

16. Сергеев В.М. Патология и хирургия плевры. – М., 1967. – С.248-317.
17. Соленова Л.Г. // Вопр. онкол. – 1992. – № 10. – С.1174-1182.
18. Федосенко Н.Е. // Вопросы онкологической помощи на этапе реформирования здравоохранения: Сб. науч. тр. – Екатеринбург, 1996. – С.28-29.
19. Фоминых И.В., Коваленко В.Л. // Арх. пат. – 1998. – № 4. – С.71-74.
20. Эстрин И.М., Бурковская А.П. // Гр. хир. – 1962. – № 3. – С.89-91.
21. Asbestos death rate is still rising // Insulation. – 1995. – March. – P.10-11.
22. Bianchi C. et al. // Acta med. Croatia. – 2000. – N 4-5. – P.161-164.
23. Bonn D. // Lancet. – 1999. – N 9150. – P.383.
24. Dail D., Hammer S. Pulmonary pathology. – Berlin, 1988. – 1200p.
25. Damhuis R. et al. // Lancet. – 1995. – N 8959. – P.1233-1234.
26. Dunnigan J. // Am. J. Ind. Med. – 1988. – N 2. – P.205-209.
27. Effets sur la santé des principaux types d'exposition à l'amiante. – Paris, 1997. – 434p.
28. Hodgson J., Darnton A. // Ann. Occup. Hyg. – 2000. – N 8. – P.565-601.
29. Liddell F., McDonald A., McDonald J. // Ann. Occup. Hyg. – 1997. – N 1. – P.13-36.
30. Light R. // Europ. Resp. J. – 1997. – N 2. – P.476-481.
31. Luo S. et al. // Occup. Environ. Med. – 2003. – N 1. – P.35-42.
32. Morinaga K. et al. // Ind. Hlth. – 2001. – N 2. – P.65-74.
33. Takahashi K. et al. // J. Occup. Hlth. – 1999. – Vol. 41. – P.8-11.
34. The incidence of mesothelioma in Australia 1996 to 1998 // Australian mesothelioma register report. – Canberra, 2001. – 30p.

И.Г. Корнюшко, А.Л. Аждарьян,
В.В. Рычков, А.В. Слободенюк

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОТРЯДА СПЕЦИАЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТРОГОГО ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМА

Медицинская служба ПУрВО,
Уральская государственная медицинская академия

В современных условиях существенно изменился характер боевых действий войск, появилась угроза терроризма с применением биологического оружия. Для решения боевых и миротворческих задач военной доктриной РФ предусмотрено использование в локальных конфликтах и антитеррористических операциях воинских частей быстро реагирующего ограниченной численности. Медицинское обеспечение подобных военных операций требует особого подхода [1, 3] с использованием медицинского отряда

специального назначения (МОСН) с группами медицинского усиления.

Основной задачей МОСН является медицинское обеспечение боевых подвижных группировок, действующих в эпидемически неблагополучных районах [2]. Однако ряд вопросов по организации работы МОСН освещен в специальной литературе недостаточно.

Целью работы явилось проведение тактико-специального учения МОСН по изучению возможностей оказания квалифицированной медицинской помощи раненым и пораженным в условиях строгого противоэпидемического режима (СПЭР).

Материал и методы

Тактико-специальное учение проводилось в июле 2003 г в Адуйском учебном центре со 183 МОСН ПУрВО. Для усиления МОСН при оказании медицинской помощи в полном объеме раненым и пораженным использовали специализированные группы 354 ОВКГ.

Учитывая данные литературы [4] о том, что санитарные потери от биологического оружия (БО) могут составлять 0,3% от численности войск, был сделан расчет, что в войсковой части 00000 в ходе выполнения антитеррористической акции санитарные потери составили 60 чел, из которых с признаками холеры – 18 чел (30%), с комбинационными поражениями (холера и ранения) – 6 чел (10%), с ранениями и травмами, подвергшиеся риску заражения особо-опасными инфекциями (ООИ), но без клинических проявлений – 36 чел (60%).

Схема развертывания МОСН в условиях СПЭР, предложенная ГВМУ МО РФ, была изменена с учетом решаемых задач, возможностей отряда и ландшафта местности. В частности, было исключено развертывание противошоковой палатки для обожженных, предперевязочной и перевязочной для тяжело пораженных в каждом из развертываемых отделений.

При развертывании двух операционно-перевязочных блоков поток тяжело пораженных был переведен на операционно-реанимационный блок. Пораженных с ожогами, нуждавшихся в интенсивной терапии, размещали в противошоковой. Палатки, предназначенные для развертывания эвакуационных приемно-сортировочных отделений при обычном режиме работы МОСН, были использованы под палаты интенсивной терапии – диагностические и палаты для реконвалесцентов в обсервационном и изоляционном отделениях.

Результаты исследования и их обсуждение

Медицинский отряд был разделен на две зоны: строгого противоэпидемического режима и ограниченный. В зоне строгого режима были развернуты изоляционное и обсервационное отделения, разделенные между собой коридором шириной 40-50 м, в котором были расположены функциональные подразделения (два санитарных пропускника на базе ДДА-3 для обработки поступающих раненых и больных и работающего персонала, рентгеновский кабинет, бактериологическая и клиническая лаборатории).

