

*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, %
<b>БАЛТ</b>									
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*
<b>БАСТ</b>	<b>36</b>	<b>7,1</b>	<b>26,9*</b>	<b>60,0*</b>	<b>16,6*</b>	<b>50,0</b>	<b>49,0*</b>	<b>43,0*</b>	<b>45,0*</b>
<b>БА в целом</b>	<b>219</b>	<b>5,7</b>	<b>50,8</b>	<b>13,5</b>	<b>7,5</b>	<b>63,6</b>	<b>31,0</b>	<b>17,0</b>	<b>17,1</b>

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 клинко-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  
Клинко-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  $\beta_2$ -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. Игнатъев 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