

## РЕДАКЦИОННАЯ СТАТЬЯ

УДК Ц7,6(2)6:619.9

### ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЬНЫМ НА ВОЕННО-МОРСКОМ ФЛОТЕ

*Ю. В. Лобзин, А. Л. Позняк, С. Н. Сидорчук*

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

### ORGANIZATION OF MEDICAL CARE OF INFECTIOUS PATIENTS AT THE NAVY

*Y. V. Lobzin, A. L. Poznyak, S. N. Sydorchuk*

S. M. Kirov Military Medical Academy, St. Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2016 г.

Среди заболеваний и повреждений, с которыми личный состав ВМФ обращается за медицинской помощью, значительное место занимают инфекционные заболевания. Принципы организации оказания медицинской помощи инфекционным больным являются общими для всех видов ВС, однако в ВМФ медицинское обеспечение реализуется в иных формах, чем, например, в сухопутных войсках. Специфические условия прохождения службы военнослужащими ВМФ (береговые войсковые части, надводные и подводные силы, авиация ВМФ и группировки военно-морских сил, находящиеся на значительном удалении от основных пунктов базирования) требуют от медицинской службы дополнительных знаний об организации оказания медицинской помощи больным с различными инфекционными заболеваниями, в том числе не типичными для повседневной деятельности медицинской службы на территории РФ.

**Ключевые слова:** инфекционные болезни, медицинская помощь, противоэпидемические мероприятия, военно-морской флот.

Among the diseases and damages with which the personnel of the Navy seek medical care, a significant place is occupied by infectious diseases. Principles of organization of medical care of infectious patients are common to all branches of the armed forces, but the Navy medical support is implemented in other forms, for example, than in the Army. Specific conditions of military service of the Navy (coastal military units, surface and submarine forces, aviation Navy and grouping of naval forces at a considerable distance from the main locations) require the medical services of additional knowledge about the organization of rendering of medical aid to patients with various infectious diseases, including those not typical for daily activities of the medical service on the territory of the Russian Federation.

**Key words:** infectious diseases, medical care, disease control measures, the Navy.

**Введение.** Для Российской Федерации в сложившихся военно-политических условиях наличие современного Военно-Морского Флота является одним из важнейших инструментов обеспечения военной безопасности и международного авторитета, защиты и реализации национальных, политико-экономических и оборонных интересов в Мировом океане [1, 2]. Развитие российского ВМФ в настоящее время осуществляется в соответствии с принятой военно-морской стратегией. В развернутом виде цели его применения изложены в Морской док-

трине РФ и Стратегии развития морской деятельности РФ до 2030 года [3]. Реализация требований к применению сил (войск) ВМФ, его роли и месту в системе обеспечения военной безопасности государства на современном этапе и в долгосрочной перспективе требует сосредоточения усилий на создании качественно нового по своему боевому составу и технической оснащенности флота. Облик ВМФ в отдаленной и среднесрочной перспективе в прогнозируемых условиях развития страны отражен в программе кораблестроения до 2050 года [4]. Дей-

ствующая концепция применения ВМФ предполагает развитие двух океанских флотов — Северного и Тихоокеанского, двух флотов закрытых морей — Балтийского и Черноморского, а также Каспийской флотилии. На океанских флотах планируется иметь группировку сил ближней морской зоны, группировку сил дальней морской и океанской зоны, а также группировку морских стратегических ядерных сил. Министр обороны Сергей Кужугетович Шойгу заявил о необходимости создания отдельного управления оперативного соединения ВМФ для защиты интересов страны в Средиземном море на постоянной основе [3–5].

В этой связи следует отметить значимость медицинского обеспечения личного состава ВМФ в плане поддержания высокой боеспособности флота [6]. Медицинское обеспечение личного состава кораблей и частей ВМФ по своим целям и задачам полностью соответствует медицинскому обеспечению войск Российской Армии. К данному моменту на всех флотах реализуется принцип оказания медицинской помощи по зонам и районам ответственности. Одним из основных звеньев лечебно-профилактической деятельности в ВС РФ является оказание терапевтической помощи [7]. Следует отметить, что с начала 1990-х годов выявлена устойчивая тенденция к росту терапевтической патологии среди офицерского и рядового состава по ВС РФ в целом и на ВМФ в частности [8, 9]. Одной из ведущих проблем, стоящих перед медицинской службой как ВМФ, так и других родов и видов войск МО РФ, являются инфекционные заболевания, наносящие значительный ущерб состоянию здоровья военнослужащих и боеспособности отдельных подразделений. Это определяется как их повсеместным распространением, так и высоким уровнем трудопотерь, показателями увольняемости, смертности, а также эпидемическим потенциалом — способности в короткое время выводить из строя личный состав [10–12]. Организация медицинского обеспечения личного состава береговых частей в принципе не отличается от организации обеспечения военнослужащим подразделений и частей Сухопутных войск. Что касается организации медицинской службы кораблей, то в связи с присущими им специфическими особенностями она имеет существенные отличия.

**Условия (факторы), способствующие возникновению инфекционных заболеваний**

**среди личного состава.** Особенности военного труда и быта на кораблях ВМФ создают дополнительные трудности в организации медицинского обеспечения. К ним относятся:

- большое разнообразие организационной структуры медицинской службы кораблей и частей ВМФ. Отсутствие специалистов медицинской службы на малых кораблях (III–IV ранга) усложняет работу по санитарно-гигиенической и противоэпидемической защите;

- небольшая площадь размещения личного состава (на одного военнослужащего на подводных кораблях приходится от 1,3 до 1,9 кв. м.);

- ограниченный расход воды для соблюдения личной гигиены. На хозяйственные и гигиенические нужды на одного военнослужащего в сутки предусмотрено до 40 литров воды. Подача воды производится строго по расписанию перед завтраком, обедом, ужином, сном;

- недостатки в организации питания. Прием пищи часто осуществляется в кубриках, есть трудности в организации мытья и кипячения посуды. В этих условиях общность питания при неблагоприятных ситуациях способствует возникновению массовой заболеваемости кишечными антропонозами (дизентерия, гепатиты А и Е) и сапронозами (иерсиниозы);

- ограниченные возможности в централизованной стирке постельного и нательного белья (часть постельного белья стирают вручную);

- продолжительные походы, в том числе со сменой климатогеографических зон, способствуют снижению резистентности организма, а при заносах возбудителей инфекционных болезней усиливают их распространение [13].

Все эти и другие неблагоприятные условия могут существенно влиять на эпидемиологическую обстановку на флоте. В связи с этим выполнение санитарно-технических и санитарно-гигиенических норм размещения, водоснабжения, питания личного состава является основой профилактики инфекционных заболеваний [6, 14].