По обе стороны разграничительного коридора и на границе зон развернуты передаточные пункты для обеспечения противоэпидемического режима ме-

жду коридором и отделениями, отделениями и зоной ограничения.

Въезд санитарного транспорта с пораженными на территорию отряда осуществляли через сортировочный пост, на котором проводили осмотр, сортировку и направление прибывающих в приемно-сортировочные палатки. В частности, раненых с признаками инфекционного заболевания направляли в палатки изоляционного отделения, без признаков инфекционного заболевания – в обсервационное отделение, а раненых с подозрением на инфекционное заболевание в момент поступления направляли в диагностические палатки.

Раненых с клинической формой холерного алгида и комы помещали в отдельные палатки для интенсивного лечения со стертой, легкой и средней по тяжести формами холеры и размещали в одной палатке.

Пострадавшим с комбинированными поражениями и с тяжелым клиническим течением ООИ оказывали неотложную хирургическую помощь. Продолжительность оперативных вмешательств при работе персонала в защитных костюмах 1-2 типа увеличивалась на 30-40%, а время, отведенное для оказания квалифицированной медицинской помощи, составляло 3-4 часа.

По условиям проводившегося учения поток пораженных хирургического профиля не был определяющим и профилирующим. Во входящем потоке преобладали инфекционные больные и лица, подвергшиеся риску заражения, нуждающиеся в наблюдении в диагностических палатах до лабораторного подтверждения диагноза. Учитывая, что маневр врачбно-сестринскими бригадами внутри МОСН между отделениями невозможен, а оказание всех видов помощи в полном объеме необходимо проводить, то до определения исхода для пострадавших с комбинированными поражениями в обсервационном и изоляционном отделениях были предусмотрены равноценные по мощности операционный и реанимационный блоки.

В ходе проведения учения было установлено, что применение биологического оружия существенно изменит структуру санитарных потерь в сторону увеличения доли пострадавших терапевтического профиля. При комбинированных поражениях доля тяжело пострадавших будет резко возрастать и продолжительность их лечения увеличится на 25-30%.

В ходе учения был проведен хронометраж времени, затраченного на оказание квалифицированной медицинской помощи пораженным БО. Необходимость дополнительной санитарной обработки пострадавших, увеличение доли тяжело пострадавших с комбинированными поражениями, оказание помощи в защитном костюме и сокращение продолжительности рабочего дня персонала при работе в условиях СПЭР существенно влияли на увеличение времени по оказанию помощи пораженным.

Снижалась и возможность оказания хирургической помощи. По опыту медицинского обеспечения войск в вооруженных конфликтах, медицинская помощь раненым и больным должна оказываться не

позднее 3-4 часов с момента ранения или заболевания [4].

В условиях СПЭР личный состав МОСН это условие выполнить не в состоянии без дополнительного выделения специализированных групп медицинского усиления госпиталем-формирователем. Для решения поставленных задач по оказанию медицинской помощи в полном объеме пострадавшим с комбинированными поражениями МОСН был усилен за счет 354 ОВКГ тремя врачебными хирургическими группами (4 врача, 6 операционных сестер), анестезиологической группой (2 врача, 2 медсестры), инфекционной группой (1 врач, 6 медсестер).

Для выполнения комплекса мероприятий в условиях СПЭР было выделено МОСНу от 1026 ЦГСЭН санитарно-эпидемиологическое отделение в составе трех врачей (эпидемиолога, гигиениста и бактериолога) и двух лаборантов. Для оборудования санитарного пропускника для личного состава, работающего в зоне строгого режима, был выделен дополнительно автомобиль ДДА-3 с водителем-электриком и оператором-дезинфектором.

Таким образом, проведенное учение показало, что медицинская служба ПУрВО обладает достаточными силами и средствами для оказания квалифицированной медицинской помощи в условиях применения противником БО, биотерроризма и при заносе в воинские коллективы опасных для жизни возбудителей инфекционных заболеваний.

Выводы

1. МОСН как этап медицинской эвакуации в условиях СПЭР способен выполнить задачи по оказанию квалифицированной медицинской помощи при применении БО. Для оказания медицинской помощи в полном объеме требуется усиление отряда медицинскими группами за счет госпиталя-формирователя и ЦГСЭН.

2. В мирное время необходимо в плановом порядке выделить из состава госпиталя-формирователя и ЦГСЭН специализированные (хирургические, инфекционные, анестезиологические, терапевтические, санитарно-противоэпидемические) группы медицинского усиления.

3. Для совершенствования теоретической подготовки и отработки практических умений личным составом МОСН и специализированными группами медицинского усиления в условиях СПЭР предусмотреть выделение учебных часов по данной тематике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чиж И.М. Организационные принципы военного здравоохранения Российской Федерации (основные положения современной военно-медицинской доктрины) // Воен. мед. журн. – 2001. – Т.322, №12. – С.4-12.
2. Чиж И.М. О состоянии и перспективах развития медицинского обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации // Воен. мед. журн. – 2002. – Т.323, №7. – С.4-10.

