

Медицинское обеспечение кораблей Военно-морского флота Российской Федерации, осуществляющих патрулирование в Аденском заливе

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

²Беломорская военно-морская база, Северодвинск

³Филиал № 1 1477 Военно-морского клинического госпиталя, Фокино

⁴Филиал № 1 1469 Военно-морского клинического госпиталя, Архангельск

Резюме. Медицинское обеспечение кораблей, выполняющих задачи боевой службы как высшей формы поддержания боевой готовности сил флота, должно строиться с учетом высокого нервно-психического напряжения личного состава корабельных сил, обусловленного сложностью выполняемых задач и постоянного воздействия различных экстремальных факторов. Основная часть личного состава флота это плавсостав, имеющий специальную подготовку и занимающий штатные должности на боевых кораблях и судах флота. Потребность флота в здоровом пополнении требует постоянного совершенствования системы медицинского обеспечения, способствующей в свою очередь повышению боеготовности флота. В связи с этим вопросы сохранения здоровья личного состава кораблей в длительном походе приобретают наиважнейшее значение. Своевременная и эффективная организация оказания медицинской помощи, в особенности хирургической, позволяет решить максимально все задачи медицинского обеспечения экипажа корабля (подводной лодки). Показано, что организация оказания хирургической помощи, отработанная еще на кораблях Военно-морского флота Советского Союза в длительных походах 80–90-х годов, сохраняет свою актуальность и активно используется в настоящее время. При этом особенностью проведения хирургического пособия в корабельных условиях при патрулировании в Аденском заливе является возможность проведения операции под различными видами анестезии. Только комплексный подход в вопросах медицинского обеспечения кораблей, выполняющих задачи боевой службы, будет способствовать повышению возможностей корабельных врачей.

Ключевые слова: медицинское обеспечение кораблей, хирургическое вмешательство, состояние здоровья, личный состав, медицинская служба корабельного звена, факторы обитаемости, длительный поход, хроническое утомление, группа усиления медицинской службы, медицинская помощь.

Медицинское обеспечение кораблей организуется на основе единых для медицинской службы всех Вооруженных сил принципов медицинского обеспечения и во многом зависит от состава, характера выполняемых задач и способов действия кораблей, с учетом продолжительности и районов плавания. При сохраняющейся устойчивой тенденции к усложнению деятельности специалистов корабельного звена Военно-морского флота Российской Федерации (ВМФ РФ) повышается интенсивность умственных, физических, информационно-семантических и других нагрузок [7]. В связи с этим особенно актуальным становится отбор личного состава по состоянию здоровья перед походом, тщательный медицинский контроль за обитаемостью кораблей, обустроенностью быта, режимом труда и отдыха, состоянием здоровья личного состава, проведение всего доступного комплекса мероприятий в этих направлениях. Медицинское обеспечение кораблей, выполняющих задачи боевой службы, должно строиться с учетом высокого нервно-психического напряжения личного состава корабельных сил, обусловленного сложностью выполняемых задач и постоянным контактом с кораблями потенциального противника, а также воздействия различ-

ных экстремальных факторов (сенсорная изоляция, гипокинезия, факторы ограниченного пространства; резкие изменения климатических условий при плавании кораблей в различных районах Мирового океана и др.). Воздействие этих факторов может находиться на грани или за пределами физиологических возможностей адекватных адаптационных реакций организма и вызывать нервно-эмоциональное напряжение, переходящее в напряженность и хроническое утомление, связанное со снижением физиологических резервов организма, сопровождающееся снижением работоспособности появлением функциональных изменений в организме и преморбидных состояний [7].

В связи с этим личный состав медицинской службы должен владеть методиками контроля за факторами обитаемости, уметь оценивать их показатели, разрабатывать и проводить комплекс профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья личного состава.

В соответствии с принятым решением о создании соединения, действующего на постоянной основе в Средиземном море, необходимо использовать накопленный опыт медицинского обеспечения сил флота в длительных походах кораблей советского периода.

ВМФ РФ, согласно резолюции Организации Объединенных Наций № 1838, с 2008 г. принимает участие в антипиратских действиях в Аденском заливе. В течение пяти лет от Северного (СФ) и Тихоокеанского (ТОФ) флотов в походах принимали участие надводные корабли класс большие противолодочные корабли (БПК) 1155 проекта: от СФ – 4 корабля, от ТОФ – 7 кораблей. Кроме того, в указанный период в Аденский залив 2 похода осуществил сторожевой корабль (СКР) Балтийского флота (БФ) 11540 проекта [5]. Длительность походов составляла от 94 до 189 суток, в среднем – 142 суток. Боевые корабли принимали участие в сопровождении конвоев и защите их от нападений пиратов, участвовали в освобождении захваченных кораблей.