Специфической особенностью деятельности медицинской службы кораблей является автономность медицинского обеспечения личного состава, связанная с выполнением кораблями боевых задач, как в районах пунктов базирования, так и, особенно, на значительном расстоянии от них. В этих условиях медицинская служба кораблей может рассчитывать только на свои силы и средства и обязана максимально использовать их для своевременного оказания

необходимой помощи всем категориям больных до их эвакуации с корабля. С учетом продолжительности и отдаленности района плавания медицинская служба должна заблаговременно рассчитывать запасы медикаментов. Незаслуженно забыта хорошо зарекомендовавшая себя в советское время система маневренного базирования сил и средств медицинской службы на отдаленных территориях и акваториях земного шара в зависимости от оперативной обстановки в них. На кораблях посты и служебные помещения разобщены, люки задраены, проходы закрыты, и весь личный состав полностью занят выполнением боевой задачи. На личный состав кораблей могут воздействовать вредные газообразные примеси, колебания температуры и влажности воздуха, шум и вибрация, перепады барометрического давления, укачивание. Скученность при размещении личного состава на кораблях, длительный отрыв от основных пунктов базирования, большая нервно-эмоциональная напряженность военно-морского труда, бытовая неустроенность при выполнении специальных операций предопределяют облегченные условия реализации различных, в первую очередь, аэрогенного и фекально-орального механизмов передачи возбудителей. На кораблях ВМФ в зависимости от штатной структуры медицинской службы медицинская помощь в общей системе организации лечебно-профилактических мероприятий оказывается корабельными врачами или фельдшерами [7].

Инфекционная заболеваемость на ВМФ остается высокой и зависит, в первую очередь от числа призываемого контингента, особенно в осенне-зимний период, развитием эпидемических ситуаций по различным нозологиям в регионах и стране в целом. Инфекционная заболеваемость военнослужащих по контракту значительно меньше в отличие от уровня заболеваемости военнослужащих по призыву. Анализ заболеваемости в частях и на кораблях ВМФ позволил выделить ряд наиболее актуальных инфекций, в первую очередь грипп, острые респираторные заболевания и ангина. Именно эти инфекционные болезни наносят максимальный ущерб здоровью военнослужащих и приводят к наибольшим трудовым потерям. Особенно отчетливо преобладание респираторных инфекций в учебных отрядах. Важным эпидемиологическим фактором является периодическое обновление состава коллективов. Оно связано с систематическим приемом пополнения, переуком-

плектованием, временными прикомандированными на доукомплектование экипажа корабля на период похода. Уровень заболеваемости ангиной, как правило, тем выше, чем больше степень частичного обновления коллектива. Нарастание заболеваемости ангиной у призывников связано с заражением их «ведущим» типом стрептококка, циркулирующим среди старослужащих и отсутствующим у пополнения [13]. В заново формируемых коллективах нарастание заболеваемости обычно не приобретает такой интенсивности. Пока сформируется эпидемический вариант возбудителя, определенная часть коллектива уже оказывается иммунной в результате перенесенных бессимптомных и стертых инфекций. На уровень заболеваемости ангиной и ОРЗ оказывает влияние также степень общения вновь призванных со старослужащими. При совместном их размещении уровень заболеваемости примерно в два раза выше, чем при размещении в отдельных спальных помещениях. Заражение воздушно-капельными инфекциями происходит чаще всего в спальных помещениях казарм, а также в корабельных кубриках. Чем больше скученность, тем более активен механизм передачи возбудителей этих болезней. Заражение воздушно-капельными инфекциями возможно и в других (помимо спальных) закрытых помещениях (классные комнаты, столовая, клуб и пр.).

Для распространения кишечных инфекций важное эпидемиологическое значение имеет общественный характер питания личного состава. При нарушениях санитарно-гигиенических норм и правил на объектах питания создаются условия для заражения больших групп военнослужащих. Серьезные эпидемиологические последствия могут быть следствием неправильного хранения пищи и выдачи ее личному составу без предварительной термической обработки. Опасность распространения кишечных инфекций значительно возрастает, если при условии их возможного заноса осуществляется приготовление мясных или рыбных фаршей, а также блюд, не подвергающихся последующей термической обработке (салаты, винегреты, кремы и т. д.). При попадании в такую пищу возбудителя и его размножении возникают групповые заболевания. С пополнением могут прибыть лица с хроническими формами болезни и бессимптомным течением инфекции и таким образом стать источником инфекции в воинском коллективе.

Определенное влияние на интенсивность и характер распространения инфекционных заболеваний на флоте оказывают климатогеографические и социальные условия района базирования кораблей и береговых частей. В зависимости от географических особенностей региона и особенностей эпидемиологии инфекции это влияние может реализовываться через изменения риска заноса инфекции, активности отдельных путей передачи возбудителя (через воду, переносчиками), изменения резистентности организма у военнослужащих в процессе адаптации к условиям района или через сочетание таких изменений. Этим в определенной степени и объясняются различия в уровне, структуре и динамике инфекционной заболеваемости на разных военно-морских театрах. Плавсостав может столкнуться с заболеваниями, которые не встречаются в местах постоянной дислокации корабля, при посещении портов различных стран, в том числе стран, расположенных в южных широтах. Специфической причиной распространения инфекционных болезней на флоте является использование заборной воды для корабельных нужд в пунктах постоянного и временного базирования, а также в местах ремонта кораблей [15, 16].

**Система организации медицинской помощи инфекционным больным.** Медицинская помощь больным осуществляется в виде скорой, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях. Формами оказания медицинской помощи инфекционным больным являются: 1) экстренная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента; 2) неотложная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента; 3) плановая — медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью (Статья 32 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ).

Система организации медицинской помощи инфекционным больным включает следующие этапы: догоспитальный, госпитальный, а также медицинскую реабилитацию и диспансерное динамическое наблюдение [12].

Основными задачами оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе являются: раннее и активное выявление инфекционных больных; оказание экстренной и неотложной помощи; лечение больных на месте; временная изоляция с последующей госпитализацией в специализированные лечебные учреждения больных, нуждающихся в специализированной медицинской помощи [10]. С учетом изменений международных отношений в обязательном порядке необходимо учитывать возможности лечебных учреждений, расположенных вблизи морских акваторий, для решения вопросов медицинского обеспечения.

Основной задачей оказания медицинской помощи на госпитальном этапе является оказание специализированной медицинской помощи инфекционным больным. Кроме того, на специалистов инфекционных стационаров возлагаются задачи оказания методической помощи медицинской службе амбулаторно-поликлинического звена в организации лечебно-диагностической работы, диспансерного наблюдения за переболевшими инфекционными болезнями и в разработке мероприятий по профилактике, снижению и ликвидации инфекционной заболеваемости среди населения.

На догоспитальном и реабилитационном этапах медицинское обслуживание инфекционных больных, диспансерное динамическое наблюдение осуществляется силами амбулаторно-поликлинического звена и санитарно-противоэпидемических учреждений, на госпитальном этапе — в инфекционных стационарах [10, 12].

Принципы оказания медицинской помощи инфекционным больным едины для ВС РФ. Различают следующие виды медицинской помощи инфекционным больным: доврачебная (самопомощь, санинструктор, фельдшер); врачебная (врач медицинского пункта корабля/части); специализированная (инфекционное отделение госпитального суда, военно-морского/военного клинического госпиталя). На ВМФ имеются инфекционные отделения на госпитальных судах. Госпитальные суда могут работать, используя все лечебные отделения и лаборатории, в режиме военно-морского инфекционного госпиталя.

**Типовые варианты организации лечебно-эвакуационных мероприятий на ВМФ. Силы и средства медицинской службы флота, участвующие в лечебно-эвакуационных мероприятиях.**

Основные варианты проведения лечебно-эвакуационных мероприятий:

— первый вариант — решение лечебно-эвакуационных задач штатной медицинской службой корабля, части, соединения;

— второй вариант — усиление штатной медицинской службы кораблей (частей), соединений медицинскими группами усиления с привлечением врачей-инфекционистов;

— третий вариант — выдвигание к району возникновения санитарных потерь подвижных медицинских частей и учреждений, судов медицинского назначения, спасательных отрядов;

— четвертый вариант — эвакуация инфекционных и больных в военно-медицинские организации (инфекционное отделение ВМГ/ВКГ) для последующего оказания специализированной медицинской помощи.

