

мостаза. Пациенту рекомендованы курсы лечения с максимальными дозами фолиевой кислоты 5–6 мг в сутки, витамины группы В, аспирин в малых дозах, курсы лечения сулодексидом 250 Л. Е. 2 раза в сутки 2 месяца 3 раза в год.

Многoletнее наблюдение за пациентами показало, что постоянное профилактическое лечение надежно предотвращает повторные тромботические атаки.

Таким образом, в обоих клинических случаях мы видим, что тромботические осложнения возникли у пациентов молодого возраста. У врача должно работать правило «все пациенты молодого возраста, имеющие в анамнезе артериальные или венозные тромбозы подлежат обследованию на генетические и приобретенные формы тромбофилий» с обязательным привлечением врача гематолога.

У всех пациентов с подтвержденными тромбофилиями и при наличии хотя бы одного тромботического эпизода в анамнезе, даже при нормальных показателях стандартной гемостезиограммы, мы диагностировали: значительные нарушения в си-

стеме гемостаза, а это требует освидетельствования по статье 11а Расписания болезней.

В приказе министра обороны РФ №200 от 20.09.2003 г. «О порядке проведения Военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах РФ» не оговорено освидетельствование пациентов с тромбофилиями, однако специалистами ФБУ «1477 ВМКГ флота» поданы предложения по внесению изменений в готовящийся проект нового приказа по освидетельствованию пациентов с тромбофилиями.

Таким образом, в 1477 ВМКГ флота внедрена панель исследования на гематогенные тромбофилии, включающая исследование мутации фактора V Лейден, мутации G20210A гена протромбина, протеинов C, генетических полиморфизмов: MTHFR C677C, фибриногена; полиморфизм тромбоцитарных рецепторов; дефектов обмена гомоцистеина, антител к кардиолипину, бета 2-гликопротеину – 1 для каждого больного, у которого имеются в настоящее время или были в анамнезе, тромботические эксцессы.

Pervova G.V., Gerashchenko E.V., Rogach O.V., Kovtun G., Taryanik P.V., Sen E.I., Sidorenko N. P., Sergeeva N.V., Kuzmin A.P., Belousova T.P., Lunin G.A., Dynin P.G., Sakiryansky V.S. Grinevich V.I., Pestova L.V. **Military medical expertise in hematogenous thrombophilia.** FBU "1477 Naval Hospital, Navy", Vladivostok

Keywords: thrombophilia, military medical examination

Автор-корреспондент:

Геращенко Евгений Вячеславович, кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы, главный терапевт ФБУ «1477 ВМКГ флота»; 690005, Владивосток, Ивановская, 4. Тел.: +79025264840; e-mail: evg-gerashhenko@yandex.ru

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616-036.86-057.36

Геращенко Е.В., Голишевский Д.В., Зеренков П.А., Черников О.Г., Соловьев А.П., Половов С.Ф., Дынин П.Г., Ковтун Е.В., Симаков В.В., Гуляев А.И., Шабалин А.Е., Гусев Р.В.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРВОЙ БОЕВОЙ СЛУЖБЫ ОТРЯДА БОЕВЫХ КОРАБЛЕЙ ТИХООКЕАНСКОГО ФЛОТА В АДЕНСКОМ ЗАЛИВЕ

ФБУ «1477 военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток;
Медицинская служба ТОФ, Владивосток

Ключевые слова: боевая служба в Аденском заливе, корабли Тихоокеанского флота, терапевтическое обеспечение

Отряд кораблей ТОФ состоял из БПК «Адмирал Виноградов», танкеров «Борис Бутoma», «Печенга» и спасателя «Фотий Крылов». Выполнение поставленных задач проводилось в условиях климата низких широт. Длительность похода 131 день.

Для проведения анализа заболеваемости и влияния на нее обитаемости корабля, специфических условий труда и климата низких широт, весь период похода разбит на три периода. Первый – период становления адаптации длительностью около 3–4 недель, второй – устойчивой адаптации, длитель-

ностью около 8 недель и третий период – дизадаптации, начинается с 15–16 недели длительного плавания

В течение всего похода за терапевтической помощью обратилось 98 человек, что составляет 34,8% от всех первичных обращений, из них 60 (61,2%) человек были госпитализированы в лазарет БПК «Адмирал Виноградов» (пневмонией – 5 человек, острый бронхит – 2, острый тонзиллит – 13, острый гастроэнтерит – 1, острый энтероколит – 8, ОРЗ – 25, рожа – 2, повторный инфаркт миокарда – 1, чесотка

– 1, микоз стоп – 1, интермитирующий гидартроз – 1).

