

Заключение

Установлено, что совместное использование кандесартана в дозе 1,5 мкг/мл и ресвератрола в дозе 50 мкг/мл увеличивает количество стволовых клеток CD117+ *in vitro*. Комбинация кандесартана в дозе 1,5 мкг/мл и ресвератрола в дозах 10 мкг/мл и 50 мкг/мл снижает число апоптотических клеток. Сочетанное применение кандесартана и ресвератрола также оказывает влияние на пролиферативные процессы, протекающие в культуре клеток. Установлено, что выбранные субстанции в различных дозировках и комбинациях увеличивают число клеток с CD117+ в костном мозге и периферической крови мышей линии Valb/C. Выявлено, что изнурительные физические нагрузки ведут к угнетению процессов пролиферации и накоплению клеток с повреждениями ДНК в крови животных. Введение кандесартана цилексетила и ресвератрола восстанавливает исследуемые параметры, что свидетельствует о протекторных свойствах выбранных субстанций. Также показано, что комбинация кандесартана цилексетила и ресвератрола является малотоксичной.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Литвинчук, С. Глобальное бремя артериальной гипертензии. Мировая статистика / С. Литвинчук // *Medicine Review*. — 2009. — № 4. — С. 6–11.

2. Finegold, J. A. Mortality from ischaemic heart disease by country, region, and age: Statistic from World Health Organization and United Nationals / J. A. Finegold, P. Asaria, D. P. Francis // *Int J Cardiol*. — 2013. — Vol. 168, № 2. — P. 934–945.

3. Newcomer, J. W. Antipsychotic medications: metabolic and cardiovascular risk / J. W. Newcomer // *J. Clinical Psychiatry*. — 2007. — Vol. 68, № 4. — P. 8–13.

4. Endogenous bioactive peptides as potential biomarkers for atherosclerotic coronary heart disease / T. Watanabe [et al.] // *Sensors*. — 2012. — Vol. 12, № 4. — P. 4974–4985.

5. Nickens, M. A. Cardiovascular disease in pregnancy / M. A. Nickens, R. C. Long, S. A. Geraci // *South Med J*. — 2013. — Vol. 106, № 11. — P. 624–630.

6. 19 апреля — День профилактики болезней сердца [Электронный ресурс]. — 2012. — Режим доступа: www.28gp.by/index.php?page=edz12_hd. — Дата доступа: 26.01.2013.

7. De Rosa, M. L. Candesartan improves maximal exercise capacity in hypertensives: results of a randomized placebo-controlled crossover trial / M. L. De Rosa, M. Chiariello // *J Clin Hypertens*. — 2009. — Vol. 11, № 4. — P. 192–200.

8. Possible mechanism for the anemia induced by candesartan cilexetil (TCV-116), an angiotensin II receptor antagonist, in rats / I. Naeshiro [et al.] // *Eur J Pharmacol*. — 1998. — Vol. 354, № 2/3. — P. 179–187.

9. Ресвератрол — ресвератрол для сердца [Электронный ресурс]. — 2010. — Режим доступа: http://uvenal.ucoz.ru/index/resveratrol_dlja_serdca/0-17. — Дата доступа: 16.10.2012.

10. Cancer chemopreventive activity of resveratrol, a natural product derived from grapes / M. Jang [et al.] // *Science*. — 1997. — Vol. 275, № 5297. — P. 218–220.

11. Dietary supplementation with resveratrol reduces plaque pathology in a transgenic model of Alzheimer's disease / S. Karuppagounder [et al.] // *Neurochem. Int*. — 2009. — Vol. 54, № 2. — P. 111–118.

12. Wu, J. M. Cardioprotection by resveratrol: a review of effects/targets in cultured cells and animal tissues / J. M. Wu, Tze-chen Hsieh, Z. Wang // *Am J Cardiovasc Dis*. — 2011. — Vol. 1, № 1. — P. 38–47.

Поступила 10.11.2014

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ГИГИЕНА

УДК 614.2 : 355.233/.237

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ

С. А. Анашкина

Гомельский государственный медицинский университет

Современный облик Вооруженных Сил требует изменения структуры медицинской службы. Штат медицинского пункта воинской части должен включать не менее четырех работников с медицинским образованием, руководить медицинским пунктом должен офицер медицинской службы. Отсутствие лазаретов делает невозможным лечение острых заболеваний на ранних стадиях и приведет к нарушениям эпидемического благополучия.

Ключевые слова: медицинская служба, лазарет, заболеваемость, медицинский персонал.

