

УДК 612.821:613.68

К ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЛАВСОСТАВА ТРАНСПОРТНОГО ФЛОТА ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО РЕГИОНА

Л. М. Мацевич

Крыловский государственный научный центр, Санкт-Петербург, Россия

TO THE QUESTION ABOUT SICKNESS RATE OF SHIP'S CREW OF MARINE FLEET AT FAR-EASTERN REGION

L. M. Matsevich

Krylov State Research Centre, St. Petersburg, Russia

© Л. М. Мацевич, 2017 г.

В статье рассматривается заболеваемость плавсостава Дальневосточного региона как по официальной отчетности, так и по материалам углубленной разработки, включая обращаемость членов экипажа за медицинской помощью в рейсах. Приведены результаты многолетних исследований влияния профессиональной деятельности, возраста, стажа и пола работающих, судовой среды и природных факторов, а также продолжительности рейсов и судов различного назначения на здоровье моряков. Под наблюдением находилась группа численностью 11 000–15 000 моряков, 80% которых составляли мужчины в возрасте до 40 лет. В структуре заболеваемости преобладали нозологические формы, в возникновении которых определяющую роль играют простудный фактор, физическое и нервное напряжение. Анализ временной нетрудоспособности выявил преобладание у командного состава гипертонической болезни, болезней сердца и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в возникновении которых существенную роль играет нервно-эмоциональный фактор. Сравнение заболеваемости по основным профессиям с учетом возрастных различий в группах показало, что она выше у лиц, обеспечивающих ходовой режим и безопасность судоходства, отражая высокую степень нервно-эмоционального напряжения их трудовой деятельности. В результате выявлено определяющее влияние профессионально-производственных воздействий на состояние здоровья моряков.

Ключевые слова: морская медицина, состояние здоровья, заболеваемость моряков, профессионально-производственные факторы, судовая среда.

The paper addressed the disease incidence of crew of marine fleet at Far-Eastern Region both by official accounts, and by materials of the profound elaboration, including address of ship's crew for medical attendance in trips. The long-term investigations on influence of the professional work, age, length of service and sex of sailors, ship's environment and natural factors, as well duration trips and ships of various fixing on the health of seamen. By observation were 11 000–15 000 seamen, 80% which were men to 40 age. In structure of the disease incidence predominated illnesses to which rise important play a part cold factor, physical and nervous strain. Analysis of temporary incapacitation ascertained prevalence at commanding staff hypertonicity, cardiac diseases and ulcer of the stomach, in which rise essential role belongs nervous and emotional factors. Comparison disease incidence by chief profanations take into consideration principal differences in groups showed, that its higher at persons, which ensuring speed and clear of danger navigation. In consequence ascertained chief influence professional and industrial factors on the state of seamen's health.

Key words: sea medicine, state of health, disease incidence of crew, professional and industrial factors, ship's environment.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22328/2413-5747-2017-3-2-34-46>

Неотъемлемой частью комплексного изучения влияния профессионально-производственных и социально-бытовых факторов на организм человека является исследование состоя-

ния его здоровья, поскольку, в конечном счете, именно показатели заболеваемости отражают истинную «физиологическую стоимость» различного рода физических, химических и соци-

ально-бытовых воздействий, что обуславливает необходимость изучения заболеваемости различных контингентов работающих [1], включая моряков. В современных условиях это приобретает важное социально-гигиеническое значение, так как позволяет выявить основные причины, способствующие возникновению и распространению той или иной патологии у молодого (свыше 80% — мужчины не старше 40 лет) и «отборного» по состоянию здоровья (результат предварительных, при приеме на работу или на учебу в профильные учебные заведения, и периодических медицинских осмотров во время учебы и работы в профессиях плавсостава), контингента.

Следует отметить, что вопросы заболеваемости на флоте давно привлекали внимание специалистов. В XIX веке отдельные аспекты проблемы находили отражение в немногочисленных, эпизодически выполняемых работах, посвященных главным образом военным морякам [2, 3]. В 20–30-х гг. XX века в СССР начинается разработка санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на сохранение здоровья плавсостава морского флота. Одновременно организуется проведение специальных научных исследований в этой области. Например, в 1935 г. в своей книге А.В. Метакса [4] выделяет нозологические формы, которые он связывает с условиями труда и быта моряков. К ним он относит кожные, нервные и глазные болезни, малярию и заболевания органов дыхания. Несколько позднее А. Вайнштейн и С. Кутуков [5], анализируя заболеваемость моряков всех бассейнов страны за 1938 год, установили преобладание на флоте острых респираторных заболеваний (ОРЗ), травматизма и гнойных поражений кожи. Во время и после войны 1941–1945 гг. наблюдается рост заболеваемости на флоте, по сравнению с довоенным уровнем [6, 7], что, по мнению авторов, отражает влияние изменившихся условий и характера труда моряков в это напряженное для страны время. Далее появляются работы на отдельных видах флота. Так, например, исследования на нефтеналивном флоте [8] выявили преобладание у судовых экипажей инфекционных заболеваний (23,7%), травматизма (13,3%), болезней органов дыхания (12,4%), пищеварения (12,2%), кровообращения (7,8%) и кожи (7,3%), которые в значительной степени обусловлены условиями труда на танкерах.

В 1959 г. по инициативе ВОЗ в крупных портах мира изучалась заболеваемость плавсостава морского флота. В результате были выявлены наиболее распространенные среди моряков нозологические формы [9]. Ими оказались желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые, кожные, психические, венерические заболевания и болезни зубов. Следует подчеркнуть, что большинство исследователей, изучавших состояние здоровья моряков в разное время, также выявляли значительное число лиц, страдающих сердечно-сосудистой патологией [10–13]. Одновременно увеличивается число публикаций, в которых обращается внимание на учащение случаев нервных и психических заболеваний на флоте [13–17]. Как правило, авторы связывают это с длительным нервно-психическим напряжением и частыми стрессами в рейсах на фоне специфических условий, организации, характера и режима труда и отдыха моряков. При этом нельзя забывать, что на транспортном флоте, как правило, уровень заболеваемости ниже, чем в других отраслях промышленности, за счет сочетания таких факторов, как относительно молодой возраст, обязательные предварительные и периодические медицинские освидетельствования моряков, а также особенности их обращения за медицинской помощью в рейсах и на берегу и учет этих обращений.

