

at the age of 25–40 are analyzed in this article. The results of research are evidence of disease of pneumonia among elderly people (fundamental group) in four-times often and more long-term than young patient people (comparative group). Pneumonia at 1/3 elderly people before the out-of-hospital period, particularly due to the chronic disease, was identified late, often took lingering clinical course at hospital and arose various complications in 35–40% accidents, which in conjunction with acute condition of background diseases in 8–10% accidents led to decease.

Key words: *Out-of-hospital pneumonias among elderly people, fundamental and comparative groups of pneumonia patients, clinical and roentgenological features of their development, complications, diagnostic mistakes and their causes.*

УДК: 616.24-002:355

Факторы риска и клинико-рентгенологические проявления первично и повторно возникших пневмоний у военнослужащих срочной службы по материалам Главного военно-медицинского клинического центра «ГВКГ»

И.К. АСАУЛЮК

Резюме. *В статье обсуждаются основные клинико-рентгенологические особенности внебольничных пневмоний у военнослужащих срочной службы, развившихся впервые и повторно за короткий период службы (3–6 месяцев) на фоне ряда факторов риска, в том числе дефицита массы тела (ДМТ) отягощающих течение заболевания и способствующих его развитию в 2 с лишним раза чаще.*

Ключевые слова: *Внебольничные пневмонии, факторы риска, клинико-рентгенологические особенности, осложнения, их частота в зависимости от дефицита массы тела.*

Пневмония относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний человека. Заболеваемость внебольничной пневмонией (ВП) в странах Европы (среди лиц старше 18 лет) колеблется от 2 до 15 случаев на 1 000 человек в год [2, 6].

Существенно увеличивается заболеваемость ВП в организованных, в т. ч. воинских коллективах, особенно в периоды эпидемий гриппа или вспышек ОРВИ, достигая 50–80 случаев на 1 000 человек [1, 2, 3, 4].

В Вооруженных Силах Украины заболеваемость ВП за последние пять лет (2005–2009 гг.) возросла, особенно в 2009 году. При этом ВП приобрела существенное отличие от классических, наблюдаемых ранее форм, обусловив трудности ее своевременной диагностики, а следовательно и значительное количество (10–15%) диагностических, а также лечебно-тактических ошибок на догоспитальном этапе, т. е. до поступления пациента в лечебное учреждение (госпиталь) [1, 2, 4]. Кроме того, отмечается увеличение количества пневмоний с тяжелым течением (25–30%), ранним возникновением

осложнений, иногда с неблагоприятным исходом [2, 3, 5]. Всему этому способствуют как экзогенные факторы (высокая загазованность, загрязненность окружающей среды, рабочих мест, ухудшение социально-экономической обстановки, высокая психоэмоциональная напряженность, а также нередко недостаточный медицинский контроль за состоянием здоровья призывников и военнослужащих в первом полугодии срочной службы, за переболевшими пневмонией и ОРВИ, за выполнением рекомендаций данных при выписке реконвалесцента из стационара – реабилитация, диспансеризация.

Существенными отягощающими факторами для возникновения пневмонии у военнослужащих срочной службы являются: дефицит массы тела (ДМТ) – гипотрофия и наличие очагов хронической инфекции носоглотки, которые ведут к снижению клеточно-гуморального иммунитета [2, 3, 5]. Указанные факторы риска, как и ряд других причин (переохлаждение, курение и др.), суммируясь между собой, формируют ряд общепатологических синдромов «экзогенной агрессии»: синдром иммунологического дисбаланса, астеносуб-депрессивный и ряд других синдромов, которые чаще всего наблюдаются у лиц молодого возраста, в том числе у военнослужащих, особенно в первые месяцы несения срочной службы [1, 2].

Указанные выше факторы риска и общепатологические синдромы порождают клинико-рентгенологический полиморфизм проявлений ВП. Так, наряду с обычными формами ВП увеличивается частота пневмоний с затяжным течением и повторным заболеванием пневмонией в течение одного года (у солдат первого полугодия службы).