WAYS TO IMPROVE MEDICAL PROVISION FOR NATIONAL SERVICEMEN

S. A. Anashkina

Gomel State Medical University

The modern image of the Armed Forces demands a change in the structure of the medical service. The staff of a medical station of a military unit must include at least four medical specialists; and the medical station must be managed by an officer of the medical service. The lack of infirmaries makes it impossible to treat for acute illnesses at the early stages and will lead to poor epidemic well-being.

Key words: medical service, infirmary, sickness rate, medical personnel.

Формирование нового облика Вооруженных Сил страны в соответствии с характеристиками современных вооруженных конфликтов требует изменения структуры военно-медицинских частей, подразделений и военно-медицинской службы в целом. Развитие лечебно-эвакуационного обеспечения в мирное время идет в направлении сближения военно-медицинских подразделений и частей с учреждениями здравоохранения в целях обеспечения оказания специализированной помощи всем категориям военнослужащих. Тенденция развития современных вооруженных конфликтов по сценарию «мятежевойны» с последующим применением воинских формирований для урегулирования спорных вопросов и территориального передела подтверждена в последнее время на примере Украины [1]. В этих условиях в вооруженный конфликт вовлечено до 90 % территории государства, создавая тем самым сложнейшие условия для функционирования системы здравоохранения, управления ею и постоянную угрозу агрессии незаконных военизированных формирований против учреждений здравоохранения. Организационно-штатная структура медицинской службы должна обеспечивать выполнение основных задач, решаемых в мирное время, и иметь экономическую и организаторскую поддержку со стороны учреждений здравоохранения республики. В связи с оптимизацией структуры военно-медицинских подразделений и организаций значительная часть лечебно-профилактической деятельности возлагается на государственные учреждения здравоохранения, что потребует внесения изменений и дополнений в нормативные документы Министерства здравоохранения и Министерства обороны Республики Беларусь. В настоящее время подходы к лечению ряда острых заболеваний у военнослужащих срочной службы и их медицинской реабилитации отличаются от таковых в гражданском здравоохранении. Соответственно, потребуются дополнения протоколов лечения ряда заболеваний, а также некоторое увеличение финансирования лечебных учреждениях государственной системы здравоохранения из расчета на одну больничную койку.

В целом организационно-штатная структура военно-медицинских подразделений воинских частей должна соответствовать объему решаемых задач.

Основные задачи медицинской службы в мирное время утверждены и введены в действие нормативно-правовыми актами Министерства обороны [2]. Перечень основных мероприятий включает задачи, выполняемые ежедневно и периодически возникающие, связанные с обеспечением боевой подготовки войск и других мероприятий. К основным мероприятиям повседневной жизнедеятельности медицинской службы относятся:

- поддержание боевой и мобилизационной готовности;
- планирование деятельности медицинской службы;
- медицинский учет и отчетность;
- медицинское обеспечение боевой подготовки подразделений части;
- организация и проведение амбулаторного и стационарного лечения военнослужащих;
- выполнение постоянного медицинского наблюдения за состоянием здоровья, выявление факторов, способствующих повышению заболеваемости военнослужащих;
- осуществление медицинского контроля за условиями жизнедеятельности и труда военнослужащих, выполнением санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований;
- организация обеспечения медицинским имуществом и техникой;
- проведение мероприятий по укреплению здоровья, пропаганде здорового образа жизни.

К дополнительным мероприятиям, необходимость проведения которых возникает в различные периоды жизнедеятельности медицинской службы, относятся:

- медицинское обеспечение учений, спортивных и других мероприятий;
- обеспечение приема молодого пополнения в части;
- организация и проведение крупных лечебно-профилактических мероприятий (диспансеризация, углубленное медицинское обследование, плановая и внеплановая иммунизация).

Обеспечение выполнения перечисленных ежедневных мероприятий требует осуществления дежурств среднего медицинского персонала в дневное время длительностью не менее 12 часов. При расчете суммированного рабочего времени в течение месяца — в среднем 168 часов, с учетом выполнения обязанностей в выходные и праздничные дни становится необходимым введение 3-х ставок среднего медицинского персонала медицинского пункта.

В то же время Инструкция о порядке медицинского обеспечения Вооруженных Сил и транспортных войск Республики Беларусь, общевойсковые уставы и другие нормативные документы наделяют медицинских работников воинских подразделений рядом других обязанностей, связанных с нахождением вне расположения воинской части, на объектах боевой подготовки, по обеспечению занятий боевой подготовки, проведению занятий по военно-медицинской подготовке, предусматривающих выполнение служебных обязанностей круглосуточно. Средний медицинский персонал подразделений будет выполнять специальные обязанности непосредственно в подразделении, направленные на сохранение и укрепление здоровья военнослужащих, предупреждение травматизма.