Как известно, в рейсе, при наличии на судне врача или фельдшера обращение за медицинской помощью любого члена экипажа фиксируется в судовом медицинском журнале без выдачи листка нетрудоспособности. Однако в настоящее время на большинстве морских транспортных судов Российской Федерации медицинский работник отсутствует, что затрудняет, а в ряде случаев и полностью исключает возможность оказания медицинской помощи непосредственно на судне в рейсе. В этих случаях медицинскую помощь должен оказывать либо старший помощник капитана (было принято на судах в СССР и РФ), либо соответственно обученный член судового экипажа. На судах дальнего зарубежья и в отдельных странах постсоветского пространства (Казахстан, Украина) членом экипажа, оказывающим необходимую помощь пострадавшим и больным в рейсе, является специалист-парамедик, что не предусмотрено в РФ. К сожалению, в настоящее время в России нет федеральных государственных образовательных стандартов по оказанию помощи больным и по-

страдавшим на судне во время рейса [18]. Следовательно, обращаемость моряков в рейсе за медицинской помощью чаще всего не учитывается. В береговых условиях моряки обычно стараются обращаться не в медицинские учреждения, обслуживающие плавсостав, так как в этом случае обнаружение у них того или иного заболевания может привести к частичному или полному ограничению их пригодности для дальнейшей работы на флоте, а к врачам по месту жительства [16]. Отсюда следует, что обращаемость моряков за медицинской помощью в рейсах и на берегу в силу указанных обстоятельств может учитываться лишь частично. Исключением являются обязательные периодические медицинские осмотры, на которых также не всегда удается выявить наличие патологии, так как обследуемые моряки в этом не заинтересованы и скрывают свои жалобы из-за боязни списания с флота или ограничения профессиональной деятельности по состоянию здоровья. Все это затрудняло и затрудняет учет заболеваемости без потери и с потерей временной трудоспособности, не позволяя получить объективную картину состояния здоровья моряков.

Определенный интерес представляет информация специалистов о здоровье моряков за рубежом. В частности, работами Otterland, Roos [19] и Tenfjord [20] показано, что условия длительной изоляции в рейсах, оторванность от семьи, привычной обстановки и т.п. приводят к росту алкоголизма и психических расстройств (свыше 54%) среди шведских и норвежских моряков. Исследования, проведенные на торговом флоте ФРГ [21], выявили, что 44% опрошенных моряков в качестве основной причины ухода с флота называют ненормальные отношения с командным составом в рейсе, в чем, наряду с другими факторами, немаловажное значение приобретают также неадекватные невротические реакции у всего экипажа под влиянием длительного плавания. Наблюдения на болгарском флоте [22, 23] свидетельствуют о том, что к основным неблагоприятным производственным факторам 42–53% опрошенных моряков относят постоянную или часто повторяющуюся «перегрузку нервной системы» (капитаны — 54%, радисты — 64%, машинная команда — 50–60%, а обслуживающий персонал — только 5%), и уже далее идут шум и вибрация (65% у всего экипажа и 84–90% у членов машинной команды), монотонность (39%), микроклимати-

ческий дискомфорт (37–38%) и переутомление (35%). Свыше 64% членов экипажа ежедневно работают более 8 часов, 35% — отдыхают нерегулярно, и только 28% имеют относительно достаточный отдых. Почти все опрошенные моряки (98%) считают, что «судно не может быть местом полноценного отдыха». При этом все авторы обращают внимание на то, что само по себе длительное плавание, даже при воздействии отдельных факторов судовой среды малой интенсивности, способно вызвать не только отрицательные физиологические реакции, но и активизировать дремлющие инфекции или хронические патологические процессы. Это придает особое значение не только вопросам медицинского отбора в профессии плавсостава по состоянию здоровья, но и углубленному изучению его здоровья и заболеваемости, являясь необходимой составной частью комплексной оценки действия окружающей среды на организм человека и характеризуя одновременно его адаптационные возможности.

Анализ имеющейся литературы показал, что в отличие от военнослужащих ВМФ РФ заболеваемости моряков транспортного флота уделяется недостаточно внимания. Об этом свидетельствует даже краткий обзор журнала «Морская медицина» за последние два года [24–30]. Практически нет работ, в которых бы одновременно на большом контингенте, занятом на разных типах судов, рассматривалась заболеваемость плавсостава в целом, включая обращаемость без утраты трудоспособности, временную нетрудоспособность, результаты периодических медицинских осмотров, диспансеризации и пр., и пр. В этой связи для изучения влияния условий плавания, судовой и окружающей природной среды, специфической организации, характера и режима труда и отдыха моряков на состояние их здоровья нами была предпринята попытка комплексного подхода к изучению их заболеваемости. Под наблюдением находились экипажи 32 судов Дальневосточного, Черноморского, Каспийского, Балтийского, Мурманского и Латвийского морских пароходств (наливные, сухогрузные, пассажирские, гидрографические суда и ледоколы). В настоящем сообщении остановимся на моряках Дальневосточного морского пароходства, которое объединяло в период наблюдения весь транспортный флот Дальнего Востока.

Для выявления связи между условиями обитания на судах, характером труда членов эки-

пажа и состоянием их здоровья очень важно было сочетать выборочные углубленные клинические осмотры плавсостава с комплексной разработкой материалов заболеваемости. Клинические осмотры всего экипажа проводили по составленной нами программе в судовых амбулаториях непосредственно перед выходом в рейс и сразу по возвращении судна в порт приписки (даже на рейде) ведущими специалистами бассейновых поликлиник и больниц. В рейсах моряков обследовала научная группа, включающая врачей и лаборантов (3–4 чел.). Обследования проводились в судовых амбулаториях (вне вахты и разовые осмотры всего экипажа), на рабочих местах (во время вахты): в рубке (штурманы и матросы) и в энергетическом отделении (механики и мотористы), в каютах и на рабочих местах каждые 4 часа при изучении суточной периодики. Помимо этого, во время нашей работы на судах учитывалась вся обращаемость членов экипажа за медицинской помощью в рейсах. Полученные материалы включали также сбор данных о заболеваемости «круглогодичных» лиц в динамике 3 лет и «среднегодовых» (форма «З-1») — за 6 лет. Все необходимые сведения были выкопированы из первичных документов на специально разработанные для этого карты. В обработку было включено свыше 52 тысяч карт.

Собранный материал распределился следующим образом:

— карты по учету кадров плавсостава — 32101;

— выписки из индивидуальных карт амбулаторного больного, включая данные по диспансеризации — 7045;

— листки временной нетрудоспособности с учетом травматизма — 7849;

— карты с данными периодических медицинских осмотров — 1626;

— материалы заболеваемости в рейсах — около 3000 выписок из судовых медицинских журналов;

— данные формы «З-1» за 6 лет с расшифровкой группы «прочих» и указанием профессиональной принадлежности (палубная или машинная команда) в материалах двух последних лет. Сопоставление результатов углубленной разработки и показателей официальной отчетности позволило сравнить заболеваемость «круглогодичных» и «среднегодовых» (форма «З-1») лиц с целью выявления влияния производственно-профессиональных факторов на показатели

общей заболеваемости, возникновение и распространение отдельных нозологических форм.

Под наблюдением находилась группа численностью 11–15 тысяч моряков, из которых в период обследования 83,5–85,4% были заняты на судах сухогрузного флота, 10,1–10,7% — на судах танкерного флота, 3,9–6,3% — на ледоколах и судах технического флота. Для сухогрузного и нефтеналивного флота характерны стабильность кадров и увеличение числа «круглогодичных» на фоне общего уменьшения этого контингента по пароходству в целом за счет технического и ледокольного флотов. Как известно, среди многих факторов, влияющих на уровень и характер заболеваемости, определяющее значение имеют профессия, трудовой стаж, возраст и пол работающих. Основную массу плавсостава составили мужчины в возрасте до 40 лет (от 70,3% на танкерах, до 87,1% на ледоколах). Вместе с тем среди капитанов и старших (главных) механиков не оказалось лиц моложе 30 лет. Возраст большинства этих специалистов колеблется от 30 до 49 лет при значительной по удельному весу группе от 50 до 60 лет у капитанов (до 22%). В других профессиях число лиц 50 лет и старше не превышает 2–5%, что в определенной мере отражает влияние состояния здоровья, характера и условий труда разных специалистов на суда различного назначения на возраст работающих.