Основные варианты организации лечебно-эвакуационных мероприятий на соединениях подводных лодок:

— передача больных в береговые лечебные учреждения после возвращения их в базу;

— эвакуация больных в лечебные учреждения флота с использованием быстроходных эвакуационно-транспортных средств;

— использование сил и средств спасательных отрядов;

— использование сил и средств медицинской службы, взаимодействующих надводных кораблей;

— оказание медицинской помощи силами и средствами медицинской службы спасательных судов, судов медицинского обеспечения.

Основные варианты организации лечебно-эвакуационных мероприятий на соединениях надводных кораблей:

— маневр штатными силами и средствами медицинской службы внутри соединения кораблей;

— заблаговременное усиление медицинской службы соединения кораблей силами и средствами медицинской службы старшего медицинского начальника;

— доставка сил и средств усиления медицинской службы на корабли соединения после появления на них раненых и больных;

— передача больных с кораблей соединения на суда медицинского обеспечения, включаемые в состав соединений заблаговременно (госпитальные суда), или на суда специального назначения (суда комплексного снабжения), входящие в состав соединений судов обеспечения;

— передача больных на суда спасательных отрядов военно-морских баз, штатная медицинская служба которых заблаговременно усиливается медицинскими группами спасательных отрядов;

— эвакуация раненых и больных в береговые лечебные учреждения основных и маневренных пунктов базирования флота после возвращения в них надводных кораблей;

— эвакуация раненых и больных в лечебные учреждения флота с использованием быстроходных эвакуационно-транспортных средств.

**Система оказания медицинской помощи инфекционным больным включает в себя следующее.**

*Раннее активное выявление инфекционных больных в контингентах молодого пополнения.* Эта работа начинается с призывных пунктов, где лица, подлежащие призыву, проходят медицинское освидетельствование специалистами и флюорографию. ВВК определяется годность к военной службе и пригодность к службе в определенных родах войск. На сборных пунктах призывники проходят санитарную обработку, их осматривают и опрашивают, выявляют переболевших кишечными инфекциями, лиц, контактировавших с больными скарлатиной, дифтерией, менингококковой инфекцией и др. Особое внимание уделяется выявлению больных туберкулезом. В отношении этих лиц проводят режимно-ограничительные мероприятия, а их список передают в последующем начальнику медицинской службы части или другому приемщику пополнения для организации медицинского наблюдения. Ответственным за проведение всех этих мероприятий является врач военкомата или другой медицинский работник, выделяемый местными органами здравоохранения по решению военного комиссара.

Далее противоэпидемические мероприятия проводятся с участием представителей медицинской службы флотских подразделений, принимающих молодое пополнение. В настоящее время молодое пополнение на флот перевозят железнодорожным и авиационным транспортом небольшими группами. Поэтому

с целью проведения наблюдения за пребывающим личным составом целесообразно на крупных железнодорожных вокзалах и в аэропортах создавать контрольные опорные пункты из представителей медицинской службы войсковых частей, принимающих это пополнение. При необходимости перевозки призывников более 3 суток в составе поезда (судна) выделяется вагон (каюта) изолятор. В случае заболевания двух процентов личного состава однородными инфекционными болезнями или пяти процентов — разными, а также при появлении хотя бы одного случая особо опасной инфекции личный состав эшелона (корабля) направляется в наблюдательный пункт, развертываемый органами гражданского здравоохранения или силами и средствами флота. После прибытия молодого пополнения к месту службы прием и распределение его по кораблям и воинским частям осуществляют через экипажи (полуэкипажи) и учебные отряды. Здесь прибывшие военнослужащие размещаются отдельно (карантин) на 14 суток. На кораблях, в частях все молодое пополнение проходит осмотр врачом части, при необходимости проводятся консультации с врачами-специалистами.

*Выявление инфекционных больных как текущая работа начальника медицинской службы корабля (части):*

— все военнослужащие осматриваются на инфекционную патологию при обращении за медицинской помощью (с отметкой в книге записи больных);

— ежедневно на утреннем построении и вечерней поверке командир подразделений проводят опрос личного состава с записью в книге командного состава. При подозрении на инфекцию больных направляют в медицинский пункт;

— один раз в неделю проводится телесный осмотр всего личного состава специалистами медицинской службы (в банные дни);

— ежедневно осуществляется медицинский осмотр личного состава, заступающего в пищеблок (по суточному наряду);

— еженедельно по специальному списку в МП медицинскому осмотру подвергается личный состав, постоянно работающий на пищеблоке, в продскладах и в прачечных, объектах водоснабжения;

— барьерные осмотры личного состава проводятся при возвращении из отпусков, коман-

дировок длительностью более 3 суток, хозяйственных работ и т. д.;

— медицинский осмотр также проходят: лица, нуждающиеся в систематическом врачебном наблюдении — в контрольные сроки; лица, состоящие на учете по плану начальника медицинской службы корабля (береговой части) [2, 17].

*Опрос и медицинский осмотр по эпидемиологическим показаниям* проводится при введении на корабле (в части) режимно-ограничительных мероприятий: усиленного медицинского наблюдения; обсервации; карантина.

По эпидемиологическим показаниям опрос личного состава в целях раннего выявления инфекционных больных проводится чаще. К его проведению привлекается медицинский персонал, который целенаправленно опрашивает военнослужащих в отношении конкретной нозологической формы.

По показаниям опрос сопровождается врачебным осмотром, термометрией, физикальным, мануальным и инструментальным обследованием, взятием материала для лабораторного исследования.

*Ранняя клиническая и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний.* В большинстве случаев диагностика sporadических инфекционных заболеваний при повседневной деятельности военнослужащих ВМФ не представляет для военно-морских врачей больших затруднений. Однако плавсостав может столкнуться с заболеваниями, которые не встречаются в местах постоянной дислокации корабля, при посещении портов различных стран, в том числе стран, расположенных в южных широтах. При этом медицинская служба может столкнуться с тропическими инфекциями, менее известными широкому кругу врачей (холера, малярия, сыпной тиф, геморрагические лихорадки и др.). Кроме того, в регионах с теплым и жарким климатом не исключено появление сочетанных кишечных инфекций (шигеллез, брюшной тиф, вирусный гепатит, холера и др.), при которых клиническая картина заболеваний не укладывается в какую-либо одну нозологическую форму. На клиническое течение некоторых инфекционных болезней могут оказать существенное влияние предварительные профилактические прививки или экстренная профилактика антибиотиками широкого спектра действия. В связи с этим в ряде случаев в процессе ранней клинической диаг-

ностики нозологической формы болезни могут возникнуть серьезные затруднения, особенно при выявлении больных в начальном периоде болезни, до развития характерных, наиболее типичных для того или иного инфекционного заболевания симптомов. При этом целесообразно использовать принцип клинико-синдромальной диагностики путем выявления ведущего синдрома заболевания (острый респираторный синдром; синдром поражения ЖКТ; синдром нарушения пигментного обмена; острый неврологический синдром; синдром экзантемы и/или энантемы; синдром лимфаденопатии; острый «системный» синдром).