3. Чиж И.М. Итоги деятельности и задач медицинской службы Вооруженных Сил РФ // Воен. мед. журн. – 2003. – Т.324, №1. – С.4-9.
4. Шелепов А.М., Корнюшко И.Г. Медицинское обеспечение войск в вооруженных конфликтах. – СПб: ВМА, 2003. – 137с.

Н.Б.Крохина, С.Л.Соколова, Д.Б.Тюкачев

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НАРКОТИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Наркомания и связанные с ней социальные, демографические, медицинские проблемы привлекают пристальное внимание ученых, политиков, врачей и широкой общественности. По данным ВОЗ около трети населения Земли в возрасте от 15 до 40 лет страдают наркоманией. В России расчетная численность больных наркоманией составляет 220 тысяч. Имеющиеся в современной литературе данные о морфо-функциональных изменениях в органах при употреблении наркотических веществ не систематизированы, нередко противоречивы [Шерстюк Б.В., Пиголкин Ю.И., 1999; Солодун Ю.В. и соавт., 2000].

Влияние наркотических веществ на органы эндокринной системы описаны в небольшом количестве научных исследований. Рядом авторов выделяется синдром полиэндокринопатии, клинически характеризующийся признаками дисфункции желез внутренней секреции [Баранов М.Я. и соавт., 1999]. Морфологическое исследование в данной ситуации направлено на выявление признаков хронической наркотической интоксикации (ХНИ), а применение морфометрического метода позволяет объективизировать функциональное состояние органа.

Целью настоящей работы явилась оценка морфо-функционального состояния щитовидной железы при ХНИ в сочетании с алкоголем по аутопсийному материалу. Исследования проводились совместно с кафедрой судебной медицины УГМА. Материалом исследования являлись фрагменты щитовидной железы от 12 человек, умерших в возрасте от 18 до 25 лет. По заключениям судебно-медицинской экспертизы аутопаты разделены на 2 группы:

- I группа – случаи острого отравления морфином в сочетании с алкоголем с признаками ХНИ (n = 7)
- II группа – случаи смерти в результате травм без признаков ХНИ – механическая травма (n = 5)

Для изучения морфологических изменений фрагменты тканей фиксировались в 10% нейтральном формалине, затем заливались в парафин, производились срезы толщиной 4-5 мкм, которые окрашивались гематоксилином и эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону.

Морфометрическое исследование включало в себя оценку следующих показателей: измерение размеров фолликулов, измерение высоты фолликулярного эпителия с помощью окуляр-микрометра МОВ-1-16х в 15 полях зрения при увеличении микроскопа

x100. Определяли индекс накопления коллоида по методу Г.Г.Автандилова (1984), рассчитываемый как отношение среднего диаметра фолликула к удвоенной высоте фолликулярного эпителия. Рассчитывали среднюю величину показателя в группе (M), стандартную ошибку средней величины (m). Достоверность отличий показателя между группами оценивали с помощью t-критерия Стьюдента. Для обработки полученных данных использовали стандартный пакет программ «Statistica», Excell.

Средний индекс накопления коллоида в щитовидной железе составил в основной группе $22,0 \pm 1,8$, в контрольной группе – $18,9 \pm 0,45$. При сопоставлении полученных данных выявлено увеличение показателя при ХНИ на 16,4% ($p < 0,05$) по сравнению с умершими от механической травмы.

При морфологическом анализе щитовидной железы у лиц, умерших от ХНИ, выявлены признаки нарушения кровообращения, очаговая деструкция фолликулярного эпителия, в некоторых фолликулах – внутрифолликулярные разрастания эпителия и вакуолизация коллоида. Обнаруженные изменения демонстрировали хроническое повреждающее воздействие на структуру щитовидной железы. Индекс накопления коллоида в фолликулах является надежным критерием оценки функционального состояния железы [Автандилов Г.Г., 1984], увеличение данного показателя свидетельствовало о повышении функциональной активности этого эндокринного органа.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено повышение морфо-функциональной активности щитовидной железы при ХНИ, что может быть следствием хронического стрессорного воздействия наркотических веществ на нейроэндокринную систему организма и являться отражением ее дисфункции. При этом морфометрический метод значительно расширяет возможности морфологической оценки состояния щитовидной железы в данных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Проблемы патогенеза и патолого-анатомической диагностики болезней в аспектах морфометрии. М.: Медицина, 1984, с.354.
2. Баранов М.Я., Богомолов Д.В., Пиголкин Ю.И. и др. Полиэндокринопатия при хронической наркотической интоксикации // Судебно-медицинская экспертиза, 1999, №6, С. 16-19.
3. Солодун Ю.В., Зобнин Е.С., Лелюх Т.Д. и др. Клинико-морфологические аспекты при опийной наркомании // Интенсивная терапия неотложных состояний (Материалы науч.-практ. конф.) Екатеринбург. Изд-во УрГУ, 2000, С. 3-5.
4. Шерстюк Б.В., Пиголкин Ю.И. Актуальные проблемы морфологической диагностики соматических нарушений при наркомании // Судебно-медицинская экспертиза, 1999, №2, С.29-32.