Помимо штатной медицинской службы кораблей, для решения задач медицинского обеспечения используются силы и средства усиления корабельного звена, такие как корабельные группы специализированной медицинской помощи (КГСМП), являющиеся штатными, и нештатные медицинские группы, что позволило оказывать медицинскую помощь не только членам экипажей боевых кораблей ВМФ РФ, но, и в случаях необходимости – членам экипажей гражданских судов, в том числе иностранных, а также лицам, задержанным по подозрению в пиратстве [9].

На рисунке 1 приведено распределение заболеваемости по классам согласно МКБ-10 на кораблях 1155 проекта СФ и ТОФ, принимавших участие в противопиратской деятельности в зоне Аденского залива в 2008–2012 гг. (без учета данных похода БПК СФ в 2012 г.).

Первичная обращаемость хирургического профиля на кораблях СФ составляла 26,03–53,53% от общей, в среднем – 29,17%, на ТОФ – 24,07–41,75, 29,21%, на БФ – 9,62–13,67, 11,64% соответственно.

Установлено, что на первом месте в первичной обращаемости стоят заболевания кожи и подкожной клетчатки 30,97%, (СФ – 31,02%, ТОФ – 30,96%), на

втором – болезни органов дыхания – 26,41% (СФ – 22,70%, ТОФ – 28,74%), на третьем – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 9,26% (СФ – 8,71%, ТОФ – 9,93%), на четвертом – болезни уха и сосцевидного отростка – 8,21% (СФ – 9,29%, ТОФ – 7,53%), на пятом – болезни органов пищеварения – 7,16% (СФ – 6,75%, ТОФ – 7,41%). В целом показатели заболеваемости на кораблях СФ и ТОФ, осуществлявших патрулирование в зоне Аденского залива, сравнимы, расхождения не превышают 1–2%. Исключение составляет обращаемость по поводу заболеваний органов дыхания, которая у моряков СФ оказалась ниже на 6%. Возможно, это объясняется тем, что они оказались в более благоприятной климатической обстановке нежели та, в которой проходит их повседневная боевая служба.

Частота проведения хирургических операций на кораблях, принимавших участие в антипиратских действиях в Аденском заливе, приведена в таблице 1.

Всего за указанный период на кораблях пр. 1155, 1155.1, 11540 было произведено 463 хирургических вмешательства. Одна операция была выполнена на 10,31 человек (СФ – 11,36, ТОФ – 9,80). Полостные операции составили 5,62% от всех прооперированных больных, на кораблях СФ – 10,00%, ТОФ – 3,51%. Из проведенных на кораблях полостных операций на первом месте стоят аппендэктомии – 19 (73,07%), операции по поводу повреждения внутренних органов – 7 (26,22%). Самое большое количество аппендэктомий было выполнено на кораблях СФ – 13, что составило 86,66% от числа полостных операций.

Таким образом, за указанный период на кораблях СФ было выполнено 150 оперативных вмешательств, на кораблях ТОФ – 313, на кораблях БФ – 66. В среднем одна хирургическая операция выполнялась, соответственно, у 11,36, 9,8 и 8,24 членов экипажа.

Полостные операции выполнялись только на кораблях СФ и ТОФ (табл. 2).

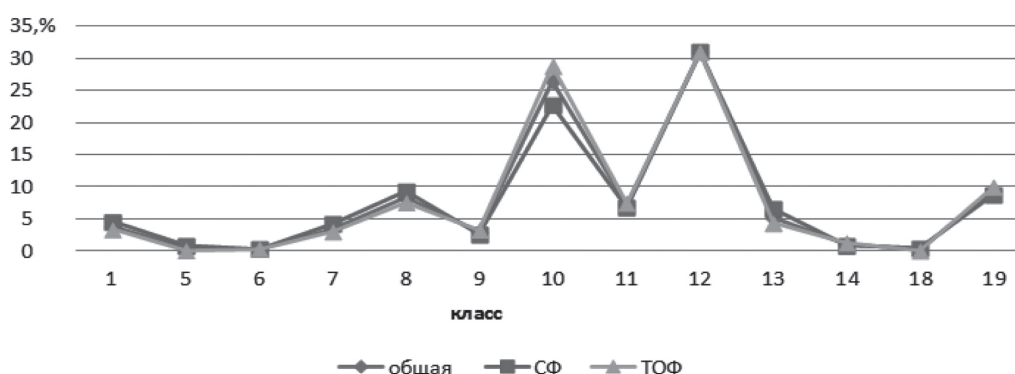


Рис. 1. Распределение заболеваемости по классам согласно МКБ-10 на кораблях 1155 проекта СФ и ТОФ. Классы:

