

# БЮЛЛЕТЕНЬ

НАЦИОНАЛЬНОГО  
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА  
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ имени Н.А.СЕМАШКО

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ

2021. № 3



МОСКВА - 2021

# Б Ю Л Л Е Т Е Н Ъ

## НАЦИОНАЛЬНОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМЕНИ Н.А. СЕМАШКО 2021. № 3

Научно-практический журнал

Основан в 1992 году

Выходит 4 раза в год

### УЧРЕДИТЕЛЬ

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт  
общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор: **Хабриев Рамил Усманович**, академик РАН, доктор медицинских наук, доктор фармацевтических наук, профессор (*Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Россия*)

Ответственный секретарь: **Спасенникова Марина Геннадьевна**, кандидат медицинских наук, доцент (*Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Россия*)

**Азнаурян Смбат Арташесович**, доктор медицинских наук (*Ереванский государственный медицинский университет имени М. Гераци, г. Ереван, Республика Армения*)

**Васильев Константин Константинович**, доктор медицинских наук, профессор (*Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина*)

**Меньшикова Лариса Ивановна**, доктор медицинских наук, профессор (*Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, Москва, Россия*)

**Мороз Ирина Николаевна**, доктор медицинских наук, профессор (*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь*)

**Саввина Надежда Валерьевна**, доктор медицинских наук, профессор (*Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, г. Якутск, Россия*)

**Самородская Ирина Владимировна**, доктор медицинских наук, профессор (*Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия*)

**Санников Анатолий Леонидович**, доктор медицинских наук, профессор (*Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Россия*)

**Черкасов Сергей Николаевич**, доктор медицинских наук (*Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, Москва, Россия*)

**Шапалова Марина Александровна**, доктор медицинских наук, профессор (*Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань, Россия*)

Адрес редакции: 105064, Москва, ул. Воронцово поле, д. 12, строение 1. E-mail: mosmedizdat@yandex.ru

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Регистрационный номер от 25 декабря 2015 г. ПИ № ФС77-64152.

Журнал содержит научную информацию и знаком информационной продукции не маркируется.

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ).

Журнал имеет полнотекстовую электронную версию на сайте Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко.

Авторы несут полную ответственность за подбор и изложение фактов, содержащихся в статьях; высказываемые ими взгляды могут не отражать точку зрения редакции.

Рукописи, присланные в журнал, не возвращаются.

Перепечатка материалов журнала допускается только по согласованию с редакцией. Любые нарушения авторских прав преследуются по закону.



# Б Ю Л Л Е Т Е Н Ъ

НАЦИОНАЛЬНОГО  
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА  
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМЕНИ Н.А. СЕМАШКО

2021. № 3

Научно-практический журнал  
Основан в 1992 году

Выходит 4 раза в год

## МАТЕРИАЛЫ «СТОЧИКОВСКИХ ЧТЕНИЙ»

<i>Щербо А.П.</i> Академик Захарий Френкель: драмы и уроки земской эпидемиологии (50 лет со дня кончины).....	4
<i>Васильев К.К., Васильева Е.Г.</i> Из истории борьбы с Испанской болезнью в Советской России. ....	10
<i>Гамалея В.Н., Рудая С.П.</i> Чума в Киеве (1770–1772) .....	16
<i>Спасенников Б.А.</i> «Испанка» в России (1918–1921).....	22
<i>Альбицкий В.Ю., Шер С.А.</i> Опыт борьбы с острыми детскими инфекциями в Советской России (1930–1940) .....	32
<i>Матвеев Р.С., Денисова Т.Г., Козырева Л.Л., Сидоров А.Е., Викторов О.Н.</i> Пандемии в Средневолжском регионе в XIV–XX вв. ....	38
<i>Златина М.А.</i> Проблемы организации противоэпидемиологических мероприятий в отношении вынужденных мигрантов на примере еврейских беженцев в Черниговской губернии Российской империи (1915) .....	46
<i>Власова В.Н.</i> Социальное здоровье российского населения в условиях угрозы распространения COVID-19 .....	54
<i>Михель Д.В.</i> Эпидемия Эболы в Западной Африке (2014–2015): история и социальный контекст.....	60

## ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

<i>Ершов А.Е., Сорокина Т.С.</i> Система конкурсного набора и траектории высшего медицинского образования во Франции .....	66
<i>Кульпанович О.А.</i> Мультидисциплинарная и международная интеграция в изучении влияния метеотропности на здоровье: XIX–XXI вв.....	74

## ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Спасенников Б.А., Коломийченко М.Е., Марковина И.Ю.</i> Дефиниции отдельных терминов теории общественного здоровья и организации здравоохранения .....	80
<i>Берсенева Е.А., Михайлов Д.Ю.</i> Вариативность формулирования клинических диагнозов и их кодирования по МКБ-Х в подразделениях различного профиля.....	88
<i>Якушин М.А., Горенков Р.В., Яроцкий С.Ю., Васильева Т.П., Макарова Е.В., Алленов А.М., Решетникова П.И., Спасенникова М.Г.</i> Организация комплексной поддержки профессиональной деятельности врачей старших возрастных групп .....	96
<i>Гончар В.В.</i> Организация стоматологической помощи в условиях распространения новой коронавирусной инфекции (на примере Хабаровского края).....	104
<i>Абубакиров А.С.</i> Страхование грамотность как элемент медицинской грамотности населения .....	110

## ЛИЧНОЕ МНЕНИЕ УЧЁНОГО

<i>Спасенников Б.А.</i> COVID-19: уроки вакцинации .....	116
--	-----

# МАТЕРИАЛЫ «СТОЧИКОВСКИХ ЧТЕНИЙ»<sup>1</sup>

УДК 614.446

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.001

## АКАДЕМИК ЗАХАРИЙ ФРЕНКЕЛЬ: ДРАМЫ И УРОКИ ЗЕМСКОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ (50 ЛЕТ СО ДНЯ КОНЧИНЫ)

Щербо А.П.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

### Ключевые слова:

история медицины, российская земская медицина, академик Захарий Френкель.

### Аннотация

В статье представлены сведения о первых годах работы будущего академика в качестве врача Обуховской больницы в Петербурге, где началась и его общественная работа как начинающего социал-демократа. Затем – в качестве земского врача в Новой Ладого, где свирепствовали эпидемии натуральной оспы, холеры и других инфекционных болезней. Представлены драматические эпизоды его героической борьбы с эпидемиями, поучительные и для настоящего времени. В сложных условиях активного противодействия местного населения прививкам от оспы, молодой врач сам перенёс заболевание натуральной оспой, но всё-таки смог организовать успешную прививочную работу в своём уезде. Весьма тяжёлой в уезде была ситуация с заболеваемостью холерой. Очаги холеры регистрировались вдоль водных путей сообщения. Там селились рабочие, обслуживающие перемещение грузов по воде. Опыту борьбы с эпидемиями Френкель посвятил и свои первые научные публикации.

## ACADEMICIAN ZACHARY FRENKEL: DRAMAS AND LESSONS OF ZEMSTVO EPIDEMIOLOGY (50 YEARS SINCE HIS DEATH)

Shcherbo A.P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russian Federation

### Keywords:

history of medicine, Russian zemstvo medicine, academician Zachary Frenkel.

### Abstract

The article presents information about the first years of the future academician's work as a doctor at the Obukhov Hospital in St. Petersburg, where his social work as a novice social democrat also began. Then – as a zemstvo doctor in Novaya Ladoga, where epidemics of smallpox, cholera and other infectious diseases raged. The dramatic episodes of his heroic struggle against epidemics, instructive for the present time, are presented. In the difficult conditions of the active opposition of the local population to vaccinations against smallpox, the young doctor himself suffered from smallpox, but still managed to organize a successful vaccination work in his county. The situation with the incidence of cholera was very difficult in the county. Cholera outbreaks were recorded along the waterways. There were workers who settled there, servicing the movement of goods by water. Frenkel also devoted his first scientific publications to the experience of fighting epidemics.

<sup>1</sup> Журнал начинает публикацию материалов «Сточиковских чтений» 2021 года.

Первую половину своей 100-летней жизни З.Г. Френкель прожил в теперь уже далекой от нас эпохе – в дореволюционной России. Она вместила необыкновенно много – его светлое детство в украинской глубинке под Черниговом в дружной многодетной семье, гимназию в Нежине, Московский университет, первый арест и Бутырку, высылку из Москвы под полицейский надзор, Дерптский (Тартусский) университет, врачебную практику терапевта, психиатра, акушера-гинеколога, инфекциониста, эпидемиолога, санитарного врача в Петербургском, Новгородском, Вологодском и Костромском земствах, избрание депутатом 1-ой Государственной Думы, арест и Костромскую тюрьму за подписание Выборгского воззвания, деятельность члена ЦК партии конституционных демократов, участие в боях Первой мировой войны, работу в структурах Временного правительства в качестве заместителя председателя Центрального врачебно-санитарного совета, избрание в октябре 1917 г. членом Временного Совета Российской Республики (Предпарламента), и, чуть позже, – в состав Учредительного Собрания страны.

Вторая, не менее насыщенная половина жизни З.Г. Френкеля была посвящена, главным образом, науке в ее удивительно широком спектре: это социальная и коммунальная гигиена, организация здравоохранения, эпидемиология и инфекционные болезни, статистика и демография, история медицины и геронтология, обществоведение и философия, музееведение и, кроме того, постоянная общественная деятельность. И при этом – тяжелейшие двадцатые годы, разгром его отдела в Музее Города, арест и тюрьма на Шпалерной в конце тридцатых, война и блокада Ленинграда и в этот период – главный труд, монография «Удлинение жизни и активная старость», высокие звания академика и заслуженного деятеля науки, государственные награды, широкое признание и воистину плодотворная активная старость в окружении учеников и близких [1; 2].

Даже этот самый беглый жизненный пунктир являет нам человека необыкновенной судьбы, полной драматических событий, противоречий, преодоления и постоянного труда, человека, выдающегося во всех отношениях, память о котором должна сохраниться на долгие годы. Ведь недаром, уже в наши дни, в период становления нового парламентаризма в России, издательством

«Муниципальная власть» была опубликована его книга «Волостное самоуправление. Его значение, задачи и взаимоотношения с кооперацией», впервые изданная в 1919 году, но и сегодня актуальная, как никогда.

В январе 1896 года, завершив обучение в Дерпте и получив диплом врача, Захар приехал в Петербург. Для приобретения опыта он предполагал поработать в какой-нибудь больнице, чтобы затем отправиться трудиться в земство. Удалось устроиться палатным врачом в знаменитую Обуховскую больницу на Фонтанке (кстати, одновременно с И.И. Грековым, которому в будущем предстояло стать её главным врачом). А тогда главным был Александр Афанасьевич Нечаев, руководивший больницей 37 лет (до 1922 года, когда больницу после его смерти возглавил И.И. Греков) и сделавший её крупнейшим центром не только практической, но и научной медицины.

Захар был бесплатным сверхштатным ординатором, а его обязанности при этом, как и у других его молодых коллег, бесплатных тружеников в соседних палатах, были достаточно ответственными. Результаты осмотров, обследований, анализов больных при обходах докладывались А.А. Нечаеву, который одновременно заведовал и терапевтическим отделением. Диагнозы давались Захару нелегко, хотя он, с присущей ему дотошностью, практиковал систематическое и подолгу погружение в руководства, справочники и консультации с более опытными докторами.

Несмотря на трудный врачебный старт, Захар находил время и для привычной ему общественной работы: будучи введённым в один из рабочих кружков, по вечерам и выходным он стал заниматься с небольшой группой политэкономией, в частности, по появившимся трудам Г.В. Плеханова и его единомышленников. Довольно частыми стали его доклады на различных собраниях – их темами были рабочее движение в передовых странах, историческая роль рабочего класса, основы социал-демократии.

Общественная деятельность и бесплатная работа в больнице, понятно, доходов не давали, и Захар обратился за помощью к И.А. Дмитриеву – руководителю санитарного отдела Петербургской Земской управы, с которым жизнь его свяжет на долгие годы. Иван Андреевич в тот период стал издавать «Общественно-санитарное обозрение» и поручил Захару готовить для этого журнала об-

зоры из зарубежных изданий. С этой работой молодой доктор успешно и с увлечением справлялся, а два-три десятка рублей в месяц уже давали возможность обедать хотя бы через день. Именно тогда, впервые по-настоящему углубившись в вопросы общественной медицины, увидев большой «земский» потенциал в её развитии в России, Захар, уже зрелый молодой человек (ему 27 лет), почувствовал, что это – его дело.

Однако была одна проблема: по Российским законам Захар должен был получить «распределение» – государственное направление на работу «куда пошлют» – по полтора года за каждый год получения казённой стипендии в университете (отчего-то подобная норма, законная и эффективная при «проклятом царизме», всё никак, несмотря на крайнюю её необходимость, не укоренилась в нашем современном государстве). За четыре года получения стипендии в Дерпте Захару «светили» шесть лет работы по назначению уездным врачом в городке Новгород-Волынский под Житомиром.

Однако И.А. Дмитриеву удалось его «отхлопотать». Но не на райские хлеба, как это бывает сегодня, а всего лишь в пользу назначения в Петербургское земство санитарным врачом по дальнейшему Новолодожскому уезду. Главными аргументами, без которых никакие хлопоты не сработали бы, были свирепствовавшие там эпидемии натуральной оспы и сыпного тифа.

Расставание с Петербургом не радовало Захара, но мнением и заботами И.А. Дмитриева он очень дорожил; много позже замечал: «...не без горечи видел правоту Ивана Андреевича» в том, что при земстве перед ним откроется «возможность вести полезную для населения работу вне бюрократических пут, проявлять общественный почин, знакомиться и изучать условия народной жизни» [1, с. 84–89; 2, с. 127–135].

