

О.А.Шальнова, М.М.Кириллов, М.М.Орлова, С.М.Кириллов, Е.С.Чумакова

Изучение патологии легких у юношей призывного возраста как возможность исследования ранних форм бронхиальной астмы и хронического бронхита

Саратовский военно-медицинский институт, Саратовский пульмонологический центр

O.A.Shalnova, M.M.Kirillov, M.M.Orlova, S.M.Kirillov, E.S.Chumakova

Lung diseases in called-up aged patients

Summary

A problem of lung pathology in called-up aged men notwithstanding its great significance has not been studied completely. Four hundred outpatients of the Saratov Pulmonary Center were recruited to this investigation. Of them, 243, or 60.7 %, patients of called-up age and younger were admitted by military registration offices. Sixty patients (15 %) more of the same age were admitted to the clinic by city outpatient departments for treatment. Asthma prevailed at the nosology structure of lung diseases in the called-up aged patients (90.1 %); chronic obstructive bronchitis (COB) (4.5 %) and chronic non-obstructive bronchitis (CNOB) (2.9 %) were rarer. Most of the patients (91.4 %) were in stable condition. Of the patients admitted by the outpatient departments, asthma and COB also predominated but 63.4 % of them had acute exacerbations. Such situation apparently reflects different motivations of admission to a hospital in these patient groups (expert evaluation or conventional diagnosis and treatment). Preliminary diagnosis of the military registration offices was mostly confirmed. The diagnosis was changed in 10 % of the cases demonstrating underestimation or overestimation of asthma and COB, 30 % of the patients needed the diagnosis to be verified. The collective "portrait" of a called-up aged man is the following: a student of 17 years old with stable intermittent or mild persistent asthma, rarer mild COB, with no lung function disorders, low blood eosinophil number, regular pollinosis, not requiring therapy.

Резюме

Вопрос о патологии легких у лиц призывного возраста, при всей значимости, подтвержденной недавними событиями, изучен недостаточно. В период с 1999 по 2001 г. нами были обследованы 400 больных стационара дневного пребывания (СДП) пульмонологического центра (ПЦ) г. Саратова. Допризывники и призывники составили 60,7 % (243 человека). Еще 60 больных призывного возраста (15 %) поступили в СДП не по направлению РВК, а из поликлиник — на лечение. Нозологическая структура заболеваний легких в группе призывников была представлена главным образом бронхиальной астмой (БА) (90,1 %), реже — хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ) (4,5 %) и хроническим необструктивным бронхитом ХНБ (2,9 %). 91,4 % обследованных находились в фазе ремиссии. У лиц, направленных в СДП поликлиниками города, также доминировали БА и ХОБ, однако, в отличие от основной группы, они в 63,4 % случаев поступали в стационар в стадии обострения. Очевидно, что отмеченные особенности отражали разную мотивировку госпитализации больных указанных групп (экспертная оценка заболевания и, напротив, традиционные диагностика и лечение). Направительный диагноз ВВК в большинстве случаев подтверждался. В 10 % случаев он изменялся, выявляя как гипо-, так и гипердиагностику БА и ХОБ, в 30 % — уточнялся. "Портрет" призывника — пациента СДП центра: возраст — 17 лет, учащийся, с эпизодической и персистирующей БА легкого течения (БАЛТ) (реже — с ХОБ легкой степени) в стадии ремиссии, без нарушения ФВД, с невысокой эозинофилией крови, частыми проявлениями поллиноза, не требующий лечения. Наиболее важно и оригинально исследование возможностей использования опыта экспертно-диагностической работы с юношами призывного возраста в условиях СДП ПЦ в качестве полигона для решения фундаментальных задач диагностики обструктивной патологии легких, а именно ранних ремиссионных форм БА и ХОБ, что невозможно было бы организационно обеспечить иными способами.

