

случаях $p > 0,05$). Аналогично отсутствовали взаимосвязи между этими морфологическими параметрами и Rin_{min} (во всех случаях также $p > 0,05$). Зато обнаружена прямая корреляционная связь между показателем Rin_{max} и уровнем инвазии по Кларку ($R = 0,33$, $p = 0,02$), а также толщиной опухоли по Breslow ($R = 0,38$, $p = 0,01$). Однако взаимосвязь между Rin_{max} и выраженностью вторичных изменений, а также перитуморозной лимфогистиоцитарной инфильтрацией, отсутствовала.

Тест Манна–Уитни не показал статистически значимых различий средних значений всех трех морфометрических показателей в группах меланом со слабовыраженной перитуморозной инфильтрацией и меланом с умеренно (резко) выраженной инфильтрацией (во всех случаях $p > 0,05$). Аналогичная картина получена и при группировке меланом по наличию (отсутствию) вторичных изменений.

При перегруппировке меланом по толщине на 2 группы (в 1-й группе — меланомы pT1 и pT2 стадий, а во второй группе — pT3 и pT4 стадий) найдено статистически значимое различие между 1-й и 2-й группами средних значений показателя Rin_{max} : в группе «тонких» меланом среднее значение данного показателя ниже, чем в группе «толстых» опухолей (тест Манна–Уитни, $U = 33$, $p = 0,002$). Среднее значение Rin_{max} в 1-й группе составило 98 (39) пкс, а во 2-й — 175 (62) пкс.

Также найдено статистически значимое различие в средних значениях показателя Rin_{max} в группе узловых меланом, а также в группе меланом поверхностно распространяющегося и злокачественного лентигинозного типов (тест Манна–Уитни, $U = 98$, $p = 0,004$). В узловых меланомах среднее значение показателя Rin_{max} составило 180 (65) пкс, а в группе меланом поверхностно распространяющегося и злокачественного лентигинозного типов — 120 (43) пкс.

Для показателей Rin_{min} и Rin подобных связей не выявлено.

Выводы

Межъядерное расстояние в меланомах кожи может варьировать в очень широких пределах, достигая более чем 4-х кратной разницы в значениях среднего расстояния между центрами клеточных ядер в различных опухолях. Взаимосвязи минимального и среднего расстояния между клеточными ядрами с основными морфологическими параметрами меланомы кожи отсутствуют, однако обнаружены статистически значимые связи максимального межъядерного расстояния с толщиной опухоли, измеряемой по Breslow, и стадией инвазивного роста по Кларку. С возрастанием толщины меланомы, а также по мере прорастания опухолью слоев кожи, максимально возможное расстояние между ядрами ее клеток становится больше.

Узловые меланомы демонстрируют большие значения максимального межъядерного расстояния, чем меланомы поверхностно распространяющегося и злокачественного лентигинозного типов.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization Classification of Tumours / Ph. E. LeBoit [et al.] // Pathology & Genetics Skin Tumours. IARC press.. — Lyon, 2006. — P. 51.

УДК 614.2:355.233/.237

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Анашкина С. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Формирование нового облика Вооруженных сил страны в соответствии с характеристиками современных вооруженных конфликтов требует изменения структуры воен-

но-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 территории 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.

Целью

Выработка оптимального соотношения организационно-штатной структуры военно-медицинских подразделений объему решаемых задач.

Метод исследования

Сопоставление качественного содержания и объема проводимых мероприятий штатной структуре и возможностям медицинских подразделений.

Результаты исследования и обсуждение

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; медицинское обеспечение боевой подготовки подразделений части; планирование деятельности медицинской службы; медицинский учет и отчетность; 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, выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований; организация обеспечения медицинским имуществом и техникой; проведение мероприятий по укреплению здоровья, пропаганде здорового образа жизни, санитарно-просветительская работа. К мероприятиям, возникающим в различные периоды жизнедеятельности, 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 введения дежурств среднего медицинского персонала в дневное время длительностью не менее 12 часов. При расчете суммированного рабочего времени в течение месяца, в среднем 168 часов, учетом дежурств в выходные и праздничные дни, становится необходимым введение 3 ставок среднего медицинского персонала медицинского пункта.

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 ме-

дицинского 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]. 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. 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 подготовки и жизнедеятельности войск, ряд авторов предлагают варианты изменения штатов медицинской службы воинских частей и военно-медицинских подразделений [4, 5]. Исследуя проблему обоснованности наличия лазарета в составе медицинского пункта, они предлагают исключить его в частях с общей численностью до 500 военнослужащих [4].