Напомним, что земская реформа Александра II учредила новую выборную форму общественного управления – земства. В «Положении о губернских и уездных земских учреждениях» от 1 января 1864 года утверждалось, что «для заведования делами, относящимися к местным хозяйственным пользам и нуждам каждой губернии и каждого уезда, образуются губернские и уездные земские учреждения». Эти учреждения стали формироваться путём выборов, на основе многословного принципа, с учётом имущественного

состояния [3, с. 7–9; 4, с. 163–181].

Крупнейший специалист в области административного права, профессор Матвей Дмитриевич Загряцков (1873–1957) после февральской революции 1917 года, которую он горячо принял (привожу в современной орфографии. – Автор.): «Уже 60 лет назад в России обнаружилось, что великим государством нельзя управлять посредством приказов из одного Петрограда. В 1853–56 гг. Россия вела неудачную войну с европейскими державами и военные неудачи показали, что весь самодержавный и крепостной порядок тогдашней России подгнил и что необходим ряд демократических изменений строя (реформ), чтобы воскресить страну. В 1861 году крестьяне были освобождены от крепостной зависимости, и получили право самостоятельного заведования своими делами, в 1864 году введён независимый суд и земское самоуправление (в 1870 г. – городское), основанное на избрании местным населением своих представителей. Таким образом, в наш исторический строй был вбит клин: наряду со старой исторической властью милостью Божией образовалась новая демократическая власть, черпающая свои полномочия в народном избрании. Между старым и новым порядком началась борьба, которая после недолгого торжества старых начал (земская реформа 1890 г.), в 1905–17 гг. кончилась победой демократии. Земство победило опричнину [5, с. 3–12]. И дальше в этой работе 1917 года М.Д. Загряцков замечает: «Земство демократизировало медицину, оно приблизило врачебную помощь к деревне, создало больницы, обеспечило деревню лекарствами и, кроме того, положило начало общественной борьбе с эпидемиями».

Вспомним и ещё одно, незаслуженно забытое имя – Николай Николаевич Блинов (1839–1917) – этнограф, педагог, писатель, общественный деятель, священник, автор книги «Земская служба» (1887). В более поздней работе «Земство за полвека» автор отмечает: «До земства на целые уезды имелось по одному врачу, по одной больнице в городе. Врач всегда находился в разъездах для вскрытия мёртвых тел людей, несчастно умерших. Да он и мало знал врачебное дело: всё забыл из-за своей должности. Больницы стояли полуразвалившиеся, неустроенные, холодные и слабо обставленные. Население боялось таких больниц, они казались хуже тюрьмы. Принимали

*в них только солдат и арестантов. Лечение поручалось фельдшеру, нигде не учившемуся, у него и лекарств-то не было. В деревнях прежде лечили знахарки и колдуны. Земство пришло к народу, к болящим людям, с действительною помощью, дав настоящих докторов – образованных врачей, отдавшихся своему делу – врачеванию с любовью. Во всех уездах строились больничные здания. Аптеки снабжены теми же лекарствами, которые прежде были доступны только в городах состоятельным людям. Земский врач должен был не только лечить, давать лекарство; по необходимости он учил деревенских жителей, объяснял, как надо себя держать в той или другой болезни, снисходил к слабости больных, рассказывал, отчего приключилась болезнь, указывал на грязь помещений и дворов в деревнях, приучал к осторожности в обращении с заразными больными, тифозными, оспенными и др. [6, с. 3–27].*

Н.Н. Блинов, который проработал всю жизнь в Вятской губернии, отмечал, что в Вятке открыты фельдшерские школы с акушерскими отделениями, а в каждой больнице в уездах *«подготавливались фельдшера, фельдшерицы, акушерки, оспопрививатели. К началу XX века вместо десяти до земских больниц в губернии имелось более 60 больниц и приёмных покоев (с 1400 кроватями), 78 земских врачей, 280 фельдшеров и фельдшериц».*

Об этих будущих успехах земской медицины Захар Френкель, понятно, знать не мог, когда получил назначение в Новую Ладугу. На дворе ещё только 1896 год. Две недели он готовился к переезду, читал труды, отчёты и инструкции земских врачей, запасался необходимой литературой, руководствами, и попутно обдумывал, как проехать зимой 150 вёрст до места назначения – у него не было зимней одежды. Ему повезло – подвернулся «обратный» извозчик с крытыми санями, который за умеренную плату доставил Захара по тракту до Шлиссельбурга, и дальше, – по льду Староладожского канала ещё 100 вёрст, – до Новой Ладуги. Захар знал, что Старый и Новый каналы были проложены по берегу Ладоги (Старый – дальше от берега) для «не морского» судоходства – неприспособленным судам в бурной Ладоге делать было нечего. Летом по каналам непрерывно шли баржи с грузами, часто на конной тяге, в оба конца: от Шлиссельбурга в Новую Ладугу и обратно. Зимой же, по льду на санях, можно было добраться до Новой Ладуги, с петровских времён расположив-

шейся на Приладожской низине, на полуострове Медведец, в месте впадения Волхова в Ладожское озеро.

Эпидемическая обстановка в Новой Ладогe и окрестностях была хуже, чем предполагал Захар. Его предшественник по должности санитарного врача, темпераментный серб Илич, отчаявшись справиться с эпидемией оспы ввиду категорического отказа населения от прививок, оставил должность, продолжив здесь работу в качестве вольноопределяющегося врача. Захар выяснил, что население окрестных посёлков Немятое, Глярково и других поселений отказывается от прививок по религиозным соображениям: старообрядческие законы и жёсткая дисциплина староверских общин препятствовали борьбе с эпидемией – дескать, «воспица» от Бога и борьба с ней – неискупимый грех.

Вопреки протестам доброжелательного Илича, Захар поселился среди старообрядцев в Немятом и стал терпеливо обходить дом за домом в поисках хоть какого-то позитивного отклика на предложение привиться. Был очевидный риск не только заражения, но и возможных физических выпадов со стороны фанатически настроенной части общины. Оказалось, что некоторые родители всё-таки были согласны привить уцелевших от оспы детей, но боялись гнева суровой руководительницы общины. Захару стало ясно, что возможный успех его миссии в том, сумеет ли он переубедить непреклонную почтенную женщину.

В тяжёлом разговоре с ней Захар нашёл убедительный, и едва ли не единственный в этой ситуации аргумент: если оспа от Бога, то и всё вокруг от Бога, в том числе и средства борьбы с болезнью, и негоже верующему препятствовать этому Божьему промыслу. Мы не знаем, какие ещё слова нашёл Захар, но в конце их нелёгкой беседы матушка заявила: *«Да уже сказывали, что тебя не переспоришь!».*

Это была первая реальная победа гигиениста Френкеля; постепенно он провёл все необходимые противоэпидемические мероприятия не только в Немятове, но и в Гляркове, Низине и других населённых местах. Эпидемия пошла на спад.

Борьбе с оспой оказалась посвящена и первая эпидемиологическая работа Захара, опубликованная в восьмом номере «Вестника общественной гигиены» за 1897 год. Оспопрививанию Захар Григорьевич посвятит, много позднее, значитель-

ное место в «Очерках земского врача», увидевших свет в 1913 году.

О начале своей деятельности в качестве санитарного врача Захар Григорьевич вспоминал так: *«Мне кажется, что успехи мои в оспопрививании у старообрядцев приладожских посёлков вытекали не только из моей искренней заинтересованности и убеждённости в пользе и необходимости этой меры, достигались не только тем, что я с увлечением, не утомляясь повторениями и внося много драматизма, рассказывал историю эпидемий натуральной оспы, о калечении ею людей, становившихся от оспы нередко слепыми, рассказывал историю открытия оспопрививания и борьбы за его признание и распространение. Успеху содействовало, главным образом, то, что я всегда переживал горе и болезни других людей, как свои собственные. Не было, а потому и проявиться не могло, выделения себя над окружающими, ощущения, что это чужая беда людей, которые в чём-то по своим понятиям, по своим примитивным условиям ниже меня. Этого чувства у меня никогда не было, я его просто не понимаю. Поэтому, мне кажется, мои наставления, мои иногда горькие, а подчас и жёсткие упрёки и проповеднические призывы принимались людьми без обиды, без неприязни и озлобления, вытекающих обычно из естественного желания человека отстоять себя»*. Весьма актуальные слова и сегодня.

Здесь нельзя не привести по-своему критический эпизод, достойный известных читателю летописей драматической медицины. Летом 1896 года Захара позвали посмотреть тяжело больную оспой девочку. Ситуация, увы, уже была безнадежной – это был случай «чёрной» геморрагической оспы, уже встречавшийся Захару во время этой эпидемии. Очищая рот больной пальцем, он слегка оцарапал руку об изголовье кровати. Царапину он дома обработал, однако на двенадцатый день всё же заболел – истёк инкубационный период натуральной оспы.

Температура тела больного перешагнула отметку сорок градусов, и Захар на двое суток потерял сознание. Когда очнулся, сиделка сообщила, что был участковый врач, который по густой точечной сыпи диагностировал оспу. Вскоре сыпь исчезла, из чего Захар сделал вывод, что перенёс лёгкое заболевание оспой, и что несколько прививок, которые он себе сделал, обеспечили спаси-

тельный эффект.

Не менее тревожной в Новоладожском уезде была ситуация с заболеваемостью холерой, очаги которой регистрировались вдоль водных путей сообщения – по берегам каналов и рек, где селились рабочие, так или иначе связанные с перемещением грузов по воде. Губернское земство, озабоченное предотвращением эпидемии, поручило Захару обследование всех мест концентрации рабочих с составлением санитарного описания условий их труда и быта, численности работников, и самой многочисленной и рискованной их группы – погонщиков, их половозрастного состава и других, важных для профилактики обстоятельств.

Нет нужды говорить, с какой удручающей картиной столкнулся Захар; невероятная скученность в местах ночлегов, отсутствие постельных принадлежностей, жуткое состояние дворов и навесов для лошадей, тянувших баржи по каналам, нередкие сибирская язва и сыпной тиф.

В отчёте, который З.Г. Френкель направил в губернскую земскую управу, была дана подробная картина существования судовых рабочих, погонщиков, рабочих по сплаву леса с предложениями неотложных профилактических мер. Таковыми, кстати, Захар не считал только создание на время навигации небольших временных больниц, что без особого успеха практиковалось до сих пор; он был убеждён, что только разработки большого всестороннего плана санитарно-противоэпидемических мер и его реализация может способствовать нормализации обстановки в прибрежных зонах Волхова, Сяси, Ояти, Паши и других водных объектов.

Надо признать, что Захар был услышан: вскоре он получил из губернской управы предписание сопровождать созданную, в том числе и по его сигналу, высокую правительственную комиссию, которой предстояло убедиться в обоснованности тревог, обусловленных эпидемической ситуацией. В составе комиссии был ученик Эрисмана Михаил Семёнович Уваров, глава санитарной службы Московской земской управы. Он с удовлетворением слушал пояснения молодого земского врача Захара Френкеля, который на каждой стоянке парохода, зафрахтованного комиссией, будь то в Новой Ладоге, Сясьских Рядках или на реке Паше, показывал и рассказывал членам комиссии много поучительного: *«Я показывал, как хорошо мне известны, все закоулки и задние дворы с на-*

весами и сараями для погонщиков, с харчевнями и постоянными дворами... Я всё это осматривал и обследовал в течение двух-трёх предшествующих месяцев не только по долгу службы, а как человек, захваченный интересом к изучению развёртывающегося передо мной непосредственного примера эксплуатации рабочих».

К сожалению, после разгона большевиками в ноябре 1917 года Учредительного собрания, призванного определить государственное устройство России, земства, вместе с земской медициной, прекратили своё существование.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Щербо А.П. Захарий Григорьевич Френкель. Жизнь длиною в век / А.П. Щербо. – СПб.: Издательство СПб МАПО, 2009. – 584 с.
2. Френкель З.Г. Записки и воспоминания о пройденном жизненном пути / З.Г. Френкель. – СПб.: Нестор-История, 2009. – 696 с.
3. Щербо А.П. Наш современник Захар Френкель – подвижник народного самоуправления (к его статье в «The Times») / А.П. Щербо // Академик АМН СССР Захарий Григорьевич Френкель. 140 лет со дня рождения: материалы мемориальной научной конференции 18 декабря 2009 года. – СПб.: СПб МАПО, 2009. – С. 7–9.
4. Френкель З.Г. Земская медицина на DRESDEN ской Международной гигиенической выставк / З.Г. Френкель // Отдельный оттиск из «Календаря для врачей всех ведомств» на 1912 год, ч. II. – СПб.: К.Л. Риккер, 1912. – С. 163–181.
5. Загряцков М.Д. Земство и демократия. Зачем земство нужно народу? / М.Д. Загряцков. – Москва: «Начало», 1917. – 47 с.
6. Блинов Н.Н. Земство за полвѣка. 1864–1914 / Н.Н. Блинов. – Сарapul: Типография Н.Я. Улыбина, 1914. – 27 с.

### REFERENCES

1. Shcherbo A.P. *Zaharij Grigor'evich Frenkel'. Zhizn' dlinoyu v vek* [Zachary G. Frenkel. A century-long life]. St. Petersburg, SPb MAPO, 2009. 584 p. (in Russian).
2. Frenkel Z.G. *Zapiski i vospominaniya o projdennom zhiznennom puti* [Notes and memories of the passed life path]. St. Petersburg, Nestor-Istoriya, 2009. 696 p. (in Russian).
3. Shcherbo A.P. Our contemporary Zakhar Frenkel – the ascetic of people's self-government (to his article in "The Times"). *Akademik AMN SSSR Zaharij Grigor'evich Frenkel'. 140 let so dnya rozhdeniya: materialy memorial'noj nauchnoj konferencii 18 dekabrya 2009 goda* [Academician of the USSR Academy of Medical Sciences Zakhari G. Frenkel. 140th Birth Anniversary: Materials of the Memorial Scientific Conference on December 18, 2009]. St. Petersburg, SPb MAPO, 2009, pp. 7–9 (in Russian).
4. Frenkel Z. G. Zemstvo s medicine at the Dresden International Hygienic Exhibition. *Otdel'nyj ottisk iz «Kalendarya dlya vrachej vsekh vedomstv» na 1912 god, Ch. II* [A Separate Reprint from the "Calendar for Physicians of All Departments" for 1912, Part II]. St. Petersburg, K.L. Rikker, 1912, pp. 163–181 (in Russian).
5. Zagryatskov M.D. *Zemstvo i demokratiya. Zachem zemstvo nuzhno narodu?* [Zemstvo and democracy. Why do the people need the Zemstvo?] Moscow, Nachalo, 1917. 47 p. (in Russian).
6. Blinov N.N. *Zemstvo za polveka. 1864–1914* [Zemstvo for half a century. 1864-1914]. Sarapul, typography N.Ya. Ulybina, 1914. 27 p. (in Russian).