По литературным [1, 2, 5, 6] и нашим данным наиболее частыми возбудителями ВП в настоящее время являются: *Streptococcus pneumoniae* (пневмококк); *Haemophilus influenzae* (палочка Афанасьева-Пфайффера); *Moraxella catarrhalis*; *Staphylococcus pyogenus*, *Staphylococcus aureus*, *Staphyl. albus*; *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamidia pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* (палочка Фридендера); *Neisseria meningitidis*, *Neisseria catarrhalis*; *Escherichia coli*; *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*; *Pseudomonas aeruginosa*; *Legionella pneumophila*; *Chlamidia pneumoniae*, *Chlamidia trachomatis*, *Chlamidia psittaci*; *Mycoplasma pneumoniae*; *Actinomyces albus*, *Actinomyces israelii*; *Candida albicans*; *Aspergillus fumigatus*; *Bacteroides fragilis*. *Bacteroides melaninogenicus*; *Fusobacterium nucleatum*; *Citomegalovirus*, ассоциации нескольких возбудителей и в 30% случаев этиологический фактор не выявляется.

Целью сообщения является краткое изложение основных факторов риска, способствующих развитию пневмонии, в том числе дефицита массы тела (ДМТ) – гипотрофии и клинико-рентгенологических проявлений, как первично так и повторно возникших внебольничных пневмоний у военнослужащих срочной службы в первые 3–6 месяцев после призыва.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ 1163 историй болезни военнослужащих срочной службы, лечившихся по поводу ВП в Главном военно-медицинском клиническом центре «ГВКГ» за последние пять лет (2005–2009 гг.). Из общего количества переболевших ВП 75% были военнослужащие первого полугодия срочной службы. Диагноз ВП, как правило, основывался на пяти признаках «золотого стандарта»: острое начало заболевания, сопровождающееся лихорадкой и повышением температуры; появление кашля с отделением мокроты слизисто-гнойного характера; укорочение легочного звука при перкуссии и появление аускультативных феноменов пневмонии над пораженным участком легкого; лейкоцитоз или значительно реже – лейкопения; рентгенологически – инфильтрат в легких, который ранее не определялся.

Клинический диагноз ВП, кроме признаков «золотого стандарта» и общепризнанного алгоритма обследования, особенно у больных с тяжелым и затяжным течением заболевания, а также у пациентов, перенесших пневмонию повторно, базировался на полученных данных обследования таких больных и на дополнительно проведенных бактериологических, иммунологических и серологических (по показаниям) исследованиях, мокроты и крови.

По показаниям проводились дополнительные исследования: компьютерная томография (КТ), повторно микроскопическое исследование мокроты, иногда плевральной жидкости, мочи, крови, особенно при затяжном течении заболевания, лихорадочном состоянии, подозрении на сепсис, туберкулез, суперинфекцию, СПИД. Иногда проводилось цито- и гистологическое исследования с целью дифференциальной диагностики; бронхоскопическое исследование с целью диагностики и уточнения лечебной тактики (лечебная бронхоскопия при абсцедировании для обеспечения дренажа и введения антибиотика(ов); ультразвуковое исследование сердца и органов брюшной полости при подозрении на сепсис, бактериальный эндокардит; изотопное сканирование легких и ангиопульмонография при подозрении на ТЭЛА.

Результаты и их обсуждения

Из 1163 больных ВП 1117 (96%) заболели впервые, 46 (4%) дважды за период прохождения срочной службы. В 75% случаев заболевшие пневмонией составили военнослужащие первого полугодия службы, переболевшие в первые 3–6 месяцев. В госпиталь поступило в первые сутки заболевания 180 (16%) больных, на 2–3 – 774 (66%), на 4–5 сутки – 163 (14%) и позже пяти суток – 46 (4%) больных.

С легким малосимптомным течением заболевания было 70% больных, с тяжелым течением – 30%. Из 1163 больных ВП у 341 (29,32%) наблюдались различные осложнения. У некоторых из них осложнения были сочетанными (ИТШ с острой сердечно-сосудистой недостаточностью, ИТШ с экссудативным плевритом, ИТШ с острой почечной недостаточностью, ИТШ с отеком легких, абсцесс на фоне септицемии и др.).

В большинстве случаев возникновение ВП произошло на фоне переохлаждения, острой респираторно-вирусной инфекции (ОРВИ), хронической патологии ЛОР-органов, дефицита массы тела (ДМТ), а также в отдельных наблюдениях, при наличии затянувшегося течения острого бронхита, аномалии развития бронхов и локального фиброза легких.

Следует отметить, что предшествующая патология верхних, средних и нижних дыхательных путей имела место у 40–45% больных с пневмонией. У значительной части из них был выявлен ДМТ различной степени выраженности, особенно у больных с осложненной ВП (табл. 1).