Выполнение периодически возникающих вопросов медицинского обеспечения, таких как консультации военнослужащих срочной службы у врачей-специалистов, проведение занятий с медицинским персоналом воинских подразделений, проведение диспансеризации, участие в мероприятиях мобилизационной подготовки, ведение медицинского планирования, учета и отчетности требует выделение ставки медицинского работника с высшим образованием (офицер медицинской службы). Учебные планы подготовки врачей предусматривают изучение общенаучных и специальных медицинских дисциплин, формирующих практические умения и навыки, подкрепленные теоретическими знаниями.

Требования законодательства страны, сложность и значительность мероприятий организации медицинского обеспечения военнослужащих делают необходимым руководство медицинской службой части (медицинским пунктом) специалистом с высшим медицинским образованием.

Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» гарантирует оказание медицинской помощи всем гражданам страны в государственных организациях здравоохранения, в том числе ведомственных [3]. Выделяют первичную медицинскую помощь и специализированную. Первичная медицинская помощь — основной вид оказания медицинской помощи при наличии у пациента наиболее распространенных заболеваний, в том числе травм, отравлений и других неотложных состояний, включающий также проведение иных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациента. Современная тенденция организации здравоохранения в нашей стране предусматривает приближение врачебной помощи к населению, для чего широкое распространение получают врачебные амбулатории в сельской местности и кабинеты амбулаторного приема, помощники врача в городах.

В соответствии с Законом «О здравоохранении» медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в случае, если пациенту не требуется постоянное круглосуточное медицинское наблюдение, а в стационарных — если ему необходимо постоянное круглосуточное медицинское наблюдение и интенсивное лечение. Функционирование дневных стационаров на поликлиническом уровне значительно снижает нагрузку на стационары в случаях нуждаемости пациентов в курсовом лечении без постоянного круглосуточного медицинского наблюдения. Тем самым снижаются финансовые и материальные затраты здравоохранения на обеспечение стационарной помощи населению.

В условиях реформирования медицинской службы Вооруженных Сил и совершенствования медицинского обеспечения боевой подго-

товки и жизнедеятельности войск рядом авторов разработаны варианты изменения штатов медицинской службы воинских частей и военно-медицинских подразделений [4, 5]. Так, исследуя проблему обоснованности наличия лазарета в составе медицинского пункта, авторы предлагают исключить его в частях с общей численностью до 500 военнослужащих [4].

При анализе данных Министерства здравоохранения Республики Беларусь по заболеваемости населения становится очевидным ее рост по классам болезней органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки, инфекционных и паразитарных болезней. Особое внимание у военных врачей к болезням класса инфекционных и паразитарных, в частности, гриппу и острым респираторным инфекциям верхних дыхательных путей (ОРИВДП); класса болезней органов дыхания — пневмонии и бронхиту. Самые распространенные заболевания — грипп и ОРИВДП в соответствии с общепринятыми стандартами лечатся в амбулаторных условиях и только в случаях тяжелого или осложненного сопутствующей патологией течения — в стационаре. Военнослужащие срочной службы, проживающие в расположении казармы, заболевшие простудными заболеваниями, являются эпидемиологически опасными для окружающих. В соответствии с требованиями военной эпидемиологии они подлежат немедленной изоляции от остального коллектива во избежание массового заражения военнослужащих. В случае одновременного выявления 3–5 заболевших проводится эпидемиологическое расследование, издается приказ по части о введении плана эпидемиологических мероприятий и включении в воинской части ограничительного режима. При отсутствии лазарета все заболевшие останутся в казарме и продолжат контактировать с военнослужащими подразделения, так как, в соответствии с протоколами и рекомендациями Министерства здравоохранения, больные с диагнозом ОРИВДП или грипп находятся на амбулаторном лечении. Открывать изолятор по эпидемиологическим показаниям в части с малым количеством заболевших не рационально. В данном случае ухудшается эпидемическое состояние части, создаются условия для распространения инфекционного заболевания среди военнослужащих (высокая скученность проживающих в казарме, постоянный тесный контакт, невыполнение противоэпидемических мероприятий в полном объеме). Выполнение этих мероприятий контролируется организациями, осуществляющими надзор за санитарным благополучием и за соблюдением законности в Вооруженных Силах (прокуратура и государственная санитарно-эпидемиологическая служба). Учитывая сведения о заболеваемости населения

республики инфекциями гриппа и ОРВИ/ДП, несложно подсчитать, что в воинской части общей численностью 500 человек количество заболевших этими инфекциями составит 187 (37,4 %) случаев, а заболеваниями органов дыхания — 133 (26,6 %) случая. Следовательно, самыми распространенными заболеваниями (грипп, простудные и острые заболевания органов дыхания) переболеет 64 % военнослужащих части.