Анализируя заболеваемость населения страны по данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, становится очевидным рост заболеваемости по классам болезней органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки, инфекционных и паразитарных болезней. Особый интерес у военных врачей вызывают болезни класса инфекционных и паразитарных болезней, в частности грипп и острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей (ОРИ ВДП), класса болезней органов дыхания, в частности пневмония и бронхит. Самые распространенные заболевания грипп и ОРИ ВДП, 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 остальных военнослужащих. В случае одновременного выявления 3–5 заболевших проводится эпидемиологическое расследование, издается приказ по части о введении плана эпидемиологических мероприятий и включения в воинской части ограничительного режима. При отсутствии лазарета все заболевшие останутся в казарме и продолжат контактировать с военнослужащими подразделения.

Особенностью оказания медицинской помощи военнослужащим в амбулаторных условиях является отсутствие возможности полного освобождения от службы. В соответствии с нормативными документами, медицинский работник в ходе амбулаторного приема устанавливает диагноз нуждающемуся военнослужащему, назначает лечение и делает заключение в книге записи больных подразделения о нужде 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. Создаются предпосылки для распространения заразных 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 части медицинского пункта — 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, что повлечет увеличение финансовых и материальных затрат из расчета на одну койку в стационаре. Учитывая сведения о заболеваемости населения Республики Беларусь инфекциями гриппа и ОРВИ ВДП, несложно подсчитать, что в воинской части общей численностью 500 человек количество заболевших этими инфекциями составит 187 (37,4 %), а заболеваниями органов дыхания — 133 (26,6 %) человека.

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 лечения 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 воздействие на организм других неблагоприятных физических факторов окружающей среды или воздействие других инфекционных агентов. В дальнейшем, перенесшие пневмонию в течение длительного периода 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.

Выводы

Штат медицинского пункта воинской части должен включать не менее четырех работников с медицинским образованием, руководить медицинским пунктом должен офицер медицинской службы. Отсутствие лазаретов в большинстве частей делает невозможным осуществлять результативное лечение острых заболеваний на ранних стадиях и приводит к нарушениям эпидемического благополучия. В связи с этим, необходимо определить возможные места для медицинской реабилитации военнослужащих срочной службы и внести изменения в протоколы оказания медицинской помощи и лечения заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

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.

УДК 616.98:578.828НIV-053.2

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ БЫСТРОГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Анищенко Е. В., Красавцев Е. Л.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

У детей ВИЧ-инфекция прогрессирует быстрее, чем у взрослых и скорость прогрессирования у них различна [1]. У младших детей, инфицированных перинатально, ВИЧ-инфекция протекает тяжелее и стремительнее. По данным литературы, при отсутствии профилактического лечения в 14 % у этих детей диагностируется СПИД в течение 1-го года их жизни, в 11–12 % диагноз СПИД устанавливается в каждый последующий год, а к 4-му году жизни у половины инфицированных детей устанавливается диагноз конечной фазы болезни — СПИД [2]. По мнению других авторов, у 72–80 % детей отмечается медленно прогрессирующее течение заболевания — средний возраст развития СПИДа — 6,7 лет. У этих детей достаточно медленно прогрессируют нарушения в иммунной системе, в связи с чем, тяжелые оппортунистические инфекции, злокачественные опухоли и полиорганная патология развиваются в поздние сроки после инфицирования ВИЧ.

Быстро прогрессирующее течение развивается у 20–28 % детей. Это дети, инфицированные ВИЧ, как правило, в антенатальном периоде, у которых глубокая иммуносупрессия и клиника стадии вторичных заболеваний имеют место уже при рождении или возникают в грудном возрасте. Они умирают в течение 1 года жизни, средний возраст возникновения СПИДа — 4 месяца [3].

ВИЧ-инфекция у ребенка раннего возраста всегда протекает на фоне высокой вирусной нагрузки. На фоне незрелости иммунной системы и большого числа клеток-мишеней высокий уровень вирусной нагрузки может сохраняться на протяжении нескольких лет. Однако, в отличие от взрослых, не существует четкой зависимости между уровнем вирусной нагрузки ребенка и частотой прогрессирования ВИЧ. Только очень высокий уровень РНК ВИЧ (> 299 000 коп/мл) четко ассоциируется с прогрессированием заболевания и развитием смерти, однако такие показатели вирусной нагрузки у детей встречаются редко [3].

Количество клеток CD4+ и их деление на популяции может быть использовано в качестве суррогатного маркера прогрессирования ВИЧ-инфекции. Глубокие изменения в составе и количестве CD4+ — клеток в течение первого года жизни характеризуют быстрое прогрессирование ВИЧ-инфекции.

У детей не определены четкие значения лабораторных показателей, позволяющие диагностировать вариант течения ВИЧ-инфекции [1].