Вопрос о патологии легких у лиц призывного возраста, при очевидной социальной и военно-медицинской значимости, подтвержденной известными недавними событиями, изучен недостаточно. Вместе с тем тысячи терапевтов и пульмонологов, педиатров и аллергологов — врачей военно-врачебных комиссий, поликлиник и специализированных центров привлечены к его практическому решению. Немногие сообщения, имеющиеся в литературе [1–8], в т. ч. военно-медицинской [9–12], касаются в основном эпидемиологической и организационной сторон дела. Приводимые данные не дают системного представления о демографической, социальной и нозологической структурах заболеваний органов дыхания у данного контингента больных, концентрирующего в себе проблемы подростковой и ранней взрослой патологии, не дают конкретной оценки

клинико-функциональных особенностей ранних, в большинстве своем стабильных форм бронхиальной астмы (БА) и хронического обструктивного бронхита (ХОБ), не содержат экспертного анализа патологии легких у призывников, не раскрывают возможностей новой формы пульмонологической службы — стационара дневного пребывания пульмонологического центра (СДП ПЦ) в их обследовании. Исключение составляют лишь наши собственные публикации [13–16].

Целью данной работы служит последовательное рассмотрение указанных нерешенных аспектов вопроса. Среди них наиболее важным и оригинальным является исследование возможностей использования опыта экспертно-диагностической работы с юношами призывного возраста в условиях СДП ПЦ в качестве полигона для решения фундаментальных

задач диагностики обструктивной патологии легких, а именно ранних ремиссионных форм БА и ХОБ, что невозможно было бы организационно обеспечить иными способами.

В период с 1999 по 2001 гг. нами были обследованы 400 больных СДП ПЦ г. Саратова (больница № 8). Лица, направленные военно-врачебными комиссиями райвоенкоматов (ВВК РВК) — допризывники и призывники — составили 60,7 % (243 пациента). Эта группа больных явилась основой нашего исследования. Еще 60 больных призывного возраста (15 %) поступили в СДП не по направлению РВК, а из поликлиники города — на лечение. Остальные — около 100 больных стационара с заболеваниями легких — относились к более старшей возрастной группе (старше 27 лет), и материалы их обследования здесь не рассматриваются. Следует отметить, что среди больных основного стационара центра (с круглосуточным пребыванием на койке — 1 310 человек за 2000 г.) пациенты, направленные ВВК РВК, составили 0,4 %, а лица призывного возраста — всего 15,0 %. Из этого сопоставления становится ясно, что именно СДП ПЦ является тем местом, где могут решаться проблемы, связанные с патологией легких у юношей призывного возраста и, собственно, призывников.

94,6 % поступивших допризывников и призывников (все мужчины) были в возрасте 15–19 лет, и лишь 5,4 % — 20–27 лет (средний возраст — $17,4 \pm 0,1$ года). 83,9 % являлись учащимися средних и высших учебных заведений, что соответствовало их возрасту. 4,6 % составили рабочие, 0,4 % — служащие, 0,8 % — гуманитарии и 10,3 % — безработные. 96,8 % призывников поступали в стационар в осенне-зимне-весенний период года, на лето приходилось только 3,2 %. Средняя продолжительность госпитализации составила 5,7 дня.

Нозологическая структура заболеваний легких в группе призывников была представлена главным образом БА — 90,1 %, реже ХОБ — 4,5 % и хроническим необструктивным бронхитом (ХНБ) — 2,9 %. В единичных случаях наблюдались аллергические заболевания верхних дыхательных путей (1,2 %), бронхоэктатическая болезнь, очаговый пневмосклероз, рецидив пневмоторакса, муковисцидоз (по 0,4 %). Пневмония, случаев острого бронхита, в отличие от пациентов СДП старшей возрастной группы, среди призывников не наблюдалось. Важно отметить, что 91,4 % обследованных призывников с БА и ХОБ находились в фазе ремиссии.