I – некоторые инфекционные и паразитарные болезни; V – психические расстройства и расстройства поведения; VI – болезни нервной системы; VII – болезни глаза и его придаточного аппарата; VIII – болезни уха и сосцевидного отростка; IX – болезни системы кровообращения; X – болезни органов дыхания; XI – болезни органов пищеварения; XII – болезни кожи и подкожной клетчатки; XIII – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; XIV – болезни мочеполовой системы; XVIII – симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках; XIX – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин

Таблица 1
Показатели хирургической активности
на надводных кораблях

Показатель	СФ	ТОФ	БФ
Количество походов	4	7	2
Общее количество участников походов кораблей	1705	3070	544
Проведено оперативных вмешательств	150	313	66
Частота проводимых оперативных вмешательств, в том числе:	11,36	9,80	8,24
полостные операции	113,66	279,09	–
первичная хирургическая обработка ран	1705,00	26,92	77,71
операции по поводу гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки	12,91	20,19	–
травматологические операции	852,5	–	9,22
прочие	–	118,07	–

Из таблицы 2 видно, что большинство оперативных вмешательств выполнялось по поводу аппендицита. Из 7 операций по поводу повреждения внутренних органов 5 носили диагностический характер. В 2 случаях диагностическая манипуляция была переведена в лапаротомию.

Эвакуация хирургических больных за указанный период была проведена в 2 случаях: в береговое лечебное учреждение иностранного государства были направлены пациенты с предварительным диагнозом острый панкреатит. Особенностью проведения хирургического пособия в корабельных условиях при патрулировании в Аденском заливе являлось то, что при необходимости операции можно было выполнять под различными видами анестезии.

Концепция развития военной анестезиологии и реаниматологии в нашей стране выстраивалась прежде всего для обеспечения специализированной медицинской помощи при проведении наземных операций. Существенных наработок в области оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в условиях длительных автономных морских походов

Таблица 2
Виды полостных операций, выполненных
на кораблях СФ и ТОФ

Операция	СФ		ТОФ		В целом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Аппендэктомия	13	86,66	6	54,54	19	73,07
Ушивание перфоративной язвы	–	–	–	–	–	–
Операции по поводу повреждения внутренних органов	2	13,33	5	45,45	7	26,92
Грыжесечение	–	–	–	–	–	–
Всего	15	100,00	11	100,00	26	100,00

дов не производилось. Во время походов кораблей ВМФ Союза Советских Социалистических Республик (СССР) оказание неотложной помощи осуществлялось силами медицинской службы корабля и КГСМП без участия врача анестезиолога-реаниматолога. В ВМФ СССР, а затем и РФ, превалировала «идеология банального обезболевания при хирургических вмешательствах». Обезболивание на кораблях в море осуществлялось силами оперирующей хирургической бригады с применением наркотических анальгетиков и средств для местной анестезии. На ряде надводных кораблей 1 ранга была возможность использовать масочный эфирный наркоз и средство для неингаляционного наркоза – кетамин. Оперативные вмешательства проводились с сохранением спонтанного дыхания. Случай, произошедший в 2004 г. на одном из надводных кораблей 1 ранга СФ, решающем задачи боевой службы в море, заставил пересмотреть некоторые вопросы организации медицинского обеспечения корабельных сил. Тогда под местной анестезией был прооперирован больной с закрытой травмой органов брюшной полости. Хирург группы усиления был вынужден передать прооперированного пациента в береговое лечебное учреждение, поскольку не имел технической возможности гарантировать устойчивый гемостаз. Эвакуация была произведена вертолетом базы Североатлантического альянса, (North atlantic treaty organization – НАТО), находящейся на территории Исландии [1]. В дальнейшем на всех надводных кораблях, уходящих в длительное плавание, в состав медицинской группы усиления приказом командующего флотом включался врач-анестезиолог.

