

80-32, e-mail: astrid23@yandex.ru; Ю Ксения Валерьевна – врач-интерн кафедры пропедевтики внутренних болезней ДВГМУ, тел. +7-962-585-20-70, e-mail: zharikova.18@mail.ru; Тен Татьяна Климентьевна – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ДВГМУ, тел. +7-914-214-25-97, e-mail: tetakl2012@yandex.ru; Уварова Ирина Владимировна – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ДВГМУ, тел. 8-(4212)-32-83-46; Мамровская Татьяна Петровна – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ДВГМУ, тел. +7-924-203-66-15, e-mail: tmamrovskaya@yandex.ru; Ковалева Ольга Александровна – врач-цитолог 301-го ВКГ; Макаревич Андрей Михайлович – начальник пульмонологического отделения ФГКУ «301 ВКГ» МО РФ, тел. +7-914-181-68-88, e-mail: makar-kha@yandex.ru; Онищенко Ирина Витальевна – заведующая пульмонологическим отделением КГБУЗ «Городская клиническая больница № 10», тел. 8-(4212)-42-97-52.



УДК 616.22/.24-002.1-036

В.А. Добрых¹, И.Е. Мун¹, К.В. Ю¹, Т.К. Тен¹, И.В. Уварова¹, Т.П. Мамровская¹,
Т.В. Тихова¹, А.М. Макаревич²

СВЯЗЬ СУБЪЕКТИВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ В ДЕБЮТЕ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ С ДАЛЬНЕЙШИМ ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет,

680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.ru;

²301-й окружной военный клинический госпиталь, 680031, ул. Серышева, 1, г. Хабаровск

Резюме

У 143 мужчин, военнослужащих в возрасте 18-29 лет, больных острыми инфекционными заболеваниями нижних дыхательных путей (ОИНДП) с помощью 10-балльной шкалы Борга проведена ретроспективная оценка субъективных симптомов респираторной патологии и общего состояния в каждый из первых 3 дней заболевания – всего 42 вопроса. Полученные данные показали, что уже на ранних этапах развития ОИНДП (2-3-й дни болезни) выраженность отдельных субъективных симптомов является своеобразным маркером не только нозологической характеристики и тяжести заболевания, но и энантиморфного варианта локализации пневмонии.

Ключевые слова: субъективные симптомы, острые инфекции нижних дыхательных путей.

V.A. Dobrikh¹, I.E. Mun¹, K.V. U¹, T.K.Ten¹, I.V. Uvarova¹, T.P. Mamrovskaya¹, T.V. Tikhova¹, A.M. Makarevich²

INTERRELATION OF SUBJECTIVE CLINICAL SYMPTOMS IN ACUTE LOW RESPIRATORY TRACT INFECTIONS DEBUT WITH THEIR CLINICAL COURSE

¹Far Eastern State Medical University;

²Military hospital 301, Khabarovsk

Summary

143 military men at 18-29 with infection diseases of the lower respiratory tract underwent evaluation of subjective symptoms of a respiratory pathology and a general condition using 10-score Borg scale. The first three days of the disease were assessed. There were 42 questions. The results show that even at the early stages of the disease (2-3), severity of some subjective symptoms is a marker not only of nosology characteristics and disease's severity but also enantimorphic variant of pneumonia localization.

Key words: subjective symptoms, acute lower respiratory tract infections.

Изучение субъективного восприятия здоровья как важного фактора, определяющего успешность лечения и реабилитации пациентов, прошло довольно длительную эволюцию и к настоящему времени реализуется путем анкетирования пациентов с использованием общих и специальных опросников, позволяющих количественно оценить параметры здоровья и болезни [4, 7, 9]. Одной из распространенных шкал, количественно оценивающих выраженность того или иного субъективного симптома является шкала Борга [7].

Конкретные варианты развития и тяжесть острых инфекционных заболеваний нижних дыхательных путей (ОИНДП) (пневмония, острый бронхит, острый бронхиолит) определяются во многом еще не изученными механизмами. Прогнозирование их возникновения и течения представляет собой практически важную, но еще не решенную задачу. Установлено, что в диагностике пневмонии предсказательная ценность основных клинико-лабораторных признаков и симптомов относительно невелика [5, 6]. Сложность пробле-

мы заключается помимо прочего в том, что симптомы ОИНДП в дебюте заболевания часто сочетаются с признаками поражения верхних дыхательных путей.

Целью исследования стал сравнительный анализ субъективных клинических симптомов в дебюте острых заболеваний нижних дыхательных путей, различных по тяжести и относящихся к разным нозологическим группам.