Аналогичные характеристики лиц призывного возраста (15–27 лет), направленных в СДП ПЦ не ВВК РВК, а поликлиниками города, по обращаемости выглядели иначе. Правда, и среди них абсолютно доминировали случаи БА и ХОБ, однако, в отличие от основной группы, они в 63,4 % поступали в стационар в стадии обострения заболеваний. Здесь мужчины составляли лишь 88,0 %, лица до 19 лет — только 70,0 %, а учащиеся — 62,0 %. Поступление

этих больных в стационар в различные сезоны года было более равномерным (в т. ч. летом поступили 23,3 %). Сроки пребывания в стационаре в этой группе больных в 80,0 % превышали 7 дней, в 7,0 % случаев достигая 15–28 дней. Очевидно, что отмеченные особенности отражали разную мотивировку госпитализации больных указанных групп, объединенных одним возрастом. Для призывников таковой служила необходимость в экспертной оценке их заболевания, для поликлинической группы — в традиционной диагностике и лечении. Это свидетельствует и о том, что термины "патология легких у призывников" и "патология легких у лиц призывного возраста", используемые в литературе, не идентичны.

СДП, являясь неотъемлемой составной частью пульмонологического центра и составляющий до 10,0 % "кочной мощности" и 13,0 % численности больных, использовал в обследовании призывников все имеющиеся в центре диагностические возможности. Диагностический спектр в обследовании призывников включал в себя: общие анализы крови и мочи — 96,0 % и 70,0 %, анализ мокроты — 10,0 %, ЭКГ — 85,0 %, исследование ФВД с нагрузочными пробами — 98,0 %, пикфлоуметрию — 41,0 %, рентгенографию органов грудной клетки — 76,0 %, аллергологические исследования — 60,0 %. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) определялся в 95,0 % случаев, биохимические исследования проводились в 11,0 %. У 40,0 % больных проводилось изучение вегетативного тонуса (пробы Кердо, Хильдебранта, кардиоинтервалография, исследование МОК), у 23,0 % рассчитывался адаптационный показатель по *Р.М.Баевскому*. В необходимых случаях исследования проводились в динамике. У части призывников оценивались познавательная и психоэмоциональная сферы (пробы Крепелина, САН, свободного заданного темпа). С целью оценки анамнестической динамики у больных БА использовался оригинальный опросник, концентрировавший имеющиеся документальные сведения анамнеза догоспитального этапа. При наличии у обследуемых сопутствующей патологии внутренних органов (диагностировалась у призывников в 26,0 % случаев) диагностический спектр расширялся за счет УЗИ брюшной полости, ФГС, ЭхоКГ и других методов, реально использовавшихся у 1,5–8,0 % пациентов.

В целом указанный объем и сроки обследования оказывались достаточными для решения диагностических и экспертных задач.

С учетом документальных данных анамнеза, результатов обследования в аллергологическом центре и в консультативно-диагностическом блоке пульмонологического центра направительный диагноз военно-врачебной комиссии в СДП в большинстве случаев подтверждался. Тем не менее в 10,0 % случаев направительный диагноз существенным образом изменялся, выявляя как гипо-, так и гипердиагностику БА и ХОБ, а в отдельных случаях — практическое здоровье обследуемого. Почти у трети больных,

Таблица 1
Клинико-функциональные показатели у призывников-пациентов СДП ПЦ, больных БА различной степени тяжести

Группы больных	n	Койко-дни	Случаи атопического варианта, %	Случаи фонового ХБ, %	Случаи дыхательной недостаточности, %	Случаи поллиноза, %	Случаи с рентгено-логическими изменениями, %	Случаи с нарушениями ФВД, %	Случаи эозинофилии, %
БАЛТ									
эпизодическая	78	4,9	68,0	8,7	2,2	61,0	6,5	10,8	8,7
персистирующая	105	5,7	46,2*	20,3*	4,7	70,1	24,6*	18,0*	22,5*
БАСТ	36	7,1	26,9*	60,0*	16,6*	50,0	49,0*	43,0*	45,0*
БА в целом	219	5,7	50,8	13,5	7,5	63,6	31,0	17,0	17,1

Примечание: * – статистически достоверная разница с показателями при эпизодической БАЛТ, $p < 0,05$.

