

ИСТОРИЯ МОРСКОЙ МЕДИЦИНЫ. УКРЕПЛЕНИЕ РОССИЙСКИХ МОРСКИХ ТРАДИЦИЙ

УДК Ц7,6(2)6+Ц66,8(2)

КРАТКИЙ ОЧЕРК ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ КОРАБЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

В. А. Попов, В. В. Плескач

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Россия

BRIEF STUDY OF THE HISTORY OF DEVELOPMENT OF NAVY MEDICINE

V. A. Popov, V. V. Pleskach

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

© В. А. Попов, В. В. Плескач, 2016 г.

В статье представлены исторические сведения о становлении и развитии военно-морской хирургии на кораблях Военно-Морского Флота России и Советского Союза. Показаны различные варианты использования групп медицинского усиления в корабельных условиях.

Ключевые слова: морская медицина, военно-морская хирургия, организация хирургической помощи, хирургические вмешательства в корабельных условиях.

The article presents the historical information about the formation and development of naval surgery on the ships of the Navy of Russia and the Soviet Union. It demonstrates different variants of employment of groups of medical reinforcement on board.

Key words: sea medicine, naval surgery, organization of surgical care, surgical intervention on board.

Одной из приоритетных задач морской медицинской науки является изучение и обобщение опыта морской медицины с последующим внедрением этого опыта в современные системы охраны здоровья.

На протяжении многих веков военно-морские силы играли значительную, а иногда и определяющую, роль при ведении как наступательных, так и оборонительных боевых действий. Опыт строительства кораблей, создания портов для их базирования, участия в боевых действиях на море и даже просто в плаваниях показал, что работоспособность людей и боеготовность кораблей во многом определяется состоянием здоровья членов экипажей судов. Первые упоминания об организации медицинской помощи и лечении раненых и больных в морских походах относятся к VI–V вв. до н. э. По некоторым сведениям, в состав флота Афин входила триера «Therapía» — прообраз

госпитального судна (ГС), в функции которого входили лечение и эвакуация раненых и больных. Морские походы древних римлян обеспечивало ГС «Aescularius». В XVII в. большинство европейских стран, имевших морские границы, обладали постоянными военно-морскими флотами. В их составе были суда медицинского назначения. В течение долгого времени в этом качестве использовались корабли устаревших конструкций, малопригодные для лечения раненых и больных. Первые суда медицинского назначения с операционными, перевязочными, госпитальными палатами и штатной медицинской службой появились лишь во второй половине XIX в. [1, 2].

В нашей стране регулярный флот появился при Петре I. Внимание Петра и его военачальников было обращено на создание таких условий на флоте, когда больной или раненый после соответствующего лечения возвращался

бы в строй. Уставом были определены штаты медицинских работников (лекарей, подлекарей и лекарских учеников) на кораблях; число их зависело от численности экипажа. Для ухода за больными предусматривалось выделение матросов из расчета один на пять тяжелобольных и один на десять легких больных [3, 4]. В составе русского флота при Петре I в разные периоды состояло до 5 кораблей, переоборудованных в госпитальные суда. Первое из них — «Святой Николай» — появилось около 1713 г., в 1715 г. — второе, «Страфорд». Согласно Петровскому Морскому уставу от 1720 г. (книга 1, глава 5, артикулы 1–4), госпитальное судно являлось местонахождением Доктора при Флоте, то есть начальника медицинской службы флота. «Регламентом» от 1722 г. определялись штатный состав, снабжение и распорядок работы на этих судах (Материалы для истории... , 1865 Мед. служб БФ) [5, 6]. Всего к середине XIX века для эвакуации и лечения раненых и больных в русском флоте под госпитальные суда было переоборудовано более 30 боевых и грузопассажирских кораблей [2].

Крымская война 1853–1856 гг. была последней войной, которую Россия вела парусным флотом. После этой войны, показавшей экономическую и техническую отсталость страны, появились быстроходные суда с паровыми двигателями. Вместе с тем, изменились характер, число и тяжесть ранений, получаемых личным составом кораблей, большая часть корпуса которых оказалась занятой машинами и механизмами, встал вопрос о рациональном размещении перевязочных пунктов, их защищенности, доступности, а также о необходимости иметь на каждом крупном боевом корабле квалифицированного хирурга [7].

Развитие военно-морской медицины в тот период было связано с быстрым ростом научно-технического прогресса и использованием его достижений в практической деятельности корабельных врачей военно-морского флота.

К. О. Розенбергер, возглавлявший медицинскую службу флота в 1860–1866 гг., много сделал для поднятия научного уровня военно-морского врача, расширения его общего и медицинского кругозора, уравнивания квалификации корабельного и госпитального врача. Он основал первый морской медицинский журнал «Медицинские прибавления к Морскому сборнику» и учредил общества морских врачей во всех портах России, которые сыграли важную роль

в развитии русской морской медицинской мысли. Тематика докладов на их заседаниях охватывала различные вопросы медицины, представляющие интерес для морских врачей. Отчеты о заседаниях печатались в «Медицинских прибавлениях к Морскому сборнику», а впоследствии в журнале «Морской врач»; в Кронштадте с 1863 по 1916 г. издавались «Протоколы Общества морских врачей» [7–9].

В результате обобщения опыта медицинской службы во время крупных войн XIX в. возник новый раздел военной медицины — организация и тактика медицинской службы. В России он был создан трудами основоположника военно-полевой хирургии Н. И. Пирогова.

Развитие военно-морской хирургии шло в ногу с развитием флота, медицинской науки и военно-полевой хирургии. Открытие наркоза, создание учения о микробных возбудителях болезней и принципах антисептики и асептики оказали большое влияние на организацию и оказание медицинской помощи на флоте. Антисептический метод начал широко применяться в русской военно-полевой хирургической практике со второй половины XIX в. Асептика открыла большие возможности для предупреждения вторичной инфекции ран. Обеспечение кораблей стерильным бельем и инструментарием осуществлялось уже в 90-х годах, в то время как в армии оно было налажено даже во время русско-японской войны. Приемник Розенбергера, главный медицинский инспектор флота В. С. Кудрин, в 1867 г. впервые применил на фрегате «Александр Невский» наркоз при оказании хирургической помощи раненому матросу. Он требовал, чтобы все морские врачи, находясь на берегу, занимались в госпиталях своей медицинской специальностью. Госпитальные врачи часто назначались на корабли, а корабельные врачи нередко прикомандировывались к госпиталям [7].