Таблица 1

Частота осложнений внебольничной пневмонии у военнослужащих срочной службы в зависимости от степени выраженности дефицита массы тела (ДМТ)

Степень дефицита массы тела	Количество больных с осложненной внебольничной пневмонией по годам					Всего больных с осложненной пневмонией
	2005	2006	2007	2008	2009	
Без дефицита массы тела	18	28	22	17	20	105 (30,8%)
ДМТ от 5 до 10 кг	12	23	17	17	11	80 (23,56%)
ДМТ до 15 кг	13	21	18	11	15	78 (22,7%)
ДМТ до 20 кг	16	9	13	4	11	53 (15,64%)
ДМТ больше 20 кг	6	4	4	6	5	25 (7,3%)
Итого	65	85	74	55	62	341 (100%)

При диагностике ВП нельзя базироваться только на этиологическом факторе, так как у 30–35% больных не удается выявить инфекционный агент, который мог бы быть признан этиологическим. Врачу важно учитывать условия и ситуации возникновения пневмонии, клинико-рентгенологические проявления ее, иммунный статус организма больного, что позволяет с большей достоверностью назначить эмпирически наиболее адекватную антибактериальную терапию.

Об этиологическом факторе ВП в большинстве случаев можно судить и по характеру рентгенологических изменений в легких (табл. 2).

Не меньшее значение косвенного доказательства возможного этиологического фактора (возбудителя) ВП имеют степень тяжести и клиническая картина развития и течения той или иной ее формы.

Затяжное течение ВП у военнослужащих срочной службы наблюдалось у 20% больных. У данной категории больных отмечена четкая связь затяжного течения пневмонии с наличием сопутствующих хронических заболеваний носоглотки, иммунодефицита, ДМТ, а также с определенным видом возбудителя. Кроме того, важным фактором в развитии затяжного течения заболевания являются поздняя госпитализация, запоздалое адекватное лечение и особенно повторное заболевание пневмонией при выраженном ДМТ больного.

**Характер рентгенологических изменений
в зависимости от этиологии пневмонии**

Рентгенологическая картина	Возможный возбудитель
Долевая и многодолевая инфильтрация	Бактерии (в том числе пневмококк, легионелла, анаэробы), грибы
Очагово-сливная двусторонняя инфильтрация	Вирус гриппа, пневмококк, стафилококк, легионелла
Гомогенная очаговая и многоочаговая инфильтрация	Пневмококк, легионелла
Негомогенная очаговая и многоочаговая инфильтрация	Вирусы, стафилококк, микоплазма
Сочетание инфильтративных и интерстициальных изменений	Вирусы, микоплазма, пневмоцисты
Интерстициальные изменения милиарные	Сальмонелла, микобактерия туберкулеза, грибы
Интерстициальные изменения сетчатые	Вирусы, микоплазма, хламидия, пневмоцисты
Сочетание инфильтративных или интерстициальных изменений с лимфоаденопатией	Вирусы кори, ветряной оспы. Микобактерия туберкулеза, грибы, микоплазма, хламидия.
Множественные перибронхиальные, легко дренируемые абсцессы	Стафилококк
Единичные крупные абсцессы легких	Клебсиелла

Из характеристики морфологических проявлений патологического процесса при ВП, в зависимости от возбудителя следует отметить, что при пневмониях, вызванных эндотоксинообразующими возбудителями (пневмококк, клебсиелла, гемофильная палочка и др.), процесс начинается с токсического поражения альвеолокапиллярной мембраны, приводящий к прогрессирующему бактериальному отеку. При пневмониях, вызванных экзотоксинообразующими бактериями (стафилококк, стрептококк), процесс начинается с развития очагового гнойного воспаления с обязательным гнойным расплавлением ткани легких в центре его. Микоплазменные и некоторые вирусные пневмонии начинаются с воспалительного поражения интерстициальной ткани легких. Гриппозная пневмония начинается с геморрагического трахеобронхита с быстрым прогрессированием заболевания, особенно при присоединении бактериальной флоры, чаще стафилококковой (калифорнийская форма гриппа).

У военнослужащих срочной службы тяжело чаще протекали «крупозная», стафилококковая, реже гемофильная, микоплазменная и хламидийная пневмонии, которые, как правило, сопровождаются выраженной интоксикацией и прогрессированием заболевания с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности с проявлением ИТШ, отека легких, острой дыхательной

недостаточности, а в последующем и другими осложнениями. Некоторые из них являлись неблагоприятным фактором для прогноза заболевания.