Увеличение морских походов способствовало наращиванию практического опыта с участием врачей-анестезиологов в оказании медицинской помощи в море, подход к оказанию хирургической помощи менялся. Появилась возможность использовать эндовидеохирургические методики, значительно сократились сроки возвращения в строй пациентов после перенесенных оперативных вмешательств.

Выбор метода анестезии в условиях похода складывается не только из объема и вида хирургического вмешательства, но и исходя из условий обстановки, запаса материальных средств и наличия аппаратуры. Поскольку нормы снабжения для обеспечения анестезиологической и реаниматологической помощи в составе КГСМП законодательно не закреплены, перечень необходимых лекарственных препаратов и аппаратуры был установлен опытным путем.

С 2008 года в походах при патрулировании в Аденском заливе в составе КГСМП на постоянной основе участвует врач-анестезиолог. Наиболее часто применяемыми способами анестезии в походах кораблей ТОФ являются: общая комбинированная с интубацией трахеи и искусственной вентилицией легких (ИВЛ), тотальная внутривенная, а также регионарная (спинальная) анестезия. Анестезиологическая помощь осуществляется в соответствии со «Стандартом минимального мониторинга» согласно Директиве на-

чальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны (ГВМУ МО) РФ № 161/ДМ-2 от 24.02.1997 г. Проведение трансфузиологических операций по жизненным показаниям осуществлялось посредством переливания цельной крови от обследованных доноров на принципах, заложенных еще в СССР.

За время патрулирования в Аденском заливе многократно проводились анестезии при оперативных вмешательствах по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, а также огнестрельных ранений груди, живота, бедра. В двух случаях из семи операций по поводу повреждения внутренних органов переходили в лапаротомию и завершались спленэктомией. Пациенты, перенесшие спленэктомию, проходили восстановительное лечение в условиях лазарета корабля и возвращались в строй.

Для обоснования целесообразности использования опыта оказания хирургической помощи, полученного в период длительных походов кораблей 1 ранга ВМФ СССР, выполнено сравнительное изучение динамики хирургической заболеваемости. Были сформированы 2 группы из 6 кораблей (по 3 в каждой) со схожими тактико-техническими характеристиками, условиями обитаемости личного состава и однотипными операционными. В первую группу вошли 3 эскадренных миноносца (ЭМ) 956 проекта ВМФ СССР, выполнявшие боевые службы в 1989–1991 гг. продолжительностью 180–200 суток [2]. Вторая группа была представлена 3 БПК 1155 проекта ВМФ РФ, выполнявшими боевые службы в 2009–2012 гг. продолжительностью 159–180 суток [3]. На кораблях 1 группы все операции выполнялись штатной медицинской службой; на кораблях 2 группы находилась группа медицинского усиления, в которую входили хирурги КГСМП или хирургических отделений госпиталей СФ и врач-анестезиолог. Численность личного состава на кораблях 2 группы увеличилась за счет нахождения на борту специальных групп и подразделений морской пехоты.

На рисунке 2 приведено распределение заболеваемости по классам согласно МКБ-10 на кораблях 956 проекта СФ СССР и кораблях 1155 проекта СФ РФ, участвовавших в длительных походах в 1989–1991 и 2010–2012 гг. соответственно.

Выявлено, что на первом месте в первичной обрабатываемости на кораблях ВМФ СССР и РФ стоят заболевания кожи и подкожной клетчатки 28,29 и 29,25% соответственно. На втором месте на кораблях ВМФ СССР – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (20,83%), в то время как на кораблях ВМФ РФ – болезни органов дыхания (23,51%). На третьем месте в советский период были болезни органов дыхания (16,66%), в настоящее время – болезни уха и сосцевидного отростка 10,15%, на четвертом, соответственно, болезни органов пищеварения (11,18%) и травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (9,38%), на пятом – некоторые инфекционные и паразитарные болезни (5,92%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (6,95%), и на шестом – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (5,04%), болезни органов пищеварения 6,51%.

Разница в 6,85% в обрабатываемости по поводу заболеваний органов дыхания на кораблях ВМФ СССР и РФ связана с условиями обитаемости. Заболеваемость на кораблях 956 проекта в длительном походе оценивалась спустя 2–3 года с момента завершения их постройки, в то время как на кораблях 1155 проекта – более чем через 15 лет эксплуатации, без прохождения среднего ремонта корабля.