Материалы и методы

Обследованы 143 мужчины, военнослужащие в возрасте 18-29 лет, пациенты пульмонологического отделения 301-го ВКГ, г. Хабаровска. У 41 пациента был диагностирован острый бронхит (ОБ), у 66 – односторонняя пневмония нетяжелого течения (ОВПН), у 16 – односторонняя пневмония тяжелого течения (ОВПТ), у 18 – двухсторонняя внебольничная пневмония (ДВП). У пациентов с ОВПН и ОВПТ были проведены дополнительные сопоставления изучаемых показателей при право- (ПВП) и левосторонней (ЛВП) локализации патологического процесса. У госпитализированных пациентов с помощью 10-балльной шкалы Борга была проведена ретроспективная оценка субъективных симптомов респираторной патологии и общего состояния в каждый из первых 3 дней заболевания. Вопросы составленной нами специальной анкеты и их формулировка, представляли собой сочетание несколько модифицированного варианта известной шкалы симптомов больных ХОБЛ [8] и Вопросника Британского медицинского совета (MRC) [1].

Оценка наличия и выраженности симптомов в каждой из сопоставляемых групп проводилась по доменам, отражающим:

- 1) поражение верхних дыхательных путей (боль в горле, заложенность носа и гнойность выделений из носовых ходов);
- 2) поражение нижних дыхательных путей (частота и сила кашля, гнойность выделяемой мокроты, боль в груди, одышка);
- 3) нарушение общего состояния пациента (степень лихорадки, озноба, общей слабости, головной и мышечной боли, влияние симптомов на физическую активность – всего 42 вопроса).

Полученные данные обрабатывали методами статистического анализа с использованием непараметрических способов Манна – Уитни, критерия знаков, методов парной корреляции Спирмена, углового преобразования Фишера [2]. Для оперативной обработки данных использовались ресурсы программы Microsoft Excel 7.0.

Результаты и обсуждение

Сопоставление частоты преобладания выраженности изучаемой симптоматики между группами с известной близостью клинической картины, в целом, по всем 42 вопросам показало, что при ОБ в сравнении с ОВПН симптомы были более выраженными чаще ($p<0,05$). При ОВПТ в сравнении с ОВПН также отмечалась более высокая частота преобладания выраженности изучавшихся симптомов ($p<0,05$).

Сопоставление симптоматики в группах с право- и левосторонней ОВПН показало существенное пре-

обладание частоты ее более высокой выраженности при левосторонней локализации процесса ($p<0,001$). При ОВПТ, напротив, общего различия выраженности симптомов при право- и левосторонней локализации не было выявлено ($p>0,05$). У пациентов с ДВП выраженность субъективной симптоматики преобладала в сравнении с больными ОВПН ($p<0,01$), но не отличалась от аналогичных показателей в группе пациентов с ОВПТ ($p>0,05$).

Конкретные результаты сопоставления значимости изучаемых симптомов в каждый из дней наблюдения, в целом, свидетельствовали о существенных различиях изучавшихся показателей в сравниваемых группах. Характерной особенностью явилось то, что различия симптомов, в основном, выявлялись на 2-3-й дни заболевания (всего по 39 позициям), а в первый день отмечались редко (только в 5 случаях).

Наиболее многочисленные различия были отмечены при сопоставлении ОБ с ОВПН, причем при ОБ преобладали признаки локального поражения верхних и нижних дыхательных путей, а при ОВПН было более значительное нарушение общего состояния по критериям выраженности лихорадки и озноба ($p<0,05$). Аналогичным образом, достоверно более выраженные проявления нарушения общего состояния (лихорадка, озноб, общая слабость, влияние симптомов на физическую активность) были отмечены у пациентов с ОВПТ при сопоставлении с больными, заболевшими ОВПН.

В сравнении с ОВПН развитию ДВП предшествовала более значительная симптоматика нарушения общего состояния и поражения нижних дыхательных путей по критериям уровня лихорадки, озноба, силы кашля, боли в груди, влияния симптомов на физическую активность ($p<0,05$), в то время как проявления поражения верхних дыхательных путей различий не имели. Сопоставление выраженности симптомов, предшествовавших развитию ДВП и ОВПТ, не показало каких-либо достоверных различий.

Интересным, с нашей точки зрения, был факт различий субъективной симптоматики у пациентов с одинаковой тяжестью течения пневмонии, но имевших энантиоморфные различия локализации процесса. У пациентов с левосторонней ВПН в сравнении с правосторонней пневмонией отмечены более выраженные локальные симптомы (заложенность носа, гнойность мокроты и выделений из носа, частота и сила кашля) и лихорадка ($p<0,05$). При правосторонней пневмонии тяжелого течения в сравнении с левосторонней отмечены более заметные проявления болевого синдрома ($p<0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что уже на ранних этапах развития ОИНДП (2-3-й дни болезни) выраженность отдельных субъективных симптомов является своеобразным маркером дальнейшего течения заболевания, причем, не только его нозологической специфичности и тяжести, но и энантиоморфной принадлежности. Следует отметить, что хотя, субъективные оценки отражают объективный соматический статус, они отчасти связаны с индивидуальным восприятием пациентов имеющихся у них патологических отклонений. Кроме того, могут влиять и конкретные особенности ситуации на момент опроса, например, разли-

чия в отношении окружающих к пациентам с тяжелой и нетяжелой пневмонией [3]. В то же время, в целом, время, условия и форма проводившегося нами опроса были максимально стандартизованными, что снижало возможное влияние на субъективную оценку симптомов вышеуказанных факторов. Тем не менее, установленные нами закономерности нуждаются, очевидно, в подтверждении объективными методами исследования.

