

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЬНЫМ В АФГАНИСТАНЕ (1979–1989)

К.С. Иванов, Ю.В. Лобзин, В.М. Волжанин

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

The medical care rendering to the infective patients in Afghanistan (1979–1989)

K.S. Ivanov, Yu.V. Lobzin, V.M. Volzhanin

Military Medical Academy by S.M. Kirov, Saint-Petersburg

Резюме. В статье обобщен личный опыт авторов в оказании медицинской помощи инфекционным больным ограниченного контингента советских войск в Афганистане (1979–1989). Показано, что в разные годы доля инфекционных больных составляла от 45,2 % до 67,8 % общего числа санитарных потерь. Актуальными являлись брюшной тиф, амебиаз, вирусный гепатит, малярия и микст-инфекции. Освещены этапы становления организации медицинской помощи и совершенствования госпитальной базы для лечения инфекционных больных. Особое внимание уделено внедрению схем оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе, реализации принципов медицинской сортировки и превентивной интенсивной терапии в госпиталях.

Ключевые слова: медицинская помощь инфекционным больным, превентивная интенсивная терапия, экстракорпоральная детоксикация, Афганистан, гипербарическая оксигенация.

Abstract. This article presents the author's own experience of medical care rendered to the infective patients of the limited contingent of the Soviet troops in Afghanistan is generalized (1979–1989). According to factual evidence it is clear that during different periods of time, the percentage of the infective patients averages till 45,2 up to 67, 8 % from the general number of the sanitary detachments. The most actual illnesses were typhoid fever, amebiasis, viral hepatitis, malaria and mixt-infections. In the article also covered the main steps of the formation and organization of the hospital base for the infective patients. Special attention is paid to the emergency aid implementation during so-called pre-admission period, realization of the medical grading and prevention of the intensive therapy in the hospitals.

Key words: Medical aid, infectious diseases, Afghanistan, preventive intensive therapy, extracorporeal detoxification, hyperbaric oxygenuation.

К 20-летию вывода советских войск
из Афганистана

В период ведения боевых действий в Афганистане военно-медицинская служба впервые столкнулась с особой медицинской обстановкой, которая характеризовалась очень высокой эпидемической инфекционной заболеваемостью, вызываемой одновременно несколькими возбудителями. Инфекционные болезни у советских военнослужащих в Афганистане занимали ведущее место (45,2 – 67,8%) в общей структуре санитарных потерь. Число больных, лечившихся в инфекционных стационарах и в медицинских пунктах войсковых частей составляло за год до двух третей от числа личного состава ограниченного контингента советских войск, а удельный вес трудопотерь от инфекционных заболеваний достигал 88%.

В условиях жаркого климата, высокой инфекционной заболеваемости местного населения напряженная эпидемическая ситуация отмечалась на протяжении всех сезонов года, однако наибольшая

инфекционная заболеваемость регистрировалась с июня по декабрь. В этот период в войсковых частях имели место эпидемии сразу нескольких инфекций – вирусного гепатита, брюшного тифа и паратифов А и В, шигеллеза и других острых кишечных инфекций. Из паразитарных инфекций наиболее актуальными были малярия и амебиаз, а среди тяжелых бактериальных инфекций – дифтерия, менингококковая инфекция, холера, из трансмиссивных инфекций – лихорадка паппатачи. Кроме того, имели место заболевания клещевым возвратным тифом, везикулезным риккетсиозом, лептоспирозом, бешенством и другими инфекциями. Особую трудность для диагностики и лечения составляли сочетанные инфекции, удельный вес которых составлял до 4,1% от числа всех лечившихся больных.

Особенностью инфекционных заболеваний у советских военнослужащих в условиях Афганис-

тана являлось тяжелое и осложненное течение, развивавшееся на фоне экологического и профессионального перенапряжения, особенно у больных с сочетанными инфекциями и дефицитом массы тела.