Известно, что наиболее высокие требования предъявляются к здоровью плавсостава ледокольного (работа во льдах) и наливного флотов, поэтому наиболее молодой контингент трудится обычно на танкерах. Технический флот включает вспомогательные суда и суда портофлота, т.е. малого каботажа, на которые чаще всего и направляются работать моряки, признанные по состоянию здоровья ограниченно годными, т.е. непригодными для работы на судах дальнего плавания. Возраст таких лиц обычно превышает 40 лет, в связи с чем на техническом флоте наиболее представительна группа моряков старше 50 лет. Возраст женщин, работающих на судах, в основном не превышает 40 лет. Наиболее многочисленной профессиональной группой на флоте является машинная команда, особенно на ледоколах (наличие двух энергетических отделений и вахтенной электрогруппы), а наименьшей по численности — высший командный состав (капитаны, главные и старшие механики).

По стажу работы на флоте обследуемый контингент относится к группе старослужащих, так как к моменту обследования около 90% из них проработали на флоте свыше 3 лет. Из них у более 60% лиц морской стаж превышал 5 лет, примерно у 40% — 10 лет, а в среднем по пароходству у 11,9% — 20 лет. Необходимо отметить, что 93% капитанов и 95% старших и главных механиков работают на судах свыше 10 лет, в том числе 53% капитанов и 69% старших и главных механиков — более 20 лет. Одновременно установлено, что каждый моряк, кроме лиц высшего и частично среднего командного состава, работает на одном судне не более года. Самые представительные группы стажированных специалистов заняты на сухогрузном и техническом флотах. В силу указанных выше причин на судах технического флота моряков с производственным стажем более 20 лет в 1,5–2 раза больше, чем на всех остальных судах. На ледоколах преобладают лица со стажем свыше 5 лет: 54% мужчин и 86% женщин. Следует отметить, что трудовой стаж женской части плавсостава в среднем по пароходству составляет 3–10 лет. Однако не различных по назначению судах наблюдаются значительные колебания. Например, на ледоколах около 70% женщин работает менее 3 лет, тогда как на сухогрузных судах эта прослойка не превышает 30%.

Таким образом, под наблюдением находился типичный для морского флота контингент, охватывающий все профессиональные группы плавсостава, состоящий в основном из старослужащих моряков, возраст которых в большинстве случаев не превышал 40 лет. Общее число «круглогодных» лиц, включенных в разработку по каждому году, составило около 11 тысяч моряков, что может рассматриваться как репрезентативная группа для изучаемой генеральной совокупности.

Анализ временной нетрудоспособности основывался на данных официальной отчетности и материалах углубленной разработки. Из материалов официальной отчетности нами были использованы только те данные, которые характеризовали временную нетрудоспособность в связи с заболеваниями. Отражая общую заболеваемость среднегодовых лиц всего пароходства без учета вида флота и других оперативных сведений (возраст, стаж, профессия и пр.) за ряд лет, эти данные позволили провести анализ состояния заболеваемости и ее

динамики в целом по отрасли. За рассматриваемый период (6 лет) уровень заболеваемости с временной нетрудоспособностью достоверно возрос ($t_p > 10$) по показателю случаев в 1,5 раза (с 11,5 до 16,7), а по показателю дней — в 1,4 раза (с 229 до 307,4). В структуре заболеваемости преобладали нозологические формы, в возникновении которых ведущую роль играет простудный фактор, что на фоне тесных и постоянных контактов, характерных для судовых экипажей, работающих на борту судна как в рейсе, так и на берегу, способствует распространению гриппа, ОРВИ и ангины, а также нередко сопутствующих им бронхитов и пневмоний. Местное и общее охлаждение организма в условиях плавания, влияние температурных перепадов, длительное пребывание в неудобной позе (ремонтные и судовые работы в помещениях и на открытых палубах, ручное управление судном в экстремальных ситуациях: вахта «на руле» и др.), физическое и нервное напряжение, как известно, могут иметь своим следствием заболевания периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата. Отсюда невралгии, невриты и радикулиты, число и тяжесть которых постоянно возрастает, увеличиваясь к концу 6-летнего срока наблюдения на 60% и 66% соответственно. Одновременно следует отметить непрерывное снижение производственного травматизма в течение последних трех лет при практически полном отсутствии несчастных случаев с временной нетрудоспособностью менее 3 дней, что отражает специфику обрабатываемости моряков в береговых условиях. Обычно травмы, которые не связаны с выраженным нарушением функций и длительной нетрудоспособностью, лечатся в рейсах и не оформляются как временная нетрудоспособность. Вместе с тем при производственных травмах, вызывающих временную нетрудоспособность свыше 3 рабочих дней, показатель числа случаев снижается при одновременном увеличении числа дней нетрудоспособности, указывая на тяжесть травм, что и учитывается официальной отчетностью. Бытовые травмы фактически не снижаются, возрастая за период наблюдения по числу случаев в 1,6–2,8 раза, а по числу дней — в 1,5–1,8 раза, что отражает преобладание тяжелых повреждений, приводящих к длительной нетрудоспособности. Для гнойных поражений кожи и подкожной клетчатки характерно увеличение числа дней

нетрудоспособности в 2,2 раза за период наблюдения при практически не меняющемся числе случаев, что подтверждает общую для всех рассмотренных выше нозологических форм закономерность о возрастании тяжести заболеваний различной этиологии, сопровождаемых далее временной нетрудоспособностью.

При анализе временной нетрудоспособности особый интерес представляла динамика заболеваний сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, в возникновении которых, как известно, существенную роль играют нервно-эмоциональные воздействия [31–33]. Полученные материалы выявили за весь период наблюдения рост показателей гипертонической болезни и болезней сердца в 2–3 раза. Случаи язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки за это время участились на 20–40% при увеличении количества дней нетрудоспособности в 1,5–2 раза на фоне заметного снижения острых желудочно-кишечных заболеваний (гастриты, колиты, гастроэнтериты). Болезни женских половых органов, как правило, вызывают длительную потерю трудоспособности, что при незначительном изменении числа случаев (рост на 8–40%) указывает на серьезный характер заболеваний (болезни матки и придатков). По всей вероятности, это тесно связано с условиями обитания на судах, так как по возрасту женский контингент довольно молод (60–70% лиц не старше 30–35 лет).

Для выявления зависимости временной нетрудоспособности от профессиональной принадлежности плавсостава была проведена специальная разработка материалов официальной отчетности по основным профессиональным группам. Полученные данные показали, что у машинной команды заболеваемость выше, чем у палубной. Самые высокие показатели временной нетрудоспособности оказались у донкерманов (постоянный контакт с токсичными веществами на танкерах), капитанов (длительно сохраняющееся нервно-эмоциональное напряжение), механиков (напряженный труд в сочетании с неблагоприятными производственными факторами) и работников пищевого блока (напряженный режим труда, неблагоприятный микроклимат). По отдельным профессиональным группам патология распределялась следующим образом.