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Щербо Александр Павлович – профессор-консультант кафедры коммунальной гигиены, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, Санкт-Петербург, Российская Федерация;  
e-mail: ashcherbo@yandex.ru  
ORCID: 0000-0002-6059-4758  
Author ID 706331

### AUTHOR

Alexander Shcherbo – professor-consultant of the Department of Municipal Hygiene, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Doctor habil. in Medicine, Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Saint Petersburg, Russian Federation;  
e-mail: ashcherbo@yandex.ru  
ORCID: 0000-0002-6059-4758  
Author ID 706331

УДК 614.446

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.002

## ИЗ ИСТОРИИ БОРЬБЫ С ИСПАНСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОВЕТСКОЙ РОССИИ

Васильев К.К.<sup>1</sup>, Васильева Е.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

<sup>2</sup> Сумский государственный университет, г. Сумы, Украина

### Ключевые слова:

история медицины, история пандемий, испанский грипп, Россия.

### Аннотация

В статье рассмотрены вопросы борьбы с испанским гриппом (вирус гриппа А/Н1N1 1918), которые разрабатывались на первых съездах бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей Советской России. Установлено, что на первых трех съездах в программах стояли вопросы, посвященные испанскому гриппу. Эти три съезда состоялись соответственно в октябре 1918 г., в апреле и в октябре 1919 г. Все прошли в Москве. Для участия в работе съездов Народный комиссариат здравоохранения Советской России смог привлечь часть отечественной научной медицинской элиты тех лет. На съездах с докладами об испанском гриппе выступали П.Н. Диатропов и Е.И. Марциновский (оба из Москвы), С.И. Златогоров (Петроград), А.И. Бердников (Саратов) и другие. Показано, что постановления, принятые этими съездами, в дальнейшем учитывались в деятельности Народного комиссариата здравоохранения РСФСР.

## FROM THE HISTORY OF THE FIGHT WITH THE SPANISH DISEASE IN SOVIET RUSSIA

Vasyliiev K.K.<sup>1</sup>, Vasyliieva O.G.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

<sup>2</sup> Sumy State University, Sumy, Ukraine

### Keywords:

history of medicine, history of pandemics, Spanish flu, Russia.

### Abstract

The article discusses the issues of combating the Spanish flu (influenza virus A/H1N1 1918), which were developed at the first congresses of bacteriologists, epidemiologists and sanitary doctors of Soviet Russia. It has been established that at the first three of these Congresses there were questions about the Spanish flu in the programs. These three Congresses took place in October 1918, in April and October 1919. All took place in Moscow. To participate in the work of these congresses, the People's Commissariat of Health of Soviet Russia was able to attract part of the then domestic scientific medical elite. At the congresses, P.N. Diatroptov and E.I. Martsinovsky (Moscow), S.I. Zlatogorov (Petrograd), A.I. Berdnikov (Saratov) and others made presentation on the Spanish flu. It is shown that the resolutions adopted by these congresses were subsequently taken into account in the activities of the People's Commissariat of Health.

В связи с пандемией COVID-19 особый интерес представляет изучение истории пандемии испанского гриппа (испанская болезнь; испанка), которая на сегодняшний день по абсолютному числу умерших от неё унесла большее число жертв, чем любая другая эпидемия острых респираторных вирусных инфекций.

Литература, посвященная пандемии испанки и борьбы с ней в России не так уж большая. В 1929 г. И.А. Добрейер дал обзор по эпидемиологии гриппа, и, в том числе, испанки в России, но в последнем случае данные по заболеваемости и смертности не являются достаточно точными [1, стб. 92–113].

Р.А. Канторович в статье «К истории изучения гриппа в России» отметил, что петроградский микробиолог Г.Д. Белановский, осенью 1918 года изучал бактериологию испанки. Белановский Г.Д. пришел к правильному выводу о том, что данное заболевание является вирусной этиологии. Хотя он и не открыл самого возбудителя болезни, но тем самым он определил дальнейшее направление исследований в данной области [2, с. 106–110].

М.В. Супотницкий дал характеристику трех волн испанского гриппа: первая волна – первая половина 1918 г., вторая – вторая половина того же 1918 г. и, наконец, третья – первая половина 1919 г.<sup>1</sup> Наконец, в 2021 г. появилась статья О.М. Морозовой с соавторами, в которой прослежено распространение испанки в губерниях, составляющих территории современной Российской Федерации, а значит, вне поля зрения авторов остались другие регионы, входившие в Российскую империю, а затем в состав СССР [3, с. 113–124]. В этом отношении работа К.К. Васильева и Е.Н. Васильевой, которая посвящена испанской болезни на Украине, дополняет вышеназванное исследование [4, с. 31–37].

Цель данной работы – осветить вопросы борьбы с испанской болезнью (вирус гриппа А/Н1Н1 1918), которые разрабатывались на первых съездах бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей Советской России, а также выяснить, как постановления этих съездов находили отражение в деятельности Народного комиссариата здравоохранения РСФСР. Материалами для данного исследования послужили как опубликованные исторические источники (труды этих съездов, а также информационные сообщения о них), так

<sup>1</sup> Супотницкий М.В. Пандемия гриппа 1918–1920-х гг. («испанка»). – URL: <http://www.supotnitskiy.ru/stat/stat51.htm#g12>

и архивные (фонд Народного комиссариата здравоохранения РСФСР в Государственном архиве Российской Федерации).

В 1918 г. на территории распавшейся Империи в разгаре гражданская война, которая способствовала широкому распространению различных заразных болезней. В начале этого года появилась холера, принявшая широкое распространение. Осенью, когда холерная эпидемия пошла на спад, в России ураганом пронеслась вторая волна испанки и начала развиваться эпидемия сыпного тифа, за которым последовала эпидемия тифа возвратного.

В связи с этим Народный комиссариат здравоохранения (далее – НКЗ) начинает созывать всероссийские съезды бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей. На санитарно-эпидемиологическую секцию НКЗ, которую возглавлял А.Н. Сысин (1879–1956), падает большая работа по организации этих съездов. Первые из них назывались то совещаниями, то съездами, и только начиная с четвертого, получили свою нумерацию. В программах I-го, II-го и III-го съездов были вопросы борьбы с пандемией испанки.

Первый съезд проходил 28–31 октября 1918 г. в Москве. Фактически он представлял собой два, параллельно проведенных совещания: «Совещание представителей медико-санитарных отделов Советов рабочих и крестьянских депутатов и санитарных врачей» (28–30 октября)<sup>2</sup> и «Совещание бактериологов» (28–30 октября)<sup>3</sup>, а 31 октября состоялось их совместное заседание.

31 октября на совместном заседании названных двух совещаний с докладами «Об испанской болезни» выступали москвичи профессор П.Н. Диатроптов (1859–1934) и приват-доцент Е.И. Марциновский (1874–1934), а также профессор А.И. Бердников (1877–1941) из Саратова, которые сообщили эпидемиологические и клинические данные об испанской болезни согласно литературным данным и последним клиническим и лабораторным исследованиям. Доктор А.Н. Ссин кратко познакомил присутствующих с мерами, принятыми Народным комиссариатом здравоохранения по борьбе с этой болезнью, огласил разосланный НКЗ циркуляр об обследовании

<sup>2</sup> Совещание представителей медико-санитарных отделов С.Р. и К.Д. и санитарных врачей. – М., 1918. – 43 с.; Известия Народного комиссариата здравоохранения. – 1918. – № 13–14. – С. 5–14

<sup>3</sup> Совещание бактериологов при Народном комиссариате здравоохранения 28–30 октября 1918 г. // Известия Народного комиссариата здравоохранения. – 1918. – № 13–14. – С. 14–16.

испанской болезни. В частности, в циркуляре говорилось, что во многих местностях Республики распространяется заболевание особой заразной болезнью, получившей общее название – испанка. Имеющиеся в литературе данные, а также уже поставленное клиническое и эпидемиологическое изучение этой болезни в России, дают возможность с большой степенью достоверности считать испанскую болезнь за эпидемию «инфлюэнцы», как тогда часто называли грипп, чрезвычайно широко и интенсивно поражающей ныне большие группы населения. Эпидемия эта, подобно бывшим ранее эпидемиям инфлюэнцы, как, например, эпидемия 1889–1890 годов, быстро распространяется, захватывает почти поголовно население целых селений и других населенных мест, протекает с осложнениями в виде пневмонии и «различных катаральных воспалений других органов» и вызывает значительную смертность. Санитарно-эпидемиологическая секция НКЗ считает крайне важным и в научном, и в практическом отношениях. Наряду уже с принимаемыми местными врачебными организациями мерами борьбы с этой эпидемией, нужно поставить и научное изучение испанской болезни. Это изучение должно быть проведено на местах по однообразной программе, чтобы впоследствии обширные местные материалы могли быть подвергнуты общей сводке и разработке.

В заключение совместного заседания двух названных совещаний были приняты постановления и об испанском гриппе: 1) признать необходимым изучение испанской болезни на местах по программе, предложенной санитарно-эпидемиологической секцией НКЗ, с дополнениями вызванными местными особенностями возникновения и хода этой эпидемии; 2) признать право местных организаций использовать для борьбы с испанской болезнью остатки холерных кредитов на местах и имеющиеся противохолерные противоэпидемические средства (отряды, койки и пр.); 3) установить, что, помимо этого финансирования, помощь центральной власти должна идти на следующие виды медицинской работы по борьбе с испанской болезнью: приглашение добавочного медицинского персонала и приобретение медикаментов; 4) дополнить программу обследования испанской болезни вопросам о терапии, применяемой на местах.

В начале 1919 г. НКЗ созвал следующий съезд

бактериологов и эпидемиологов в связи с необходимостью обсудить меры по борьбе с продолжающимися в Республике эпидемиями заразных болезней. В программе съезда стоял и отчет об испанской болезни доктора А.Н. Перуанского<sup>4</sup>. Этот съезд в последующем стал именоваться II-м съездом, считая I-ым октябрьские совещания 1918 года. Он был проведен в Москве 28–30 апреля 1919 г.<sup>5</sup> На съезде, кроме сообщения сотрудника санитарно-эпидемиологическую секцию НКЗ А.Н. Перуанского, были заслушаны доклады петербуржца профессора С.И. Златогорова (1873–1931) «Эпидемиология и бактериология испанской болезни» и саратовца профессора А.И. Бердникова «К этиологии испанской болезни и последующих пневмоний» (о нахождении при испанке «гемоглобинофильной бактерии»).

Профессор С.И. Златогоров доложил результаты работ Петроградской комиссии по изучению испанской болезни. По своему характеру эпидемия испанки 1918 г. напоминала прежние эпидемии «эпидемического гриппа». Продолжительность эпидемии в отдельных местах колебалась между 4 и 12 неделями (наблюдение над 14 отдельными местностями). Имели место четыре формы болезни: катарально-легочная (чаще), тифозная, первичная и кишечная (реже всего). В первые четыре дня болезни в 60% случаев в слизи носа и зева были найдены «палочки Пфейффера». Иногда находили «диплококки Френкеля» (то есть пневмококк. – Авторы.). С 5-го дня число «палочек Пфейффера» резко падает и значительно преобладает «диплококк Френкеля», который в течение 2–3 недель после выздоровления ещё находится в слизи (всего до 1000 наблюдений). У лиц, окружающих больных, «палочка Пфейффера» находится в 6% (из 82 наблюдений). В крови больных (около 65% случаев), начиная с момента появления «пневмонических» признаков, находились «диплококки Френкеля» (около 170 наблюдений) и только один раз выделена «палочка Пфейффера». Как видим, тогдашние бактериологи пытались установить связь между испанским гриппом и описанной Р. Пфейффером (R. Pfeiffer, 1892) гемоглобинофильной бактерией – палоч-

<sup>4</sup> Съезд бактериологов и эпидемиологов по борьбе с эпидемиями // Известия Народного комиссариата здравоохранения. – 1919. – № 4. – С. 2.

<sup>5</sup> Съезд бактериологов и эпидемиологов 28–30 апреля 1919 года. – М., 1919. – Вып. 1. – 24 с.; Вып. 2. – 86 с.; Известия Народного комиссариата здравоохранения. – 1919. – № 5–6. – С. 29–35; № 7–8. – С. 15–39.

кой инфлюэнцы (*Haemophilus influenzae*); а вирус гриппа человека был открыт только в 1933 г. Вместе с тем, трудами Петроградской комиссии по изучению испанки было установлено, что при осложнении испанского гриппа пневмонией последняя часто вызывается пневмококком («диплококком Френкеля»).

Разосланная в конце октября 1918 г. НКЗ анкеты по обследованию испанской болезни обратно были присланы в незначительном количестве. В связи с этим, по докладу А.Н. Перуанского было принято постановление о необходимости дальнейшего обследования пандемии испанки в России. Для этой цели съездом было рекомендовано при санитарно-эпидемиологической секции НКЗ создать «комиссию по изучению испанской болезни», которая бы объединила все материалы, накопившиеся во многих врачебных организациях и у отдельных врачей.