Таким образом, установлено, что субъективные симптомы локальных и общих нарушений в первые

3 дня острых респираторных инфекционных заболеваний в однородной по гендерному, возрастному и социальному статусу группе пациентов с диагностированной ОИНДП связаны с нозологией, тяжестью течения заболевания и с энантиоморфными особенностями локализации внебольничной пневмонии. Выявленные факты могут стать основой создания важного для клинической практики теста для прогнозирования течения ОИНДП по субъективным симптомам, возникающим в дебюте заболевания.

Литература

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. – М.: Атмосфера, 2003. – С. 16, 20, 54, 94.
2. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика. – СПб.: Фолиант, 2003. – 430 с.
3. Максимова Т.М. Закономерности формирования и современные социально-гигиенические оценки здоровья населения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1993. – 44 с.
4. Новик А.А., Иванова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. – 254 с.
5. Синопальников А.И., Козлов Р.С. Внебольничные инфекции дыхательных путей: диагностика и лечение. Руководство для врачей. – М.: Издательский дом «М-Вести», 2008. – 270 с.

6. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Пневмония. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 464 с.
7. Grant S., Aitchison T., Henderson E., Christie J., Zare S., McMurray J., Dargie H.A. Comparison of the Reproducibility and the Sensitivity to Change of Visual Analogue Scales, Borg Scales, and Likert Scales in Normal Subjects During Submaximal Exercise. – 1999. – Chest 116 (5): 1208-1217.
8. Paggiaro P.L., Dahle R., Bakran I., et al. Multicentre randomized placebo – controlled trial of inhaled fluticasone propionate in patients with chronic obstructive pulmonary disease. International COPD Study Group // Lancet. – 1998. – Vol. 351. – P. 773-780.
9. Van Manen J.G. The influence of COPD on health-related quality of life independent of the influence of comorbidity Clinical Epidemiology. – 2003. – Vol. 56. – P. 1177-1184.

Literature

1. Global strategy of the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. – М.: Atmosphere, 2003. – P. 16, 20, 54, 94.
2. Zaytsev V.M., Lifyandskiy V.G., Marinkin V.I. Applied medical statistics. – SPb., Foliant, 2003. – 430 p.
3. Maximova T.M. General forming principles and modern social hygienic evaluation of public health. Synopsis of thesis of a candidate of med. science. – М., 1993. – 44 p.
4. Novik A.A., Ivanova T.I. Guidance on assessing quality of life in medicine. – М.: OLMA-PRESS, 2002. – 254 p.
5. Sinopanikov A.I., Kozlov R.S. Community-acquired respiratory infections: diagnosis and treatment. Guidance for physicians. – М.: Publishing house M-Vesti, 2008. – 270 p.
6. Chuchalin A.G., Sinopalnikov A.I., Strachunskiy L.S. Pneumonia. – М.: Medical Information Agency, 2006. – 464 p.

7. Grant S., Aitchison T., Henderson E., Christie J., Zare S., McMurray J., Dargie H. (1999). A Comparison of the Reproducibility and the Sensitivity to Change of Visual Analogue Scales, Borg Scales, and Likert Scales in Normal Subjects During Submaximal Exercise // Chest. – № 116 (5). – P. 1208-1217.
8. Paggiaro P.L., Dahle R., Bakran I., et al. Multicentre randomized placebo controlled trial of inhaled fluticasone propionate in patients with chronic obstructive pulmonary disease. International COPD Study Group // Lancet. – 1998. – Vol. 351. – P. 773-780.
9. Van Manen J.G. The influence of COPD on health-related quality of life independent of the influence of comorbidity Clinical Epidemiology. – 2003. – Vol. 56. – P. 1177-1184.

Координаты для связи с авторами: Добрых Вячеслав Анатольевич – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ДВГМУ, тел +7-914-203-36-90, e-mail: sdobrykh@yandex.ru; Мун Ирина Енсковна – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ДВГМУ, тел. +7-914-201-80-32, e-mail: astrid23@yandex.ru; Ю Ксения Валерьевна – врач-интерн кафедры пропедевтики внутренних болезней ДВГМУ, тел. +7-962-585-20-70, e-mail: zharikova.18@mail.ru; Тен Татьяна Климентьевна – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ДВГМУ, тел. +7-914-214-25-97, e-mail: tetakl2012@yandex.ru; Уварова Ирина Владимировна – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ДВГМУ, тел. 8-(4212)-32-83-46; Мамровская Татьяна Петровна – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ДВГМУ, тел. +7-924-203-66-15, e-mail: tmamrovskaya@yandex.ru; Тихова Татьяна Вадимовна – врач-интерн ДВГМУ, тел. 8-(4212)-32-63-93; Макаревич Андрей Михайлович – начальник пульмонологического отделения ФГКУ «301 ВКГ» МО РФ, тел. +7-914-181-68-88, e-mail: makar-kha@yandex.ru.