В связи с тем, что патогенетические изменения, выявленные у здоровых военнослужащих при хроническом эколого-профессиональном перенапряжении и у инфекционных больных — под влиянием вирусных и бактериальных антигенов и их токсинов — имеют значительное сходство. Одновременное воздействие этих факторов оказалось синергидным и приводило к резкому снижению резистентности организма. У инфекционных больных резко снижались показатели факторов неспецифической защиты, клеточного и гуморального иммунитета и других важных показателей гомеостаза (белка в крови, витаминов, анаболических гормонов).

Это приводило к неблагоприятному течению инфекционных заболеваний. Тяжелые, опасные для жизни осложнения нередко отмечались у больных брюшным тифом (кишечные кровотечения и перфорации, миокардиты, пневмонии), вирусным гепатитом (острая печеночная недостаточность), амебиазом (кишечные кровотечения, амебные гепатиты, абсцессы печени), малярией (малярийная кома), острыми кишечными инфекциями (инфекционно-токсический шок, дегидратационный синдром) и другими инфекциями. Опасность возникновения тяжелых осложнений и критических состояний значительно возрастала у больных сочетанными инфекциями и у инфекционных больных с огнестрельными ранениями. Тяжелое течение инфекционных заболеваний явилось причиной высокой летальности в первые годы нашей работы в Афганистане (1982–1983 гг.) — при брюшном тифе — до 3,3%, малярии — 0,27%, амебиазе — 5,9%, дифтерии — 21%, менингококковой инфекции — до 18% (в 4,5–8 раз выше, чем в среднем по ВС СССР).

Высокая эпидемическая заболеваемость полиинфекцией с тяжелым течением и неблагоприятными исходами обусловила необходимость переоценки существовавших принципов, содержания и форм оказания медицинской помощи инфекционным больным на догоспитальном и госпитальном этапах, а также применявшихся методов диагностики, лечения, в том числе интенсивной терапии, и реабилитационных мероприятий для переболевших инфекционными заболеваниями.

Поэтому разработанная ранее В.С. Матковским система оказания медицинской помощи инфекционным больным в условиях массовой инфекционной заболеваемости была усовершенствована под руководством К.С. Иванова. Она включала четыре этапа. Первый этап — активное раннее выявление инфекционных больных, своевременная изоляция,

оказание неотложной помощи и своевременная госпитализация больных — осуществлялся медицинской службой войсковых частей. Второй этап — оказание специализированной медицинской помощи в военных инфекционных госпиталях и в инфекционных отделениях многопрофильных госпиталей. Третий — восстановление трудо- и боеспособности переболевших в отделениях и центре реабилитации. Четвертый — динамическое наблюдение за переболевшими в войсковых частях.

Ведущую методическую роль в организации медицинской помощи инфекционным больным в войсках стали играть ведущие инфекционисты 40-й армии — сотрудники кафедры инфекционных болезней ВМедА им. С.М. Кирова: Ю.И. Ляшенко (1983–1985 гг.), В.В. Фисун (1985–1986 гг.), Ю.А. Винакмен (1986–1987 гг.), В.М. Волжанин (1987–1989 гг.).

В связи с особенностями санитарных потерь инфекционного профиля (высокая частота микстинфекций и комбинированных поражений) осуществление раннего активного выявления инфекционных больных, их своевременная изоляция и госпитализация нередко были затруднительными. Так, в 1982–1983 гг. 85–90% больных поступали в лечебные учреждения только на 4–12-е сутки от начала болезни (а своевременно — лишь 10–15%), что неблагоприятно отражалось на течении заболеваний.

Для улучшения организации выявления инфекционных больных, кроме практического обучения войсковых врачей и повышения к ним требовательности, внедрялись новые формы и методы активного выявления заболевших: осмотры инфекционистом и врачами частей личного состава, вернувшегося с боевых действий с немедленной госпитализацией больных и подозрительных на инфекционные заболевания (в некоторых случаях госпитализировалось до 60–80 человек), использование в войсковом звене пробы Розина для выявления желчных пигментов в моче при подозрении на вирусный гепатит, микроскопии «толстой капли» на малярийный плазмодий у всех больных с повышенной температурой тела и др. Все это привело к улучшению показателей своевременной изоляции и госпитализации больных (в 1986–1988 гг. до 65–70%).