У капитанов первое место занимают гипертоническая болезнь и болезни сердца, у штурманов — гипертоническая болезнь, у боцманов —

невралгии, невриты, радикулиты, и уже затем гипертоническая болезнь, болезни сердца и травматизм, у матросов — язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, невралгии, невриты, радикулиты, травмы и ангины. Итак, для палубной команды характерны гипертоническая болезнь (первое место), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (второе место), невралгии, невриты, радикулиты (третье место), бытовой травматизм (четвертое место) и болезни сердца (пятое место). У механиков распространены язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бытовой травматизм, невралгии, невриты, радикулиты, гипертоническая болезнь и простудные заболевания. У мотористов и машинистов — бытовой травматизм, простудные заболевания, туберкулез органов дыхания, флегмоны, абсцессы, панариции. У донкерманов — бытовой травматизм, невралгии, невриты и радикулиты. У электриков — простудные заболевания, бытовой травматизм и туберкулез органов дыхания. У кочегаров — бытовой травматизм, флегмоны, абсцессы, панариции и гипертоническая болезнь. У токарей — язвенная болезнь желудка и бытовой травматизм. Во всех профессиях машинной команды весьма часты случаи язвенной болезни желудка. Следовательно, у машинной команды наблюдаются простудные заболевания (первое место), бытовой травматизм (второе место) и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (третье место). Радисты чаще всего обращаются по поводу гипертонической болезни и простудных заболеваний. Среди поваров и пекарей преобладают женщины, что и определяет структуру заболеваемости: болезни женских половых органов занимают первое место, гипертоническая болезнь — второе, ангины и острые желудочно-кишечные заболевания — третье, а бытовой травматизм — четвертое место. У обслуживающего персонала, где женщины также составляют большинство, также преобладают болезни женских половых органов (первое место), далее идут простудные заболевания (второе место) и гипертоническая болезнь (третье место).

Таким образом, по данным официальной отчетности, отражающей, прежде всего, временную нетрудоспособность плавсостава на берегу, у командного состава наиболее часты гипертоническая болезнь (особенно у капитанов) и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (преимущественно у механиков); у ря-

дового состава — бытовой травматизм, невриты, невралгии (чаще у палубной команды и донкерманов), простудные заболевания (чаще у машинной команды и матросов), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; у работников пищеблока и обслуживающего персонала — болезни женских половых органов, бытовой травматизм, простудные заболевания и гипертоническая болезнь, а также острые желудочно-кишечные заболевания (повара, пекари). В целом, у машинной команды временная нетрудоспособность выше, чем в других профессиональных группах, что, вероятно, следует рассматривать как влияние неблагоприятных условий труда в судовых энергетических отделениях (ЭО). У комсостава преобладает патология, в возникновении которой ведущая роль принадлежит различного рода неврогенным воздействиям, присущим их работе (высокая ответственность за безопасность судна, экипажа и груза, постоянный стресс и длительно сохраняющееся нервное напряжение).

Представляется, что особенности характера и условий труда и отдыха в рейсах играют решающую роль в формировании той или иной патологии в отдельных профессиональных группах плавсостава. Однако официальная отчетность не позволяет охарактеризовать влияние трудового стажа, возраста, пола и других признаков на показатели заболеваемости, что снижает ценность изложенных данных. И поэтому в дополнение к указанному нами была проведена углубленная разработка временной нетрудоспособности «круглогодичных» работников пароходства за 3 года.

В течение наблюдаемого периода временная нетрудоспособность «круглогодичных» лиц возросла на 28% по числу случаев и на 20% по числу дней. Разница статистически достоверна (t_p — 5,2%). Общие показатели заболеваемости моряков сухогрузного и нефтеналивного флота отличаются незначительно (разница статистически недостоверна). На сухогрузном флоте занято около 85% всего плавсостава пароходства, поэтому они в основном и определяют направленность показателей по всему пароходству. Установлено, что заболеваемость у женщин выше, чем у мужчин. Особенно это выражено на танкерном флоте, что, по всей вероятности, указывает на неблагоприятное влияние на женский организм такого агрессивного фактора, как токсичные вещества, выделяемые при транспортировке

и перегрузке в воздух судовых помещений и на открытых палубах.

Временная нетрудоспособность возрастает с увеличением стажа работы на судах и возрастом. При этом в стажевых группах показатели изменяются гораздо интенсивнее, чем в возрастных. Например, число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих в возрасте до 30 лет в 1,5–2 раза ниже, чем при возрасте старше 50 лет, а при стаже до 6 лет в 3 и более раз ниже, чем при стаже свыше 20 лет. Это позволяет говорить о преобладающем влиянии профессионально-производственных воздействий на судовой экипаж. В этой связи особый интерес представляет зависимость уровня заболеваемости от специфики трудовой деятельности основных профессиональных групп плавсостава. Полученные материалы показали, что наиболее высокие показатели временной нетрудоспособности у главных и старших механиков, капитанов, экипажа ЭО (особенно комсостав), поваров и пекарей. Учитывая наличие не только профессиональной, но и возрастной разницы в рассматриваемых группах, мы путем стандартизации «профессиональных» показателей заболеваемости постарались исключить влияние возраста. За стандарт были приняты интенсивные показатели временной нетрудоспособности в возрастных группах. В результате установлено, что у рядового состава заболеваемость выше, чем в остальных группах, несмотря на их преимущественно молодой возраст. При этом механики, электромеханики, мотористы, машинисты и другие члены машинной команды болеют чаще других членов экипажа. За ними следует рядовой состав палубной команды, затем радисты, штурманы, обслуживающий персонал (повара, пекари, дневальные и др.), капитаны, главные и старшие механики и, наконец, электрики. Такая структура отражает преимущественное влияние неблагоприятных производственных судовых факторов во время вахты (рабочего дня): интенсивные шум и вибрация, нагревающий микроклимат и отсутствие естественного света — в ЭО, работа на открытом воздухе в любых погодных условиях — палубная команда, действие электромагнитных полей радиочастот на фоне нерегулярной сменности — радисты и т.д. Наибольшие сдвиги характерны для вахтенных специалистов, для которых, помимо указанных выше факторов судовой среды, характерен прерывистый непол-

ноценный сон (отдых) и ежедневные переработки в течение всего рейса.

Рост заболеваемости в основном обусловлен болезнями органов дыхания, кровообращения, пищеварения, кожи, а также травматизмом (в 2 раза), психозами и психическими расстройствами (в 3 раза). Основная причина диспансеризации плавсостава (93% случаев) — болезни органов дыхания и пищеварения. У женщин временная нетрудоспособность в целом и по отдельным нозологическим формам, как отмечалось ранее, выше, чем у мужчин.