особенно с легкими формами БА и ХОБ, в ходе обследования диагноз уточнялся (это касалось степени тяжести заболеваний, выраженности обострения, проявлений атопии и нарушений ФВД).

Рассмотрим клинико-функциональные особенности БА у призывников – как очевидно, приоритетной формы патологии легких данного контингента больных. При этом имеет значение как суммарная характеристика астмы (219 человек), так и сопоставление ее конкретных форм с различной степенью тяжести (табл. 1).

С учетом преобладания легких форм БА (72,3 %) установленные показатели в целом оказались достаточно умеренными и типичными. Вместе с тем обра-

щала на себя внимание закономерность нарастания выраженности изменений (кроме частоты случаев поллиноза) с увеличением степени тяжести заболевания. Эта закономерность была, конечно, ожидаемой – однако важно, что ее удавалось выявить в условиях ремиссии заболевания. Выявленная разница имела в большинстве случаев статистически значимый характер ($P < 0,05$). Что касается снижения частоты случаев поллиноза по мере утяжеления астмы, то это вполне соответствует классическим представлениям [17, 18]. Показатели общевоспалительных реакций в сравниваемых группах, в частности ЛИИ, находились в пределах нормы (ЛИИ в среднем составила 1,88 баллов, при норме – $1,86 \pm 0,1$).

Таблица 2
Частота встречаемости факторов анамнестической динамики в группах больных БА различной степени тяжести (%)

Факторы анамнестической динамики	Группы больных БА		
	БАЛТ		БА средней тяжести
	интермиттирующая, n = 93	персистирующая, n = 127	n = 70
Наличие документации предыдущих обследований	10	30*	60*
Наличие результатов обследования в аллергологическом центре	50	70	70
Сведения о частоте обострений БА (с появлением приступов удушья) в течение последних 2 лет	10	20*	50*
Сведения о выраженности аллергических процессов	80	80	70
Сведения о частоте госпитализаций в течение болезни	0	10*	30*
Данные об интенсивности лечения на предыдущем этапе	10	20	40*
Данные об эозинофилии в прошлом	10	20*	30*
Наследственный фактор	5	10	15
Сочетание БА с бронхитом	20	30	50*
Сведения о заболеваниях, предшествующих и сопутствующих БА			
вирусные заболевания	20	20	30
пневмония, гайморит	5	10	20
аллергологический конфликт	70	50	30*
Сведения о ночной астме	0	5	10
Темп формирования БА			
неуклонное нарастание	0	5	10
непрогрессирующее течение	90	80	70
Сведения о курении и его продолжительности	30	40	45*
Продолжительность заболевания			
до 1–2 лет	50	20*	5*
> 2 лет	50	80	90*

Примечание: * – разница статистически достоверна ($p < 0,05$), по сравнению с показателями при эпизодической БА.

Сопутствующая патология у больных БА была представлена заболеваниями сердечно-сосудистой системы (6,9 %), желудочно-кишечного тракта (17,6 %), почек (3,1 %), эндокринной системы (5,3 %), ЛОР-, неврологической и дерматологической патологией (15,0 %). Относительно более частой была патология желудочно-кишечного тракта и печени (хронический гастрит, язвенные поражения гастроуденальной зоны, хронический холецистит). Это в части наблюдений требовало дополнительного обследования и терапевтической коррекции.

Важно акцентировать внимание на групповой разнице показателей, характерных для эпизодической и персистирующей форм БА. Практическая дифференциальная диагностика этих форм астмы (на основе Международного консенсуса по БА от 1992 г. и положений Глобальной инициативы для БА от 2002 г.) оказывалась достаточно затруднительной, особенно в условиях ремиссии. Некоторое значение в этих случаях имела оценка частоты диагностически положительных результатов пикфлоуметрии и нагрузочных проб с физической нагрузкой и бронхолитиками.