9 мая 1919 г. постановлением коллегии санитарно-эпидемиологической секции НКЗ такая комиссия была образована<sup>6</sup> и в июне она приступила к работе<sup>7</sup>. В её состав вошли С.С. Стериопуло, К.Ф. Флеров, И.В. Давыдовский, И.Н. Кавалеров, а её задачами были: 1) собрать результаты прежней анкеты, которые были разосланы на места в конце октября 1918 г.; 2) составить новую полную анкету для обследования, которую разослать врачам и лечебным учреждениям советской республики; 3) собрать с мест все имеющиеся работы и материалы по обследованию последней пандемии<sup>8</sup>.

20 июля 1919 г. на заседании коллегии санитарно-эпидемиологической секции НКЗ А.Н. Перуанский доложил о ходе работы комиссии по изучению испанской болезни и представил составленный этой комиссией воззвание к медицинским учреждениям и врачам. Постановили: доклад принять к сведению; проект обращения одобрить и напечатать в количестве 20 тыс. экземпляров<sup>9</sup>. Судя по типографскому экземпляру этого обращения, обнаруженного нами в делах НКЗ РСФСР, оно действительно было отпечатано и разослано на места<sup>10</sup>.

<sup>6</sup> Государственный архив Российской Федерации. – Ф. А482. – Оп. 1. – Д. 34. – ЛЛ. 324–325об.

<sup>7</sup> Государственный архив Российской Федерации. – Ф. А482. – Оп. 4. – Д. 106. – Л. 1.

<sup>8</sup> Комиссия по изучению испанской болезни // Известия Народного комиссариата здравоохранения. – 1919. – № 7–8. – С. 44.

<sup>9</sup> Государственный архив Российской Федерации. – Ф. А482. – Оп. 1. – Д. 34. – ЛЛ.377–378.

<sup>10</sup> Государственный архив Российской Федерации. – Ф. А482. – Оп. 1. – Д. 34. – ЛЛ.385–385об.

Кроме того, данное обращение было опубликовано на страницах «Известий Народного комиссариата здравоохранения»: «Уважаемый товарищ. Разразившаяся с необычайной силой в России и во всей Европе осенью 1918 г. и зимой 1919 г. эпидемия "испанской" болезни (гриппа) возбудила, само собой разумеется, большой интерес во всех кругах, так или иначе имеющих отношение к делу народного здравоохранения». После этого указывалось, что эпидемия гриппа 1889–1890 годов была детально обследована, и мы имеем ряд трудов как отдельных лиц, так и организаций, касающихся той эпидемии (например, был опубликован фундаментальный труд, составленный военными врачами С.П. Верекундовым, Е.И. Тарновским и Д.М. Филипповым [5]. – Авторы.). Далее в обращении комиссии по изучению испанской болезни говорилось, что было бы чрезвычайно желательным, чтобы материал о пандемии испанской болезни в России не пропал даром, а весь этот лежащий мертвым капиталом материал был собран, систематизирован и обработан надлежащим образом. Этот труд в состоянии выполнить только какой-либо центральный орган, располагающий необходимыми для этого силами и средствами. В связи с этим, по пожеланию съезда бактериологов и эпидемиологов, была создана специальная комиссия по изучению испанской болезни, которая просит прислать ей весь имеющийся материал по эпидемии испанки, касающийся эпидемиологии её, клиники, патологической анатомии, бактериологии и т.д. (интересные истории болезни, статьи, затем протоколы медицинских обществ, доклады на них, доклады на больничных конференциях, протоколы вскрытий, бактериологические исследования и т.д.). Весь присланный материал будет по миновании надобности, в случае желания, приславшего его, с благодарностью возвращен, или же, если это будет признано желательным, напечатан с уплатой гонорара. В заключении обращения приводился тогдашний адрес НКЗ РСФСР – Москва, Петровка, 17<sup>11</sup>.

Представляется, что это был глас вопиющего в пустыне. В стране гражданская война, фронта которой постоянно передвигались, разруха, миллионы беженцев, поголовная завшивленность, миллионы заболевших сыпным и возвратным тифом. На этом фоне третья волна испанки, которая

<sup>11</sup> От комиссии по обследованию «испанской» болезни // Известия Народного комиссариата здравоохранения. – 1919. – № 7–8. – С. 44–45.

сама собой закончилась без каких-то карантинных мер – их в тогдашних реалиях практически ввести было невозможно – тут же забылась. Все силы разрушенной системы здравоохранения были направлены на борьбу с паразитарными тифами и оказание медицинской помощи бойцам противоборствующих сил. После же гражданской войны, в которой, как известно, победили большевики, тысячи врачей эмигрировали; среди них был и названный выше профессор А.И. Бердников [6, с. 21–30], а значит условий для сбора, разработки и публикации материалов о пандемии испанки не было.

Совещание бактериологов и эпидемиологов (III съезд) состоялось в Москве 21–25 октября 1919 г. Тогда для советской власти была очень сложная военная обстановка. В середине октября войска генерала Деникина заняли Орел и вступили в Тульскую губернию, угроза нависла над Москвой. В то же время войска генерала Юденича прорвались к предместьям Петрограда. Этим обстоятельством объясняется то, что совещание было немногочисленно и были опубликованы только его постановления, в которых не нашли отражения вопросы борьбы с испанской<sup>12</sup>. В обнаруженной нами в архиве НКЗ РСФСР программе этого совещания бактериологов и эпидемиологов (III съезд) пятым пунктом был вопрос об этиологии испанки<sup>13</sup>; кто сделал сообщение и состоялся ли вообще данный доклад, пока нам неизвестно. Сам же факт включения в программу данного вопроса говорит о том, что у наших бактериологов и эпидемиологов был не только научный, а и практический интерес к данной проблеме – третья волна испанки прошла, но неизвестно будут ли очередные повышения заболеваемости и смертности этой болезни. Здесь надо сказать, что программа съездов бактериологов и эпидемиологов формировалась и организация их проходила под непосредственным руководством сывороточно-вакцинозной комиссии НКЗ и его организационного бюро в лице таких известных специалистов как Л.А. Тарасевича (1868–1927), П.Н. Диатропова и Е.И. Марциновского.

Таким образом, в 1918–1919 гг. НКЗ РСФСР для решения насущных вопросов борьбы с ин-

фекционными заболеваниями и, в том числе, с пандемией испанской болезни провел три съезда (совещания) бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей (октябрь 1918 г.; апрель и октябрь 1919 г.). Для этой цели НКЗ смог привлечь по крайней мере часть тогдашней отечественной научной медицинской элиты. Решения, принятые этими совещаниями (съездами), в дальнейшем учитывались в деятельности НКЗ Советской России.

---

<sup>12</sup> Постановления совещания бактериологов и эпидемиологов (21–25 октября 1919 г.) // Известия Народного комиссариата здравоохранения. – 1920. – № 1–2. – С. 37–38; Врачебное дело. – 1920. – № 9–10. – Стб. 317.

<sup>13</sup> Государственный архив Российской Федерации. – Ф. А482. – Оп. 1. – Д. 169. – ЛЛ. 22об.–23.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Добрейцер И.А. Грипп / И.А. Добрейцер // Большая медицинская энциклопедия. 1-е издание. – М.: Советская энциклопедия, 1929. – Т. 8. – Стб. 92–113.
2. Канторович Р.А. К истории изучения гриппа в России / Р.А. Канторович // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 1954. – № 8. – С. 106–110.
3. Морозова О.М. Пандемия испанки 1918 года в России. Вопросы сто лет спустя / О.М. Морозова, Т.И. Трошина, Е.Н. Морозова и др. // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2021. – № 1. – С. 113–124.
4. Васильев К.К. К истории борьбы с пандемией испанки: Киев и Харьков / К.К. Васильев, Е.Г. Васильева // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. – 2020. – № 2(Б) Спецвипуск. – С. 31–37.
5. Верекундов С.П. Отчет о гриппозной эпидемии в русской армии в 1889 и 1890 г. / С.П. Верекундов, Е.И. Тарновский, Д.М. Филиппов. – СПб.: «Владим.» типо-литография Л. Мордуховской, 1891. – 450 с.
6. Васильев К.К. Микробиолог профессор А.И. Бердников (1877–ок.1941) / К.К. Васильев, Н.Н. Каплин // Вісник Сумського державного університету. Серія «Медицина». – 2006. – № 2. – С. 21–30.

### REFERENCES

1. Dobreitser I.A. Flu. *Bol'shaya meditsinskaya entsiklopediya. 1-e izdanie* [Great medical encyclopedia. 1st edition]. Moscow, Soviet encyclopedia, 1929, v. 8. pp. 92–113 (in Russian).
2. Kantorovich R.A. On the history of the study of influenza in Russia. *Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii i immunobiologii* [Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology], 1954, no. 8, pp. 106–110 (in Russian).
3. Morozova O.M., Troshina T.I., Morozov E.N. and others. The 1918 Spanish flu pandemic in Russia. Questions a hundred years later. *Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii i immunobiologii* [Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology], 2021, no. 1, pp. 113–124 (in Russian).
4. Vasyliiev K.K., Vasyliieva O.G. On the history of the fight against the Spanish flu pandemic: Kiev and Kharkov. *Shidnojevropejs'kyj zhurnal vnutrishn'oi ta simejnoi medycyny* [Eastern European Journal of Internal and Family Medicine], 2020, no 2 (B) Special issue, pp. 31–37 (in Russian).
5. Verekundov S.P., Tarnovsky E.I., Filippov D.M. *Otchet o gripoznoy epidemii v russkoy armii v 1889 i 1890 g.* [Report on the influenza epidemic in the Russian army in 1889 and 1890]. St. Petersburg, "Vladim." typographic lithograph L. Mordukhovskaya, 1891. 450 p. (in Russian).
6. Vasyliiev K.K., Caplin N.N. Microbiologist Professor A.I. Berdnikov (1877– about 1941). *Visnyk Sums'kogo derzhavnogo universytetu. Serija «Medycyna»* [Bulletin of Sumy State University. Medicine series], 2006, no 2, pp. 21–30 (in Russian).

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

*Васильев Константин Константинович* – профессор кафедры социальной медицины, общественного здоровья и медицинского права, Одесский национальный медицинский университет, доктор медицинских наук, профессор, г. Одесса, Украина;  
e-mail: vasylyevkk.odessa@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-8047-4104

*Васильева Елена Геннадиевна* – ассистент кафедры педиатрии, Сумский государственный университет, кандидат медицинских наук, г. Сумы, Украина;  
e-mail: ol.vasilyeva@med.sumdu.edu.ua  
ORCID: 0000-0003-4470-8740

### AUTHORS

*Konstantin Vasyliiev* – Professor of the Department of Social Medicine, Public Health and Medical Law, Odessa National Medical University, Doctor habil. in Medicine, Professor, Odessa, Ukraine;  
e-mail: vasylyevkk.odessa@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-8047-4104

*Olena Vasyliieva* – Assistant of the Department of Pediatrics, Sumy State University, PhD. in Medicine, Sumy, Ukraine;  
e-mail: ol.vasilyeva@med.sumdu.edu.ua  
ORCID: 0000-0003-4470-8740

УДК 614.4 (929) (477)

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.003

## ЧУМА В КИЕВЕ (1770–1772)

Гамалея В.Н.<sup>1</sup>, Рудая С.П.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Государственный университет инфраструктуры и технологий, г. Киев, Украина

### Ключевые слова:

эпидемия чумы, патогенные микроорганизмы, противоэпидемические мероприятия, глобализация, урбанизация.

### Аннотация

Статья посвящена описанию жестокой эпидемии чумы, происходившей в Киеве во второй половине XVIII века. Описана история возникновения данной болезни и пути ее экспансии в Европе. Рассмотрены действия властей, направленные на предотвращение распространения чумы, а также ликвидации ее последствий. Показана роль первых отечественных эпидемиологов в разработке и применении противоэпидемических мероприятий (карантинных домов, застав, проведения дезинфекции), в результате чего смертность от чумы в крупном городе была относительно невелика. Подчеркнут вклад Д.С. Самойловича, И.А. Полетики, А.Ф. Шафонского и других медиков в изучении этиологии болезни и разработке способов ее предупреждения. Проанализирована взаимосвязь событий, относящихся к истории борьбы с чумой в конце XVIII века на территории Российской империи и современной эпидемиологической ситуацией в мире. В результате проведенной оценки сделано заключение о закономерном ускорении процесса возникновения пандемий и эпидемий в наши дни.

## PLAGUE IN KIEV (1770–1772)

Gamaliia V.N.<sup>1</sup>, Ruda S.P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> State University of Infrastructure and Technology, Kiev, Ukraine

### Keywords:

plague epidemic, pathogenic microorganisms, anti-epidemic measures, globalization, urbanization.

### Abstract

The article is devoted to the description of the brutal plague epidemic that took place in Kiev in the second half of the XVIII century. The history of this disease and the way of its expansion in Europe is described. The authors consider the actions of the authorities aimed preventing the spread of the plague, as well as eliminating its consequences. The role of the first native epidemiologists in the development and application of anti-epidemic measures (quarantine houses, outposts, disinfection) is shown, as a result of which the death rate from plague in a large city was relatively low. The contribution of D.S. Samoilovich, I.A. Poletika, A.F. Shafonsky and other physicians in the study of the etiology of the disease and the development of ways to prevent it is emphasized. The interrelation of events related to the history of the fight against plague at the end of the XVIII century on the territory of the Russian Empire and the current epidemiological situation in the world is analyzed. As a result of the assessment, a conclusion was made about the natural acceleration of the process of the occurrence of pandemics and epidemics today.

Одними из наиболее опасных для жизни и здоровья человека являются угрозы биологического происхождения, в частности, заболевания людей, вызываемые существами микробиологического характера. Из пандемий, причиной которых были эти возбудители, в первую очередь следует назвать чуму, повлиявшую на развитие

целых цивилизаций [1].