Осложнения при ВП наблюдались у 341 (29,3%) больных. Из них: у 152 (44,46%) – ИТШ в основном первой и значительно реже второй степени; у 30 (8,78%) – острая дыхательная недостаточность, у 69 (20,23%) – экссудативный плеврит, у 7 (2,34%) – абсцесс, у 22 (6,44%) – миокардит, у 9 (2,62%) – реактивный гепатит, у 10 (2,82%) – токсическая нефропатия и острый гломерулонефрит, у 13 (3,81%) – бронхоспастический синдром, у 29 (8,5%) – выраженная астенизация.

Анализ клинической картины и лабораторно-инструментальных показателей у военнослужащих срочной службы, переболевших пневмонией впервые и повторно пневмонией в первом полугодии срочной службы, свидетельствует о том, что «золотой диагностический стандарт» присутствовал только лишь у 65–70% больных. У остальных 30–35% он был далеко неполным, что вызывало трудности в своевременной постановке правильного диагноза в условиях медпункта части. Так, у 30–35% таких пациентов отмечена запоздалая и поздняя госпитализация, которая была связана с их пребыванием в медпункте части с диагнозами: ОРВИ, острый бронхит, ринит, грипп и другие заболевания. На догоспитальном этапе пневмония не диагностировалась у 20–25% больных.

Больные пневмонией с умеренным и значительным ДМТ предъявляли жалобы на выраженную слабость, головную и мышечную боли. Типичными проявлениями у них были: выраженная гипотония, тахикардия, ослабление тонов сердца; отмечалась тенденция к олигурии, которая, как правило, дополняла клиническую картину развивающегося или имевшего уже место инфекционно-токсического шока. Эта категория больных нуждалась в неотложных реанимационных мероприятиях и интенсивной терапии в ОРИТ.

При анализе характера основных клинических симптомов у больных ВП, таких как повышение температуры тела, кашля, одышки, следует отметить, что имеются различия в их выраженности. Так у больных с повторно наблюдавшейся пневмонией в сравнении с первично возникшей процент больных с фебрильной температурой увеличивается в 1,5 раза.

Кашель при повторно возникших пневмониях становится более упорным, менее продуктивным, держится значительно дольше (в 1,5 раза продолжительнее по количеству дней), особенно у больных с ДМТ.

Одышка, как правило, нарастает с увеличением кратности перенесенной пневмонии, наличия ДМТ, несмотря на молодой возраст больных.

Анализ этих данных и проведенных исследований ФВД свидетельствует о том, что при повторно возникших пневмониях у больных с выраженным ДМТ закономерно в 2 раза увеличивается процент реконвалесцентов с нарушением ФВД по рестриктивному типу. Аускультативные проявления заболевания при первичной пневмонии в сравнении с повторной также претерпевают некоторые изменения. Основная тенденция при повторных пневмониях – увеличение числа

больных с жестким дыханием или ослабленным жестким характером дыхания. Выслушиваются наиболее характерные феномены: влажные мелкопузырчатые хрипы – у 45%, крепитация – у 15%, сухие хрипы – у 40%; ослабленное дыхание – у 60%, жесткое дыхание – у 40% больных.

Анализ рентгенологических исследований показал, что тяжелое течение повторно возникших ВП у военнослужащих срочной службы обусловлено значительным объемом поражения легочной ткани, как правило, с преобладанием двустороннего нижнедолевого (полисегментарного, лобарного) поражения легких с преимущественной локализацией инфильтрации, чаще справа (средняя и нижняя доли), и в некоторых наблюдениях, кроме того, – наличие очагового пневмосклероза и локального фиброза (в 3–4,5%). При этом следует указать, что сроки разрешения инфильтрации затягивались у больных с пневмонией развившейся повторно.

Анализ данных, полученных при проведенных фибробронхоскопиях у больных с тяжелым и затяжным течением пневмоний у военнослужащих срочной службы свидетельствует, что структурно-морфологические изменения бронхов у больных с первично переносимой пневмонией в 35% случаев имели место явления эндобронхита с воспалительными изменениями 1 ст.; кроме того, отмечались слабо выраженный отек слизистой бронхов, гиперваскуляризация стенки бронхов и гиперсекреция, как правило, слизистого характера, кроме того, имелись признаки дисплазии слизистой бронхов 1 ст.