Обращает внимание, что все пневмонии были диагностированы в первый месяц плавания – в период становления адаптации. Все пациенты с выявленными пневмониями были госпитализированы в срок, поздних обращений не было, все специалисты разных боевых частей: матрос к/с Г., сигнальщик, БЧ-4, заболел 15.12.08; мичман С., старшина команды, БЧ-7, заболел 19.12.08; матрос к/с О., специалист БЧ-2, заболел 06.12.08; матрос к/с Р., специалист БЧ-4, заболел 07.01.09; главный корабельный старшина К., специалист БЧ-5, заболел 12.01.09 г.

Все случаи связаны с переохлаждением в условиях становления адаптации организма к высоким температурам, первый матрос заболел 06.12.08 г., во время плавания в Восточно-китайском море, где температура воздуха доходила до 27–29°C, а включение систем кондиционирования корабля создавала перепад температур до 10–11°C (сигнальный мостик – ходовой мостик, ПЭЖ – температура 17–18°C, внутренние помещения корабля – 28–30°C). Все пневмонии диагностированы клинически, лечение проводилось антибиотиками, муколитиками, при необходимости подключалась инфузионная терапия в первые 2 дня (критерии назначения – гипертермия выше 39°C, тахикардия выше 100 ударов в минуту, тенденция к снижению АД, систолического ниже 110 мм.рт.ст., однако акцент делался преимущественно на снижение диастолического АД ниже 75 мм.рт.ст.). Средний срок госпитализации составил 19 дней. После выписки все прошли реабилитацию от 10 до 15 суток.

Двое пациентов получали лечение по поводу острого бронхита: матрос к/с З., специалист БЧ-7, заболел 23.12.08 г., и прикомандированный представитель промышленности М., заболел 25.12.08 г. На фоне стандартной терапии у обоих достигнуто выздоровление.

До 6 недели были единичные обращения по поводу ОРЗ, всего 10 человек из разных боевых частей, получали симптоматическое лечение и спустя 4–5 дней приступали к исполнению своих функциональных обязанностей.

В этот же период двое матросов контрактной службы были госпитализированы с диагнозом рожа и локализацией процесса на нижних конечностях, что было связано с не своевременным обращением по поводу потертостей, мозолей. Все пациенты получали антибактериальную терапию, местное лечение, выписаны с выздоровлением, средний срок госпитализации составил 11 дней.

Из всех госпитализированных особо обращает внимание матрос контрактной службы К. 1988 г. рождения, прикомандированный с БПК «Адмирал Трибуц» к службе снабжения (исполнял обязанно-

сти пекаря). Пациент госпитализирован 23.12.08 г. с диагнозом хронический гастроудоденит в фазе обострения, острый энтероколит, острый бронхит. Эпидемиологический анамнез без особенностей. На фоне проводимого лечения ципрофлоксацином, ферментными препаратами, эубиотиками, муколитиками достигнуто выздоровление. Однако, из анамнеза обращает внимание, что в течение последнего года перенес четыре пневмонии и в октябре 2008 г. находился на лечении в Военно-морском клиническом госпитале ТОФ по поводу острого энтероколита. Из всего выше изложенного складывается впечатление о первичном иммунодефиците с формированием дисбактериоза на фоне предшествующей, антибактериальной терапии. В последующем пациент еще трижды обращался за медицинской помощью по поводу диареи, болей в эпигастрии, что послужило поводом назначения блокаторов водородной помпы, антацидов, однако проводимая терапия давала временный эффект и после незначительных погрешностях в диете симптомы рецидивировали. Последний эпизод обострения был после захода в КНР, где пациент нарушил предписанные диетические ограничения. Во всех случаях рецидива диарейного синдрома температура у пациента оставалась нормальной. Были даны рекомендации начальнику медицинской службы корабля по приходу в базу направить больного в гастроэнтерологическое отделение ВМКГ ТОФ.

В первый период было 9 обращений (2 матроса по призыву, 4 – контрактной службы, 3 – из мичманского состава) по поводу потницы. Из них было 4 кокка (температура, во время варки на камбузе, поднималась до 60°C).

Начиная с 5-й по 15–16 недели (период устойчивой адаптации) всего было 18 обращений. За этот период значительно уменьшилось количество обращений по поводу заболеваний органов дыхания.

Всего было 6 обращений по поводу ОРЗ в легкой форме, все случаи эпидемически разрозненны (все из разных кубриков) и после 4–6 дней лечения все приступали к своим служебным обязанностям. Также проходили лечение 5 человек по поводу острого тонзиллита (ангины), все из разных боевых частей и служб, выписаны с выздоровлением. Случаев бронхита, пневмоний зарегистрировано не было. Пять человек обращались с явлениями желудочной диспепсии без явлений общей интоксикации, которые наиболее вероятно были проявлениями морской болезни, лечение получали амбулаторно.