На основании синдромального предварительного диагноза представляется возможным проведение экстренной и неотложной помощи, а также рациональной патогенетической и, в ряде случаев, этиотропной терапии. Это особенно важно при оказании помощи больным с тяжелыми молниеносными формами некоторых инфекционных заболеваний (менингококковая инфекция, ботулизм, малярия, дифтерия, лептоспироз, сальмонеллез, холера, геморрагические лихорадки и др.). Кроме того, выделение ведущего синдрома позволяет более точно определять направление и комплекс лабораторных и специальных исследований для уточнения клинической диагностики.

На месте, где выявлен инфекционный больной, выполняются простейшие элементы *медицинской сортировки* в интересах изоляции, противоэпидемических мероприятий и оказания медицинской помощи [12].

Медицинская сортировка инфекционных больных является условием оптимальной реализации системы оказания медицинской помощи инфекционным больным. Цель сортировки, ее основное назначение состоит в том, чтобы обеспечить разделение больных по нозологическим формам, тяжести течения и на основании этого своевременно оказать медицинскую помощь, организовать рациональную эвакуацию. Это приобретает особую важность в ситуациях массового поступления инфекционных больных на этап медицинской помощи.

В результате сортировки на этапе медицинской эвакуации должны быть выделены следующие основные группы инфекционных больных:

а) представляющие опасность для окружающих и, следовательно, подлежащие специальной обработке и изоляции (штатные и вне-

штатные изоляторы корабля / воинской части, медицинской роты, омедаб);

б) нуждающиеся в оказании экстренной и неотложной медицинской помощи на данном этапе с подготовкой к последующей эвакуации;

в) подлежащие дальнейшей эвакуации (инфекционное отделение ВМГ), так как медицинская помощь на данном этапе им может не оказываться;

г) подлежащие лечению на дому (из лиц контрактной службы береговых частей) с легким и среднетяжелым, неосложненным течением инфекционного заболевания с учетом нозологии и эпидемиологических показаний, после получения соответствующих рекомендаций.

Больные с симптомами поражения органов дыхания, а также с инфекциями с аэрогенным механизмом передачи наиболее опасны для окружающих, поэтому в отношении них требуется проведение строгих противоэпидемических мероприятий. Противоэпидемический режим при воздушно-капельном пути передачи возбудителя наиболее сложен и должен включать меры по недопущению распространения инфекции от больного (маска на лицо из сложенного платка, полотенца и другой ткани), обеззараживанию воздуха, окружающих предметов и выделений, защите органов дыхания медицинского (обслуживающего, сопровождающего) персонала. К этому типу инфекции относятся в первую очередь дифтерия, менингококковая инфекция, орнитоз, ветряная оспа, корь, краснуха, эпидемический паротит и др.

Менее опасны в эпидемиологическом отношении больные с поражением органов ЖКТ. К инфекциям с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя относятся шигеллез, сальмонеллез, холера, брюшной тиф, вирусные гепатиты А и Е, иерсиниозы и др. При размещении и транспортировке больных этой группы основное внимание обращается на обеззараживание выделений больных, выполнение правил личной и общественной гигиены, текущую дезинфекцию.

Предполагаемый клинический диагноз и тяжесть течения заболевания определяют диагностику и лечение, степень нуждаемости пострадавших в медицинской помощи, ее очередность и объем.

Тяжесть состояния больных определяется на основании клинико-патогенетических признаков, выявленных у больного, в соответствии с алгоритмами определения тяжести состояния

больных с преимущественным клиническим типом органических поражений, как крайне тяжелое, тяжелое, средней тяжести и легкое. Кроме того, отмечается наличие факторов риска развития критических состояний и осложнений. К факторам риска развития критических состояний и осложнений относятся: поздняя госпитализация больного; тяжелое течение или рецидив болезни; сочетанные инфекции; сопутствующая очаговая инфекция; сопутствующее соматическое заболевание; снижение резистентности организма (дефицит массы тела, гиповитаминоз и др.); иммунодефицитные состояния; болезни с риском внезапного развития критических состояний (дифтерия, малярия, менингококковая инфекция, ботулизм). Критические состояния в инфекционной патологии определяются по преимущественному или первичному нарушению жизненно важных функций органов и систем, при которых требуется их поддержка или искусственное замещение. Основными из них являются: инфекционно-токсический шок; инфекционно-токсическая энцефалопатия; дегидратационный синдром; острая дыхательная недостаточность; острая печеночная недостаточность; острое повреждение почек. Следует учитывать, что критические состояния возникают, протекают и усугубляются в условиях продолжающегося воздействия микробного фактора, без устранения которого интенсивная терапия практически бесперспективна. В соответствии с тяжестью состояния больного должна быть оказана медицинская помощь и определена очередность эвакуации в инфекционный стационар [12].

*Изоляция инфекционных больных. Изоляторы, их устройство, оборудование.* Для изоляции и лечения инфекционных больных на корабле (МП береговых частей) развертываются штатные и внештатные изоляторы. Устройство, оборудование и организация работы изоляторов в береговых частях не отличаются от таковых в армейских частях. Их коечная емкость зависит от штатного расписания МП. Внештатные (боевые) изоляторы воинских частей предусмотрены приказом командира корабля (части) на случай появления вспышек инфекционных заболеваний, прежде всего острых респираторных и кишечных инфекций. Штатные корабельные изоляторы развертываются в зависимости от количества личного состава корабля. Внештатные корабельные изоляторы развертываются также при появле-

нии групповой заболеваемости в пригодных для этого корабельных помещениях согласно организации и боевому расписанию данного корабля. Оснащение изоляторов предусмотрено нормами снабжения. Помещение, отведенное под корабельный изолятор, должно быть максимально удалено от путей передвижения личного состава, доступно для врачей и обслуживающего персонала, удалено от камбуза, приближено к умывальнику и гальюну. Оно должно обладать оптимальными условиями для размещения больных и предметов ухода за ними и всеми удобствами для проведения комплекса лечебных и противоэпидемических мероприятий и осуществления строгого противоэпидемического режима [17].

На надводных кораблях I и II ранга, в береговых частях и на плавучих базах, где есть врачебный состав, имеются штатные изоляторы на 5–6 коек (на 2 инфекции) для временного размещения выявленных среди личного состава инфекционных больных (или при подозрении на инфекционное заболевание). На кораблях, где нет изоляторов, инфекционных больных изолируют в заранее выделенных помещениях, переоборудованных под изоляторы. Изоляторы развертываются в удаленных от пищеблока помещениях. Каждый изолятор должен иметь санпропускник, дезинфекционный пункт, отдельный туалет, полный комплект постельных принадлежностей, белья, посуды, предметов ухода за больными, которые не выносятся из изолятора. К изоляторам прикрепляются постоянный персонал и обученные санитары. Пребывание больных в изоляторах не должно превышать 24 часов, в течение которых больным оказывается медицинская помощь; уточняется диагноз; осуществляется забор клинического материала для лабораторного исследования. По истечении указанного времени больных при подтверждении диагноза направляют в инфекционное отделение ВМГ.

В изоляторе разрешено лечить до полного выздоровления больных легкими и среднетяжелыми, неосложненными формами острых респираторных заболеваний и гриппа, первичной ангиной с легким и среднетяжелым, неосложненным течением.

На кораблях, находящихся в дальних походах, инфекционных больных лечат в изоляторах по полноценным схемам. На корабле вводится соответствующий инфекционной форме противоэпидемический режим.