На наш взгляд, более высокие показатели травматизма на кораблях ВМФ СССР были связаны с различными причинами, одной из которых является более частое привлечение личного состава срочной службы к выполнению работ, не связанных с их должностным предназначением (проходя службу в течение трех лет, военнослужащие по призыву использовались не только на приборочных работах).

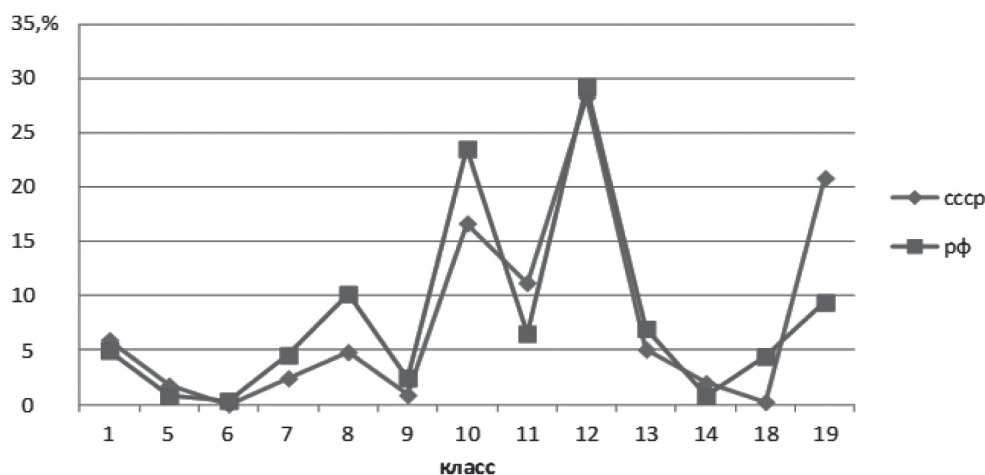


Рис. 2. Распределение заболеваемости по классам согласно МКБ-10 на кораблях 956 проекта СФ СССР и кораблях 1155 проекта СФ РФ, участвовавших в длительных походах в 1989–1991 гг. и 2010–2012 гг.

В таблице 3 приведены общие показатели хирургической активности на надводных кораблях СФ СССР и РФ в длительных походах, в таблице 4 – данные о частоте выполнения полостных операций на надводных кораблях ВМФ СССР и РФ в 1989–1991 гг. и 2010–2012 гг.

В целом, как следует из представленных в таблицах данных, частота проводимых оперативных вмешательств в сравниваемых группах оказалась практически одинаковой (9,57 и 9,73). При этом частота полостных операций возросла почти вдвое: если на кораблях 1 группы они выполнялись каждому 155 члену экипажа, то на кораблях 2 группы – каждому 88. Это можно объяснить несколькими причинами. Во-первых, на кораблях ВМФ РФ хирургические вмешательства выполнялись двухврачебной хирургической бригадой, в которую входили хирург группы медицинского усиления, имеющий или высшую квалификационную категорию по хирургии и в межпоходовый период работающий в госпитале, и начальник медицинской службы корабля (имеющий первичную специализацию по хирургии). Во-вторых, в состав группы усиления входил врач-анестезиолог, что позволяло при необходимости увеличивать объем оказываемой хирургической помощи, сокращало время проводимых оперативных вмешательств и положительно сказывалось на течении послеоперационного периода. В-третьих, корабли 2 группы на период боевой службы получали на снабжение экспресс-тестовые системы для проведения лабораторных анализов, что упрощало проведение лабораторных анализов, сокращало время на их проведение и, как следствие, повышало качество мониторинга состояния больного. Также определенное влияние, по нашему мнению, на частоту выполнения разного рода оперативных вмешательств не могли не оказать как изменение условий призыва, так и исходный уровень физического и психоэмоционального состояния призывников и контрактников. Так, срок службы матросов

в 1989–1991 гг. составлял 3 года, в 2009–2012 г. – 1 год. Кроме того, в СССР действовал принцип экстерриториальности призыва, и на Северном флоте служили представители различных республик СССР, в том числе южных (Узбекистан, Таджикистан, Туркмения и др.), которые впервые попадали в северную климатическую зону.

Навыки и алгоритмы оказания хирургической помощи, созданные и апробированные на кораблях ВМФ СССР в длительных походах в конце 80-х - начале 90-х годов, сохраняют свою актуальность и активно используются в настоящее время при оказании хирургической помощи во время выполнения задач по пресечению пиратской деятельности в Аденском заливе.