На 6 неделе плавания, а именно 20.01.09 г. в амбулаторию обратился мичман В., 1987 г. р., прикомандированный из части морской пехоты, с жалобами на сыпь по всему телу, зуд. Диагностирована чесотка, из анамнеза дополнительно выяснено, что за 1,5–2 месяца до выхода в море получал лечение чесотки

по месту жительства втиранием серной мази, с хорошим эффектом. Пациент изолирован, получал лечение медифоксом в течение 3-х дней. На фоне лечения зуд исчез на 3 сутки, сыпь регрессировала через 12–15 дней. В кубрике проведены соответствующие противозидемические мероприятия.

15.02.09 г. во время заправки с танкера «Борис Бутума» за медицинской помощью обратился служащий МО Г., 1966 г. р., радист, с жалобами на дискомфорт за грудиной длительностью до 30 минут и одышку, возникающую при незначительной физической нагрузке, проходящие в покое, слабость, общее недомогание, периодические головные боли. Боли за грудиной, связанные с физической нагрузкой появились около 5 дней назад, за медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал анальгетики.

Из анамнеза выяснено, что ИБС дебютировала мелкоочаговым инфарктом миокарда в августе 2004 г. Лечился стационарно в городской клинической больнице города №1 г. Владивосток с последующей реабилитацией в санатории «Амурский залив». Периодические повышения АД до 160/100 – 180/120 мм.рт.ст. около 7–10 лет, лечился стационарно по поводу гипертонической болезни, гипотензивные препараты принимал нерегулярно. Факт заболевания перед выходом в море скрыл.

При поступлении диагностированы ИБС, повторный субэндокардиальный инфаркт миокарда задне-базальной области левого желудочка, острая стадия, ОСН (Killip I), постинфарктный мелкоочаговый кардиосклероз (ИМ 2004). Гипертоническая болезнь 3 стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. Атеросклероз аорты. Возможностей к эвакуации в специализированное отделение не было.

Начата терапия по программе острого коронарного синдрома включающая режим, в/в введение нитратов, прием β -блокаторов, в/в введение гепарина, прием дезагрегантов. Показаний для тромболитической терапии не было. На фоне проводимого лечения ангинозные боли не рецидивировали, достигнута артериальная нормотензия, на ЭКГ закономерная динамика инфаркта миокарда.

Реабилитация проводилась по III классу тяжести. Освоил 4-ю ступень активности с адекватной реакцией АД, ЧСС, ЧД. Во время нагрузок ангинозные боли не беспокоили.

В связи со стабилизацией состояния пациент для продолжения реабилитации 24.03.09 г. переведен на танкер «Борис Бутума» под наблюдение судового врача с рекомендацией проведения реабилитации в течение 7 дней. К работе приступил 01.04.09 г. Общая длительность лечения составила 37 дней.

Также 23.02.09 г. обратился служащий МО, начальник радиостанции танкера «Борис Бутума» С., 1943 года рождения, с жалобами на головную боль.

Диагностирована гипертоническая болезнь 2 стадии, гипертонический криз от 23.02.09 г. Криз купирован, откорректирована гипотензивная терапия. В последующем за медицинской помощью не обращался.

В третьем периоде, с 14–16 недели плавания и до конца похода, было 26 первичных обращений.

Особое место в данный период занимают острые энтероколиты. За неделю с 28.03.09 г. за медицинской помощью обратилось 8 человек. 28.03.09 г. отряд кораблей ТОФ покинул порт Танжунгприок (Индонезия). Первый пациент обратился 28.03.09 г. (мичман С., БЧ-7, посещал Джакарту), в дальнейшем поступления были с 30.03.09 г. Особенностью клинической картины у четырех больных дебют лихорадки с повышением температуры до 39,5°C, а спустя 2 дня присоединился диарейный синдром который носил четко очерченную колитическую картину. При пальпации определялась болезненность в гипогастрии и в левой подвздошной области. Помимо левомицетина и инфузионной терапии лечение проводили противодизентерийным бактериофагом по 2 т x 3 раза за 30 минут до еды. У остальных больных заболевание дебютировало одновременно симптомами интоксикации и диарейным синдромом, что не представляло труда для диагностики. На фоне лечения температура исчезала на 2–3 день, длительность приема левомицетина 0,5 по 1 т. x 4–5 раза в сутки составила 7 дней, дизентерийный бактериофаг принимали 12–13 дней. Все пациенты выписаны на 10 день с выздоровлением. Эпидемическое расследование показало, что случаи заболевания острыми колитами скорей всего обусловлены употреблением свежих фруктов и овощей при выходе в город.

С 25.03.09 г. по 11.04.09 г. обратилось 7 пациентов с острыми тонзиллитами и 9 – с ОРЗ. Случаи обусловлены переохлаждением в связи с относительным понижением температуры окружающей среды в порту Чжаньцзянь (КНР).