После прибытия в ВМБ больного госпитализируют в инфекционное отделение госпитального судна, ВМГ или в инфекционный госпиталь. Эвакуация инфекционных больных проводится в сопровождении фельдшера (санинструктора) на специальном или приспособленном транспорте; не допускается совместная транспортировка больных с разными заболеваниями, а также совместно с соматическими больными.

*Организация оказания квалифицированной медицинской помощи и лечения больных на подводных лодках и надводных кораблях различных классов.* Оказание квалифицированной медицинской помощи на ВМФ предусмотрено для кораблей I и II ранга, где в составе штатной медицинской службы имеются специалисты с квалификацией врача-терапевта, соответствующее медицинское имущество и оснащение. На кораблях в бою, как правило, квалифицированная медицинская помощь оказывается при условии, что всем больным проведены мероприятия первой врачебной помощи. Лишь после этого выполняются мероприятия квалифицированной терапевтической помощи, только по неотложным показаниям. Мероприятия, выполнение которых может быть отсрочено, осуществляются после выхода корабля из боя. При наличии возможности эвакуировать раненых и больных в оптимальные сроки в береговые лечебные учреждения отсроченная квалифицированная медицинская помощь на корабле не оказывается. Когда такой возможности нет, оказывается квалифицированная медицинская помощь в полном объеме и проводится лечение до эвакуации. При оказании квалифицированной терапевтической помощи функциональной единицей является одноврачебная бригада в составе врача-терапевта (врача-специалиста терапевтического профиля) и его помощника — фельдшера (санитарного инструктора, санитаря). На большинстве надводных кораблей I и II ранга и на всех подводных лодках врачебный состав медицинской службы представлен только начальником медицинской службы с квалификацией корабельного врача-хирурга. После оказания медицинской помощи больные до эвакуации с корабля размещаются в боевом лазарете. Лица, нуждающиеся в постоянном медицинском наблюдении, размещаются в непосредственной близости к перевязочной. Тяжелобольным предоставляются наиболее удобные нижние места. Медицинское наблюдение, лечение и подготовка к эвакуации с корабля больных, находящихся

в боевом лазарете, организуются в соответствии с синдромальным диагнозом заболевания, степенью тяжести его течения. Обслуживание и уход за больными, находящимися в боевом лазарете, осуществляются личным составом поста медицинской помощи. Больные, срок выздоровления которых не превышает 10 суток (острые респираторные заболевания, ангина), не подлежат эвакуации с корабля.

Специализированная помощь оказывается штатными врачами на авианесущих кораблях и госпитальных судах, где возможны консультации и лечение больных из числа личного состава соединений кораблей, несущих боевую службу в удаленных районах Мирового океана. В экстренных случаях врач корабля может использовать каналы связи командования с целью организации онлайн-консультации со специалистами стационарных медицинских учреждений для повышения качества диагностики и лечения сложных пациентов на корабле, применяя компьютерные и телекоммуникационные технологии.

В военное время медицинская помощь оказывается в соответствии с общей системой лечебно-эвакуационного обеспечения на ВМФ. Специализированная помощь больным оказывается на госпитальных судах в море, на берегу — в военно-морских госпиталях, военно-полевом инфекционном госпитале, а также в военных госпиталях округов и учреждениях госпитальной базы мирного времени, которая включает в себя коечный фонд медицинских учреждений Министерства здравоохранения РФ.

В составе вспомогательного флота имеются госпитальные суда «Енисей» на Черноморском флоте, «Иртыш» — на Тихоокеанском флоте и «Свирь» — на Северном флоте. В настоящее время им требуются ремонт и модернизация. Госпитальное судно предназначено для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи и лечения больных из числа личного состава соединений кораблей, несущих боевую службу в удаленных районах Мирового океана. В штате предусмотрено инфекционное отделение на 20 коек, способное принять инфекционных больных как с берега, так и непосредственно в море. На борту имеются специальное оборудование, медицинский катер и площадка для посадки вертолета.

В штате судового госпиталя имеются врач-инфекционисты и выделяется необходимое количество коек для инфекционных больных

в инфекционном отделении. Инфекционную службу на флотах возглавляет начальник инфекционного отделения госпиталя флота — главный инфекционист флота, располагающийся в ВМГ флота.

*Эвакуация инфекционных больных.* Первоочередной эвакуации в инфекционный стационар подлежат, с учетом транспортабельности, тяжелые больные и все больные с высококонтагиозными инфекциями и имеющие признаки поражения органов дыхания. Больные в состоянии средней тяжести и больные контагиозными инфекциями с признаками поражения органов пищеварения эвакуируются во вторую очередь, все остальные категории больных — в третью очередь. Больные первой группы направляются в инфекционные стационары, где развертываются боксированные отделения для опасных воздушно-капельных инфекций, работающие в строгом противоэпидемическом режиме (ВМИГ или ВПИГ). Больные второй группы направляются в инфекционные отделения ВГ. При недостатке коек возможно их размещение в терапевтических отделениях, переведенных на режим работы инфекционных отделений. Лечение больных легкими формами инфекций с умеренным и низким индексом контагиозности в зависимости от обстоятельств может проводиться в изоляторах военных лазаретов, МП частей (корабля). Следует учитывать, что транспортабельность инфекционных больных будет определяться, кроме тяжести состояния, условиями транспортировки (расстояние, продолжительность, вид транспорта, характер дороги при эвакуации автотранспортом, высота полета при эвакуации авиатранспортом и другие факторы). Эвакуация инфекционных больных может проводиться на санитарных катерах, вспомогательных плавсредствах, вертолетах, в особых случаях — на самолетах. Объем медицинской помощи инфекционным больным в случае задержки эвакуации должен быть увеличен и приближен к объему медицинской помощи в инфекционном стационаре (антибиотики, антитоксические сыворотки, парентеральное введение жидкостей, оксигенотерапия, сердечно-сосудистые и другие средства). При невозможности эвакуации инфекционные больные лечатся врачом корабля или врачом-инфекционистом корабельной группы специализированной медицинской помощи до конечного исхода. При возвращении кораблей из похода лиц, переболевших инфекционными болезнями, следует на-

правлять для обследования и военно-врачебной экспертизы в инфекционное отделение госпиталя или в кабинет инфекционных заболеваний поликлиники.

*Организация диспансерного динамического наблюдения за лицами, переболевшими инфекционными заболеваниями, среди личного состава кораблей и частей ВМФ.* Под диспансерным динамическим наблюдением врача воинской части и соответствующих врачей-специалистов военно-медицинских организаций (в соответствии с Приказом МО РФ 2011 года № 800) должны находиться военнослужащие, перенесшие некоторые острые инфекционные и паразитарные заболевания (острые вирусные гепатиты В, С, микст; дизентерия и другие ОКДИ; брюшной тиф и паратифы; холеру; амебиаз; генерализованные формы менингококковой инфекции, менингиты и энцефалиты другой этиологии; острые тонзиллиты, в том числе ангину; дифтерию; ГЛПС; инфекционный мононуклеоз; лептоспироз; иерсиниозы; ботулизм; корь и другие «детские» инфекции: краснуху, ветряную оспу, эпидемический паротит; рожу; клещевой энцефалит и иксодовый боррелиоз; печеночные трематодозы; шистосоматозы; кишечные цестодозы и нематодозы; эхинококкоз; токсокароз и другие тканевые гельминтозы; малярию; грипп и другие. ОРЗ тяжелого и осложненного течения), а также имеющие хронические инфекционные заболевания (ХВГ В, С, D, микст; ВИЧ-инфекция) [12].