Разработка материалов по профессиональным группам показала, что у всего плавсостава, кроме капитанов и старших механиков, в структуре заболеваемости преобладают болезни органов дыхания (на первом месте ОРЗ и грипп). У старших механиков и капитанов случаи временной нетрудоспособности чаще всего связаны с болезнями системы кровообращения (в основном — гипертоническая болезнь), органов дыхания и пищеварения (главным образом, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки). В остальных профессиональных группах после ОРЗ и гриппа на втором и третьем местах у штурманов — болезни органов пищеварения и системы кровообращения, у радистов — болезни системы кровообращения, нервной системы и органов чувств, у механиков и электромехаников — болезни органов пищеварения и травмы, у матросов и боцманов — травматизм и болезни органов пищеварения, у рядовых машинной команды — болезни органов пищеварения (в основном язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), травмы и инфекционные болезни, у обслуживающего персонала — болезни мочеполовой системы и инфекционные заболевания (чаще дизентерия), у поваров и пекарей — болезни мочеполовой системы и системы кровообращения. Следует отметить, что у рядового состава довольно часты вензаболевания, практически отсутствующие у командного состава. У всех моряков весьма значителен удельный вес болезней нервной системы и органов чувств. Психические заболевания более всего распространены у капитанов, радистов, механиков, электромехаников, мотористов и матросов, что, по-видимому, в одних случаях связано с напряженной профессиональной деятельностью (капитаны, радисты), а в других — с сочетанным влиянием характера труда и неблагоприятных производственных условий (механики, электромеханики и др.).

В результате углубленная разработка заболеваемости с временной нетрудоспособностью, в отличие от данных официальной отчетности, выявила непрекращающийся рост общих показателей заболеваемости в течение трехлетнего периода наблюдения в основном за счет болезней органов дыхания, пищеварения, кровообращения и травматизма. Обращает на себя внимание также и учащение психических заболеваний, что в определенной степени обусловлено изменением характера труда моряков в современных условиях в связи с непреодолимым нервно-эмоциональным напряжением в течение всего рабочего периода. Установлено преимущественное влияние стажа работы, а не возраста моряков на уровень заболеваемости. У женщин показатели временной нетрудоспособности выше, чем у мужчин. Как ранее отмечалось, наиболее высоки интенсивные стандартизованные показатели у рядового состава, самой молодой группы моряков, и особенно у машинной команды. В этом проявляется ведущая роль производственных факторов в развитии различного рода патологических процессов. У всего плавсостава довольно часты ОРЗ и грипп, что может быть обусловлено значительными температурными перепадами при быстрой смене климатических зон, а также заметной разницей в микроклимате различных по назначению судовых помещений: ЭО, рубки, каюты, пищеблок, открытая палуба и пр. На это указывает и временная нетрудоспособность в связи с болезнями периферической нервной системы (радикулиты, невриты, невралгии и т.п.), уровень которых довольно высок, особенно у экипажа ЭО. Изложенное позволяет говорить о влиянии профессиональной деятельности и судовой среды на временную нетрудоспособность моряков, которая в основном отражает хроническую патологию. Как правило, острые заболевания и начальные стадии любой патологии у плавсостава учитываются либо в рейсах, либо при обращении за медицинской помощью на берегу и не влекут за собой освобождения от работы. И поэтому при комплексном исследовании состояния здоровья моряков необходимым стало изучение их заболеваемости без потери трудоспособности.

Анализ обращаемости моряков за медицинской помощью без потери трудоспособности за период наблюдения также выявил рост числа случаев в 2 (мужчины) — 5 раз и более (жен-

щины). Обращаемость повышается с увеличением возраста и стажа работы на флоте. Среди женщин заболеваемость выше в возрасте до 20 и от 30 до 49 лет, в остальных возрастных группах преобладают мужчины. При стаже работы не флоте свыше 10 лет обращаемость возрастает в 1,5–2 раза, а свыше 20 лет — в 2–2,5 раза (показатели выше у мужчин). Сравнение заболеваемости по основным профессиям с учетом возрастных различий в группах (стандартизация показателей) выявило более высокий уровень обращаемости у командного состава: старших и главных механиков, штурманов, капитанов и механиков, затем — у рядового состава палубной и машинной команд, т.е. практически у всех специалистов, обеспечивающих ходовой режим и безопасность судовождения. Это дает основание рассматривать динамику обращаемости как прямое отражение степени нервно-эмоциональной напряженности трудовой деятельности различных профессий плавсостава. Итоговые показатели заболеваемости без потери трудоспособности по наиболее часто встречающимся нозологическим формам, как правило, выше у мужчин. Мужской контингент чаще всего обращается по поводу травм и болезней периферической нервной системы (первое место), заболеваний зубов (второе место), ОРЗ и болезней кожи (третье место), язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (четвертое место), гипертонической болезни (пятое место) и психических расстройств (шестое место). У женщин преобладают болезни зубов (первое место), мочеполовой системы, включая заболевания женских половых органов (второе место), периферической нервной системы (третье место), травмы (четвертое место), болезни кожи и ОРЗ (пятое место), психические расстройства (шестое место). Обращает внимание учащение ОРЗ, болезней кожи, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и психических расстройств за последние 2 года наблюдений. Сравнение обращаемости моряков различных флотов показало, что вензаболевания наиболее часты на техническом и ледокольном флоте (более длительные стоянки на берегу), психические расстройства — на танкерах, а гипертоническая болезнь — на всех судах. Основной причиной обращаемости в ведущих профессиях плавсостава, обеспечивающих ходовой режим судна, являются болезни органов пищеварения (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — в первую очередь у ком-

состава и рядовых ЭО), травмы (у экипажа ЭО и матросов), болезни органов дыхания (ОРЗ) и нервной системы (у комсостава ЭО и капитанов), органов кровообращения (гипертоническая болезнь — прежде всего, у старших механиков и капитанов). У командного состава, особенно у капитанов и радистов, довольно часты случаи психических расстройств, наблюдаются они и у рядовых ЭО. Следовательно, заболеваемость без потери трудоспособности в течение всего изучаемого периода повышается по итоговым показателям во всех возрастных, стажевых, половых и профессиональных группах плавсостава. У командного состава заболеваемость выше, чем у рядовых. Экипаж ЭО болеет чаще палубной команды. Анализ полученных материалов свидетельствует о ведущем влиянии профессионально-производственных факторов в возникновении и распространении основных нозологических форм. Общими для всех групп плавсостава практически являются только болезни органов пищеварения и дыхания (ОРЗ и грипп), уровень которых изменяется в зависимости от профессии. Распространение остальных заболеваний довольно четко определяется профессиональной принадлежностью с учетом условий труда каждой группы.

Особенности организации труда плавсостава, связанные с длительными рейсами, поставили нас перед необходимостью изучения заболеваемости моряков непосредственно в условиях плавания. Поскольку в рейсах заболевания у членов экипажа не оформляются как временная нетрудоспособность, то они рассматривались нами как заболеваемость без потери трудоспособности. Изучение этих материалов представляло известные трудности в силу объективных причин, связанных с отсутствием единой формы учета оказания медицинской помощи на судне, недостаточной информативностью рейсовых донесений (указывается общее число случаев обращения без выделения отдельных нозологических форм, возраста, стажа, профессии и пр.), а также отсутствием медицинского персонала на ряде судов.

