T. Borisovna
Lieutenant Colonel of medical service
Head of the therapeutic Department
targashina.t@mail.ru

Kosolapov Yu. Leonidovich
Lieutenant Colonel of Medical Service,
Senior Intern, Surgeon of the Highest Category
y.kosolapov@mail.ru

Kudrin V. Borisovich
doctor of General Medicine of the highest
category of the Hospital Department
Viadimir-kudrin@bk.ru

Gryaznov M. Andreevich
resident of the Therapeutic Department
of the military unit 46200
fybits@rambler.ru

Stuckert V. V.

capitan of medical Service infectious Disease Doctor,
Senior Resident of the Infectious Diseases Department
worklbox8@mail.ru

Teterina I. Pavlovna

anesthesiologist RIT
teterina19@mail.ru

Cherkasov O. Vladimirovich

The doctor radiologist highest category
of radiology Department
cherk-67@mail.ru

Raspopov V. Vasilyevich

the doctor radiologist highest category of radiology Department
raspopov-v-59@mail.ru

Shchelkova I. Aleksandrovna

doctor of the Infectious Department
905irina@mail.ru

Dungurov O. Cirenovitch

general practitioner Head of clinic
odungurov@bkl.ru

Tsyrempilov B. Sembaevich

captain of medical
Service Head of surgical Department
baik-baikal@mail.ru

Branch 1 Fgku «425-Vg» Mo RF
1, Hospital Str., Irkutsk, 664009, Russia

Abstract. The article presents the experience of studying the clinical and functional features of the course of severe pneumonia in young people. Factors contributing to the development of pathology are analyzed. Such as being in organized mass collections at Assembly points of military commissariats, in echelons, during relocation, in training centers in the first months of service. The high level of morbidity is caused not only by social and household factors, but also by a number of physiological features typical for young people. At the age of 18-22, the growth and completion of puberty ends, and during this period, the formation of a number of systems is not yet complete which

Н. В. Шевченко, С. М. Кузнецов, А. Д. Дармаев и др. Особенности течения тяжелых пневмоний у лиц молодого возраста в регионе Восточной Сибири...

leads to a breakdown of the body's protective reactions. At the same time, there is a high risk of developing respiratory pathology, especially against the background of acclimatization of stress of young conscripts. We have studied 44 cases of severe pneumonia from 477 patients with pneumonia who have been treated for the last five years. Treatment is performed in accordance with generally accepted standards, and in the presence of complications, the active use of minimally invasive techniques under the control of modern imaging methods.

Keywords: severe pneumonia; diagnostics; treatment.