Уровень колебаний пиковой скорости выдоха (ПСВ) > 20,0 % при пикфлоуметрии при эпизодической БА легкого течения (БАЛТ) составил 10,7 % выполненных исследований (3 случая из 28), при персистирующей БАЛТ — 20,0 % (10 из 50), при БА средней тяжести (БАСТ) — 8,3 % (1 из 12). Установленные изменения не были ни частыми, ни выраженными. Часто решающее значение в дифференциальной диагностике эпизодической и персистирующей форм БАЛТ в условиях ремиссии в их течении при неинформативности клинических и функциональных данных, полученных в СДП, приобретала оценка документально подтвержденной анамнестической динамики. С этой целью использовалась оригинальная методика (опросник). Это позволяло определить частоту встречаемости и, в конечном счете, дифференциально-диагностическое значение тех или иных факторов анамнестической динамики и обобщенно выявить различия при сравнении групп больных с различной степенью тяжести заболевания (табл. 2).

Очевидно, что с нарастанием степени тяжести БА увеличивалась интенсивность и значимость анамнестической динамики. Важно, что это сопоставление

улавливает закономерную разницу между группами больных интермиттирующей и персистирующей БАЛТ.

Психологический статус, оцененный у 11 больных БАЛТ, выявил некоторое снижение показателей умственной работоспособности, особенно по частоте ошибки в счете, снижение показателей психоэмоционального состояния. Вероятно, такие данные отражали не столько влияние болезни, которое не могло быть значительным в фазе ремиссии, сколько влияние ситуации ответственного экспертного обследования. Это подтверждает результаты предшествовавших исследований, проведенных в нашей клинике при легкой астме [19].

Клинические проявления вегетативных нарушений у больных БА чаще свидетельствовали о преобладании симпатических реакций. Специальные исследования, проведенные у 100 человек с помощью оценки вегетативных индексов, это подтверждали, причем при оценке показателей кардиоинтервалографии (36 больных) — статистически достоверно. Так, вегетативный показатель ритма (ВПР) при эпизодической БАЛТ составил 8,5, при персистирующей БАЛТ — 7,6, при БАСТ — 7,7 (в контроле — $3,6 \pm 0,31$). В целом он превышал норму в 2–2,5 раза у 31 обследованного (81,0 %).

Адаптационный показатель был несколько повышенным лишь при БАСТ (2,23, при БАЛТ он составил 2,07–2,08, а в норме — $2,1 \pm 0,06$, $p > 0,1$).

Результаты оценки клинико-функционального состояния призывников, больных ХНБ и ХОБ, в целом оказались ожидаемыми (табл. 3).

Среди больных ХБ легкие формы были представлены в 50 %. Важно, что во всех случаях ХНБ, в отличие от обструктивных форм бронхита, отсутствовали нарушения ФВД и проявления дыхательной недостаточности.

При ХОБ (особенно II ст.) отмечена несколько большая, чем при БАЛТ и БАСТ, частота рентгенологических проявлений диффузного пневмосклероза и эмфиземы легких, явлений обструкции при исследовании ФВД и дыхательной недостаточности. Изменения, выявленные при ХОБ, по-видимому, имели стабильный (малообратимый) характер, т. к. были установлены преимущественно в стадии ремиссии. Об этом же свидетельствует отсутствие

Таблица 3
Клинико-функциональные показатели у призывников-пациентов СДП, больных ХНБ и ХОБ

Группы больных	Показатели							
	п	Койко-дни	Случаи с дыхательной недостаточностью, %	Случаи с рентген. изменениями, %	Случаи с нарушениями ФВД, %	Случаи с сопутствующей патологией, %	Средний показатель ЛИИ	Адаптационный показатель
ХНБ	7	7,1	–	43,0	–	28,0	–	2,1
ХОБ								
легкой степени	6	5,5	16,6	16,6	33,3	–	1,81	2,1
средней степени	3	5,7	33,3	66,6	66,6	33,3	1,17	2,66
в целом	9	5,6	22,2	33,3	44,4	11,1	1,56	2,42

признаков воспалительного процесса в бронхах (нормальные цифры ЛИИ). Обращает на себя внимание, в противоположность БА, и отсутствие явлений аллергического плана — поллиноза и эозинофилии. ХОБ средней тяжести характеризовало повышение адаптационного показателя, что могло свидетельствовать о снижении адаптационного потенциала при хронизации обструктивного бронхита.