В Украине на протяжении XVIII столетия эпидемия чумы повторялась 15 раз, через каждые 8–15 лет. Чумная зараза заносилась из Турции и подвластных ей территорий, и для препятствия её распространению создавались карантинные заставы. Первая постоянная карантинная застава была организо-

вана в 1729 году в городе Василькове, недалеко от Киева. В 1740 году тут был построен первый в России карантинный дом со вспомогательными строениями. 22 февраля 1855 года указом Сената «Об учреждении при пограничных таможенных карантинных домов и об определении в них докторов» было утверждено устройство карантинных в Киевской губернии. Количество карантинных застав возрастало, и Васильковский карантинный дом стал центральным, руководящим шестью филиалами (в Добрянске, Злынке, Переяславле, Кременчуге, Переволочне, Новой Сербии). Наибольшего расцвета карантин в Василькове достиг в 1763 году, когда его возглавил доктор медицины И.А. Полетика. Это был уже целый карантинный городок, состоящий из восьми корпусов, в которых размещались аптека, большой лазарет с тремя отделениями, предназначенными для изоляции больных, а также лиц, бывших с ними в контакте, помещение для курьеров и квартиры для постоянного проживания карантинного доктора и его помощников [2].

Кульминацией в ходе распространения чумы в Украине XVIII столетия была эпидемия 1770–1773 гг. – одна из самых грозных эпидемий, когда-либо посещавших территорию Российской империи. Занесённая в 1770 году из Молдавии и Валахии, где она унесла большое число жертв в действующей там русской армии, чума проникла в Трансильванию и Польшу. В августе 1770 года она появляется в Украине и быстро распространяется по Киевской, Новороссийской и Белгородской губерниям, осенью проникает в Севск и Брянск, а в ноябре отмечены случаи заболевания чумой в Москве [3].

В августе 1770 года слухи о страшной болезни доходили до Киева, но никто не верил, что она пройдёт через все кордоны. Однако 2 сентября магистрат Киева объявил о появлении в городе первых жертв чумы. В этот день в одном из домов на Подоле внезапно умерли трое мужчин, отвозивших артиллерийские припасы в действующую армию, а на следующий день умерла женщина из соседнего дома, которой они привезли в подарок шерстяной платок. Для ликвидации эпидемии была создана бригада врачей во главе с выпускниками Киево-Могилянской академии, докторами медицины – пограничным карантинным врачом И.А. Полетикой и главным врачом Киевского госпиталя С.М. Митрофановым (умер

от чумы в 1772 году). В состав комиссии входили также три доктора, недавно сдавшие экзамен на это звание. На помощь коллегам устремился ещё один выпускник Киево-Могилянки – доктор медицины К.И. Щепин. Однако, приехав в Киев в 1770 году, он вскоре заразился чумой и умер в возрасте 42 лет. Бригада медиков, идентифицировав появившееся заболевание как чуму, изолировала всех, кто был в контакте с пострадавшими, поместив их в карантин на Трухановом острове, расположенном на левом берегу Днепра. Вещи из зараженных домов извлекли крючьями и сожгли во дворе, в который в течение 30 дней никому не разрешалось заходить [4].

Несмотря на предпринятые меры, чума охватила все три части города: Подол, Старый город и Печерск. Первые жертвы заболевания в Старом городе были выявлены 12 сентября, а 19 октября – на Печерске. В Софиевском монастыре умерло около 60 монахов, а из певчих и прислужников – более 80. Неприступным для заражения оказался только Михайловский монастырь, расположенный в центре города, где в течение двух последующих лет никто не заболел. Монахи объясняли это тем, что монастырь находился под защитой чудотворной иконы, а медики – тем, что выход из него был строго воспрещён.

К сожалению, губернская канцелярия игнорировала рациональные меры защиты, предлагавшиеся медиками, и весной 1771 года эпидемия возобновилась. На этот раз первые случаи чумы были выявлены в селе Пирогово под Киевом и в центре города на Печерске, где солдаты торговали вещами из дворов умерших.

Когда в конце апреля 1771 года военный врач Д.С. Самойлович приехал в Киев, чума уже охватила весь город. Передвигаясь вместе с войсками по Бессарабии, Молдавии и Валахии, Д.С. Самойлович видел больных чумой, учился распознавать её признаки. Проезжая через города, в которых уже началась эпидемия чумы, он делился полученным опытом с местными врачами, в свою очередь получая от них важные сведения о ходе заболевания и способах его предупреждения [5].

Находясь в Киеве, Д.С. Самойлович добровольно подключился к борьбе с эпидемией и присоединился к своим коллегам, собиравшимся на Печерске в доме И.А. Полетики, среди которых были аптекарь Г. Бунге, врач Г. Яновский и другие. Этот дом стал своеобразным центром меди-

цинской общественности Киева, здесь обсуждались методы лечения и изоляции заболевших, способы обеззараживания принадлежавших им вещей и помещений. Три части Киева – Подол, Старый город и Печерск – были окружены караулом и изолированы одна от другой. Населению всех трех частей было запрещено общаться между собой и только из незараженных домов разрешалось выходить по пропускам для покупки продуктов. Кирилловский монастырь был превращён в лазарет. В это время возник вопрос о городских кладбищах. В Киеве, как и в других городах и местечках, с древнейших времен существовал обычай хоронить покойников на погостах приходских церквей (кроме евреев и немцев, имевших свои кладбища за городом). В 1772 г., в соответствии с распоряжением Сената и Синода о запрещении захоронений на погостах и создании кладбищ вне городской черты, киевские власти определили места новых кладбищ: на горе Щекавице – для жителей Подола, на незанятых землях вблизи от Лукьяновки – для населения Старого Киева и на возвышенности у Саперного поля – для Печерска.

Все разработанные и использованные меры привели к положительному результату. По данным С.А. Верхратского, во время эпидемии чумы 1770–1772 годов в Украине погибло 310000 человек, а в Киеве, где соблюдалась строгая изоляция, – только 3631 человек [6, с. 194]. И хотя имеются сведения, согласно которым численность погибших от чумы в этот период в Киеве была почти вдвое выше [7], для города, по количеству жителей превышавшего большинство других городов Украины, смертность оказалась относительно небольшой.

Согласно Указу Государственной медицинской коллегии Д.С. Самойлович должен был ехать для продолжения службы в Оренбург. Дальнейший путь его лежал через Москву, куда он прибыл 13 июня 1771 года. Здесь чума уже собрала богатый урожай, и он выразил согласие работать в чумной больнице, а также присоединился к «Комиссии для предохранения и врачевания от моровой заразной язвы», созданной в Москве 11 октября 1771 года под руководством главного врача Московского генерального госпиталя А.Ф. Шафонского. Благодаря настойчивости доктора Шафонского в конце марта 1771 года болезнь, свирепствовавшая в Москве, была признана чумой, что способствовало её подавлению

в 1772 году.

Начиная с XVIII столетия, эпидемиология прошла долгий путь, пока были установлены основные закономерности возникновения чумы и её распространения, предложены надёжные методы борьбы с ней. С 30-х гг. XX столетия заболеваемость чумой стала ограниченной, а смертность от неё – сниженной. Но она полностью не оставила нашу планету: почти ежегодно случаи заболевания чумой наблюдаются в 8 странах мира – Китае, Монголии, Вьетнаме, Конго, Танзании, Мадагаскаре, Перу и США. Кроме того, время от времени в мире возникают новые опасные инфекции, что мы видим на примере нынешней коронавирусной пандемии. По этому поводу стоит вспомнить слова Рене Дюбо, сказанные им в конце XX столетия: «Современный человек считает, что он достиг почти полного господства над природными силами, которые формировали его эволюцию в прошлом, и теперь он может управлять своей собственной биологической и культурной судьбой. Но это может быть иллюзией. Как и все другие живые существа, он является частью чрезвычайно сложной экологической системы и связан со всеми её компонентами бесчисленными связующими звеньями» [8, с. 266–267]. Сравнивая человека с «учеником чародея», Рене Дюбо утверждал, что медицинская наука привела в действие «по существу разрушительные силы», которые однажды могут разрушить медицинскую утопию. По его мнению, полная свобода от болезней была «миражом», и в какое-то непредсказуемое время и каким-то непреодолимым образом природа нанесёт ответный удар.

Как считает английский историк медицины и журналист Марк Хонигсбаум, подобное происходит не только потому, что микробы очень изменчивы, что было известно ещё со времен Пастера, но и потому, что мы снова и снова помогаем им занять новые экологические ниши и распространиться в новые места в мире, что обычно становится очевидным только после вспышки очередного заболевания. Оценка недавно состоявшихся пандемий и эпидемий позволяет заключить, что этот процесс приобретает ускорение. В докладе Национальной Академии Медицины за 2016 год говорится: «Несмотря на необычайные успехи медицины, мы не можем избежать инфекционных заболеваний. Уровень их развития стремится к возрастанию». Почему это должно быть так – если

это так – является предметом текущих исследований и предположений. Безусловно, ключевыми факторами могут стать урбанизация и глобализация. Сосредоточив большое количество людей в тесноте и часто антисанитарном пространстве, мегаполисы, также как Афины во времена Фукидида, создают идеальные условия для размножения и распространения новых патогенов.

Еще одним ключевым фактором, несомненно, является более широкая глобальная взаимосвязь, обусловленная международными поездками и торговлей. В шестнадцатом веке для того, чтобы оспа, корь и другие патогенные микроорганизмы Старого Света достигли Нового Света, потребовалось несколько недель, и даже больше, чтобы переносчики таких болезней, как желтая лихорадка, укоренились в Америке. Сегодня международные перелеты на реактивных самолетах означают, что проявляющийся вирус может появиться в любой стране или на континенте земного шара в течение 72 часов. Это делают не микробы, а наша собственная технология [9, с. 279–280].

Однако следует, не отступая перед коварным врагом, продолжать поиск новых способов борьбы с ним, а также, как рекомендовал Д.С. Самойлович, «...поднять мужество людей, показав им на простых и понятных примерах, что с такою жестокою болезнью можно бороться и что существуют способы, препятствующие её распространению» [10, с. 48]. Именно такие примеры оставили в истории медицины наши славные соотечественники, смело вступавшие в борьбу с неизученным опасным заболеванием и достигавшие на этом пути ощутимых результатов.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Комісаренко С.В. Світова коронавірусна криза / С.В. Комісаренко. – Київ: ЛАТ&К, 2020. – 120 с.
2. Бородій М.К. Данило Самійлович Самойлович / М.К. Бородій. – Київ: Наукова думка, 1987. – 151 с.
3. Васильев К.Г. Чума и пограничные карантинны. Историко-эпидемиологический очерк / К.Г. Васильев, О.В. Лапушенко, А.И. Гоженко. – Одесса: Фотосинтетика, 2004. – 196 с.
4. Рудая С.П. Григорий Николаевич Минх. 1836–1942 / С.П. Рудая. – Киев: Информационно-аналитическое агентство, 2011. – 231 с.
5. Gamaliia V.M. Contribution of Ukrainian Scientists into the Fight against Plague / V.M. Gamaliia, S.P. Ruda, G.V. Zabuga // *Microbiological Journal*. – 2021. – Vol. 83. – No. 2. – P. 93–99.
6. Верхратський С.А. Історія медицини. – 3-є вид / С.А. Верхратський. – Київ: Вища школа, 1983. – 384 с.
7. Закревский Н. Летопись и описание города Киева / Н. Закревский. – М.: Московское археологическое общество, 1968. – В 2-х томах. – Т. 1. – 455 с.
8. Dubos R. *Mirage of Heals: Utopias, Progress and Biological Change* / R. Dubos. – New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1996. – 282 p.
9. Honigsbaum M. *The Pandemic Century. A History of Global Contagion from the Spanish Flu to Covid-19* / M. Honigsbaum. – London: WH Allen, 2020. – 357 p.
10. Самойлович Д. Рассуждение о чуме, производившей в 1771 г. опустошения в Российской империи и особенно в столичном городе Москве / Д. Самойлович // *Избранные произведения*. – Вып. 2. – М.: Изд-во АМН СССР, 1952. – С. 8–278.

### REFERENCES

1. Komisarenko S.V. *Svitova koronavirusna kryza [World coronavirus crisis]*. Kyiv, LAT&K, 2020. 120 p. (in Ukrainian).
2. Borodii M.K. *Danylo Samiilovych Samoilovych [Danylo Samiilovych Samoilovych]*. Kyiv, Naukova dumka, 1987. 151 p. (in Ukrainian).
3. Vasil'ev K.G., Lapushenko O.V., Gozhenko A.I. *Chuma i pogranychnye karantyny. Istoriko-epidemiologicheskij ocherk [Plague and border quarantines. Historical and epidemiological essay]*. Odessa, Fotosintetika, 2004. 196 p. (in Russian).
4. Rudaya S.P. *Grigorij Nikolaevich Minh. 1836–1942 [Grigorij Nikolaevich Minh. 1836–1942]*. Kiev, Information and analytical agency, 2011. 231 p. (in Russian).
5. Gamaliia V.M., Ruda S.P., Zabuga G.V. Contribution of Ukrainian Scientists into the Fight against Plague. *Microbiological Journal*, 2021, vol. 83, no. 2, pp. 93–99.
6. Verkhratskyi S.A. *Istoriia medytsyny [History of medicine]*. 3-rd ed. Kyiv, Vyshcha shkola, 1983. 384 p. (in Ukrainian).
7. Zakrevskij N. *Letopis' i opisanie goroda Kiev [Chronicle and description of the city of Kiev]*. Moscow, Moscow Archaeological Society, 1968, vol. 1. 455 p. (in Russian).
8. Dubos R. *Mirage of Heals: Utopias, Progress and Biological Change*. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1996. 282 p.
9. Honigsbaum M. *The Pandemic Century. A History of Global Contagion from the Spanish Flu to Covid-19*. London, WH Allen, 2020. 357 p.
10. Samojlovich D. Discourse about the plague that caused devastation in 1771 in the Russian Empire and especially in the capital city of Moscow. *Izbrannye proizvedeniya [Selected works]*. Moscow, AMN SSSR, 1952, issue 2, pp. 8–278. (in Russian).