Во всех воинских частях Вооруженных Сил Республики Беларусь понятие «заболеваемость» тесно связано с понятием «готовность части к выполнению задач по предназначению», а в военное время — «боеготовность». В случае повышения в воинских частях режимов боевой готовности военнослужащие, находящиеся на лечении в лазарете медицинского пункта, подвергаются медицинской сортировке по признаку сохранения или временной утраты способности выполнять свои обязанности по предназначению (боеготовности). В ходе сортировки пациенты, находящиеся в стадии выздоровления, легкого течения острого заболевания с незначительными изменениями функции систем организма, в течение периода медицинской реабилитации признаются способными выполнять свои служебные обязанности и выписываются в подразделение под наблюдение штатного медицинского персонала. Пациенты с острыми заболеваниями, сопровождающимися выраженными изменениями функции систем организма, подлежат переводу для дальнейшего лечения в лазареты других воинских частей или лечебно-профилактические учреждения Министерства здравоохранения, располагающиеся в непосредственной близости от воинской части. В случае лечения всех заболевших вне пределов части возрастает отрыв военнослужащих от участия в мероприятиях боевой подготовки, не выполняется должным образом один из основных принципов системы лечебно-эвакуационного обеспечения. В военное время этот принцип предполагает лечение раненых и больных в войсковом районе, то есть поддержание тесных связей пациента с сослуживцами, его готовности продолжить по выздоровлению выполнение своих обязанностей, сохранение морального и боевого духа у военнослужащих. В мирное время лечение в лазарете части обеспечивает возможность продолжения обучения военнослужащего его специальности путем самостоятельной подготовки, командир подразделения может контролировать ход этого процесса, сослуживцы поддерживают в нем чувство участия в жизни воинского коллектива, сохраняется стремление военнослужащего продолжать военную службу по выздоровлению. В лечебном учреждении Министерства здравоохранения большую часть времени во-

еннослужащие предоставлены сами себе, они активно контактируют с пациентами, зачастую имеющими убеждения и морально-нравственные установки достаточно невысокого уровня, поддерживающими желание нарушать требования воинских уставов. В целом процесс подготовки и воспитания военнослужащих прерывается, что снижает мотивацию продолжать военную службу. В то же время невозможно выписать пациента из лечебного учреждения в нарушение протоколов и планов лечения в связи с введением высших степеней боевой готовности в части. В отличие от лазаретов больницы подчинены другому ведомству и не имеют оснований для нарушения планов лечения, так как несут ответственность за исход заболевания у своих пациентов, не руководствуясь задачами поддержания высокой боевой готовности и способности выполнить задачи по предназначению. При этом возникает проблема быстрого возвращения из лечебных учреждений военнослужащих, сохранивших боеготовность, что, в свою очередь, оказывает серьезное влияние на боеготовность всей части (только простудными и другими острыми заболеваниями легких переболеет 64 % личного состава). Возникает логическая связь между структурой медицинского пункта, наличием в нем лазарета и состоянием национальной безопасности Республики Беларусь в военной сфере.

Второй значимой проблемой выполнения лечебно-профилактических мероприятий у военнослужащих срочной службы является согласование сроков стационарного лечения по ряду заболеваний с лечебными учреждениями системы здравоохранения республики. По данным Министерства здравоохранения, средняя длительность лечения взрослого населения в стационаре по поводу острой пневмонии составляет 13,1 дня. После этого пациент переводится на амбулаторное лечение на весь период медицинской реабилитации и является временно нетрудоспособным. В условиях поликлиники он проходит восстановительное лечение в виде физиотерапевтических процедур, медикаментозного способа повышения иммунологической активности организма, дома выдерживает условия режима повышенного питания и повышенного температурного режима в помещении. Военнослужащие срочной службы, страдающие этим серьезным воспалительным заболеванием, в настоящее время проходят период лечения и раннюю реабилитацию в условиях стационара в медицинских ротах или госпиталях общей продолжительностью 30 суток. После этого они направляются в лазарет части на реабилитацию под динамическое наблюдение врачей еще на 15 суток. Многолетний опыт подтверждает обоснованность лече-

ния и реабилитации пневмоний у военнослужащих срочной службы подобным образом. В течение 45 суток от начала заболевания система органов дыхания у большинства заболевших восстанавливает свою функцию, иммунная система в состоянии компенсировать влияние на организм других неблагоприятных физических факторов окружающей среды или воздействие других инфекционных агентов. В дальнейшем в течение длительного периода перенесшие пневмонию находятся под динамическим наблюдением врача части. В условиях отсутствия в части лазарета военнослужащие возвращаются из лечебных учреждений после перенесенной пневмонии без реабилитации. Возникает непонимание по вопросу проведения реабилитационных мероприятий, отказ от которых у военнослужащих срочной службы, с учетом особенностей военной службы, чреват затяжным течением восстановительного периода или развитием осложнений.