Опыт морских сражений с участием броненосных кораблей, приобретенный в 90-х годах XIX века во время японо-китайской и испано-американских войн, продемонстрировал увеличение числа и тяжести ранений на кораблях [10–12]. На первых паровых и броненосных кораблях постоянного места для перевязочных пунктов не было: они развертывались в случайных, непригодных для этого местах (например, в жилых помещениях). Корабельные врачи предлагали различные способы улучшения размещения и штатного оборудо-

вания перевязочных пунктов и операционных на кораблях. В 1894 г. Н. П. Тишковым был предложен хирургический стерилизатор для судовых и экипажных лазаретов. В 1895 г. на снабжение кораблей флота принят большой судовой набор хирургических инструментов. В 1896 г. Д. А. Муриновым предложен операционный стол и хирургический набор для кораблей. 1897 г. Д. А. Зуевым создан стерилизатор для корабельной операционной. В 1901 г. Р. И. Гловецкий сконструировал для оборудования корабельного перевязочного пункта пароэлектрический стерилизатор, дистиллятор и автоклав. По его инициативе и при содействии изобретателя радио А. С. Попова ряд кораблей флота (броненосцы «Бородино», «Суворов», «Александр III», «Пересвет», крейсер «Аврора») был оснащен рентгеновскими аппаратами. По свидетельству младшего судового врача броненосца «Пересвет» К. Н. Кречунеско (1904), во время плавания в 1901–1902 гг. не раз приходилось прибегать к радиографии с диагностическими целями [13–17].

Тем не менее, деятельность военно-морской медицинской службы перед началом русско-японской войны 1904–1905 гг. не была систематизирована. Единой, твердо установленной тактики оказания медицинской помощи на флоте не было, инструкции и наставления устарели. Среди части хирургов было распространено мнение, что знания хирургии мирного времени достаточно для организации хирургической помощи в боевой обстановке на корабле. Русско-японская морская война стала существенным испытанием для военно-морской медицины. Медицинская помощь раненым и больным оказывалась, во-первых, непосредственно на боевых кораблях (в зависимости от класса корабля на них были развернуты лазареты или перевязочные пункты), во-вторых, на госпитальных судах; в-третьих, в береговых стационарных лечебных учреждениях (в первую очередь — во Владивостокском госпитале). В войне с русской стороны принимали участие 5 госпитальных судов: «Орел», «Кострома», «Монголия», «Ангара» и «Казань». Они имели одинаковые с боевыми кораблями тактико-технические характеристики. Госпитальные суда придавались эскадрам и принимали раненых с кораблей как во время переходов, так и в ходе боевых действий [18–26].

Медицинская помощь на кораблях, как правило, ограничивалась первой врачебной помощью. Лишь на отдельных кораблях производи-

лись простейшие хирургические вмешательства, а именно: ревизия ран, удаление инородных тел, костных отломков, обработка ожогов, борьба с шоком и наложение иммобилизирующих повязок (крейсер «Аврора» — хирург В. С. Кравченко) [27–30].

Квалифицированная хирургическая помощь раненым оказывалась в военно-морских госпиталях и на госпитальных судах. Возможности оказания квалифицированной помощи на кораблях ограничивалась, кроме того, наличием одновременно большого числа раненых, боевой уязвимостью и выходом из строя в ряде случаев перевязочных пунктов. Так, в Цусимском сражении на каждого корабельного врача приходилось 80–100 раненых. На броненосцах «Ретвизан» и «Полтава», на крейсере «Рюрик» и др. в бою были повреждены перевязочные пункты, а на броненосце «Сисой Великий» оба врача (В. Н. Победов и К. Г. Калькевич) погибли от взрывных газов, проникших в перевязочный пункт [29, 31, 32].

Опыт организации медицинской помощи при ведении боевых действий в море как на отдельных кораблях, так и в целом по флоту, был обобщен и проанализирован в работах Н. И. Августовского (1912), Я. И. Кефели (1914), В. С. Кравченко (1905) и многих других. Их труды научно обосновали деятельность врача на корабле. Они имели большое значение для развития военно-морской хирургии в области организации и определения объема хирургической помощи на кораблях в зависимости от их классов и боевой обстановки.

После войны 1905 г. большое внимание уделялось вопросам правильного сочетания лечения и эвакуации раненых в условиях ведения боевых действий на море. Н. И. Августовский (бывший врач броненосца «Пересвет»), разработал принципы лечебно-эвакуационного обеспечения отдельного корабля. Его диссертация «Материалы к вопросу о помощи раненым в современном морском бою» (1912) явилась ценным трудом по организации хирургической помощи на боевых кораблях. В ней указывалось на необходимость обучения всего личного состава самопомощи и взаимопомощи, снабжения всех боевых постов корабля сумками первой помощи и рассредоточения медицинской службы корабля и защиты перевязочных пунктов с учетом свободного доступа к ним [27].

К началу Первой мировой войны была разработана и создана организация медицинской

службы на миноносцах, линейных кораблях и крейсерах [33, 34].

На кораблях I ранга по штату полагалось иметь двух врачей, двух фельдшеров, санитарного унтер-офицера и четырех санитаров. В штате миноносца находились фельдшер и санитар, в штате подводной лодки — фельдшер.

На кораблях I ранга был оборудован специальный медицинский блок, состоявший из амбулатории, перевязочной, операционной, лазарета на 10–15 коек, изолятора на 2–4 койки и аптеки. Имелись корабельные наборы инструментария: большой и малый судовые наборы, а также фельдшерский, ушной, глазной и зубной наборы. Стерилизация белья, перевязочного материала и инструментов производились в автоклавах и пароэлектрических стерилизаторах.

По боевому расписанию на кораблях I ранга развертывались два-три перевязочных пункта. На кораблях II ранга, в частности на эсминцах типа «Новик», разворачивалось два перевязочных пункта, а в повседневной деятельности медицинская помощь оказывалась в приемной доктора, которая размещалась в носовой части корабля на верхней палубе. Она была снабжена кушеткой, аптечным шкафом и письменным столом [35].