В организации медицинского обеспечения автономных походов кораблей в последнее десятилетие нововведением можно считать включение в состав групп усиления врача-анестезиолога, применение новых, с элементами высокотехнологичных современных методик лечения и телемедицины. Это способствует совершенствованию организации оказания медицинской помощи членам экипажей кораблей, расширяет возможности диагностической работы и позволяет при необходимости оказывать специализированную хирургическую помощь. При условии должного снабжения значительно расширяется автономность сформированной бригады КГСМП и существенно сокращаются показания к эвакуации по неотложным показаниям (в связи с невозможностью уточнить диагноз и/или оказать помощь в необходимом объеме), что качественным образом сказывается на выполнении боевой задачи отрядом кораблей.

Все вышеперечисленное было подтверждено на практике. Так, при оказании медицинской помощи 4775 участникам похода, принимавшим участие в патрулировании Аденского залива, в период с 2008 по 2012 г., лишь в двух случаях (острый панкреатит) потребовалась эвакуация в береговое медицинское учреждение.

Таблица 3
Общие показатели хирургической активности на надводных кораблях СФ СССР и РФ в дальних походах

Показатель	Корабли ВМФ	
	СССР	РФ
Общее количество участников походов кораблей	1082	1314
Проведено оперативных вмешательств	113	135
Частота проводимых оперативных вмешательств, в том числе:	9,57	9,73
полостные операции	154,57	87,60
первичная хирургическая обработка ран	25,16	1314,00
операции по поводу гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки	20,41	11,23
травматологические операции	–	657,00
прочие	–	–

Таблица 4
Частота выполнения полостных операций на надводных кораблях ВМФ СССР и РФ в 1989–1991 и 2010–2012 гг.

Операция	СССР		Россия	
	абс.	%	абс.	%
Аппендэктомия	6	85,71	13	86,66
Ушивание перфоративной язвы	–	–	–	–
Операции по поводу повреждения внутренних органов	–	–	2*	13,33
Грыжесечение	1	14,28	–	–
Всего	7	100,00	15	100,00

Примечание: * – обе операции по поводу повреждения внутренних органов (лапароцентез и торакоцентез), выполненные на кораблях ВМФ РФ, носили диагностический характер.

Заключение. Улучшение качества оказания медицинской помощи в корабельном звене в условиях дальнего похода может достигаться, во-первых, за счет ранней диагностики заболеваний, для чего необходимо развивать лабораторно-диагностические возможности на кораблях ВМФ. Во-вторых, за счет создания возможности проведения телеконференций медицинской службы корабля с главными специалистами госпиталей флота для выработки совместной тактики ведения сложных больных и, при необходимости, выполнения согласованной эвакуации в береговое лечебное учреждение [4, 6, 8, 10–12]. Необходима также особая важность слаженной работы органов управления медицинской службы флота. Начальник медицинской службы флота должен хорошо владеть обстановкой как медицинской, так и оперативной с целью своевременного усиления медицинской службы корабельного звена, решающего задачи в море, представления командующему флотом предложений по содействию медицинской службе в выполнении возложенных на нее задач. Проведенные исследования дали возможность подтвердить тезис о том, что медицинское обеспечение сил флота, решающих задачи в море, требует особого подхода, особой подготовки сил и средств медицинской службы.