Для улучшения ранней диагностики инфекционных заболеваний на догоспитальном этапе на основании изучения клинической симптоматики начального периода актуальных нозологических форм были составлены диагностические таблицы. Их использование врачами МПП способствовало уменьшению числа диагностических ошибок в 2–3 раза; например, за период с 1985 по 1987 гг. при тифо-паратифозных заболеваниях — от 33,5 до

15,7%, дифтерии — от 55 до 19%, амебиазе — от 89 до 29%.

Разработаны и внедрены в практику комплексные схемы неотложной помощи в войсковых частях при наиболее часто встречающихся синдромах критических состояний (дегидратационный синдром, инфекционно-токсический шок, инфекционно-токсическая энцефалопатия) и больным в тяжелом состоянии при наиболее актуальных инфекциях (малярия, холера, менингококковая инфекция, дифтерия).

Внедрение в практику в войсковых частях системы раннего активного выявления, своевременной диагностики и оказания неотложной помощи инфекционным больным способствовало уменьшению числа больных, поступавших в госпитали в тяжелом состоянии; например, при брюшном тифе с 1985 по 1988 г. — от 20,1 до 3,1% больных (в 6 раз).

На качество медицинской помощи инфекционным больным оказывало значительное влияние отсутствие адекватной госпитальной базы на территории Афганистана. Поэтому значительная часть больных (45,2–76,6%) в 1980–1983 гг. эвакуировалась в госпитали ТуркВО.

К 1986 г. на территории Афганистана была создана мощная госпитальная база для лечения инфекционных больных (1770 штатных коек), которая состояла из 4 военных инфекционных госпиталей (1250 штатных коек) и комплексов инфекционных отделений в 3 многопрофильных госпиталях (520 штатных коек). В периоды эпидемического повышения заболеваемости (с июня по декабрь) число развернутых коек составляло 6000, что позволило полностью прекратить эвакуацию инфекционных больных на территорию СССР и обеспечить оказание им медицинской помощи в полном объеме в условиях 4-кратной перегрузки.

В военных госпиталях при одновременном поступлении значительного числа больных с различными заболеваниями по тяжести и нозологическим формам особое значение приобретает медицинская сортировка.

Медицинская сортировка больных проводилась с учетом их эпидемической опасности, тяжести течения болезни и нуждаемости в неотложных лечебных мероприятиях и интенсивной терапии. Сортировка позволяла обеспечить направление больных по предназначению в профильные лечебные отделения и предупреждала возможность внутригоспитальных заражений.

На сортировочной площадке в первую очередь выделялись больные, нуждавшиеся в реанимационном лечении, экстренных оперативных вмешательствах, интенсивной терапии, которые направлялись в отделение (блок) интенсивной терапии и реанимации. Показаниями для этого служили тяжелое

состояние больного или наличие факторов риска развития критических состояний. В 1987–1988 гг. до 60–80% больных, лечившихся в ОИТР, направлялись непосредственно из приемного отделения.

На сортировочной площадке формировались 3 потока больных, направлявшихся в профильные отделения: 1-й — больные брюшным тифом; 2-й — больные вирусным гепатитом; в 3-м выделяли три группы больных — острыми кишечными инфекциями, капельными инфекциями, малярией.

1-й и 2-й потоки больных поступали через отдельные приемные, смотровые, санитарные пропускники, а больные 3-го потока — через отдельные боксы приемно-диагностического отделения. Для каждого потока больных в приемных был организован забор материала для бактериологических (посевы крови, испражнений) и паразитологических исследований («толстая капля» на малярийный плазмодий). Больные с неясной клинической картиной оставались до уточнения диагноза в боксах приемно-диагностического отделения, где им проводился комплекс клинико-лабораторных исследований на все актуальные инфекционные заболевания.

Разделение потоков поступающих больных менялось в зависимости от удельного веса различных инфекций.