Оказанию первой помощи на боевых постах были обучены боевые санитары. На оснащении боевых постов имелись мешки со стандартными повязками, шинами и жгутами, транспортировка раненых на корабле осуществлялась на носилках Штилле и коечных носилках.

Во время боя разрешалось выполнять только самые неотложные операции. Объем хирургической помощи на кораблях I ранга был невелик даже при поступлении небольшого числа раненых. Еще более несовершенной была хирургическая помощь при массовых поражениях личного состава на корабле. Она ограничивалась проведением простейших неотложных мероприятий. Противошоковые мероприятия были элементарными.

В период Первой мировой войны (1914–1918 гг.) силы русского военно-морского флота действовали в ограниченном радиусе и не отрывались длительно от своих баз, при этом санитарные потери на кораблях были невелики — за 5 лет войны они составили 1944 раненых [36, 37]. В то же время госпитальные и санитарно-транспортные суда сыграли большую роль в эвакуации раненых и больных военно-

служащих сухопутных сил. Так, только на Черном море по морю были эвакуированы более 45 000 раненых [38, 39]. В качестве госпитальных судов в России использовали переоборудованные пассажирские пароходы [2].

В начале войны в России при организации медицинского обеспечения раненых и пострадавших доминировал принцип «Эвакуация во что бы то ни стало». При этом превалировал «дренажный» тип эвакуации, когда раненые шли общим потоком через все этапы без разделения на группы в зависимости от тяжести ранения и вида помощи, в которой они нуждались. На некоторых санитарно-транспортных судах медицинская помощь раненым во время эвакуации вообще не оказывалась. Основной функцией госпитальных судов зарубежных стран-участниц войны также была эвакуация, однако в 1915 г. ситуация начала меняться, и госпитальные суда все чаще использовались в качестве базовых госпиталей [40].

В нашей стране на фоне Первой мировой войны произошла революция, повлекшая за собой продолжительную и кровопролитную Гражданскую войну. После ее окончания, учитывая протяженность морских границ страны, одной из важнейших задач правительства стало укрепление мощи ВМФ СССР. В дополнение к существующим Черноморскому и Балтийскому флотам, в стране создаются новые — Тихоокеанский (1932 г.) и Северный (1933 г.). Строились подводные лодки и надводные корабли различных классов и рангов. За 30-е годы в строй вступили 106 надводных кораблей (в том числе 4 крейсера, 7 лидеров, 30 эсминцев, 18 сторожевых кораблей и 38 тральщиков), 206 подводных лодок и 477 боевых катеров [3]. На новых проектах кораблей воплощаются новые условия для оказания медицинской помощи. Так, на крейсерах типа «Киров» медицинский блок состоял из лазарета на 12 коек и изолятора на 4 койки, амбулатории с рентгеновским и зубоврачебными кабинетами, операционной каюты и аптеки [41]. Одновременно совершенствуется организация оказания хирургической помощи. Квалифицированная и специализированная хирургическая помощь раненым, как правило, осуществляются в военно-морских госпиталях, которые становятся центрами обучения и повышения квалификации военно-морских врачей по хирургии [42–45].

Предвоенное десятилетие оказалось, по существу, золотым веком советской военно-мор-

ской хирургии. К руководству военной медициной вообще и военно-морской — в частности пришли выдающиеся ученые, большинство из которых были к тому же практикующими хирургами — Н. Н. Бурденко, С. С. Гирголав, Г. И. Турнер, П. А. Куприянов, В. С. Левит, М. Н. Ахутин, Ю. Ю. Джанелидзе, Ф. Ф. Андреев, Б. В. Пунин и другие. Проводился анализ организации и качества оказания медицинской службы на боевых кораблях Российского Флота и иностранных государств. Этому были посвящены регулярные публикации в медицинских периодических изданиях того времени [37, 46, 47].

На Военно-Морском Флоте устанавливается принцип оказания квалифицированной хирургической помощи в ближайшие сроки после ранения. В соответствии с ним принимается решение об оказании квалифицированной хирургической помощи на линкорах и крейсерах. В штат этих кораблей были введены хирурги, а кораблям было придано соответствующее оснащение [48, 49].

Первое в истории отечественной военно-морской медицины оперативное вмешательство при остром хирургическом заболевании органов брюшной полости (аппендиците) на надводном корабле было выполнено в 1936 году при сквозном переходе с запада на восток за одну навигацию целого каравана судов в 1936 году. Эта экспедиция была полностью засекречена, о ней не было информации в газетах, в служебных документах она называлась «ЭОН-3» («Экспедиция Особого Назначения-3»). Основной задачей похода была переброска на Тихий океан двух миноносцев «Сталин» и «Войков». В походе участвовало до 14 кораблей. Особые условия плавания кораблей ВМФ в арктических широтах требовали максимального расширения объема оказываемой медицинской помощи. Корабельным врачам и фельдшерам приходилось самостоятельно решать сложные задачи, поскольку корабли экспедиции были оторваны от береговых медицинских учреждений, но и, зачастую, друг от друга из-за ледовой обстановки. По данным, представленным в монографии «Опыт медицинского обеспечения кораблей экспедиции особого назначения при переходах Северным Морским путем в период с 1936 по 1957 г.» (Отдел начальника медицинской службы г. Североморск), во время этой экспедиции было два случая острого аппендицита. Один из боль-

ных был прооперирован на корабле, второй был эвакуирован в береговое лечебное учреждение [35, 50].

Медицинская служба ВМФ СССР планировала обеспечить все флоты госпитальными и санитарно-транспортными судами. Перед самой войной планировалось введение в строй 9 судов медицинского назначения, однако эти планы не были реализованы. Между тем, с первых же дней войны медицинские службы Черноморского, Балтийского и Северного флотов были поставлены перед необходимостью массовой эвакуации раненых их состава сухопутных войск приморских фронтов. На этих флотах в экстренном порядке было введено в строй 12 судов медицинского назначения на 2675 мест. Поскольку этого было явно недостаточно, на Балтийском и Черноморском флотах для эвакуации раненых использовали гражданские суда, а в ряде случаев — и боевые корабли. Всего за годы войны по морю было эвакуировано свыше 600 000 раненых и больных [2, 51–57].