11.03.07 г. в лазарет обратился главный корабельный старшина Т. (боцманская команда) с 2 возвышающимися красными кожными элементами на коже полового члена, сопровождающимися зудом. Ситуация расценена как аллергическая реакция, назначено соответствующее лечение, однако ожидаемого эффекта не достигнуто. К 16.03.09 г. у пациента появилась папулезно – везикулезная сыпь, местами парная, с присоединением вторичных кожных элементов – геморрагический корок, заподозрена чесотка. Однако смущала локализация (поражение кожи области «трусов») и четвертый месяц плавания. Форма 20 исключена. Эффект от медифокса был разительным. С учетом выше изложенного, остановились на диагнозе инсектицидный дерматит. Профилактически в кубрике проведены соответствующие противозидемические мероприятия.

На протяжении всего похода было 5 обращений

по поводу микоза стоп. У матроса к/с Ф. микоз стоп осложнился присоединением неспецифической инфекции, с развитием пахового лимфаденита. На фоне антибактериальной терапии явления суперинфекции регрессировали, однако микоз стоп принял торпидное течение с последующей экзематизацией процесса. Лечение осложнялось недостаточным количеством эффективных фунгицидных препаратов. По приходу в порт больной направлен в специализированное отделение Военно-морского клинического госпиталя ТОФ.

Из прочих заболеваний, заслуживает внимание матрос по призыву БЧ-5 И., 1990 года рождения. У пациента в течение всего похода рецидивировал гидрартроз коленных суставов с нарушением функции 1 степени во время обострений. Наблюдение за пациентом позволило исключить ревматизм (обострения не сопровождалось повышением температуры, не было критериев острой ревматической лихорадки), однако, беря во внимание, что интермиттирующий гидрартроз (палиндромный ревматизм) может быть дебютом ревматоидного артрита, матрос был направлен на стационарное обследование по приходу в порт Владивосток. Обострения обрывали назначением стандартных доз диклофенака в/м, и в свечах.

Особенностью данного похода явилось проведение гемотрансфузий цельной крови по жизненным показаниям двум пациентам во время проведения операций. Забор крови проводился терапевтом у обследованных доноров корабля в стандартные контейнеры для забора крови «гемасин» 500. Общий объем гемотрансфузий составил 2500 мл. Осложнений во время и после пере-

ливания крови не было.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

Максимальная обращаемость имела место в первый и последний месяцы похода (в период становления адаптации и в период дизадаптации).

В эти периоды основной патологией были болезни органов дыхания (ОРЗ, острые тонзиллиты, острые бронхиты, пневмонии).

Основная причина болезней органов дыхания связана с переохлаждением в условиях становления адаптации к высоким температурам и дизадаптацией организма при следовании домой.

Переохлаждение обусловлено большими перепадами температур между воздухом внешней среды и внутренними помещениями корабля.

При следовании домой большую роль в переохлаждении играет снижение температуры внешней среды.

Восемь острых энтероколитов хронологически связаны с заходом в иностранный порт и обусловлены несоблюдением элементарных требований гигиены.

Низкое качество барьерного медицинского осмотра военнослужащих, прикомандированных на БПК «Адмирал Виноградов».

Оказание квалифицированной помощи больным с неосложненным инфарктом миокарда, возможно, проводить в условиях корабля при наличии подготовленных специалистов, необходимых медикаментов и оборудования.

Необходимо внедрение на корабле методики ускоренной тепловой адаптации экипажа при плавании в условиях низких широт.

Gerashchenko E.V., Golishevsky D.V., Zerenkov P.A., Chernikov O.G., Solovyov A., Polovov S.F., Dynin P.G., Kovtun E.V., Simakov I.V., Gulyaev A.I., Shabalin A., Gusev R.V. **Therapeutic support the first battle of service order martial pacific fleet in the gulf of Aden. FBU "1477 VMKG Fleet", Vladivostok; Medical Service Pacific Fleet, Vladivostok.**

Keywords: military service in the Gulf of Aden, ships of the Pacific Fleet, a therapeutic software

Автор-корреспондент:

Герашченко Евгений Вячеславович, кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы, главный терапевт ФБУ «1477 ВМКГ флота»; 690005, Владивосток, Ивановская, 4. Тел.: +79025264840; e-mail: evg-gerashhenko@yandex.ru

© Коллектив авторов, 2012

УДК 616.24-002.5-085.37

Гришаев С.Л., Орлова Е.С., Шарова Н.В.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ КЛИНИКАХ ВМА ИМ. С.М. КИРОВА

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные пациенты, структура заболеваний, Военно-медицинская академия.

Эпидемия ВИЧ-инфекции является актуальнейшей проблемой здравоохранения (Онищенко Г.Г., 2009). В на-

стоящее время ВИЧ-инфекция распространена во всех регионах, при этом Санкт-Петербург занимает одно из