В дальнейшем сортировка продолжалась в профильных отделениях по принципу пропускной системы. В одной половине в отдельных палатах находились больные в периоде разгара заболевания (т. е. наибольшей эпидемической опасности), затем они переводились в палаты для больных в периоде ранней реконвалесценции. Всего в различных профильных отделениях выделялись 5–6 типов палат (для больных в периоде разгара, для нуждающихся в интенсивном наблюдении и инфузионной терапии, для сочетанных инфекций, бактериовыделителей и реконвалесцентов).

Сортировка в профильных отделениях позволяла улучшить организацию диагностических и лечебных мероприятий однородным группам больных и уменьшить возможность внутригоспитального заражения.

С целью улучшения исходов заболеваний потребовалась разработка новых комплексных схем лечения и интенсивной терапии (ИТ) инфекционных больных, а также новых организационных принципов их использования.

Ключевым звеном предупреждения развития тяжелых осложнений явилось превентивное применение методов интенсивной терапии инфекционных больных, основанное на своевременном определении факторов риска их развития, определен объем терапевтических мероприятий этой категории больных в приемно-диагностическом отделении и ОРИТ (Иванов К.С., Ляшенко Ю.И.).

При брюшном тифе в 1981–1988 гг. ИТ подвергалось 26,0–31,9% больных, из них только 3,1–6,4% поступавших в тяжелом состоянии, а 19,6–28,8% — с факторами риска развития тяжелых осложнений. Проведение превентивной ИТ способствовало снижению числа больных с тяжелым течением в 2,5 раза, с перфорацией тонкой кишки — в 4,5 раза, с затяжным течением — в 7,5 раз.

На основании изучения эффективности использования различных химиотерапевтических средств и их сочетаний для лечения брюшного тифа, паратифов А и В, лекарственно-устойчивых форм тропической малярии, кишечной и внекишечной форм амебиаза, апробации различных методов их введения (энтеральный, парентеральный, в том числе трансумбиликальный) созданы и внедрены рациональные схемы этиотропной терапии актуальных бактериальных и паразитарных инфекций.

Особое внимание уделялось разработке методов и схем коррекции гомеостаза и патогенетических нарушений у тяжелых инфекционных больных на фоне синдрома эколого-профессионального стресса.

В интенсивной терапии (ИТ) инфекционных больных высокую эффективность показали методы экстракорпоральной детоксикации. При генерализованных и гипертонических формах бактериальных инфекций (брюшной тиф, паратифы А и В, менингококковая инфекция, дифтерия) наиболее эффективной оказалась гемосорбция (ГС), а при вирусных гепатитах — плазмаферез (ПФ) и плазмосорбция (ПС). Существенно повышает эффективность этих методов их комбинация с ультрафильтрацией (при отеком синдроме), малопоточной мембранной оксигенацией сорбированной крови или гипербарической оксигенацией при выраженной гипоксии.

Одной из причин тяжелого течения инфекционных заболеваний была гипоксия, обусловленная воздействием на организм больного микробными и вирусными токсинами, усугубляемая в условиях высокогорья пониженным парциальным давлением кислорода во вдыхаемом воздухе. Развитие материально-технической базы для лечения инфекционных больных, в частности хорошее оснащение ОИТР и БИТ, обусловило возможность широкого использования в ИТ новых методов — ГБО и ГС. Так, при лечении больных ВГ в Кабульском ВИГ комплекс ИТ, включающий эти методы, позволил предотвратить развитие ОПечН и уменьшить число больных с тяжелым течением заболевания.

Внедрение в практику новых рациональных комплексных схем лечения (в том числе ИТ инфекционных больных с использованием новых высокоэффективных методов лечения) оказало существенное влияние на течение и исходы заболеваний. Так, например, при брюшном тифе количество хирур-

гических осложнений в Кабульском инфекционном госпитале с 1982 по 1984 г. снизилось в 3 раза (от 2,29 до 0,77%), в том числе перфораций тонкой кишки — от 1,49 до 0,37%. Следует отметить и снижение летальности при хирургических осложнениях (от 65 до 9,5%), которое было обусловлено не только совершенствованием хирургической тактики и техники, но и более эффективной ИТ больных брюшным тифом в предоперационном и послеоперационном периодах. Летальность при брюшном тифе и его сочетаниях снизилась за этот период от 3,3 до 0,41% (более чем в 8 раз), а от всех инфекционных болезней — от 0,49 до 0,18% (более чем в 2,5 раза).