У больных с повторно переносимой пневмонией, особенно у военнослужащих с ДМТ и тяжелым затяжным течением заболевания, отмечалось увеличение частоты диффузного бронхита в 1,8 раза в сравнении с больными, заболевшими пневмонией впервые.

Полученные данные свидетельствуют, что у пациентов, перенесших пневмонию повторно имеет место более активный диффузный воспалительный процесс в бронхах с переходом в хроническую форму заболевания (в хронический бронхит).

Анализ изменений лейкоцитарного звена крови и общего белка в сыворотке крови свидетельствует о более высоком лейкоцитозе, палочко-ядерном сдвиге влево, и достоверном снижении содержания белка в сыворотке крови у военнослужащих срочной службы болеющих пневмонией повторно особенно на фоне имеющего место ДМТ, а также снижения показателей клеточного и гуморального иммунитета. Указанные факторы в определенной степени могут способствовать возникновению таких осложнений, как ИТШ, токсическая миокардиодистрофия и др.

Поражение миокарда в виде инфекционно-токсической миокардиодистрофии характеризовалось преходящими изменениями на ЭКГ в виде миграции водителя ритма, парасистолии, предсердной экстрасистолии, синотриальной и атриовентрикулярной блокадами, которые, как правило, отмечались у всех больных с тяжелой и крайне тяжелой пневмонией у военнослужащих срочной

службы. У данной группы больных в 2 с лишним раза чаще наблюдались осложнения основного заболевания: в виде инфекционно-токсического шока с проявлениями острой сердечно-сосудистой недостаточности, острой дыхательной недостаточности, отека легких, экссудативного плеврита, инфекционно-токсической миокардиодистрофии, миокардита, нефропатии, реактивного гепатита, умеренно выраженной (стойкой) ваготонии, септицемии с абсцедированием (образование абсцесса(ов) в легких), сепсиса и др.

Важно подчеркнуть, что современных эффективных методов этиологической экспресс-диагностики ВП в настоящее время не существует, а лечение должно начинаться немедленно после установления диагноза, поэтому этиотропная терапия ВП является, как правило, эмпирической, цели и принципы которой изложены в приказе № 128 от 19.03.2007 г. МЗ Украины и заключаются в следующем: полная элиминация возбудителя; обеспечение abortивного течения с ограничением зоны воспаления и быстрым снижением интоксикации; предупреждение затяжного течения и осложнений заболевания.

Для достижения перечисленных целей необходимо придерживаться следующих принципов: хорошо знать этиологическую структуру современных пневмоний; начальная антибактериальная терапия должна быть ориентирована на клинико-рентгенологические особенности проявления и течения болезни, а также на конкретную эпидемиологическую ситуацию; начинать лечение следует как можно раньше; применять антибактериальные средства следует в таких дозах и с таким интервалом, чтобы в крови и легочной ткани создавалась и поддерживалась лечебная концентрация препарата; необходимо контролировать эффективность лечения клиническим наблюдением и, если возможно, – бактериологическим; целесообразно сочетать антибактериальную терапию с патогенетическими средствами лечения, направленными на улучшение не только дренажной функции бронхов, но и на нормализацию других органов и систем; на этапе разрешения инфекционного процесса оправдано использование доказательных современных методов немедикаментозной терапии (физиотерапии, ЛФК), направленной на укрепление неспецифической резистентности организма.

Лечение больных с тяжелым течением ВП следует проводить только в ОРИТ. Оно должно быть комплексным, включая оксигенотерапию, дезинтоксикационную терапию с одновременным устранением волевических нарушений и нарушений КОС, белкового и электролитного баланса, антимикробную, иммунозаместительную (по показаниям), антиоксидантную терапию. У больных с тяжелым течением пневмонии без явлений шока вначале проводят интенсивную терапию по деблокированию микроциркуляции, а затем – поддерживающую терапию по коррекции микроциркуляторных нарушений.

Выводы

1. Наиболее частыми факторами, способствующими развитию пневмонии и ее осложнений у военнослужащих срочной службы, особенно в

первые 6 месяцев после призыва были: хронические заболевания носоглотки и придаточных пазух носа, повторные заболевания пневмонией, дефицит массы тела (ДМТ) и иммунодефицитный статус.

2. Ввиду недостаточной современной информации микробиологической диагностики ВП антибактериальная терапия в 70–75% случаев проводилась эмпирически с обязательным учетом условий ее возникновения, клинических проявлений и рентгенологической картины различных форм заболевания, в том числе в отдельных случаях и иммунного статуса больных.