Особенностью оказания медицинской помощи военнослужащим в амбулаторных условиях является отсутствие возможности полного освобождения от службы. В соответствии с Уставом внутренней службы, Инструкцией о порядке медицинского обеспечения Вооруженных Сил и транспортных войск Республики Беларусь медицинский работник в ходе амбулаторного приема устанавливает диагноз военнослужащему, назначает лечение и делает заключение в книге записи больных подразделения о нуждаемости в освобождении от исполнения служебных обязанностей на 3–5 суток. Это значит, что военнослужащий в течение указанного времени не должен привлекаться к занятиям по боевой подготовке или другим работам, не должен направляться в командировки, нести службу в наряде или карауле. Такое решение не освобождает его от утренней зарядки (по усмотрению командира), общих построений личного состава и участия в собраниях и других массовых мероприятиях. Заключение медицинского работника утверждается командиром подразделения или старшиной, но может и отклоняться, исходя из важности предстоящих мероприятий.

Военнослужащие с катаральными проявлениями простудных заболеваний, субфебрильной температурой, другими острыми заболеваниями легкой и средней степени течения, без осложнений не подлежат поступлению на стационарное лечение в лечебные учреждения Министерства здравоохранения на основании клинических протоколов или методов оказания медицинской помощи, а остаются в подразделениях воинской части. Тем самым создаются предпосылки для распространения за-

разных заболеваний среди личного состава, утяжеляется течение заболевания, удлиняются сроки лечения и возрастают финансовые затраты на лечение одного заболевшего. Избежать этого можно при наличии в штате медицинского пункта части лазарета с возможностью стационарного лечения военнослужащих срочной службы с острыми заболеваниями или обострениями хронических в легкой степени течения, не требующих интенсивного лечения и диагностических манипуляций. Другой путь предусматривает внесение изменений в нормативные документы Министерства обороны и Министерства здравоохранения, предусматривающие раннее направление на стационарное лечение военнослужащих срочной службы в лечебные учреждения Министерства здравоохранения и нахождение их там в течение всего периода медицинской реабилитации, что повлечет увеличение финансовых и материальных затрат из расчета на одну койку в стационаре.

Заключение

Штат медицинского пункта воинской части должен включать не менее четырех работников с медицинским образованием, руководить медицинским пунктом должен офицер медицинской службы. При наличии лазарета и осуществлении круглосуточного наблюдения за пациентами количество среднего медицинского персонала должно увеличиваться. Отсутствие лазаретов в большинстве частей делает невозможным результативное лечение острых заболеваний на ранних стадиях и приведет к нарушениям эпидемического благополучия и повышению заболеваемости среди военнослужащих срочной службы. Лечение военнослужащих в учреждениях здравоохранения требуют увеличения финансирования из расчета на одну больничную койку. В связи с этим необходимо определить возможные места для медицинской реабилитации военнослужащих срочной службы и внести изменения в протоколы оказания медицинской помощи и лечения ряда заболеваний.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Жадобин, Ю. В. Армия белорусского народа / Ю. В. Жадобин // Армия — 2013. — № 1. — С. 2–13.
2. Инструкция о порядке медицинского обеспечения Вооруженных Сил и транспортных войск Республики Беларусь // Приказ Министерства обороны Республики Беларусь от 15.03.2004 № 10 с изм. и доп. — Минск, 2004. — 336 с.
3. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 20 июня 2008 г. № 363-З.
4. Евхута, Д. В. О повышении эффективности деятельности медицинской службы Вооруженных Сил и оптимизации организационно-штатной структуры военных медицинских организаций и подразделений / В. Б. Лишаков, А. Л. Стринкевич, Д. В. Евхута // Военная медицина. — 2014. — № 1. — С. 2–7.
5. Евхута, Д. В. О совершенствовании структуры медицинской службы Вооруженных Сил / В. Б. Лишаков, Д. В. Евхута // Военная медицина. — 2013. — № 2. — С. 2–7.