#### **ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ**

*Гамалея Вера Николаевна* – заведующая кафедрой философии и истории науки и техники, Государственный университет инфраструктуры и технологий, доктор исторических наук, профессор, Киев, Украина;  
e-mail: vgamaliia@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-0433-453X  
Author ID 57211756649

*Рудая Светлана Петровна* – профессор кафедры философии и истории науки и техники, Государственный университет инфраструктуры и технологий, доктор исторических наук, профессор, Киев, Украина;  
e-mail: svetlana.ruda@yahoo.com  
ORCID: 0000-0001-5138-8138

#### **AUTHORS**

*Vira Gamaliia* – Head of Department of Philosophy and History of Science and Technique, State University of Infrastructure and Technology, Doctor habil. in History, Professor, Kiev, Ukraine;  
e-mail: vgamaliia@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-0433-453X  
Author ID 57211756649

*Svetlana Ruda* – Professor of Department of Philosophy and History of Science and Technique, State University of Infrastructure and Technology, Doctor habil. in History, Professor, Kiev, Ukraine;  
e-mail: svetlana.ruda@yahoo.com  
ORCID: 0000-0001-5138-8138

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.004

## «ИСПАНКА» В РОССИИ (1918–1921)

Спасенников Б.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> врач, Москва, Российская Федерация

### Ключевые слова:

история медицины, испанский грипп, Россия.

### Аннотация

В истории человечества «испанка» («Испанский» грипп) по числу заболевших, умерших, была самой тяжелой эпидемией вируса гриппа. В отечественной истории медицины эпидемии «испанки», холеры, тифа (1918–1921), по числу заболевших и умерших, были одними из самых трагичных страниц. Научная литература, посвященная эпидемии испанки, достаточно скромна по объему в силу ряда объективных причин. По мнению автора, чтобы понять комплекс причин по которым эпидемия «испанки» была самой тяжелой эпидемией гриппа в истории России, которая унесла жизни до двух миллионов человек (точное число заболевших и умерших в 1918–1921 гг. уже никогда нельзя будет подсчитать), а миллионы заболевших были лишены доступа к медицинской помощи, нужно осознавать масштабы социальной катастрофы, которая происходила в стране в 1917–1923 гг. Автор раскрывает взаимосвязь этой социальной катастрофы и эпидемии «испанки». Военные действия периода Гражданской войны в нашей стране сопровождались массовой мобилизацией в ряды Красной армии, потоком добровольцев в Белую армию, а также возникновением больших партизанских отрядов и банд, выступающих под различным псевдополитическим прикрытием; миграцией десятков миллионов беженцев, которые бежали от советской власти, голода, насилия, погромов, грабежей, из разоренных городов и городков, сел и деревень. Все это способствовало стремительному распространению вируса «испанки» и других инфекционных заболеваний. Ни «красные», ни «белые» не имели существенных организационных и финансовых ресурсов, медицинских кадров и общественной поддержки в борьбе с эпидемией «испанки». Все силы сторон военного конфликта уходили на противостояние в кровопролитной Гражданской войне. Все это не давало возможности создать единую систему противодействия эпидемии «испанки».

## SPANISH FLU IN RUSSIA (1918–1921)

Spasennikov B.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> M.D., Moscow, Russian Federation

### Keywords:

history of medicine, history of pandemics, Spanish flu, Russia.

### Abstract

The article discusses the issues of combating the Spanish flu (influenza virus). In the history of mankind, the "Spanish flu" ("Spanish" flu) in terms of the number of cases, deaths, was the most severe epidemic of the influenza virus. In the national history of medicine, the epidemics of "Spanish flu", cholera, typhus (1918-1921), in terms of the number of sick and dead, were one of the most tragic pages. The scientific literature on the Spanish flu epidemic is rather modest in volume due to a number of objective reasons. According to the author, in order to understand the complex of reasons why the Spanish flu epidemic was the most severe flu epidemic in the history of Russia, which claimed the lives of up to two million people (the exact number of sick and dead in 1918-1921 will never be calculated), and millions of sick people were deprived of access to medical care, it is necessary to realize the scale of the social catastrophe that

took place in the country in 1917-1923. The author reveals the relationship between this social catastrophe and the Spanish flu epidemic. Military actions during the Civil War in our country were accompanied by mass mobilization into the ranks of the Red Army, a flow of volunteers into the White Army, as well as the emergence of large partisan detachments and bands, acting under various pseudo-political cover; migration of tens of millions of refugees who fled from the Soviet regime, hunger, violence, pogroms, robberies, from devastated cities and towns, villages and villages. All this contributed to the rapid spread of the Spanish flu virus and other infectious diseases. Neither the Reds nor the Whites had significant organizational and financial resources, medical personnel and public support in the fight against the Spanish flu epidemic. All the forces of the parties to the military conflict went to confrontation in the bloody Civil War. All this did not make it possible to create a unified system of counteracting the Spanish flu epidemic.

Автор полагает, что в истории человечества «испанка» (испанский грипп) по числу заразившихся, больных, умерших, была самой тяжелой эпидемией вируса гриппа. Автор также считает, что в отечественной истории медицины эпидемии «испанки», тифа, холеры (1918–1921), по числу заболевших и умерших, были одними из самых трагичных страниц. Чтобы понять комплекс причин, по которым эпидемия «испанки» была самой тяжелой эпидемией гриппа в истории нашей страны, унесшая жизни до двух миллионов человек (точное число заболевших и умерших в 1918–1921 гг. уже никогда нельзя будет подсчитать), а миллионы заболевших были лишены доступа к медицинской помощи, нужно осознать масштабы социальной (в том числе медицинской) катастрофы, которая происходила в 1917–1923 гг. [1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8].

В 1917 году, после двух с половиной лет участия Российской империи в Первой мировой войне (поводы к которой уже стали в то время ничтожными, а зачастую забытыми), в стране возникло сильное социально-экономическое напряжение. Все больше крестьян, составлявших значительную часть армии, устали от бессмысленной, на их взгляд, мировой бойни. Они хотели вернуться к своему мирному труду, мечтали о справедливом, по их мнению, перераспределении земли. Замедлилось улучшение экономического положения рабочих крупных предприятий, в том числе заводов, имеющих оборонное значение, что создавало основу для антиправительственной агитации большевиков, выступающих за поражение своей страны в войне. Государственная слабость Николая II, управленческая слабость ряда его чиновников, приводила к нарушению снабжения в

стране и в столице.

Как указывают различные источники, поводом для социального взрыва в столице Империи послужила банальная халатность, которая привела к тому, что во многие магазины Петрограда вовремя не завезли белый хлеб. Недовольные женщины, которые не нашли привычного для мещан и рабочих белого хлеба, устроили групповые скандалы возле магазинов. К этим скандалам присоединились провокаторы большевиков, которые призвали протестовать против «унижения рабочего человека», что привело к митингам уже рабочих и мелких служащих, части левацкого студенчества. Большевики, из числа рабочих, стали выдвигать и свои политические лозунги. Некомпетентные попытки властей подавить силой эти митинги привели к тому, что к волнениям присоединились солдаты Петроградского гарнизона, среди которых большевики уже давно подогревали антивоенные и антиправительственные настроения, используя нежелание частей, расквартированных в Петрограде, отправиться на фронт.

К этому времени Николай II уже не пользовался поддержкой ни большинства депутатов Государственной Думы (в то время депутаты могли позволить себе иметь свое мнение, а Государственная Дума была «местом для дискуссий»), ни значительной части интеллигенции, ни определенной части чиновничества и даже аристократии. Даже среди высшего военного руководства зрело недовольство царем, взявшим на себя полномочия Верховного главнокомандующего, но не способным выполнять эти функции. События этих дней и недель хорошо описаны в научной и учебной исторической литературе [9; 10; 11].

28 февраля правительство (в том числе Главноуправляющий государственным здравоохра-

нением, действительный тайный советник, врач (выпускник Медико-хирургической академии) и общественный деятель, доктор медицины, профессор Георгий Ермолаевич Рейн<sup>1</sup>) ушло в отставку. С этого дня, 28 февраля 1917 года, начинается разрушение отечественной системы медицинской помощи, что привело к неоправданным жертвам эпидемий «испанки», холеры, тифа, других инфекционных заболеваний.

К власти пришло Временное правительство, сформированное при участии депутатов Государственной Думы. За время его пребывания у власти в нем сменилось несколько составов кабинета министров. Но, ни в одном из них не было министра здравоохранения. По мнению правительства централизация управления здравоохранением, создание профильного министерства, якобы противоречит свободам граждан новой России и такое министерство – пережиток царизма. По мнению части членов кабинета (преимущественно представителей партии социалистов-революционеров) Россия должна стать федерацией самоуправляемых общин свободных граждан. Вопросы охраны здоровья должны решаться гражданами на уровне местного самоуправления, а не одним врачом-министром<sup>2</sup> в столице, плохо знающим положение дел в провинции.

Здравоохранение в стране в тот период стало представлять собой раздробленные учреждения без какого-либо единого, централизованного управления. Отдельно существовала земская медицина<sup>3</sup>, отдельно – городская медицина, отдельно – фабричная медицина, отдельно – ведомственная медицина (военная, железнодорожная и др.).

Ведомственное здравоохранение объединялось в Центральный врачебно-санитарный совет (далее – ЦВСС), который пытался координировать свою деятельность с соответствующими министерствами (ведомствами) Временного правительства. Задачей ЦВСС было объединение де-

ятельности врачебных управлений и разработка проекта организации всего врачебно-санитарного дела в стране.

Существовали различные общественные объединения врачей, которые имели определенный вес не только в профессиональном медицинском сообществе, но и в общественной жизни. В 1917 году в России действовало более 120 таких обществ врачей. Наибольшим весом обладало Пироговское общество врачей. В феврале представители Пироговского общества поддержали Временное правительство. В апреле 1917 года состоялся Чрезвычайный съезд Пироговского общества. Съезд избрал Правление, которое действовало вплоть до октябрьского переворота и короткое время после него.

В фабричной медицине действовали больничные страховые кассы, которые занимались страховой медициной. Например, в Московской губернии в 1917 году существовало около десятка касс с общим числом участников более 200 тысяч человек.

Все это показывает отсутствие единой государственной политики Временного правительства в области охраны здоровья, что предопределяло неготовность страны к эпидемиям испанки, тифа, холеры.

Временное правительство было свергнуто в ходе вооружённого переворота 25 октября (7 ноября по новому стилю) 1917 года в Петрограде, главными организаторами которого были Л.Д. Бронштейн (Троцкий), В.А. Овсенко (Антонов), Я.М. Свердлов, В.И. Ульянов (Ленин), И.В. Джугашвили (Сталин), П.Е. Дыбенко и другие. В результате переворота у власти оказалось правительство, псевдолегитимизированное II Всероссийским съездом Советов, абсолютное большинство делегатов которого составили большевики и их союзники – левые социалисты-революционеры (левые эсеры).

Октябрьский переворот встретил массовое неприятие со стороны представителей русского врачебного сообщества (как и большинства других представителей социальных, политических, этнических групп), что было квалифицировано большевиками как саботаж.

С 7 ноября (по новому стилю) 1917 года в стране начинается кровопролитная Гражданская война (7 ноября 1917 года–июль 1923 года<sup>4</sup> – во-

<sup>4</sup> Дата окончания Гражданской войны достаточно условная, так как вооруженные конфликты сторонников и противников власти

<sup>1</sup> Вскоре был арестован, содержался в Петропавловской крепости, позже освобожден. Участник Белого движения. Эмигрировал в Болгарию, где занял должность профессора гинекологии на медицинском факультете Софийского университета. Советской России врач-гинеколог и организатор здравоохранения был не нужен.

<sup>2</sup> Члены Временного правительства не подозревали, что в начале следующего, XXI века министром здравоохранения России, а также министром здравоохранения Московской области (губернии), будут назначены дамы, которые вообще не имели медицинского образования, но «правильно» управляли финансами здравоохранения.

<sup>3</sup> Земской медицине посвящено большое количество историко-медицинской литературы. Поэтому раскрытие особенностей земской медицины не является задачей нашей публикации.

оружённые конфликты и полномасштабные военные действия между различными политическими, социальными, этническими группами на территории бывшей Российской империи, последовавших после Октябрьского переворота, захвата власти большевиками).

На территориях, которые оказались вне власти большевиков, получивших независимость (Финляндия, Польша, Латвия, Литва, Эстония), врачи продолжали свою деятельность, начинали формироваться национальные системы здравоохранения, которые приумножали предыдущий опыт. В этих государствах система здравоохранения осталась максимально сохраненной, что позволило им активнее бороться с эпидемией «испанки», минимизировать распространение других инфекционных заболеваний.

Земская и городская медицина на территориях, которые временно были свободны от власти большевиков (Крым, некоторые регионы Сибири, Туркестан, Армения и др.), пыталась самосохраниться, что было достаточно сложно в тех условиях. Создать аппарат государственного управления (в том числе управления здравоохранением) не удалось по многим причинам. Противостоять эпидемии такая разрушающаяся система не могла. Центром медицинской помощи становились военные госпитали для раненных и больных солдат и офицеров.

На территориях, контролируемых большевиками, многие врачи были мобилизованы (под страхом репрессий против них и их семей) в части<sup>5</sup> и госпитали Красной армии. Другая часть вынуждена была внешне примириться с советской властью, мотивируя это необходимостью выполнения профессионального долга (врачу нужно было где-то работать), что, впрочем, впоследствии не исключало репрессии против врачей. Определенное количество врачей не могли принять новую власть и пытались укрыться на территориях, которые были неподвластны Красной армии или эмигрировали.