Результаты предварительных береговых осмотров судовых экипажей перед выходом в длительные рейсы, проведенных по разработанной нами программе врачами Дальневосточного бассейна и Николаевской портовой больницы непосредственно на судах, показали, что у 8–10% осмотренных (данные по разным судам) выявлены слабо выраженные невротиче-

ческие реакции (чаще всего, у радистов, капитанов и механиков), свидетельствующие о начальных признаках неврозов и неврастений, а у 9–12% моряков — гипертоническая болезнь 1 ст. По окончании плавания (через 1,5–2,5 месяца) повторный осмотр проводился в тех же условиях теми же специалистами. В результате у всех членов экипажа обнаружено повышение систолического артериального давления при выраженном снижении диастолического, что позволяет говорить «о повышенной реактивности — неустойчивости тонуса вазомоторного нервного аппарата» после рейса, в связи с чем нарушается нервно-сосудистый тонус, указывая на неблагоприятную динамику показателей сердечно-сосудистой системы [34]. Пульс при этом заметно учащен. Невротические реакции стали более выраженными. Наблюдается повышенная раздражительность, вялость рефлексов, жалобы на плохой сон и т.д. Особенно заметны сдвиги у экипажей нефтеналивных судов.

Анализ обращаемости за медицинской помощью в рейсах показал, что 70–90% моряков в плавании нуждаются в медицинской помощи. При этом уровень обращаемости возрастает с длительностью рейса: на 30–40% к концу второго месяца, на 80–100% — к концу третьего месяца и т.д., по сравнению с показателями первого месяца работы. Изучение структуры заболеваемости показало, что чаще всего моряки обращаются к врачу (фельдшеру) по поводу цефалгий. Весьма интересна динамика этих жалоб: на первом месяце рейса — 4–6% всей обращаемости, на втором — 28–30%, на третьем — 50–60% и т.д. К концу второго месяца, наряду с цефалгией, у комсостава (преимущественно у штурманов, механиков и радистов) появляются жалобы на бессонницу и другие невротические реакции, которые могут рассматриваться как первичные признаки развивающихся неврозов. Учащение гнойничковых заболеваний кожи (в 2 раза к концу 2 месяца) и появление случаев гриппа (9,1% всех обращений) с тяжелым течением к 60–65-му дню рейса говорит о понижении общей резистентности организма. Грипп в 100% случаев зарегистрирован у машинной команды. С удлинением срока плавания заметно снижается травматизм, что может быть связано с улучшением производственных навыков после 3–4 недель работы. Анализ заболеваемости моряков в динамике 6-месячного рейса показал, что после 2 месяцев плавания сон у 70–85% экипажа становится поверхностным,

неглубоким, наблюдается состояние угнетенности, главной жалобой становятся головные боли, увеличивается число лиц с повышенной возбудимостью и потерей самообладания (часто вспыхивают мелкие ссоры, появляются плаксивость и тревога), возрастает раздражительность и т.п. На 3-м месяце, как правило, со стороны мужского контингента появляются жалобы в связи с половыми расстройствами, степень тяжести которых возрастает с длительностью рейса (особенно после 95–100 дней). К 4-му месяцу обращаемость по поводу цефалгий возрастает в 2 раза по сравнению с первыми 2 месяцами рейса, а указанные выше невротические реакции становятся ведущими в обращаемости. По существу, к концу 2-го месяца плавания обращаемость за медицинской помощью членов экипажей обследуемых судов указывает на появление у них признаков, характерных для невротических состояний, которые после 4 месяцев становятся столь выраженными, что позволяют говорить о развитии неврозов. Одновременно снижается и общая резистентность моряков к внешним воздействиям, впервые она отмечается к концу 2-го месяца работы.

Материалы обращаемости в рейсах за медицинской помощью, выкопированные из судовых медицинских журналов, охватили 1736 человек («круглогодовые») по поводу 3290 случаев, т.е. 32% от общего числа обратившихся. Среди наблюдаемого контингента в 84–90% за медицинской помощью обращались лица моложе 40 лет, из них женщины составили 15–23%. По профессиональному признаку повторяется картина, изложенная выше. По удельному весу первое место занимают рядовые палубной и машинной команды (первых больше на сухогрузном флоте, вторых — на танкерном), далее следуют штурманы, механики и электромеханики, команда бытового обслуживания, старшие механики и капитаны. Число случаев заболеваемости в рейсах заметно превышает количество больных: в среднем в 1,8–2,3 раза на сухогрузах и в 1,6–1,8 раза — на танкерах, а в отдельных профессиональных группах — в 2–5 раз. Это говорит о частоте обострений (повторяемость заболеваний), так как практически нет лиц с однократной обращаемостью в рейсе, что, как известно, является одним из неблагоприятных показателей заболеваемости. Экстенсивные показатели, характеризующие структуру заболеваемости и удельный вес каждой нозологической формы, выявили, что в рейсе у моряков

наиболее часты травмы, особенно мелкие, и болезни органов дыхания (ОРВИ, ангины), на третьем месте — болезни кожи (гнойные поражения кожи и подкожной клетчатки), а на танкерах могут быть еще заболевания нервной системы и органов чувств. Распространены также психические расстройства и болезни органов пищеварения — четвертое-пятое места. Болезни зубов, случаи аппендицита и острого гастрита могут достигать 80–90% обращаемости. По существу, травмы, острые заболевания органов дыхания и пищеварения (перечислены выше), периферической нервной системы (в основном воспаление глаз и уха) и кожи определяют заболеваемость в рейсе. В ее структуре практически отсутствует хроническая патология. В рейсах на судах обычно нет учета временной нетрудоспособности, так как больничные листы не выдаются, а в случае болезни моряки подменяют друг друга.

Для составления полного представления об общей заболеваемости плавсостава мы рассмотрели всю обращаемость по пароходству в целом как заключительный этап работы. Ежегодно за медицинской помощью в пароходстве обращается около 13% «круглогодичных» лиц. На различных флотах она колеблется от 12% до 14%. Анализ полученных данных позволил установить, что наибольшее число заболевших наблюдается на танкерах, у женщин заболеваемость выше, чем у мужчин. Командный состав ЭО и капитаны болеют чаще представителей других профессий. Преимущественное влияние на показатели заболеваемости оказывает морской трудовой стаж, а не возраст: подавляющая часть заболевших моряков моложе 40 лет. Для плавсостава всех судов характерна высокая обращаемость по поводу болезней органов дыхания, пищеварения и нервной системы (ОРЗ, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронические гастриты, болезни зубов, периферической нервной системы, аномалии рефракции). Несколько ниже заболеваемость органов кровообращения. У женщин распространены также болезни мочеполовой системы. Выявлена определяю-

щая роль профессий в распространении отдельных нозологических форм: у капитанов преимущественно болезни органов кровообращения, у старших механиков — нервной системы и органов чувств и т.д. Довольно значим удельный вес психических расстройств у командного состава, а также у экипажей танкерного флота. Травматизм выше у членов машинной команды (механики, мотористы и др.), матросов и боцманов, поваров и пекарей. Работа на ледоколах и танкерах чаще вызывает заболевания органов дыхания, инфекционные болезни кожи и пр., что позволяет рассматривать подобную патологию как результат снижения общей резистентности организма под влиянием комплекса факторов, присущих этим видам флота (постоянный контакт с токсичными грузами на танкерах, суровые условия Крайнего Севера на ледоколах и т.п.). Общая заболеваемость, будучи по своей сути интегральной характеристикой состояния здоровья плавсостава, прежде всего, отражает влияние профессиональных особенностей на человека. Наиболее высок удельный вес заболевших, в основном за счет временной нетрудоспособности, на танкерах, где работа связана с действием различного рода токсичных веществ. Наивысшая заболеваемость у комсостава ЭО. Как правило, заболеваемость возрастает при стаже работы от 3 до 5 и после 11 лет. При этом возраст заболевших в основном не превышает 40 лет, что позволяет предположить ведущую роль профессионально-производственных воздействий в возникновении различных патологических состояний у данного контингента. На это указывают и показатели заболеваемости отдельных профессиональных групп.