Литература

1. Амбарцумян, С.В. Отчет по медицинской службе / С.В. Амбарцумян // Отчет по медицинской службе (ф.-7нл). – 2004. – 60 с.
2. Апальков, Ю.В. Ударные корабли / Ю.В. Апальков. – М: Моркнига, 2008. – 284 с.
3. Апальков, Ю.В. Противолодочные корабли / Ю.В. Апальков. – М: Моркнига, 2010. – 310 с.
4. Гуляев, В.А. Медицинские аспекты создания программно-технического комплекса «Телемедицина» / В.А. Гуляев, А.И. Григорьев, Н.В. Устюхин // Воен.-мед. журн. – 2002. – Т. 323, № 1. – С. 4–7.
5. Кабанов, М.Ю. Особенности оказания квалифицированной хирургической помощи на кораблях ВМФ РФ, участвовавших в патрулировании района в зоне Африканского Рога / М.Ю. Кабанов, В.В. Плескач, А.П. Уточкин // Актуальные вопросы охраны здоровья военнослужащих: Мат. 1 Балт. воен.-мед. форума. – Калининград, 2012. – С. 50.
6. Мануйлов, В.М. Хирургическая активность при острых хирургических заболеваниях на кораблях ВМФ, находящихся в длительных походах: вчера, сегодня, завтра / В.М. Мануйлов и др. // Духовное и врачебное наследие святителя Луки (Войно-Ясенецкого): Сб. мат. 4 Междунар. науч.-практ. конф. – М., 2012. – С. 353–357.
7. Мишин, Ю.А. Оптимизация лечебно-профилактической работы корабельного звена Военно-морского флота / Ю.А. Мишин, Г.М. Бицадзе, А.Ю. Бутов // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – Прилож. – № 4 (44). – 2013. – С. 24.
8. Мосягин, И.Г. Основные проблемы развития военно-морской медицины и пути их решения / И.Г. Мосягин // Медицинское обеспечение сил флота в условиях Кольского Заполярья: Мат. 8 науч.-практ. конф., посвящ. 60-лет. со дня образования госп. Беломор. воен.-мор. базы Северного флота. – Северодвинск, 2012. – С. 4–9.
9. Плескач, В.В. Перспективы применения телемедицины в организации медицинской помощи и лечении больных с острыми хирургическими заболеваниями и травмами / В.В. Плескач, М.Я. Козовой, А.К. Сорока // Духовное и врачебное наследие святителя Луки (Войно-Ясенецкого): Сб. мат. 4 Междунар. науч.-практ. конф. – М., 2012. – С. 364–366.
10. Плескач, В.В. Оказание помощи иностранным гражданам и членам экипажей, не входящих в отряд кораблей Тихоокеанского флота / В.В. Плескач, М.Я. Козовой, А.К. Сорока // Духовное и врачебное наследие святителя Луки (Войно-Ясенецкого): Сб. мат. 4 Междунар. науч.-практ. конф. – М., 2012. – С. 362–364.
11. Семенцов, В.К. Возможности эндовидеохирургических технологий в условии длительного плавания / В.К. Семенцов А.К. Сорока, Г.В. Зачиняев // Воен.-мед. журн. – 2007. – Т. 328, № 9. – С. 70–71.
12. Сорока, А.К. Возможности медицины в условиях автономного плавания / А.К. Сорока, В.К. Семенцов, А.А. Аполлонов // Воен.-мед. журн. – 2010. – Т. 331, № 4. – С. 35–37.
13. Сорока, А.К. Эндовидеохирургия в море. Первый отечественный опыт / А.К. Сорока, П.Г. Дынин, В.В. Плескач // Альманах хир. им. А.В. Вишневского. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 134.
14. Сорока, А.К. Рациональные подходы к диагностике травм живота в сложных условиях оказания медицинской помощи / А.К. Сорока, В.В. Плескач // Медицинское обеспечение сил флота в условиях Кольского Заполярья. Травматизм: социальные и клинические аспекты: Мат. 7 науч.-практ. конф. – Североморск, 2012. – С. 91–93.

Yu.A. Mishin, V.V. Pleskach, E.N. Kiselevich, M.V. Pedchenko

Medical support of Russian Federation Navy in gulf of Aden

Abstract. *Medical support of ships, performing tasks of combat duty, as the highest form of maintaining the combat readiness of naval forces, should be tailored to high mental stress naval forces personnel due to the complexity of the tasks and the constant exposure to a variety of extreme factors. The main part of the personnel of the navy is seafarers with special training and staff employees on warships and naval vessels. The need for a healthy fleet replenishment require continuous improvement of medical support, contributing in turn enhance the combat readiness of the fleet. In this regard, the conservation of the health personnel of the ships in the long march become of paramount importance. Timely and effective organization of health care, especially surgery, can solve all the problems of medical support crew (submarine). The analysis of medical support of naval forces shows that the organization of surgical care, having worked on the ships of the Soviet Navy in the long hikes in 80–90s, remains relevant and widely used at present. In this case, the feature of surgical aids in ship conditions on patrol in the Gulf of Aden is the ability to conduct operations under different types of anesthesia. Only a comprehensive approach to the issues of medical support ships, performing tasks of combat duty, will enhance the capabilities of ship doctors.*

Key words: *medical support of ships, surgery, health of personnel, medical service ship management, factors of habitability, long march, chronic fatigue, strengthening of health services, medical care.*

Контактный телефон: 8-911-226-82-09; e-mail: mishin_ya@mail.ru