20 ноября 1917 года по инициативе одного из первых организаторов советского здравоохранения, а впоследствии историка медицины, М.И. Барсукова, в повестку дня заседания Совета народных комиссаров (далее – Совнарком) был вне-

сен вопрос о создании нового органа, который бы объединил под своим управлением всё медико-санитарное дело в стране. Однако В.И. Ульянов (Ленин) считал «создание такого органа преждевременным, пока нет подходящих условий». Он предложил создать при Советах депутатов на местах медико-санитарные отделы с широким участием рабочих и крестьян, то есть, по сути, временно продолжил политику свергнутого большевиками Временного правительства в области децентрализации здравоохранения.

24 января 1918 года декретом Совнаркома Совет врачебных коллегий (далее – СВК) был утвержден как высший медицинский орган Рабочего и крестьянского правительства. СВК представлял собой лишь координационный орган. В совет входили представители медико-санитарных отделов от разных наркоматов, каждый из которых подчинялся своему наркому. Единую государственную политику СВК формулировать и проводить не мог. Председателем новообразованного СВК был избран С.И. Мицкевич. Он формально обратился в Центральный врачебно-санитарный совет с предложением о совместной работе, однако возглавлявшие ЦВСС доктора сочли, что подобная деятельность легитимизирует незаконную власть большевиков. Поэтому 15 февраля 1918 года решением Совнаркома Центральный врачебно-санитарный совет был ликвидирован, его опыт в организации медицинской помощи оказался невостребованным советской властью.

В Москве Главные управления Земского и Городского союзов врачей также отказались признать власть, пришедшую в Россию «на штыках». Поначалу Н.А. Семашко высказывался за сохранение Земского и Городского союзов, так как, по его мнению, это было последней связью с врачебной работой на местах. Н.А. Семашко полагал, что если закрыть Земский и Городской союзы врачей, «то работать в новом комитете решительно некому». Однако в конце декабря 1917 года Главное управление Земского союза было распущено и заменено Главным комитетом в новом составе, в котором «работать ... решительно некому», то есть некому было противостоять надвигающимся эпидемиям.

В это время в мире начинается эпидемия «испанки». Эпидемия протекала около трех лет (1918–1921). До трети населения (550 миллионов человек) Земли было заражено «испанкой»<sup>6</sup>. По

большевиков продолжались и позже.

<sup>5</sup> Например, бывший военный врач и эпидемиолог П.П. Муфель служил в качестве врача эпидемотряда 1-ой бригады 12-ой стрелковой дивизии Первой конной армии.

<sup>6</sup> URL: <http://www.supotnitskiy.ru/stat/stat51.htm#gl2>

различным источникам от 15 миллионов до 100 миллионов человек умерло<sup>7</sup>, что позволяет расценивать эту эпидемию одной из наиболее масштабных инфекционных катастроф в истории человечества<sup>8</sup>, то есть смертность среди заболевших составила от 3 до 20%.

Если для всего мира эпидемия хронологически связана с последними месяцами Первой мировой войны (уступившей по числу жертв этой эпидемии), то для нашей страны она приходится на годы Гражданской войны, явившейся следствием лозунга В.И. Ульянова (Ленина): «Превратим войну империалистическую в войну гражданскую», то есть планы развязывания братоубийственной гражданской войны, сопровождавшейся миллионами жертв, подразумевались В.И. Ульяновым (Лениным)<sup>9</sup> и его единомышленниками изначально.

Первые заболевшие на территории бывшей Российской империи, вероятно, появились в Польше в июне 1918 года. Россия оказалась не готовой к встрече с эпидемией. Одновременно, в июне 1918 года, проводится Первый съезд медико-санитарных отделов местных Советов рабочих и солдатских депутатов (отметим отсутствие крестьянских депутатов, депутатов от других слоев населения). На съезде с докладом о необходимости организации Народного комиссариата здравоохранения (далее – НКЗ) выступил З.П. Соловьев. Его выступление вызвало весьма активные дискуссии, продолжающие линию о политике децентрализации управления здравоохранением, недопустимости вмешательства центра в медицинскую помощь на уровне местного самоуправления. Однако при голосовании большинство делегатов проголосовало за создание НКЗ (вероятно, сказывалась жесткая партийная дисциплина большевиков). На основании решения съезда 11 июня 1918 года вопрос об образовании Наркомздрава был утвержден в Совнарком. Высший (наряду со Всероссийским съездом Советов) законодательный, распорядительный и контролирующий орган Советской власти – Всероссийский центральный исполнительный комитет (ВЦИК) – утвердил состав руководства Наркомздрава (народный комиссар Н.А. Семашко, его заместитель

З.П. Соловьев). Но был создан лишь центр управления. Система оказания медицинской помощи, способная противостоять эпидемии отсутствовала.

Создание подчиненных НКЗ органов здравоохранения на территориях, контролируемых советской властью, постепенно приводило к тому, что все большее число врачей вынужденно или добровольно начинали с ними сотрудничать, так как им надо было где-то работать, выполнять свои профессиональные обязанности, зарабатывать на жизнь в охваченной Гражданской войной стране.

Военные действия периода Гражданской войны в нашей стране сопровождались массовой мобилизацией мужчин в ряды Красной армии, потоком добровольцев в Белую армию, а также возникновением больших партизанских отрядов и банд, выступающих под различным псевдополитическими лозунгами; миграцией десятков миллионов беженцев, бежавших от советской власти или националистических формирований (например, петлюровцы и др.), от насилия, погромов, грабежей, голода, из разоренных городов и городков, сел и деревень, что способствовало стремительному распространению вируса «испанки» и других инфекционных заболеваний. При этом разорение десятков миллионов городских и деревенских хозяйств, стремительное обнищание населения, безработица, голод (особенно массовый голод 1921 года) под лозунгами «счастливого будущего», сопровождались антисанитарией и катастрофическим отсутствием медикаментов. Свою лепту в распространение инфекционных заболеваний внесли концентрационные лагеря (прообраз ГУЛАГа НКВД СССР), где большевики содержали военнопленных, заложников из числа гражданского населения и «прочих контрреволюционных элементов» в условиях высокой скученности, голода, холода, без медицинской помощи. Отдельной проблемой последствий октябрьского переворота и Гражданской войны стали беспризорники – свыше семи миллионов детей, оставшихся без родителей, которые погибли или потерялись в хаосе Гражданской войны (преимущественно это были лишь мальчики, так как девочки очень быстро погибали насильственной смертью. Заболеваемость и смертность среди беспризорников была очень велика, так как никакой медицинской помощи они не получали).

Для многих участников Белого движения

<sup>7</sup> URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/232955/WER8049\\_50\\_428-431.PDF](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/232955/WER8049_50_428-431.PDF); <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513241/>

<sup>8</sup> URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2021692/>

<sup>9</sup> Тело В.И. Ульянова (Ленина) до сих пор находится в Мавзолее на Красной площади, в центре Москвы и России.

– офицерства, казачества, интеллигенции, крестьян, дворянства, буржуазии, мещан, духовенства и бывших государственных служащих – вооружённое сопротивление большевикам имело целью возвращение страны к привычному укладу жизни (мало кто думал о том, что это должен быть возврат страны в число цивилизованных в правовом и экономическом отношении государств). Для этого антибольшевистские силы на подконтрольных им территориях бывшей Российской империи пытались мобилизовать людские и военно-хозяйственные ресурсы с целью воссоздания армии, имеющей поддержку со стороны большинства населения, сохранить аппарат гражданского управления, восстановить права собственности и свободу торговли. Руководители Белого движения и их гражданские союзники пытались поддерживать сохранившуюся земскую и городскую медицину образца января 1917 года.

Союзники России по мировой войне (страны Антанты) не могли оставаться безучастными наблюдателями. Они расценивали лидеров большевиков как агентуру разведслужб Германии, а Октябрьский переворот, случившийся за сутки до планируемой капитуляции Австро-Венгерской империи, как авантюру Генштаба Германии принудить Россию к выходу из войны, то есть к поражению в войне, что было реализовано В.И. Ульяновым (Лениным) и его единомышленниками сначала через «Декрет о мире», затем через подписание договора с Германией, известного как «Брестский мир», который исключил Россию, несмотря на ее значительный вклад в победу, из стран победителей в Первой мировой войне. С целью создания Восточного антигерманского фронта, способного остановить вторжение немцев в Россию, войска союзников (Антанта) высаживаются на Севере (Мурманск, Архангельск) и Юге России (Одесса, Севастополь). Ряд исследователей обоснованно полагают, что ввод войск Антанты способствовали дополнительному проникновению возбудителя «испанки» в Россию [12, с. 31–37]. Ряд историков медицины указывают, что было три волны «испанки»<sup>10</sup>.

К сожалению, сегодня установить все причины высокой смертности среди бойцов и командиров Красной армии, солдат и офицеров Белой армии невозможно. Это были лица молодого и среднего возраста с хорошим иммунитетом. Ве-

роятно, имело значение их концентрация в больших частях (воевали числом сабель и штыков, а не применением артиллерии, танков и авиации. Огромные по численности части Красной армии<sup>11</sup> перебрасывались с Северо-Западного фронта на Южный, из Украины в Сибирь, с Северного фронта в Туркестан, что способствовало распространению инфекции<sup>12</sup>); регулярные переохлаждения (в холодное время красноармейцы иногда просто поджигали деревенский дом, чтобы полсотни человек согрелись у огромного костра), плохое питание, большая физическая и психическая нагрузка, антисанитария (если в США, в Сиэтле, во время «испанки» пассажиров пускали в трамвай только в защитных марлевых масках, то в воюющих Красной и Белой армиях, партизанских отрядах и бандах, подчас марли не было даже для раненных бойцов, которых перевязывали бинтами, нарезанными из нижнего белья или простыней. Такие бинты использовались многократно после стирки). Отсутствие собственно медикаментов было катастрофическим.

Значение, вероятно, имела и особенность штамма вируса (A/H1N1–1918), вызывающая гиперцитокинемию, приводившую к быстрому разрушению воспалённых тканей лёгких, что объясняет молниеносность и крайне высокую летальность<sup>13</sup>.

В конце октября 1918 г. в новой столице страны – Москве, куда бежало руководство партии большевиков, объявившее себя правительством страны (Совет народных комиссаров), прошло совещание представителей медико-санитарных отделов Советов рабочих и крестьянских депутатов и санитарных врачей<sup>14</sup>. Среди многих вопросов обсуждалась и эпидемия «испанки» и действия большевиков в этой связи. В апреле 1919 г., так как ситуация оставалась очень сложной, прошло следующее совещание, которое, по традициям большевиков, называлось Съездом<sup>15</sup>. Очередное совещание, вновь названное Съездом, проходило

<sup>11</sup> В 1920 году в Красной армии служило до 5 500 000 человек. В Белой гвардии в это время было около 680000 человек. Восьмикратный перевес в личном составе, а также промышленные, транспортные возможности, иные значимые военно-политические факторы, обеспечили победу Советской власти в Гражданской войне.

<sup>12</sup> Положение о летучих лечебно-эпидемических отрядах. ЦГУ Кирг. ССР. – Ф. 685. – Оп. 1. – Д. 16. – Л. 6–8.

<sup>13</sup> URL: <https://theconversation.com/10-misconceptions-about-the-1918-flu-the-greatest-pandemic-in-history-133994>

<sup>14</sup> Известия Народного комиссариата здравоохранения. – 1918. – № 13–14. – С. 5–14.

<sup>15</sup> Известия Народного комиссариата здравоохранения. – 1919. – № 7–8. – С. 15–39.

<sup>10</sup> Супотницкий М.В. Пандемия гриппа 1918–1920-х гг. («испанка»). – URL: <http://www.supotnitskiy.ru/stat/stat51.htm#g12>

уже осенью (октябрь) 1919 г.<sup>16</sup> Большевики пытались удержать власть любой ценой, малочисленные части Белых армий рвались к Москве и Петрограду<sup>17</sup>, несмотря на то, что белогвардейцам катастрофически не хватало оружия, боеприпасов. Но, ситуация с заболеваемостью и смертностью от инфекционных заболеваний, прежде всего в Красной армии, вынуждала руководителей советской власти предпринимать какие-то лечебно-профилактические меры по сохранению своей армии и мобилизационной базы среди населения.

Проведенные съезды так и не смогли определить, насколько заболеваемость и смертность в Советской России отличалась от аналогичных показателей в других, окружающих ее странах. В представлении большевиков только их власть, а соответственно организация медицинской помощи «трудящимся», была правильной. Здоровоохранение окружавших Советскую Россию стран была, по их мнению, капиталистической, «неправильной». То есть отличия в заболеваемости и смертности для большевиков значения не имели, значимым был только классовый подход.

Достоверных сведений о заболеваемости и смертности на территориях, свободных от большевиков почти нет. Архивные материалы сохранились минимально. Опираясь исследователям приходится лишь на воспоминания эмигрантов, среди которых было и много врачей. В советской печати 30–50-х годов есть лишь упоминания об очень высокой заболеваемости и смертности, что увязывалось с «белым террором» и отсутствием заботы о «трудовом народе» со стороны «белогвардейцев» [13, стб. 92–113; 14, с. 106–110].

Ни красные, ни белые не имели существенных организационных и финансовых ресурсов, медицинских кадров и общественной поддержки в борьбе с эпидемией. Все силы сторон военного конфликта уходили на противостояние в кровопролитной Гражданской войне.

Одновременно с эпидемией «испанки» в период Гражданской войны свирепствовала эпидемия холеры, сыпного тифа, тифа возвратного, другие инфекционные заболевания, что определяло высокую смертность населения. Сотни тысяч человек умирали без медицинской помощи, без

<sup>16</sup> Известия Народного комиссариата здравоохранения. – 1920. – № 1–2. – С. 37–38.

<sup>17</sup> По мнению ряда исследователей, количество мобилизованных в Красную армию бывших кадровых офицеров Русской армии (а также добровольно перешедших на сторону большевиков) превышает количество кадровых офицеров, вступивших в Белое движение.

установления причин смерти.