Таким образом, представленные материалы достаточно наглядно демонстрируют определяющее влияние профессионально-производственных факторов на здоровье моряков. Все это подчеркивает ведущее значение условий и характера труда плавсостава в распространении отдельных нозологических форм не только у разных профессиональных групп, но и на судах различного назначения.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Хоцянов Л.К. Руководство по гигиене труда. Т. 3. М.: МЕДГИЗ, 1961. С. 11–20. [Hocyanov L.K. Rukovodstvo po gigiene truda. Vol. 3. Moscow: MEDGIZ, 1961, pp. 11–20 (In Russ.).]
2. Мудров М.Я. Слово о способе учить и учиться медицине практической. СПб., 1820. [Mudrov M.Ya. Slovo o sposobе učit' i učit'sya medicine praktičeskoj. Saint-Petersburg, 1820 (In Russ.).]

3. Мудров М.Я. О пользе и предметах военной гигиены, или Науки охранять здоровье военнослужащих. М., 1826. [Mudrov M.Ya. O pol'ze i predmetah voennoj gigieny, ili nauki ohranyat' zdravie voennosluzhashchih. Moscow, 1826 (In Russ.).]
4. Метакса А.В. Судовая профессиональная гигиена. М.— Л., 1935. [Metaksa A.V. Sudovaya professional'naya gigiena. Moscow — Leningrad, 1935 (In Russ.).]
5. Вайнштейн А., Кутуков С. Бюллетень ЦНИЛГИС. М., 1939. 78 с. [Vajnshtejn A., Kutukov S. Byulleten' CNILGIS. Moscow, 1939, 78 p. (In Russ.).]
6. Кутуков С.Н. Бюллетень ЦНИЛГИС. М., 1946. [Kutukov S.N. Byulleten' CNILGIS. Moscow, 1946 (In Russ.).]
7. Ульяницкий Я.И. Бюллетень ЦНИЛГИС. М., 1948. № 3. С. 30–37. [Ul'yanickij Ya.I. Byulleten' CNILGIS, Moscow, 1948, No. 3, pp. 30–37 (In Russ.).]
8. Трифель Н.Г. Санитарно-гигиеническая оценка условий труда на нефтеналивных судах: автореф. дис. ...канд. мед. наук. Баку, 1958. [Trifel' N.G. Sanitarно-gigienicheskaya ocenka uslovij truda na neftenalivnyh sudah: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Baku, 1958 (In Russ.).]
9. Хроника ВОЗ. 1961. № 4. С. 157. [Hronika VOZ, 1961, No. 4, p. 157 (In Russ.).]
10. Скуратова Л.Я., Ворошилов В.И. Материалы научной конференции по вопросам гигиены водного транспорта. М., 1964. С. 170–185. [Skuratova L.Ya., Voroshilov V.I. Materialy nauchnoj konferencii po voprosam gigieny vodnogo transporta. Moscow, 1964, pp. 170–185 (In Russ.).]
11. Ejsmont W. et al. Abstr. of IV Intern. Symposium on marine medicine. Varna, 1970, p. 73.
12. Kirijakov Kr. Abstr. of IV Intern. Symposium on marine medicine. Varna, 1972, pp. 21–31.
13. Toshev G. et al. V Intern. Symposium on marine medicine. Rostok, DDR, 1972, p. 5.
14. Kirijakov Kr. Abstr. of IV Intern. Symposium on marine medicine. Varna, 1970, pp. 83–84.
15. Dolmersky P. V Intern. Symposium on marine medicine. Rostok, DDR, 1972, p. 1.
16. Мацевич Л.М. Гигиенические и физиологические основы оптимизации режима и условий труда и отдыха моряков транспортного флота: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1975. 40 с. [Macevich L.M. Gigienicheskie i fiziologicheskie osnovy optimizacii rezhima i uslovij truda i otdyha moryakov transportnogo flota: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Moscow, 1975, 40 p. (In Russ.).]
17. Мацевич Л.М. Состояние здоровья плавсостава // Современные проблемы морской медицины / под ред. Ю. В. Каминского, Л. М. Мацевич, А. А. Яковлева. Владивосток: Дальневосточный университет, 1991. С. 56–62. [Macevich L.M. Sostoyanie zdorov'ya plavsostava // Sovremennye problemy morskoy mediciny / pod red. Yu. V. Kaminskogo, L. M. Macevich, A. A. Yakovleva. Vladivostok: Dal'nevostochnyj universitet, 1991, pp. 56–62. (In Russ.).]
18. Мосягин И.Г. О состоянии морской медицины и концептуальных подходах к ее развитию в Российской Федерации // Морская медицина. 2016. Т. 2, № 4. С. 7–19. [Mosyagin I.G. O sostoyanii morskoy mediciny i konceptual'nyh podhodah k ee razvitiyu v Rossijskoj Federacii. Morskaya medicina, 2016, Vol. 2, No. 4, pp. 7–19. (In Russ.).]
19. Otterland A., Roos B. Brit. J. Rev. Soc. Med., 1960, No. 14, pp. 49–56.
20. Tenfiord O. Biul. Inst. Med. Morsk. w Gdansku, 1966, Vol. 17, No. 3, pp. 373.
21. Hänsa. Sekringtonalle in Sahre. 1968, Vol. 105, No. 17, pp. 1410–1412.
22. Kardashev C. V Intern. Symposium on marine med. Rostok, DDR, 1972, p. 23.
23. Kirijakov Kr., Kardashev C. V Intern. Symposium on marine med. Rostok, DDR, 1972, p. 2.
24. Кутелев Г.М., Зайцев А.Г., Смуров А.В., Савостиков А.А., Симакина О.Е. Психические состояния как индикатор профессиональной адаптации военнослужащих ВМФ // Морская медицина. 2015. Т. 1, № 1. С. 20–26. [Kutelev G.M., Zajcev A.G., Smurov A.V., Savostikov A.A., Simakina O.E. Psihicheskie sostoyaniya kak indikator professional'noj adaptacii voennosluzhashchih VMF. Morskaya medicina, 2015, Vol. 1, No. 1, pp. 20–26 (In Russ.).]
25. Касаткин В.И., Воронов В.В., Куликов А.В. Обоснование разработки оздоровительно-реабилитационных технологий с учетом их применения в военно-морском флоте // Морская медицина. 2015. Т. 1, № 1. С. 34–40. [Kasatkin V.I., Voronov V.V., Kulikov A.V. Obosnovanie razrabotki ozdorovitel'no-reabilitacionnyh tekhnologij s uchetom ih primeneniya v voenno-morskom flote. Morskaya medicina, 2015, Vol. 1, No. 1, pp. 34–40 (In Russ.).]
26. Кутелев Г.М., Зайцев А.Г., Коржов И.В. Формирование здорового образа жизни у военнослужащих военно-морского флота // Морская медицина. 2015. Т. 1, № 2. С. 64–70. [Kutelev G.M., Zajcev A.G., Korzhov I.V. Formirovanie zdorovogo obraza zhizni u voennosluzhashchih voenno-morskogo flota. Morskaya medicina, 2015, Vol. 1, No. 2, pp. 64–70 (In Russ.).]
27. Кубасов Р.В., Лупачев В.В., Бойко И.М., Попов М.В., Кубасова Е.Д. Проблемы стресса и адаптации в морской медицине // Морская медицина. 2015. Т. 1, № 3. С. 13–18. [Kubasov R.V., Lupachev V.V., Bojko I.M., Popov M.V., Kubasova E.D. Problemy stressa i adaptacii v morskoy medicine. Morskaya medicina, 2015, Vol. 1, No. 3, pp. 13–18 (In Russ.).]