*Организация внеочередного медицинского освидетельствования личного состава подводных лодок ВМФ, летного состава авиации флота.* ВВЭ и медицинское освидетельствование на ВМФ проводится с целью определения: годности к службе в плавсоставе на подводных лодках; в плавсоставе на надводных кораблях; с РВ, ИИИ, КРТ, источниками ЭМП, лазерного излучения; в морской пехоте; в условиях повышенного давления газовой и водной среды; годности к обучению, службе по военно-учетным специальностям; к летной работе; к прохождению военной службы в зарубежном государстве; к прохождению военной службы военнослужащих в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях. При проведении освидетельствования используется Расписание болезней. Расписание болезней адаптировано к действующей в Российской Федерации МКБ-10.

Внеочередное освидетельствование проводится по медицинским показаниям (в том числе после перенесенных инфекционных заболеваний) или по решению командира воинской части. Военнослужащие, признанные годными к службе на подводных лодках или на надводных кораблях, годны к плаванию в любых широтах Мирового океана. Военнослужащие, проходящие службу на подводных лодках, гидроакустики и радиотелеграфисты надводных кораблей перед длительным (свыше 2 месяцев) плаванием в мирное время подлежат освидетельствованию, если после очередного освидетельствования прошло более 6 месяцев. Лица, направленные в служебные командировки на подводные лодки, надводные корабли и уходящие в плавание, подлежат освидетельствованию ВВК для определения годности к службе на подводных лодках или надводных кораблях. Указанным лицам, у которых имеются заболевания, препятствующие службе на подводных лодках и надводных кораблях, но стойко компенсированные, ВВК может вынести заключение в формулировке: «Противопоказаний к выходу в море на подводной лодке (надводном корабле) на срок не более 3 месяцев не имеется». Заключение ВВК оформляется справкой.

Ориентировочные сроки допуска военнослужащих к летной работе (летному обучению, руководству полетами, парашютным прыжкам и полетам) по выздоровлении после перенесенных инфекционных заболеваний (грипп и другие острые респираторные заболевания, ангина, глистные инвазии, острые кишечные инфекции и пищевые отравления) определены Приложением № 9 к «Положению о медицинском освидетельствовании летного состава авиации ВС РФ» [18].

Состояния после перенесенных острых инфекционных, паразитарных заболеваний с исходом в выздоровление при наличии временных функциональных расстройств, когда по завершении стационарного лечения у лиц летного состава сохраняются общая астенизация, упадок сил, недостаточное питание, являются основанием для предоставления отпуска, освобождения от полетов с исполнением других обязанностей военной службы или полного освобождения от исполнения обязанностей военной службы. Заключение об отпуске по болезни или освобождении от полетов (на срок от 30 до 60 суток) может быть вынесено, когда для оценки стойко-

сти остаточных изменений и полного восстановления профессиональной работоспособности летного состава требуется срок не менее месяца. В остальных случаях предоставляется полное освобождение от исполнения обязанностей военной службы (на срок до 15 суток). Медицинское освидетельствование с целью восстановления на летную работу лиц, перенесших вирусный гепатит А в легкой или среднетяжелой форме, возможно не ранее чем через 12 месяцев после окончания лечения. Переболевшие гепатитом В или С восстановлению не подлежат. Лицам, перенесшим острую дизентерию, предоставляется отпуск по болезни с последующим медицинским освидетельствованием. Больные хроническими рецидивирующими формами инфекционных заболеваний, не поддающимися или трудно поддающимися лечению дизентерия, тифопаратифозные заболевания, бруцеллез, сальмонеллез, эхинококкоз, токсоплазмоз, трихоцефалез, геморрагические лихорадки, вирусный гепатит А, В или С и др., стойкое бактерионосительство после перенесенной острой дизентерии, тифопаратифозных заболеваний, больные синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) и ВИЧ-инфицированные признаются негодными к летной работе.

Среди организационных принципов современной военной медицины одним из важных является соблюдение единства и преемственности медицинской помощи, непереносимое сочетание лечебных и профилактических мероприятий на всех этапах медицинской эвакуации.

**Содержание режимно-ограничительных мероприятий (усиленное медицинское наблюдение, обсервация, карантин), порядок их установления и отмены командованием.** Под противоэпидемическими мероприятиями понимается система мероприятий, направленных на предупреждение, локализацию и ликвидацию инфекционной заболеваемости на кораблях (в частях) в различных условиях их деятельности. Основными направлениями противоэпидемических мероприятий являются:

— предупреждение заноса, возникновения и распространения инфекционных заболеваний на кораблях и в частях флота;

— локализация и ликвидация эпидемических очагов в случае их возникновения и предупреждение выноса инфекционных заболеваний за пределы кораблей и частей флота.

Противоэпидемические мероприятия осуществляются на кораблях, в частях и соедине-

ниях флота начальниками медицинских служб, флагманскими врачами соединений кораблей. Методическое руководство проведением противоэпидемических мероприятий, подготовка и усовершенствование кадров, оказание помощи в организации противоэпидемических мероприятий и контроль за их проведением возлагаются на санитарно-эпидемиологические учреждения флота. В повседневных условиях проводятся плановые противоэпидемические мероприятия, включающие в себя:

- санитарно-эпидемиологическое наблюдение за выявленными эпидемическими очагами;
- проведение барьерных медицинских осмотров различных категорий личного состава;
- плановую дезинфекцию, дезинсекцию, дератизацию;
- учет и санацию носителей возбудителей болезней и лечение лиц, страдающих хроническими формами инфекционных заболеваний;
- плановое бактериологическое обследование лиц, работающих на продовольственно-пищевых объектах и объектах водоснабжения;
- проведение плановых профилактических прививок всему личному составу;
- плановое бактериологическое исследование готовой пищи и питьевой воды;
- проведение плановой санитарно-просветительной работы.

Медицинскому осмотру подвергаются все лица, прибывающие в часть или возвращающиеся из отпусков, командировок и лечебных учреждений до их направления в свои подразделения. Осмотр проводится врачом части [2].

Повседневные дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные мероприятия на кораблях и в частях осуществляются силами личного состава корабля (части) под руководством медицинской службы, которая при этом определяет способ дезинфекции (дезинсекции, дератизации), организует методическое руководство, и контроль за соблюдением мер безопасности при их проведении. При необходимости к проведению этих мероприятий могут быть привлечены силы и средства ЦГСЭН. Перечень и сроки проведения плановых предохранительных прививок устанавливаются ГВМУ МО РФ. Порядок их проведения определяется приказом командира части. Непосредственное проведение прививок возлагается на медицинскую службу. Проводить их должен врач или опытный фельдшер. Отметки

о проведенных прививках делаются в медицинских книжках военнослужащих.

*При угрозе заноса на корабль (в часть) инфекционных заболеваний* проводятся следующие мероприятия: ограничение контактов между личным составом подразделений части (корабля), а также с местным населением путем запрещения проведения различных массовых мероприятий и увольнений; проведение барьерных осмотров, изоляция лиц, прибывающих из неблагополучных в санитарно-эпидемиологическом отношении районов или подозрительных на инфекционные заболевания; осуществление дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий; проведение профилактических прививок по эпидемическим показаниям и общей экстренной профилактики определенным категориям военнослужащих; раннее выявление и изоляция больных и подозрительных на инфекционные заболевания; проведение целенаправленной санитарно-просветительной работы и др.