Черноморский, Балтийский и Северный флоты начали боевые действия с первых часов Великой Отечественной войны. Поскольку боевые корабли не уходили далеко от своих баз, и основные виды хирургической помощи раненым оказывались в морских или армейских госпиталях. На кораблях I ранга оказывалась квалифицированная хирургическая помощь по неотложным показаниям (перевязка артерий, первичная хирургическая обработка ран мягких тканей и открытых переломов, ампутации, ушивание пневмоторакса и др.) [58–61].

Суда медицинского назначения европейских стран-участниц второй мировой войны и США также по преимуществу осуществляли эвакуационную функцию. Великобритания располагала 100 судами медицинского назначения, в том числе — 7 госпитальными. Все они были переоборудованы из пассажирских и грузопассажирских. США вступили во вторую мировую войну, имея два госпитальных судна — «Relief» (500 коек) и «Solace» (350 коек). По уровню оказываемой на них медицинской помощи они являлись санитарными транспортом. Изменить подход к использованию госпитальных судов заставил опыт проведения многочисленных десантных операций ВМФ США на Тихоокеанском театре военных действий. В ноябре 1943 г., в ходе десантной операции на остров Тарава «Relief» впервые ис-

пользовался в качестве госпитального судна, главная функция которого состояла в оказании квалифицированной и специализированной медицинской помощи. В 1944 г. на Тихоокеанском театре военных действий было уже 7 госпитальных судов американских ВМС, включая новые суда «Mercy» (600 коек) и «Comfort» (700 коек). При этом была радикально изменена тактика их использования. Суда стали располагать в максимальном приближении к месту высадки. Впервые была сделана попытка сосредоточить на госпитальных судах хирургическую помощь раненым [62–64].

Медицинская служба на линейных кораблях ВМС США была многочисленной и хорошо оснащенной. Ее возглавлял хирург в чине капитана II ранга (commander) или капитан-лейтенанта. Были также еще один врач (как правило, терапевт), фельдшеры, фармацевты и санитары. Основная часть медицинского блока линкоров типа «Нью-Йорк» располагалась на второй палубе за барбетом третьей башни. Там по правому борту находились лазарет на 20 коек, изолятор на 14 мест и амбулатория для прививок и приема больных. Имелись также две перевязочные — на третьей палубе по правому и левым бортам. На крупные корабли возлагалась обязанность оказывать медицинскую помощь амфибийным силам, эсминцам и более мелким судам [65, 66].

На японских эсминцах были медпункты (в кормовой части), а вот постоянного медперсонала не было — на дивизион эсминцев полагался только один офицер-медик и один мичман или матрос-санитар, так что при их отсутствии на борту медпомощь оказывал внештатный санитар из нижних чинов [67].

После окончания Второй мировой войны корабли Военно-Морского Флота СССР и его правопреемника, Российской Федерации, не принимали участия в ведении боевых действий. Тем не менее, развитие Военно-Морского Флота СССР продолжалось. Создавались новые типы надводных кораблей и подводных лодок. При проектировании учитывался опыт использования кораблей, полученных СССР по ленд-лизу от союзников, и по репарациям в конце второй мировой войны от Италии, Германии, Японии [68]. Анализировался опыт организации оказания хирургической помощи в корабельных условиях в годы Второй мировой войны [69–71]. Значительно увеличилась дальность и продолжительность автономного

плавания в различных географических широтах. В связи с этим усложнились задачи, стоящие перед флотом, а следовательно — и перед медицинской службой. На местах, в корабельных условиях, при помощи специалистов военно-морских госпиталей, практически отрабатывалась организация проведения полостных хирургических операций — сначала возле пирса, затем в условиях плавания.

Начиная с 1950-х годов, хирургические операции на надводных кораблях I ранга, как в условиях базы, так и при нахождении корабля в море, стали проводиться силами штатной медицинской службы кораблей при консультативной и методической помощи специалистов госпиталей флота. Медицинские службы кораблей I ранга регулярно делились накопленным опытом в публикациях на страницах Военно-медицинского журнала. В качестве примера приводим отчеты о хирургической работе, опубликованные Е. А. Маслаковым (1955) и А. И. Чалгановым (1960) [72, 73].

По свидетельству Е. А. Маслакова, хирургическая работа на одном из кораблей I ранга стала проводиться систематически с января 1953 г. Первое время выполнялись только операции, связанные с оказанием срочной хирургической помощи. Это были в основном аппендэктомии при остром аппендиците и хирургическая обработка ран. Гладкое послеоперационное течение и благополучные исходы оперативных вмешательств дали медицинской службе корабля право проводить в условиях корабля плановые операции. За 22 месяца на корабле было произведено 253 хирургические операции [72].

А. И. Чалганов (1960) приводит анализ хирургической работы на другом корабле I ранга за более продолжительный период. В течение 4 лет — с 1956 по 1959 гг. — на корабле было выполнено 512 хирургических вмешательств (табл. 1), причем 115 из них (22,46%) были выполнены в море. Частота послеоперационных осложнений составила 0,39 %: в одном случае это был лигатурный свищ, и еще в одном — внутрибрюшное кровотечение после аппендэктомии. Большинство операций проводилось начальником медицинской службы крейсера и врачом-хирургом [73].

Приведенные примеры организации хирургической работы и лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями показывают, что при соответствующей организации и опре-

Таблица 1

Показатели работы медицинской службы корабля первого ранга за 1956–1959 гг.

Наименование операций и манипуляций	Количество оперативных вмешательств							
	1956 г.		1957 г.		1958 г.		1959 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Аппендэктомия при остром аппендиците	11	8,5	6	4,7	11	9,0	13	9,8
Аппендэктомия при хроническом аппендиците	17	13,5	2	1,6	7	5,7	12	9,0
Грыжесечение	7	5,5	6	4,7	1	0,8	5	3,8
Тонзилэктомия	—	—	—	—	3	2,5	—	—
Операция при остром гнойном заболевании	31	23,8	15	11,8	26	21,3	24	18,0
Хирургическая обработка ран и ожогов	21	16,2	27	21,3	25	20,5	25	18,8
Прочие операции	41	31,5	61	48,0	41	33,6	47	35,3
Новокаиновые окологречные блокады	—	—	9	7,1	3	2,5	5	3,8
Пункция сустава по поводу гемартроза	1	0,8	—	—	2	1,6	1	0,8
Прочие оперативные вмешательства	1	0,8	1	0,8	2	1,6	1	0,8
Всего	130	100,0	127	100,0	122	100,0	133	100,0

деленном уровне подготовки корабельных врачей, операционных санинструкторов и санитаров задача, возлагаемая на медицинскую службу крейсера (корабля I ранга) по оказанию хирургической помощи, вполне осуществима. Была подтверждена возможность проведения операций на корабле при состоянии моря в 7–8 баллов, при стоянке на незащищенном рейде и в походе.