Среди особенностей организационного обеспечения контингента призывников с патологией легких в условиях СДП ПЦ выявилось явное преобладание диагностической и экспертной функций при минимуме лечебной работы. Это было связано с преобладанием легких ремиссионных форм БА и ХОБ, относительной редкостью сопутствующей патологии внутренних органов у молодых людей и, соответственно, с краткостью их пребывания в стационаре. Материалы обследования призывников в СДП направлялись в ВВК РВК и уже там служили основой для принятия решения о годности к военной службе.

Необходимость в лечении возникала лишь в случаях обострения заболеваний легких (9,0 % — при БА, 29,0 % — при ХОБ). Назначались, как правило, лишь β_2 -агонисты короткого действия, реже — пролонгированные бронхолитики, эуфиллин, отхаркивающие средства и физиотерапевтические процедуры (15,0 %). Инвазивные способы введения медикаментов не использовались. В противоположность этому, в группе пациентов призывного возраста, направленных в СДП не ВВК РВК, а поликлиниками, в большинстве своем — в стадии обострения БА, ХНБ и ХОБ, 70,0 % госпитализированных нуждались в лечении с применением, в частности, глюкокортикоидов и использованием парентеральных способов введения лекарств. Это, естественно, требовало втрое больших сроков пребывания больных в СДП. В данной группе больных диагностический процесс утрачивал самостоятельное значение и полностью служил задачам терапии.

Выводы

1. "Портрет" призывника — пациента СДП ПЦ с патологией легких — включает в себя следующие основные признаки: возраст — 17 лет, учащийся, с эпизодической и персистирующей БАЛТ (реже с ХОБ легкой степени), как правило, в стадии ремиссии, без выраженных нарушений ФВД, с редкой и невысокой эозинофилией крови, с частыми проявлениями рино-конъюнктивального синдрома; пациент, как правило, не требующий лечения.
2. Сопоставление результатов обследования призывников, больных БА различной степени тяжести, позволяет уточнить существующие групповые дифференциально-диагностические критерии легкой эпизодической, легкой персистирующей и среднетяжелой форм заболевания в условиях ремиссии. В этих условиях, когда исчезают традиционные клинико-функциональные различия,

решающее значение приобретают ретроспективная оценка характера и интенсивности анамnestической динамики, относительно большая вероятность положительных результатов нагрузочных проб для выявления скрытых нарушений ФВД, большая частота и выраженность явлений поллиноза и других аллергических процессов (нейродермит и др.).

3. При ХОБ отмечена несколько большая, чем при БАЛТ и БАСТ, частота рентгенологических проявлений диффузного пневмосклероза и эмфиземы легких, явлений обструкции при исследовании ФВД и дыхательной недостаточности, особенно при ХОБ II ст. Выявленные изменения имеют стабильный (малообратимый) характер, т. к. установлены преимущественно в стадии ремиссии. В противоположность БА отсутствуют явления аллергического плана — поллиноза и эозинофилии. ХОБ средней тяжести характеризует повышение адаптационного показателя, что свидетельствует о снижении адаптационного потенциала при хронизации обструктивного бронхита.
4. Опыт обследования призывников — пациентов СДП ПЦ, больных ранними формами обструктивных заболеваний легких, — подтверждает адекватность данной стационарной формы пульмонологической помощи решению необходимых диагностических, экспертных и терапевтических задач. Указанный опыт, важный сам по себе, позволяет в силу особенностей организации обследуемого контингента больных решать фундаментальные вопросы диагностики и дифференциальной диагностики легких ремиссионных форм БА и ХОБ, что невозможно было бы обеспечить иными способами.