*При появлении на корабле (в части) инфекционных больных* организуются и постоянно проводятся следующие мероприятия:

- эпидемиологическое обследование, направленное на выявление источника инфекционного заболевания;
- раннее выявление и изоляция больных лиц с заболеваниями, подозрительными на инфекционные;
- эвакуация и госпитализация инфекционных больных; обеззараживание в очаге инфекции — текущая и заключительная дезинфекция;
- выявление лиц, имеющих контакт с заболевшими, наблюдение за ними или их изоляция;
- применение средств профилактики (вакцин, сывороток, антибиотиков и т. д.).

Важное место в системе противоэпидемической защиты занимают режимно-ограничительные мероприятия, предусматривающие особый режим поведения личного состава в целях предупреждения заноса инфекции на корабль (в часть) и выноса инфекции за их пределы. Можно условно выделить три категории режимно-ограничительных мероприятий: усиленное медицинское наблюдение, обсервация и карантин.

*Усиленное медицинское наблюдение* — это режимно-ограничительные мероприятия, направленные на активное выявление инфекционных больных среди личного состава, под-

вергшегося опасности заражения, путем опроса, осмотра, термометрии и специальных исследований с последующей изоляцией и госпитализацией выявленных больных. Усиленным медицинским наблюдением можно ограничиться при тех заболеваниях, когда больные не являются источником инфекции, то есть не опасны для окружающих.

*Обсервация* — комплекс режимно-ограничительных мероприятий, направленных на предупреждение распространения инфекционных заболеваний как внутри очага, так и за его пределами и предусматривающих помимо усиленного медицинского наблюдения ограничение передвижения личного состава. Обсервация устанавливается приказом начальника гарнизона (командира соединения кораблей, отдельного корабля) при появлении массовых заболеваний, имеющих тенденцию к распространению, а также с получением данных о применении противником биологического оружия (БО) до установления его вида. Обсервация включает в себя следующие основные мероприятия:

- усиленное медицинское наблюдение за состоянием здоровья личного состава;
- ограничение въезда, выезда и транзитного проезда через очаг заражения;
- запрещение выноса имущества без предварительного обеззараживания;
- ограничение контакта личного состава частей с гражданским населением;
- раннее выявление и изоляция заболевших;
- проведение лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

*Карантином* называется система режимно-ограничительных мероприятий, направленных на полную изоляцию очага заражения и ликвидацию инфекционной заболеваемости в нем. Карантин объявляется приказом командующего флотом (флотилией) в случае применения противником возбудителей ООИ — чумы, холеры, натуральной оспы, или появления среди личного состава случаев этих заболеваний.

Порядок боевого использования кораблей и частей, находящихся в карантине, определяется командующим флотом (флотилией). С введением карантина проводившиеся обсервационные мероприятия усиливаются дополнительными режимными мерами. Это:

- вооруженная охрана района размещения части;

- вывод кораблей, находящихся в карантине, в заранее предусмотренные места стоянки;
- запрещение выхода из очага и максимальное ограничение въезда;
- запрещение выноса имущества, техники, вооружения без предварительного обеззараживания;
- проведение лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Продолжительность режимно-ограничительных мероприятий устанавливается в зависимости от вида возбудителя и исчисляется с момента изоляции последнего больного. Заболевшие направляются в ВПИГ.

Особенности организации санитарно-противоэпидемических мероприятий на кораблях и соединениях ВМФ в условиях применения противником БО определяются:

- большим разнообразием сил флота и частей (надводные корабли, подводные лодки, морская авиация, части береговых ракетно-артиллерийских войск и морской пехоты);
- необходимостью противобактериологической защиты обширной территории с находящимися на ней системами базирования флота (военно-морские базы, аэродромы, общеслужбские береговые объекты, пункты базирования кораблей);
- отсутствием на кораблях III–IV ранга, вспомогательных судах медицинских специалистов;
- замкнутостью и высокой плотностью личного состава на корабле;
- трудностью доставки проб с кораблей, находящихся в море, на индикацию;
- необходимостью изоляции и лечения инфекционных больных на кораблях при длительном плавании.

*Противоэпидемические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.* Этапами эвакуации раненых и больных в армейских подразделениях являются МП, медицинская рота, омедб (омо), омедбр, военные госпитали госпитальных баз. Оптимальным вариантом госпитализации инфекционных больных является непосредственная эвакуация из изолятора на любом этапе во ВПИГ. Этапами эвакуации больных на ВМФ являются: МП корабля, пункты медицинской помощи береговых частей; базовые лазареты; военно-морской госпиталь, учреждения МЗ РФ (в военное время — тыловые госпитали здравоохранения).

Как и в армейских подразделениях, оптимальная схема эвакуации инфекционных боль-

ных: изолятор корабля (части) — инфекционное отделение ВМГ военно-морской базы (гарнизона) или инфекционное отделение ВМГ флота. На этапах медицинской эвакуации проводятся мероприятия противоэпидемического режима. Противоэпидемический режим — такой порядок организации работы госпиталя и этапа медицинской эвакуации, который обеспечивает безопасность персонала, исключает заражение раненых и больных, а также исключает вынос инфекции за пределы данного этапа. Различают две степени противоэпидемического режима: обычный противоэпидемический режим (ОПР) и строгий противоэпидемический режим (СПР) [15, 16].

ОПР постоянно соблюдается в инфекционных госпиталях, в инфекционных отделениях госпиталей и на этапах медицинской эвакуации. Он предусматривает: рациональное использование и размещение подразделений этапа медицинской эвакуации или лечебного учреждения:

- наличие изоляторов;
- наличие отдельного приемного покоя и санпропускника для всех поступающих в госпиталь, отдельного санитарного пропускника для инфекционных больных; наличие пункта в приемном покое и дезинфекционного уголка в инфекционном отделении;
- строгое запрещение входа в заразное помещение посторонним;
- проведение текущей и заключительной дезинфекции;
- запрещение выноса пищевых продуктов;
- размещение в одной палате однородных больных (с одинаковыми клиническими формами);
- соблюдение правил личной гигиены всеми больными;
- соблюдение правил для защиты медицинского персонала;
- соблюдение правил выписки переболевших.

Для выявления инфекционных больных среди раненых и больных проводятся:

- опрос, термометрия;
- бактериологическое обследование на брюшной тиф, паразитарные тифы, другие инфекции; прибывших из-за границы обследуют на малярию, а с кишечными инфекциями — на холеру.

На каждом этапе медицинской эвакуации (в каждом госпитале) ведется журнал телефоннограмм для информации ЦГСЭН обо всех инфекционных больных.

*Показаниями к введению СПР работы госпиталей и этапов медицинской эвакуации являются:*

- поступление в госпиталь или на этап медицинской эвакуации больных ООИ;
- выявление больных ООИ среди раненых и больных в госпитале или на этапе эвакуации;
- поступление в госпиталь или на этап медицинской эвакуации раненых и больных из очага бактериологического заражения, в котором обнаружены возбудители ООИ.

СПР — это комплекс режимных и противоэпидемических мероприятий, выполняемых с целью: предупреждения распространения опасных инфекционных заболеваний среди раненых и больных; предупреждения заражения ими персонала этапов медицинской эвакуации; предупреждения выноса опасных инфекций за пределы этапов медицинской эвакуации [15].