Начало 60-х годов XX века характеризовалось активной деятельностью ВМФ. В строй входили корабли новых проектов, длительность походов вдвое и более превышала автономность, предусмотренную при проектировании. Остро встал вопрос об оказании хирургической помощи на кораблях. Там, где присутствует начальник медицинской службы, имевший хирургическую подготовку, боевой службы не прерывается для передачи больного на другой корабль или в береговое лечебное учреждение. Учитывая особенности боевой деятельности флотов, вопрос оказания хирургической помощи решался по-разному. На Черноморском флоте (ЧФ) на корабли назначались начальники медицинских служб, имевшие хирургическую подготовку. На Северном флоте (СФ) в районы развертывания направлялись корабли, имевшие на борту специализированные хирургические группы. На кораблях ЧФ

за 1965–1966 гг. выполнено 655 оперативных вмешательств, в том числе полостных — 120 (18,37%), на СФ за 1964–1967 гг. выполнено 500 оперативных вмешательств, из них полостных — 100 (20%). Частота проведения полостных операций на кораблях различных флотов ВМФ была практически одинакова [74, 75].

К концу 1960-х годов в СССР окончательно сложилась на практике организация медицинского обеспечения экипажей кораблей и соединений, несущих боевую службу, предусматривавшая оказание медицинской помощи и лечение больных непосредственно на кораблях [76].

Для усиления медицинских служб кораблей на всех флотах, начиная с 1968 г., стали формировать корабельные группы специализированной медицинской помощи (КГСМП), в состав которых входили: начальник группы — хирург, терапевт (терапевт-радиолог), стоматолог, инфекционист, лаборант. Всего было сформировано 17 таких групп [76–78].

Медицинское обеспечение экипажей кораблей ВМФ СССР в длительных походах осуществлялось штатными медицинскими службами кораблей и корабельных соединений, корабельными группами специализированной медицинской помощи, медицинскими группами усиления, формируемыми за счет береговых медицинских учреждений флота, в том числе

медицинскими группами спасательных отрядов (МГСО) и другими группами усиления (табл. 2) [79, 80].

При наличии квалифицированного хирурга в каждой тактической группе кораблей соединения хирургические вмешательства по неотложным показаниям в 85% случаев выполнялись в течение 10–12 часов, и лишь в 15% случаев помощь оказывалась в более длительные сроки. При использовании сил и средств

ставе имеет и свои отрицательные стороны. Участие в автономных походах врачей-анестезиологов, так же как и врачей-хирургов, работающих в отделениях госпиталей, приводит к увеличению нагрузки на их коллег, остающихся в госпиталях. Длительный поход, следующий после него длительный послепоходный отпуск (из расчета два дня отдыха за три дня похода) и основной отпуск может приводить к тому, что врач-специалист госпиталя

Таблица 2

Объем оказания хирургической помощи больным и пострадавшим в условиях походов на ВМФ в период с 1976 по 1981 г., %

Объем оказания хирургической помощи	1976 г.	1977 г.	1978 г.	1979 г.	1980 г.	1981 г.	В среднем
Штатная медицинская служба корабля	61,7	66,3	72,7	66,9	68,4	65,0	66,7
Медицинская служба другого корабля*	10,8	4,8	5,2	8,1	4,7	3,30	6,1
КГСМП	9,8	15,4	13,1	10,6	9,6	8,5	11,2
Нештатные медицинские группы усиления**	8,7	3,2	5,6	4,3	6,7	7,1	5,9
Госпитальное судно	3,5	3,6	2,4	3,4	3,3	7,3	3,9
Береговое лечебное учреждение флота	5,5	6,7	1,0	6,7	8,3	8,8	6,2

* Двухврачебная хирургическая бригада, которая создавалась с участием начальника медицинской службы другого корабля. ** Создавались за счет прикомандирования специалистов госпиталей, поликлиник, лазаретов.

медицинских служб других тактических групп соединения оказание квалифицированной хирургической помощи осуществлялось в течение 24 часов в 22% случаев, в течение 48 и более часов — в 78% случаев [81, 82].

В период с 1987 по 1997 год отмечалось снижение интенсивности несения боевых служб надводными кораблями, медицинская помощь, в море, оказывалась силами медицинской службы корабля: — врачом в 70,2% случаев, в 14,2% — фельдшером корабля, и в 8% случаев — представителями медицинских групп усиления. Значительно реже она оказывалась врачами других кораблей — 0,5% и представителями береговых учреждений иностранных государств — 0,3%. Полостные операции выполнялись в 6,93% всех оперативных вмешательствах.

Начатая в середине 2000-х годов тактика использования в походах надводных кораблей в составе группы медицинского усиления врача-хирурга и врача-анестезиолога имела положительный результат. Однако широкое использование группы усиления в таком со-

в течение года может не работать по основному месту службы. Продолжительное отсутствие на основном рабочем месте, сказывается на его профессиональном уровне как специалиста.

Расширение морской деятельности в Мировом океане объективно предусматривает повышение роли человеческого фактора [83–85]. Активизирует ответственность к подготовке и принятию решений в сфере охраны жизни и здоровья морских специалистов [86–89].

Современный этап строительства и развития Военно-морского флота Российской Федерации (ВМФ) характеризуется реализацией долгосрочной программой военного кораблестроения ВМФ на период до 2050 года, значительной интенсификацией боевой подготовки и боевой службы кораблей [90].

При формировании перспективных планов строительства и развития российского флота важное внимание должно уделяться развитию морской медицины и медицинскому обеспечению морской деятельности как одному из важнейших видов обеспечения [87, 88].