Литература

1. Алексеев Н.А., Якушев А.М., Жукова Н.В. Деятельность стационара дневного пребывания многопрофильной больницы. *Здравоохранение Российской Федерации* 2000; 5: 16–18.
2. Блинова А.С., Почивалов А.В., Звягин А.А. К вопросу эпидемиологических исследований бронхиальной астмы у школьников. В кн.: Сборник резюме 12-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 2002. 396.
3. Заигрова Н.К., Матюхина А.В., Ракита Д.Р. К вопросу о ранней диагностике интермиттирующей бронхиальной астмы. В кн.: Сборник резюме 12-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 2002. 53.
4. Игнатьев В.А., Илькович М.М., Исаева И.И. и др. Анализ работы стационара дневного пребывания в условиях пульмонологической клиники. В кн.: Сборник резюме 11-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 2001. 175.
5. Кириллов М.М., Шальнова О.А., Каргина С.А. и др. Дневной стационар пульмонологического центра. В кн.: Сборник резюме 11-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 2001. 175.
6. Кириллов М.М., Чумакова Е.С., Шальнова О.А. и др. Клинико-функциональные особенности легкой эпи-

- зодической и персистирующей бронхиальной астмы. В кн.: Сборник резюме 12-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 2002. 58.
7. Кириллов М.М., Шальнова О.А., Чумакова Е.С. и др. Особенности контингента больных призывного возраста в дневном стационаре пульмонологического центра. В кн.: Сборник резюме 12-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 2002. 194.
 8. Кириллов М.М., Шальнова О.А., Чумакова Е.С. и др. Особенности демографической, социальной и нозологической структур больных стационара дневного пребывания пульмонологического центра. Новые Санкт-Петербург. врач. ведомости 2003; 1: 57–58.
 9. Карташов В.Т., Зубков И.А., Фидаров Э.З. и др. Стационарозамещающие формы медицинской помощи в России и за рубежом. Воен.-мед. журн. 2003; 4: 4–9
 10. Рахманов Р.С., Генрих К.Р. К вопросу о комплексной оценке показателей здоровья при подготовке призывной молодежи к военной службе. Воен.-мед. журн. 1999; 5: 11–14.
 11. Сидорович И.А. Возможности дневного стационара амбулаторно-поликлинического учреждения в лечении больных хирургического профиля. Воен.-мед. журн. 2002; 8: 9–11.
 12. Фассахов Ф.С., Войцехович Г.С., Храмов В.Р. и др. Характеристика бронхиальной астмы у больных призывного возраста. В кн.: Сборник резюме 12-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 2002. 77.
 13. Кириллов М.М., Шальнова О.А., Скорляков А.В. Болезни легких у призывников. Вестн. новых мед. технологий 2003; 10 (4): 62–63.
 14. Кириллов М.М., Шальнова О.А., Скорляков А.В. и др. Патология легких у призывников. Новые Санкт-Петербург. врач. ведомости 2004; 4: 44–47.
 15. Кириллов М.М., Шальнова О.А., Скорляков А.В. и др. Болезни легких у лиц призывного возраста. В кн.: Сборник резюме 14-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М; 2004. № 1200.
 16. Кириллов М.М., Шальнова О.А., Кириллов С.М. и др. Пульмонология призывного возраста. Воен.-мед. журн. 2004; 9: 17–19.
 17. Емельянов А.В. Поллинозы. В кн.: Частная аллергология. СПб.; 2001; гл.1: 10–27.
 18. Петрова М.А., Лаврова О.В., Монахов К.Н. и др. Возможности доклинической диагностики бронхиальной астмы. В кн.: Частная аллергология. СПб; 2001; гл. 4.1: 139–144.
 19. Орлов В.Н. Изменения психики и вегетативной нервной системы у больных бронхиальной астмой на фоне курсовой терапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов; 1996.

Поступила 17.09.04

© Коллектив авторов, 2005

УДК [616.248+616.233-002.2]-053.7-07