3. При тяжелом течении пневмонии наряду с обычными методами обследования целесообразно проводить бактериологическое исследование крови, оценивать иммунный и гормональный статус, что дает возможность выбрать оптимальные подходы к лечению и прогнозировать его эффективность. Антибактериальная терапия проводилась с более широким использованием макролидов, а при необходимости – цефалоспоринов и фторхинолонов III–IV поколений.

4. У военнослужащих срочной службы с пневмонией самостоятельным отягчающим фактором заболевания является дефицит массы тела (ДМТ), на фоне которого солдаты в 2 с лишним раза чаще заболевают пневмонией, которая, как правило, протекает более тяжело и принимает затяжное течение.

5. На фоне ДМТ разрешение инфильтрации в легких и плеврального выпота происходит в более поздние сроки, чаще всего формируются очаговый или распространенный плеврофиброз, ограниченный пневмосклероз и по рентгенологическим и фибробронхоскопическим данным часто формируется хронический катаральный бронхит.

6. Только правильно организованное динамическое наблюдение за переболевшими, комплекс лечебно-реабилитационных, оздоровительных и профилактических мероприятий, направленных на уменьшение простудных заболеваний среди военнослужащих срочной службы, а также своевременная их диагностика, госпитализация и лечение значительно снизят заболеваемость пневмонией, уменьшат целый ряд ее осложнений и улучшат прогноз.

Литература

1. Асаулюк И.К. Внебольничные пневмонии у военнослужащих срочной службы: клинко-этиологическая характеристика по степеням тяжести; основные принципы медицинской эвакуо-транспортной сортировки и лечения / И.К. Асаулюк // Сучасні аспекти військової медицини. – К., 2004. – Вип. 9. – С. 198–208.

2. Асаулюк И.К. Внебольничные пневмонии у военнослужащих срочной службы: их клинко-рентгенологические особенности, осложнения и принципы эмпирической антибактериальной терапии / И.К. Асаулюк // Проблеми військової охорони здоров'я. – К., 2008. – Вип. 23. – С. 15–31.

3. Дворецкий Л.И. Ошибки ведения больных внебольничной пневмонией. Можно ли их избежать? / Л.И. Дворецкий // Здоров'я України, медична газета. – 2010. – № 4 (233). – С. 36–37.

4. Лебедева М.Н. Особенности течения повторных внебольничных пневмоний у военнослужащих по призыву / М.Н. Лебедева, А.В. Грищенко // Воен.-мед. журн. – 2009. – № 7. – С. 24–28.

5. Течение внебольничной пневмонии у военнослужащих на фоне гипотрофии / В.Ю. Мостовский, И.М. Давидович, Н.Н. Жолондз, Т.П. Мамровская // Воен.-мед. журн. – 2003. – № 6. – С. 59–61.

6. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». – К.: Велес. 2007. – С. 109–130.

Фактори ризику і клініко-рентгенологічні прояви первинно і вдруге виниклих пневмоній у військовослужбовців строкової служби по матеріалах Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ»

I.K. ASAULYK

Резюме. *В статті обговорюються основні клініко-рентгенологічні особливості позагоспітальних пневмоній у військовослужбовців строкової служби, що розвинулась вперше та вдруге за короткий період служби (3–6 місяців) на фоні ряду факторів ризику, в тому числі дефіциту маси тіла (ДМТ), який обтяжує перебіг захворювання, з виникненням ускладнень в 2 з лишнім рази частіше.*

Ключові слова: *Позагоспітальні пневмонії, фактори ризику, клініко-рентгенологічні особливості, ускладнення, їх частота в залежності від дефіциту маси тіла.*

The risk factors and clinicoroentgenological development of firstly and repeatedly arisen pneumonias among servicemen of the urgent department based on the materials of the Main Military Medical Clinical Centre «MMCH»

I.K. ASAULYK

Summary. *The basic clinicoroentgenological features of the out-of-hospital pneumonias among servicemen of the urgent department, in which arose firstly and repeatedly during the short period of time (3–6 months) due to the series of the risk factors, including a body weight deficit (BWD), which worsen a clinical course and cause double-times quicker clinical complications are discussed in this article.*

Key words: *Out-of-hospital pneumonias, risk factors, clinicoroentgenological features, complications, their frequency depending on a body weight deficit.*