Литература

1. Воронов В. В., Иванов Г. В., Коржов И. В., Мосягин И. Г., Смуров А. В. Некоторые аспекты опыта эксплуатации госпитальных судов // Морская радиоэлектроника.— 2014.— № 2 (48).— С. 50–52; № 3(49).— С. 50–52.
2. Никитин Е. А. Суда медицинского назначения.— М.: Воениздат, 1996.— 295 с.
3. Сосин В. В. История военно-морской медицины русского и советского военно-морского флота.— М.: Воениздат, 1992.— 159 с.
4. Сосин В. В., Будко А. А. Система медицинского обеспечения русской армии времен Петра I // Воен.-историч. журн.— 2004.— № 1.
5. Материалы для истории русского флота.— СПб., 1882.— Ч. 9–14.
6. Медицинская служба Балтийского флота: Исторические очерки, воспоминания / сост. и ред. В. Б. Губернюк.— Калининград: Кладезь, 2013.— 430 с.
7. Бочаров А. А. Военно-морская хирургия. Организация хирургической помощи на Военно-Морском флоте: Практическое руководство.— М.: Изд-во МО СССР, 1966.— 238 с.
8. Барштейн-Боярский Ю. А. Краткий исторический обзор Военно-морского ордена Ленина госпиталя в Кронштадте за 230 лет в датах // Кронштадтскому военно-морскому ордена Ленина госпиталю 230 лет.— Кронштадт, 1947.— С. 17–32.
9. Занданов А. Б., Артеменко К. С. Первому военно-морской ордена Ленина госпиталю 250 лет // Сб. науч. раб. к 250-летию со дня основания 1-го ВМОЛГ.— Л., 1965.— С. 9–15.
10. Киселев Д., Пастухов А. Первые китайские броненосцы в бою. 1894–1895.— М.: Яуза: Эксмо, 2015.— 176 с.
11. Моркотун К. С. Медицинский очерк морской войны между Японией и Китаем с 1894 по 1895 г. // Медицинское прибавление к Морскому сборнику.— 1904.— № 2.— С. 129–142; № 3.— С. 200–209.
12. Элленбоген К. А. Помощь раненым на море в последнюю европейско-китайскую войну // Медицинское прибавление к Морскому сборнику.— 1901.— № 9.— С. 164–177.
13. Крестьянинов В. Я., Молодцов С. В. Броненосцы типа «Пересвет» — М.: Яуза: Эксмо, 2011.— 208 с.
14. Кречунеско К. Н. Условия для помещения больных и раненых на эскадренном броненосце «Пересвет» // Медицинские прибавления к Морскому сборнику.— 1904.— № 8.— С. 133–135.
15. Моркотун К. С. Об устройстве боевого перевязочного пункта на эскадренном броненосце «Севастополь» // Медицинское прибавление к Морскому сборнику.— 1899.— № 5.— С. 315–321.
16. Шор Г. В. Лазарет, операционная и перевязочный пункт на крейсере I ранга «Россия» // Медицинское прибавление к Морскому сборнику.— 1899.— № 12.— С. 346–356.
17. Элленбоген К. А. Перевязочный пункт на крейсере I ранга «Россия» // Медицинское прибавление к Морскому сборнику.— 1902.— № 1.— С. 1–16.
18. Гейман Л. К. Отчет врача заведующего делопроизводством на плавучем госпитале «Орел» в 1904–1905 гг. // Вестн. Рос. Общества Кр. Креста.— 1906.— № 17.— С. 307–309; № 18.— С. 321–322; № 19.— С. 339–342.
19. Гейман Л. К. Госпитальное судно «Орел» // Сан. отчет по флоту за русско-японскую войну 1904–1905 гг.— Кронштадт, 1915 — Ч. 3.— С. 540–589.
20. Гурвич П. Л. Госпитальное судно «Кострома» // Сан. отчет по флоту за русско-японскую войну 1904–1905 гг.— Кронштадт, 1915 — Ч. 3.— С. 359–610.
21. Иванов Г. Л. Госпитальное судно «Ангара» // Сан. Отчет по флоту за русско-японскую войну 1904–1905 гг.— Кронштадт, 1915.— Ч. 3.— С. 245–254.
22. Кинаст Р. Отчет о деятельности санитарного отряда Красного Креста «Монголия» в Порт-Артуре // Вестн. Рос. Общества Кр. Креста.— 1906.— № 18.— С. 322–326.
23. Ковалев А. В. Значение медицинской службы в обеспечении боеспособности действующей русской армии в период русско-японской войны 1904–1905 гг.: дис. ... канд. ист. наук.— М., 2002.— 330 с.
24. Мультиановский Я. Я. Госпитальное судно «Орел» // Медицинское прибавление к Морскому сборнику — 1904.— № 12.— С. 396–416.
25. Мультиановский Я. Я. Госпитальное судно «Орел» // Медицинское прибавление к Морскому сборнику.— 1909.— № 12.— С. 396.
26. Ястребов И. В. Госпитальное судно «Казань» // Санитарный отчет по флоту за русско-японскую войну 1904–1905 гг.— Кронштадт, 1915.— Ч. 3.— С. 255–276.
27. Августовский Н. И. Помощь раненым в современной морской войне (по данным русско-японской войны 1904–1905 гг.): дис.— СПб., 1912.— 102 с.