Дополнительно к обычному противоэпидемическому режиму обеспечиваются:

- разграничение площади госпиталя на зоны строгого режима и ограничений;
- тщательная сортировка и отдельный прием больных, подозрительных и контактных (или подвергнувшихся риску заражения);
- по возможности предусматривается индивидуальное размещение больных (или максимально возможное разобщение);
- исключение между больными всякого контакта (боксовые палаты, отдельные процедурные, буфеты, отдельные санитарные узлы);
- развертывание изолятора для больных ООИ и контактных;
- усиление дезинфекционного режима, проведение дезинфекции после осмотра каждого больного, после каждой операции;
- перевод на казарменное положение медицинского персонала;
- закрепление отдельного персонала для ухода за больными с явными признаками ООИ;
- использование персоналом индивидуальных средств защиты;
- общая или специальная экстренная профилактика раненых, больных, персонала;
- усиленное медицинское наблюдение;
- отбор материала на бактериологическое исследование, сохранение его до развертывания лаборатории или направления в санитарно-эпидемиологические организации;
- организация специализированной медицинской помощи в условиях СПР;

— организация связи между отделениями в условиях СПР;

— ограждение внешней и внутренней территории госпиталя; вооруженная охрана;

— развертывание и организация работы передаточных пунктов и перегрузочной площадки, пунктов питания, водопользования, обеспечения имуществом, медикаментами и материальными средствами подразделений госпиталя;

— проведение инструктажа личного состава по правилам работы в СПР;

— предоставление ежедневных медицинских донесений с отражением данных эпидемиологической обстановки и о срочных нуждах.

Введение СПР в госпиталях и на этапах медицинской эвакуации и переход на обычный режим осуществляются по приказам начальников госпиталей и этапов медицинской эвакуации.

**Заключение.** Деятельность медицинской службы флота постоянно нацелена на эффективное решение двух задач: предупреждение болезней и обеспечения качественной медицинской помощи раненым и больным. Умение правильно диагностировать инфекционные заболевания, оказать экстренную и неотложную помощь, провести целенаправленное лечение, до консультации специалиста или госпитали-

зации больного в специализированное лечебное учреждение, обязательно для каждого военно-морского врача. Своевременная диагностика актуальных инфекционных болезней (кишечные и респираторные инфекции, малярия, филяриатозы, вирусные гепатиты, геморрагические лихорадки), встреча с которыми военно-морских врачей наиболее вероятна, является залогом не только успешного лечения, но и пресечения путей дальнейшего их распространения, что особенно важно при высококонтагиозных заболеваниях. Объем помощи инфекционным больным определяется оснащением этапа медицинской помощи, а также уровнем специальной подготовки сил медицинской службы. Территориальная система медицинского обеспечения в настоящее время является приоритетным направлением развития медицинской службы ВМФ РФ. Важнейшими задачами являются совершенствование организационно-штатной структуры и материально-технической базы инфекционной службы, улучшение подготовки войсковых (корабельных) врачей, улучшение организации неотложной помощи инфекционным больным на догоспитальном и госпитальном этапах, внедрение новых лечебно-диагностических методов при актуальных инфекциях.

### Литература

1. Военная доктрина Российской Федерации (утв. Указом Президента Российской Федерации от 5 февраля 2010 г. № 706).
2. Корабельный устав Военно-Морского Флота, введен в действие приказом ГК ВМФ от 01 сентября 2001 года № 350.
3. *Мосягин И. Г., Попов А. М., Чирков Д. В.* Морская доктрина России — в приоритете человек // *Морская медицина.*— 2015.— Т. 1, № 3.— С. 5–12.
4. Основы государственной политики Российской Федерации в области военно-морской деятельности на период до 2020 года (утв. Президентом Российской Федерации 29 мая 2012 года).
5. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г. (утверждена Указом Президента Российской Федерации от 12 мая 2009 г. № 537).
6. *Акимкин В. Г.* Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия военнослужащих в современных условиях // *Гиг. и сан.*— 2010.— № 5.— С. 63–66.
7. *Мызников И. Л., Махров М. Г., Рогованов Д. Ю.* Заболеваемость моряков в длительных походах кораблей // *Воен.-мед. журн.*— 1999.— № 6.— С. 58–63.
8. *Рыжман Н. Н.* Методические подходы к оценке эффективности терапевтической помощи на флоте в условиях функционирования территориальной системы медицинского обеспечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук.— СПб., 1998.— 25 с.
9. *Фисун А. Я.* Медицинское обеспечение ВС РФ: состояние и пути совершенствования // *Воен.-мед. журн.*— 2007.— № 12.— С. 31–35.
10. *Жданов К. В., Захаренко С. М., Коваленко А. Н.* Оказание медицинской помощи инфекционным больным на догоспитальном этапе // *Воен.-мед. журн.*— 2013.— № 1.— С. 39–43.
11. *Носов Ю. Н.* Опыт противоэпидемической защиты сил отечественного флота в 70–80-е годы XX века // *Воен.-мед. журн.*— 2014.— № 1.— С. 4–16.

12. Руководство по инфекционным болезням. В 2 кн. Кн. 1 / под ред. акад. РАМН проф. Ю. В. Лобзина и проф. К. В. Жданова.— 4-е изд., доп. и перераб.— СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2011.— 664 с.
13. Позняк А. Л. Обоснование рациональных схем лечения и реабилитации больных ангиной в условиях службы на Военно-Морском Флоте: дис. ... канд. мед. наук.— СПб., 1992.— 273 с.
14. Приказ Министра обороны РФ № 2552 от 31.08.2012 г. «Об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия в Вооруженных Силах Российской Федерации».
15. Предупреждение заноса возбудителя геморрагической лихорадки Эбола на корабли, суда и береговые части Военно-Морского Флота. Локализация и ликвидация очагов заболевания: методические указания ГВМУ МО РФ.— М., 2014.— 62 с.
16. Указания ГВМУ МО РФ от 15 февраля 2007 года «О совершенствовании системы мероприятий по санитарной охране территории на объектах Министерства обороны РФ».
17. Организация работы медицинского пункта воинской части (корабля), отдельного медицинского батальона (роты) и лечебно-профилактического учреждения в условиях строгого противоэпидемического режима. Методические указания, утв. начальником ГВМУ / под ред. профессора П. И. Огаркова.— М.: Военное издательство, 2008.
18. Приказ Министра обороны РФ от 9 октября 1999 г. № 455 (с изменениями и дополнениями от 19 июня 2009 г.) «Об утверждении Положения о медицинском освидетельствовании летного состава авиации Вооруженных Сил Российской Федерации».

Поступила в редакцию: 20.01.2016 г.

Контакт: Позняк Алексей Леонидович, +7 (921) 937-93-89

#### Сведения об авторах:

*Лобзин Юрий Владимирович* — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательского центра Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова МО РФ, генерал-майор медицинской службы, заслуженный деятель науки РФ, Академик РАН, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, д. 9, тел.: (812) 234-96-91;

*Позняк Алексей Леонидович* — доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, полковник медицинской службы запаса, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, тел.: +7 (921) 937-93-89;

*Сидорчук Сергей Николаевич* — кандидат медицинских наук, преподаватель кафедры инфекционных болезней (с курсом медицинской паразитологии и тропических заболеваний) Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова МО РФ, полковник медицинской службы, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, e-mail: sergei\_sidorchuk@mail.ru.

## Уважаемые читатели журнала «Морская медицина»!

Сообщаем, что открыта подписка на 2-е полугодие 2016 года.

### Наш подписной индекс:

Агентство «Роспечать» — **58010**

Объединенный каталог «Пресса России» — **42177**

Периодичность — 4 номера в год.