На основе опыта, полученного в Афганистане, были сформулированы основные организационные принципы ИТ инфекционных больных в Вооруженных силах как «комплекс мероприятий, применяемый не только при тяжелых и критических состояниях, но и при риске их развития, и направленный на подавление жизнедеятельности возбудителей болезни, дезинтоксикацию, предупреждение нарушений жизненно важных органов и систем, их восстановление и поддержание в оптимальном режиме функционирования».

Существенное значение для восстановления трудо- и боеспособности переболевших инфекционным заболеванием имело создание системы реабилитационных мероприятий, что позволило также снизить трудовые потери у переболевших вирусным гепатитом и брюшным тифом в среднем на 12,6 дней. В штатном центре выздоравливающих на 1,5 тыс. коек получили восстановительное лечение 12 тыс. реконвалесцентов после вирусного гепатита и 1,5 тыс. — после тифо-паратифозных заболеваний. Однако в связи с организационными трудностями и возросшим риском эвакуации реконвалесцентов по воздуху с 1986 г. реабилитация проводилась в филиалах (ротах) центров выздоравливающих при госпиталях. Новая организационная форма реабилитации оказалась наиболее оптимальной в связи с исключением безвозвратных потерь и материальных затрат в период эвакуации. Кроме того, улучшился контроль за восстановлением физической работоспособности, возложенный на отделения функциональной диагностики госпиталей. Сложившаяся система реабилитации оказалась весьма эффективной и способствовала возвращению в строй 98% реконвалесцентов после брюшного тифа и вирусного гепатита.

Таким образом, усовершенствованная система оказания медицинской помощи инфекционным больным на догоспитальном и госпитальном этапах, включающая раннее активное выявление, неотложную помощь и своевременную госпитализацию больных, систему медицинской сортировки, новые комплексные схемы лечения и организационные

принципы интенсивной терапии, систему реабилитации, способствовала улучшению исходов инфекционных заболеваний и уменьшению сроков восстановления трудо- и боеспособности.

Общая летальность при эпидемических инфекционных заболеваниях с 1983 по 1989 гг. снизилась в 16 раз (от 0,49 до 0,03%), существенно уменьшилась летальность при всех актуальных инфекциях — например, при вирусном гепатите — в 8 раз (от 0,33 до 0,04%); амебиазе — в 27 раз (от 5,9 до 0,22%). На фоне прогрессивного улучшения исходов заболевания в 1988 г. удалось предотвратить летальные исходы при брюшном тифе (1982 г. — 3,3%); малярии (1983 г. — 0,27%); дифтерии (1985 г. — 2,5%). Для сравнения следует отметить, что в этот же период в странах Западной Европы (Австрия, Италия, ФРГ) летальность при спорадических заболеваниях брюшным тифом сохранялась на уровне 1,5–2,0%, в странах Юго-Восточной Азии, от малярии — на

уровне 3,6–4,0%, во время Великой Отечественной войны летальность при эпидемических вспышках инфекционных заболеваний составляла 1,5–3%. В Афганистане возвращено в строй 99,6% переболевших инфекционными заболеваниями (в период Великой Отечественной войны — 90%). Поэтому опыт оказания медицинской помощи инфекционным больным в Афганистане необходимо использовать военным инфекционистам как в мирное, так и в военное время.

Большинство военных инфекционистов, в том числе все главные инфекционисты округов и флотов, принимали участие в разработке и внедрении в практику системы оказания медицинской помощи инфекционным больным в Афганистане.

В последние годы опыт этой работы эффективно используется инфекционистами военных округов и флотов. Это позволило снизить летальность от инфекционных болезней в ВС РФ в 3 раза (от 0,09 до 0,03%).

Контактный телефон: 8(812)3476453 В.М. Волжанин.