28. Кубасов Р. В., Лупачев В. В. Медико-санитарная характеристика жизнедеятельности экипажа на борту морского рыбопромыслового судна // Морская медицина. 2016. Т. 2, № 1. С. 42–49. [Kubasov R.V., Lupachev V.V. Mediko-sanitarnaya harakteristika zhiznedeyatel'nosti ehkipazha na bortu morskogo rybopromyslovogo sudna. *Morskaya medicina*, 2016, Vol. 2, No. 1, pp. 42–49 (In Russ.)].
29. Мызников И.Л., Милошевский А.В., Бурцев Н.Н., Устименко Л.И., Маточкина А.А. «Стратегия 2020»: медицинский аспект // Морская медицина. 2016. Т. 2, № 4. С. 30–40. [Myznikov I.L., Miloshevskij A.V., Burcev N.N., Ustimenko L.I., Matochkina A.A. «Strategiya 2020»: medicinskij aspekt. *Morskaya medicina*, 2016, Vol. 2, No. 4, pp. 30–40 (In Russ.)].
30. Ишеков А.Н., Ишекова Н.И. Сравнительная характеристика показателей капнографии и variability сердечного ритма у моряков в динамике рейсов различной продолжительности // Морская медицина. 2015. Т. 1, № 3. С. 23–27. [Ishekov A.N., Isheкова N.I. Sravnitel'naya harakteristika pokazatelej kapnografii i variabel'nosti serdechnogo ritma u moryakov v dinamike rejsov razlichnoj prodolzhitel'nosti. *Morskaya medicina*, 2015, Vol. 1, No. 3, pp. 23–27 (In Russ.)].
31. Мясников А.Л. Гипертоническая болезнь. М., 1960 [Myasnikov A.L. Gipertonicheskaya bolezni'. Moscow, 1960 (In Russ.)].
32. Анохин П.К. Проблемы высшей нервной деятельности, нейрофизиологии и нейроморфологии. Рязань, 1965. С. 3–4. [Anohin P.K. Problemy vysshej nervnoj deyatel'nosti, nejrofiziologii i nejromorfologii. Ryazan', 1965, pp. 3–4 (In Russ.)].
33. Selye G. The story of the adaptation syndrome. *Monreal*, 1952.
34. Ланг Г.Ф. Гипертоническая болезнь. Л., 1950. [Lang G.F. Gipertonicheskaya bolezni'. Leningrad, 1950 (In Russ.)].

Поступила в редакцию: 04.05.2017 г.

Контакт: *Мацевич Людмила Моисеевна*, 7_otd@ksrc.ru

Сведения об авторе:

Мацевич Людмила Моисеевна — доктор медицинских наук, профессор, главный эксперт МЗ РФ, ведущий научный сотрудник ФГУП «Крыловский государственный научный центр», 196158, Санкт-Петербург, Московское шоссе, д. 44, e-mail: krylov@krylov.spb.ru; тел.: +7 (812) 415-65-37, факс: +7 (812) 415-45-90.



Уважаемые коллеги!

Вышла в свет книга по истории создания и становления военно-морской медицины на Дальнем Востоке. Данная монография является первым трудом, освещающим историю создания и развития медицинской службы за 285 лет Тихоокеанского флота.

История медицинской службы Тихоокеанского флота непосредственно связана с историей создания и становления медицинской службы Флота России. До настоящего времени официального дня образования медицинской службы Тихоокеанского флота не было. Автор не навязывает конкретные исторические даты создания медицинских учреждений флота, основанные на архивных материалах, а предлагает руководящему составу медицинской службы ТОФ самим определить эти даты, исходя из полноты критериев. Из монографии следует, что история медицинской службы Тихоокеанского флота, как минимум, берет свое начало от организации первого органа управления штаб-лекаря Охотского флотского экипажа в 1827 г. А штат первого Петропавловского военно-морского госпиталя утвержден 14 (26) марта 1851 г.

Качественной особенностью монографии является то, что она базируется на многочисленных архивных материалах, хранящихся в фондах РГА ВМФ, ЦВМА ВМФ, архива ТОФ, за длительный исторический период.

Часть первая, состоящая из четырех глав, знакомит читателя с историей создания и развития медицинской службы флота от образования первых медицинских учреждений на Дальнем Востоке в Охотском порту — колыбели Тихоокеанского флота до наших дней.

Вторая часть посвящена начальникам медицинской службы ТОФ. Впервые собраны биографии всех руководителей медицинской службы ТОФ. Особенно ценными являются биографии начальников периода 1851–1922 гг. Большинство из них публикуются впервые.

Часть третья состоит из кратких биографических статей о более 130 медицинских чинах Сибирской флотилии, служивших в период с 1851 г. до 1922 г. Большинство из биографий врачей Сибирской флотилии неизвестны широкой общественности России и мировой общественности.

Четвертая часть посвящена командному и начальствующему составу медицинской службы флота. В издание включены биографические статьи о 800 офицерах медицинской службы советского периода, проходивших службу на Тихоокеанском флоте.

В приложениях приведены справочные данные по организации госпиталей, санитарных служб объединений (соединений) не только Тихоокеанского флота, но и других флотов.

Работа Л. В. Кобылинского энциклопедична и послужит не одному поколению исследователей (медицинских работников, историков) не только Тихоокеанского флота, но и Дальнего Востока, отправным моментом для поиска первичной информации для разработки какой-либо темы глубокого исследования.

Убежден, что данный труд внесет достойный вклад в изучение истории создания и становления военно-морской медицины России и послужит достойным примером отношения к своей истории последующим поколениям военных медиков Тихоокеанского флота и других флотов Военно-Морского Флота России!

*Начальник медицинской службы Главного командования Военно-Морского Флота,
доктор медицинских наук, профессор, действительный член Российской Академии военных наук,
полковник медицинской службы И. Мосягин*