28. Булатов В. Медицинский отчет о бое 14 мая 1905 г.в Корейском проливе // Медицинское прибавление к Морскому сборнику.— 1905.— № 8.— С. 114–119.
29. Кравченко В. С. Очерк о деятельности судовых врачей 1-й и 2-й Тихоокеанских эскадр в русско-японскую войну 1904–1905 гг. Пятидесятилетие Общества морских врачей в С.-Петербурге.— СПб., 1909.— С. 22–32.
30. Новиков В., Сергеев А. Богини Российского флота. «Аврора», «Диана», «Паллада» — М.: Яуза Эксмо, 2009.— 128 с.
31. Делялич-де-Лаваль И. И. Медицинская помощь раненым в Цусимском бою 14 мая 1905 г.— Медицинское прибавление к Морскому сборнику.— 1905.— № 12.— С. 331.
32. Симоненко В. Г. Медицинское обеспечение флота в русско-японскую войну 1904–1905 гг. // Воен.-мед. журн.— 1987.— Т. 308, № 8.— С. 72–74.
33. Андреев В. А. Главные перевязочные пункты на некоторых судах Черноморского флота в связи с вопросом о месте перевязочного пункта на корабле // Медицинское прибавление к Морскому сборнику.— 1910.— № 2.— С. 71–83.
34. Григорьев А. Л. Принципы организации хирургической помощи на Русском флоте перед Первой мировой войной 1914–1918 гг.: дис. ... канд. мед. наук.— Л., 1947.— 230 с.
35. Чернышев А. А. «Новики» лучшие эсминцы Российского Императорского Флота — М.: Эксмо, 2007.— 224 с.
36. Зятышков А. И. Организация медицинского обеспечения личного состава крейсеров действующих флотов (1878–1948): дис. ... канд. мед. наук.— Таллин, 1949.— 437 с.
37. Свечников И. Н. Опыт боевой санитарной службы на линейном корабле «Евстафий» в империалистическую войну // Морской сборник.— 1930.— № 10.— С. 127–134.
38. Максимков Ф. И. Краткий исторический очерк по оборудованию госпитальных и санитарно-транспортных судов в русском флоте // Военно-морской врач.— 1952.— № 1.— С. 57–70.
39. Никитин Е. А. Лечебно-эвакуационное обеспечение кораблей русского флота в период Первой мировой войны // Науч. конф. слушателей академии: мат.-лы.— Л.: Изд-во ВМА им. С. М. Кирова, 1972.— С. 138–139.
40. Беляев М. А. Материалы по организации лечебно-эвакуационного обеспечения Балтийского флота в Первую мировую войну // Воен.-мед. журн.— 1953.— Т. 274, № 8.— С. 84–89.
41. Чернышев А. А., Кулагин К. Л. Советские крейсера Великой Отечественной. От Кирова до Кагановича.— М.: Эксмо, 2007.— 170 с.
42. Аристов В. Об учебно-боевой санитарной подготовке в морских силах -Воен.-сан. Дело.— 1930.— № 8–9.— С. 19–21.
43. Беспальчиков А. Санитарная подготовка медсостава на кораблях // Воен.-сан. дело.— 1930.— № 5–6.— С. 86–87.
44. Зарубин А. А. О работе научных конференций госпиталей // Воен.-сан. дело.— 1931.— № 9.— С. 59.
45. Кефели Я. И. Потери в личном составе русского флота в войну с Японией — СПб., 1914.— 157 с.
46. Гиришман А. Опыт эвакуации по р. Днепру во время восстания Зеленого в июле 1919 г. // Воен.-сан. сб.— 1933.— № 2, 3.— С. 51–52.
47. Пунин Б. В. Эвакуация раненых на морских силах // Воен.-сан. сб.— 1937.— № 1.— С. 7–14.
48. Беспалов В. Г. Хирургическая помощь в боевых действиях в море // Тр. ВМА им. С. М. Кирова.— 1937.— С. 39–48.
49. Великороссов К., Пьяничников М. Опыт хирургической работы на военном корабле // Воен.-сан. дело.— 1938.— № 9.— С. 74–78.
50. Опыт медицинского обеспечения кораблей экспедиции особого назначения при переходах Северным Морским путем в период с 1936 по 1957 г. (Отдел начальника медицинской службы).— Североморск.— 132 с.
51. Герман Е. Э. Опыт работы санитарного транспорта «А» // Воен.-мор. врач.— 1942.— № 4.— С. 13–22.
52. Дуб П. Ф. Опыт работы по эвакуации раненых на санитарно-транспортном судне «Чехов» // Тр. УМС при нач. МСУ ВМФ.— М., 1943.— Т. 2, вып. 1, № 2.— С. 53–57.
53. Иванов В. П. Анализ работы санитарных транспортов // Воен.-мор. врач.— 1942.— № 5, 6.— С. 17–31.
54. Килессо А. И. Плавающие средства лечебно-эвакуационного обеспечения // Воен.-мор. врач.— 1942.— № 5, 6.— С. 32–46.
55. Пиеттэ А. С. Санитарная эвакуация морем за 15 месяцев Отечественной войны // Тр. УМС при нач. МСУ ВМФ.— М., 1943.— Т. 2.— Вып. 1, № 2.— С. 47–53.
56. Троицкий Н. В. Некоторые итоги работы санитарно-транспортного судна «В» // Воен.-мор. врач.— 1942.— № 3.— С. 14–21.
57. Федотов В. В. Эвакуация раненых на боевых кораблях // Тыл и снабжение Советских ВС.— 1963.— № 4.— С. 93–94.
58. Джанелидзе Ю. Ю. Характер хирургической помощи на кораблях большого тоннажа // Воен.-мор. врач.— 1942.— № 1–2. С. 14–23.

59. Иванов В. М. К вопросу организации санитарной службы на корабле в бою // Воен.-мор. врач.— 1942.— № 1, 2.— С. 31–38.
60. Пенкевич С. С. Некоторые замечания по организации хирургической помощи на кораблях в боевых условиях // Воен.-мор.врач.— 1943.— № 1.— С. 11–16.
61. Пунин Б. В. Объем медицинской помощи на кораблях Военно-Морского Флота в боевых условиях // Воен.-мор. врач.— 1942.— № 1–2.— С. 24–30.
62. Морозов Л. А., Никитин Е. А. Госпитальные суда Военно-морских сил США // Воен.-мед. журн.— 1990.— Т. 311, № 7.— С. 10–12.
63. Морозов Л. А., Никитин Е. А. Госпитальные суда США // Воен.-мед. журн.— 1992.— Т. 313, № 3.— С. 65–68.
64. Lane D. A. Hospital ships doctrine in the United States Navy the Halsey effect on scoop-and-tactics // Milit. Med.— 1997.— Vol. 162, № 5.— P. 388–395.
65. Чаусов В. Н. Истребители линкоров. Американские суперлинкоры типа «Саут Дакота». — М.: Яуза: Эксмо, 2010.— 112 с.
66. Чаусов В. Н. Сверхдреноуты «Нью-Йорк» и «Техас». «Невероятные исполины» — М.: Яуза: Эксмо, 2012.— 160 с.
67. Пинак Е. Р. «Самураи» японского флота. Эсминцы типов «Мацу» и «Татибана» — М.: Яуза: Эксмо, 2013.— 96 с.
68. Патянин С. В., Морозов М. Э. Немецкие эсминцы Второй мировой. Демоны морских сражений — М.: Яуза: Эксмо, 2007.— 160 с.
69. Андреев Ф. Ф., Пунин Б. В. Организация хирургической помощи на Военно-морском Флоте — Л.: Изд-во Воен.-мед. акад., 1947.— 205 с.
70. Красильников И. И. Заметки о командировке в Америку // Воен.-мор. мед. сб. Л.-М.— 1945.— Вып. 4.— С. 49–53.
71. Суворов В. А. Впечатления о медицинской службе Королевского флота Великобритании // Воен.-мор. мед. сб.— Л.-М., 1945.— Вып. 4.— С. 34–43.
72. Маслаков Е. А. Опыт оказания хирургической помощи на одном из кораблей первого ранга // Воен.-мед. журн.— 1955.— Т. 276, № 8.— С. 76–78.
73. Чалганов А. И. Опыт хирургической работы на корабле первого ранга // Воен.-мед. журн.— 1960.— Т. 281, № 8.— С. 82–83.
74. Занданов А. Б., Капцов Л. Н. Медицинское обеспечение сил Краснознаменного Северного флота на боевой службе и в пунктах рассредоточения // К 50-летию Советской Армии и Военно-морского флота: Информац. сб. научн. работ.— Л., 1968.— С. 207.
75. Пестов А. Е., Зеленецкий П. К., Пиастро В. Б. Некоторые проблемы обитаемости и медицинского обеспечения личного состава подводных лодок и надводных кораблей Краснознаменного Черноморского флота, несущих боевую службу на средиземноморском театре // К 50-летию Советской Армии и Военно-морского флота: информац. сб. науч. работ.— Л., 1968.— С. 62–69.
76. Семенцов В. К., Саленко Ю. А., Ханкевич Ю. Р. Опыт медицинского обеспечения кораблей военно-морского флота в длительных плаваниях // Воен.-мед. журн.— 2008.— Т. 329, № 7.— С. 6–11.
77. Беляев Л. Б. Оказание хирургической помощи на кораблях современных проектов с использованием КГСМП и госпитальных судов: дис. ... канд. мед. наук.— Л., 1985.— 201 с.
78. Беляев Л. Б., Кириллов А. Л. Математический расчет необходимого количества групп усиления для оказания квалифицированной хирургической помощи // Актуальные вопросы оказания и совершенствования хирургической помощи на военно-морском флоте: тез. докл. науч. конф., посвящ. 100-летию со дня рожд. Ю. Ю. Джанелидзе.— Л., 1984.— С. 8–9.
79. Озеров В. Ф. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости на кораблях ВМФ в дальних походах, их диагностика и определение хирургической тактики с применением ЭВМ: дис. ... д-ра мед. наук.— Л., 1984.— 356 с.
80. Тетдоев С. А. Оказание медицинской помощи на кораблях ВМФ при ранениях и закрытых повреждениях живота: дис. ... канд. мед. наук.— Л., 1987.— 214 с.
81. Алканович К. М., Чепурной С. Н. Особенности организации квалифицированной хирургической помощи на соединении кораблей разнородных сил в мирное время // Юбил. науч.-практ. конф., посвящ. 25-лет. 1 Флотилии подводных лодок и 30-лет. медицинской лаборатории Северного Флота: Сб. материалов.— Североморск, 1987.— С. 29–31.
82. Мануйлов В. М., Кабанов М. Ю., Соловьев И. А., Плескач В. В., Сорока А. К. Хирургическая активность при острых хирургических заболеваниях на кораблях ВМФ, находящихся в длительных походах: вчера, сегодня, завтра // Духовное и врачебное наследие святителя Луки (Войно-Ясенецкого): сб. мат-лов 4 Международ. науч.-практ. конф.— М., 2012.— С. 353–357.

83. Гудков А. Б., Необученных А. А., Попова О. Н. Показатели деятельности сердечно-сосудистой системы у военнослужащих учебного центра Военно-морского флота России в условиях Европейского Севера // Экология человека.— 2008.— № 1.— С. 39–43.
84. Гудков А. Б., Мосягин И. Г., Иванов В. Д. Характеристика фазовой структуры сердечного цикла у новобранцев учебного центра ВМФ на Севере // Воен.-мед. журн.— 2014.— Т. 335, № 2.— С. 58–59.
85. Щербина Ф. А., Мызников И. Л., Гудков А. Б. Влияние вахтенной организации труда на параметры центральной гемодинамики у моряков рыбопромыслового флота в 5-месячных трансширотных рейсах // Экология человека.— 2008.— № 6.— С. 7–12.
86. Довгуша В. В., Мызников И. Л. Отдых на этапах учебно-боевой деятельности подводников: пособие для врачей ВМФ.— СПб., 2010.— 224 с.
87. Мосягин И. Г. Основные проблемы развития военно-морской медицины и пути их решения // Медицинское обеспечение сил флота в условиях Кольского Заполярья: мат-лы 8 науч.-практ. конф., посвящ. 60-летию со дня образования госп. Беломор. воен.-мор. базы Северного флота.— Северодвинск, 2012.— С. 4–9.
88. Мосягин И. Г. Стратегия развития военно-морской медицины в России на период до 2020 года и дальнейшую перспективу // Морская медицина.— 2015.— № 1.— С. 5–15.
89. Мызников И. Л., Щербина Ф. А. Особенности формирования компенсаторно-приспособительных реакций организмов моряков в условиях длительного хронического стресса // Физиология человека.— 2006.— Т. 32, № 3.— С. 92–97.
90. Чирков В. В. О реализации программы военного кораблестроения ВМФ РФ // Морской сборник.— 2014.— № 1.— С. 3–9.
91. Шестов В. И. Боевая подготовка санитарной службы Военно-Морского Флота // Воен.-сан. дело.— 1938.— № 6.— С. 9–16.

Поступила в редакцию: 02.11.2015 г.

Контакт: Попов Василий Алексеевич, 8 (921) 776-63-71

Сведения об авторах:

Попов Василий Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор, и. о. заведующего кафедрой общей хирургии Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск, Троицкий проспект, д. 51;

Плескач Владимир Владимирович — подполковник медицинской службы запаса, научный сотрудник НИИ морской медицины Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск, Троицкий проспект, д. 51.