В период Гражданской войны, по разным оценкам, погибло до 24 миллионов человек<sup>18</sup>; несколько миллионов вынуждены были покинуть страну, спасаясь от большевиков (этих людей позже назвали «первой волной эмиграции»<sup>19</sup>). Трагедия «Красного колеса» в России лишь раскручивалась.

Хаос, возникший на территории одной из крупнейших мировых империй, вызванный октябрьским переворотом и Гражданской войной стал питательной средой для эпидемии «испанки» и других инфекционных заболеваний. Опыт Гражданской войны в России, эпидемической обстановки в этот период, показывает тесную причинно-следственную связь между социально-политическими и медико-гуманитарными катастрофами.

Советская власть дебютировала неподготовленностью к пандемическим вспышкам. После ее закономерного крушения страна вновь оказалась не подготовлена к пандемии. Тоталитарные и авторитарные режимы направлены только на политико-экономическое самосохранение; здоровье и жизнь народа их интересуют лишь в мобилизационном аспекте, независимо от того, что декларируется в Декретах, Конституциях и других декларативных нормах.

В завершение можно повторить то, что мы уже писали: «Со второй половины 40-х годов советская гражданская и военная медицина готовилась к внешним военным угрозам с применением биологического (бактериологического), химического, ядерного (термоядерного) оружия, что требовало создавать и содержать в постоянной готовности структуры, способные в короткий срок развернуть сеть мобильных госпиталей для массового поступления пострадавших, пораженных, больных. Эти мобильные госпитальные базы должны были быть готовы к быстрому развертыванию, приему большого числа инфекционных больных, а также к диагностике и лечению пациентов с последствиями применения биологического (бактерио-

<sup>18</sup> Для сравнения укажем, что в Первой мировой войне, потери Российской империи составили 578 тысяч человек, то есть примерно в 40 раз меньше.

<sup>19</sup> Такие «волны эмиграции» стали многократно повторяться в последующем, что нанесло колоссальный урон генофонду нации, так как уезжали лучшие представители национальной культуры и науки, военная, техническая, медицинская, банковская и предпринимательская элита российского общества. Многих из тех, кто остался на родине, ждали массовые репрессии 20-х, 30-х, 40-х, 50-х годов.

логического) оружия. Считалось, что они должны иметь подготовленные кадры и надлежащее оборудование для диагностирования инфекционных заболеваний; иметь и постоянно поддерживать резерв коечного фонда, лекарственных средств и лабораторных мощностей; иные средства для организации помощи пострадавшим, пораженным и больным при чрезвычайных ситуациях военного и мирного времени. Для этого на протяжении полувека из государственного бюджета выделялись большие финансовые ресурсы, строилась система гражданской обороны, тесно связанная с гражданским здравоохранением, военно-медицинской службой, системой высшего и среднего специального образования. Однако, пандемия COVID-19 показала, что такого потенциала у гражданской и военной медицины в нашей стране нет. После 70 лет подготовки к внешней агрессии с применением биологического (бактериологического) оружия, страна оказалась неподготовленной к чрезвычайной ситуации мирного времени».

Один из главных уроков эпидемии «испанки» в 1918–1921 гг., пандемии COVID-19 в 2020–2021 гг. (которая еще не завершилась) в том, что в России востребованы институциональные преобразования, а также существенные инвестиционные вложения в медицинскую науку, медицинское вузовское и послевузовское образование, медицинскую инфраструктуру, что позволит предотвращать, своевременно выявлять и реагировать на новые угрозы инфекционных заболеваний. Медицинская наука и органы управления здравоохранением должны продолжать разработку стандартов (протоколов) оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени. Но, без построения правового государства, формирования гражданского общества, возвращения России в мировое сообщество цивилизованных государств, которое страна покинула в 1917 году<sup>20</sup>, рассчитывать на это невозможно.

---

<sup>20</sup> Мнение авторов статей может не совпадать с мнением редакции журнала.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Деникин А.И. Очерки русской смуты. I том. Крушение власти и армии. Февраль–Сентябрь 1917 / А.И. Деникин. – Париж: изд-во Поволоцкого, 1921. – 238 с.
2. Деникин А.И. Очерки русской смуты. II том. Борьба генерала Корнилова. Август 1917 г. Апрель 1918 г. / А.И. Деникин. – Париж: изд-во Поволоцкого, 1922. – 345 с.
3. Деникин А.И. Очерки русской смуты. III том. Белое движение и борьба Добровольческой армии. Май–октябрь 1918 года / А.И. Деникин. – Берлин: изд-во «Слово», 1924. – 271 с.
4. Деникин А.И. Очерки русской смуты. IV том. Вооружённые силы Юга России / А.И. Деникин. – Берлин: изд-во «Слово», 1925. – 244 с.
5. Деникин А.И. Очерки русской смуты. V том. Вооружённые силы Юга России / А.И. Деникин. – Берлин: изд-во «Медный всадник», 1926. – 367 с.
6. История гражданской войны в СССР, 1917–1922. Т. 1. Подготовка Великой пролетарской революции (от начала войны до начала октября 1917 г.) / под ред. М. Горького и др. – М.: ОГИЗ, 1935. – 335 с.
7. Базь И.С. Почему мы победили в гражданской войне / И.С. Базь. – М.: Воениз, 1930. – 111 с.
8. Горн В.Л. Гражданская война на Северо-Западе России / В.Л. Горн. – Берлин: «Гамаюн», 1923. – 416 с.
9. Габидулин Р.С. История отечественного государства и права / Р.С. Габидулин / под редакцией д.ю.н., проф. Б.А. Спасенникова. – М.: Юрлитинформ, 2012. – 456 с.
10. Габидулин Р.С. Философия права / Р.С. Габидулин / под редакцией д.ю.н., проф. Б.А. Спасенникова. – М.: Юрлитинформ, 2012. – 200 с.
11. Щуров Г.С. История Отечества (1861–2005 гг.): учебное пособие для вузов / Г.С. Щуров. – Архангельск: Издательство «Правда Севера», 2006. – 519 с.
12. Васильев К.К. К истории борьбы с пандемией испанки: Киев и Харьков / К.К. Васильев, Е.Г. Васильева // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. – 2020. – № 2(Б) Спецвипуск. – С. 31–37.
13. Добрейцер И.А. Грипп / И.А. Добрейцер // Большая медицинская энциклопедия. 1-е издание. – М.: Советская энциклопедия, 1929. – Т. 8. – Стб. 92–113.
14. Канторович Р.А. К истории изучения гриппа в России / Р.А. Канторович // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 1954. – № 8. – С. 106–110.

### REFERENCES

1. Denikin A.I. *Ocherki russkoj smuty. I tom. Krushenie vlasti i armii. Fevral'–Sentyabr' 1917* [Essays on the Russian Troubles. Vol. I. The collapse of the government and the army. February–September 1917]. Paris, Povolotsky Publishing House, 1921. 238 p. (in Russian).
2. Denikin A.I. *Ocherki russkoj smuty. II tom. Bor'ba generala Kornilova. Avgust 1917 g. Aprel' 1918 g.* [Essays on the Russian Troubles. Vol. II. General Kornilov's fight. August 1917. April 1918]. Paris, Povolotsky publishing house, 1922. 345 p. (in Russian).
3. Denikin A.I. *Ocherki russkoj smuty. III tom. Beloe dvizhenie i bor'ba Dobrovol'cheskoj armii. Maj–oktyabr' 1918 goda* [Essays on the Russian Troubles. Vol. III. The White Movement and the Struggle of the Volunteer Army. May–October 1918]. Berlin, publishing house "Slovo", 1924. 271 p. (in Russian).
4. Denikin A.I. *Ocherki russkoj smuty. IV tom. Vooruzhyonnye sily Yuga Rossii* [Essays on the Russian Troubles. Vol. IV. Armed Forces of the South of Russia]. Berlin, publishing house "Slovo", 1925. 244 p. (in Russian).
5. Denikin A.I. *Ocherki russkoj smuty. V tom. Vooruzhyonnye sily Yuga Rossii* [Essays on the Russian Troubles. Vol. V. Armed Forces of the South of Russia]. Berlin: publishing house "The Bronze Horseman", 1926. 367 p. (in Russian).
6. *Istoriya grazhdanskoj vojny v SSSR, 1917–1922. T. 1. Podgotovka Velikoj proletarskoj revolyucii (ot nachala vojny do nachala oktyabrya 1917 g.)* [History of the Civil War in the USSR, 1917–1922. Vol. 1. Preparation of the Great Proletarian Revolution (from the beginning of the war to the beginning of October 1917)] / ed. M. Gorky and al. Moscow, OGIZ, 1935. 335 p. (in Russian).
7. Baz I.S. *Pochemu my pobedili v grazhdanskoj vojne* [Why we won the Civil War]. Moscow, Voengiz, 1930. 111 p. (in Russian).
8. Horn V.L. *Grazhdanskaya vojna na Severo-Zapade Rossii* [Civil War in the North-West of Russia]. Berlin, "Gama-yun", 1923. 416 p. (in Russian).
9. Gabidulin R.S. *Istoriya otechestvennogo gosudarstva i prava* [History of the Domestic State and Law] / edited by Doctor of Law, Prof. B.A. Spasennikov. Moscow, Jurlitinform, 2012. 456 p. (in Russian).
10. Gabidulin R.S. *Filosofiya prava* [Philosophy of Law] / edited by Doctor of Law, Prof. B.A. Spasennikov. Moscow, Jurlitinform, 2012. 200 p. (in Russian).

11. Shchurov G.S. *Istoriya Otechestva (1861–2005 gg.): uchebnoe posobie dlya vuzov* [History of the Fatherland (1861–2005): A Textbook for Universities]. Arkhangelsk, Pravda Severa Publishing House, 2006. 519 p. (in Russian).
12. Vasyliev K.K., Vasylieva O.G. On the history of the fight against the Spanish flu pandemic: Kiev and Kharkov. *Shidnojevropejs'kyj zhurnal vnutrishn'oi' ta simejnoi' medycyny* [Eastern European Journal of Internal and Family Medicine], 2020, no 2 (B) Special issue, pp. 31–37 (in Russian).
13. Dobreitser I.A. Flu. *Bol'shaya meditsinskaya entsiklopediya. 1-e izdanie* [Great medical encyclopedia. 1st edition]. Moscow, Soviet encyclopedia, 1929, vol. 8. pp. 92–113 (in Russian).
14. Kantorovich R.A. On the history of the study of influenza in Russia. *Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii i immunobiologii* [Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology], 1954, no. 8, pp. 106–110 (in Russian).

#### **ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ**

Спасенников Борис Аристархович – врач, доктор медицинских наук, юрист, доктор юридических наук, профессор, Москва, Российская Федерация;  
e-mail: borisspasennikov@yandex.ru  
ORCID: 0000-0002-5668-6457  
Author ID 441681

#### **AUTHOR**

Boris Spasennikov – M.D., Doctor habil. in Medicine, J.D., Doctor habil. in Law, Professor, Moscow, Russian Federation;  
e-mail: borisspasennikov@yandex.ru  
ORCID: 0000-0002-5668-6457  
Author ID 441681

УДК 61(091)  
DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.005

## ОПЫТ БОРЬБЫ С ОСТРЫМИ ДЕТСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ В СОВЕТСКОЙ РОССИИ (1930–1940)

Альбицкий В.Ю.<sup>1</sup>, Шер С.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт педиатрии и охраны здоровья детей Центральной Клинической Больницы Российской Академии Наук, Москва, Российская Федерация

### Ключевые слова:

острые детские инфекции, корь, дифтерия, скарлатина, детская заболеваемость и смертность, Советская Россия (1930–1940).

### Аннотация

В статье представлены результаты историко-медицинского исследования, свидетельствующие о высокой заболеваемости корью, дифтерией, скарлатиной и смертности от них среди детского населения в Советской России (1930–1940) и отражающие меры борьбы с ними. Анализ архивных медицинских документов Наркомата здравоохранения СССР и научных трудов учёных советского и постсоветского периода свидетельствует о сложной ситуации с острыми детскими инфекциями в 1930-е годы. Исследования патогенеза, терапии, мер профилактики указанных детских инфекций, разработка специфических антитоксических сывороток позволили повысить эффективность проводимого лечения. Тем не менее, уровень заболеваемости и смертности от кори, дифтерии и скарлатины повысился к 1940 г. Данный факт можно объяснить, во-первых, ростом рождаемости в стране в результате принятия закона о запрете абортов в 1936 г., во-вторых, расширением ясельной сети за период 1937–1940 гг., что способствовало увеличению контактов между организованными детьми и их инфицированию. Подобная ситуация требовала дальнейших научных исследований, совершенствования терапевтических и превентивных мероприятий для предупреждения эпидемий детских инфекций.

## EXPERIENCE OF THE CONTROL OF ACUTE CHILDHOOD INFECTIONS IN THE SOVIET RUSSIA (1930–1940)

Albitskiy V.Yu.<sup>1</sup>, Sher S.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Research Institute of Pediatrics and Children's Health in Central Clinical Hospital of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation

### Keywords:

acute childhood infections, measles, diphtheria, scarlet fever, child morbidity and mortality, Soviet Russia (1930–1940).

### Abstract

The article presents the results of a historical and medical study showing a high morbidity of measles, diphtheria, scarlet fever and mortality from them among the child population in the Soviet Russia (1930–1940) and reflecting control measures of them. Analysis of archival medical documents of the People's Commissariat of Public Health of the USSR and scientific works of scientists of the Soviet and post-Soviet period testifies to the difficult situation with acute childhood infections in the 1930s. Studies of pathogenesis, therapy, preventive measures for these childhood infections, the development of specific antitoxic serums had made it possible to increase the effectiveness of the treatment. Nevertheless, the level of morbidity and mortality from measles, diphtheria and scarlet fever increased by 1940. This fact could be explained, first of all, by the increase in the birth rate in the country as a result of the adoption of the law banning abortion in 1936, and secondly, by the expansion of the nursery network over the period 1937–1940, which contributed to an increase in contacts between organized children and their contamination. This situation required further scientific research, improvement of therapeutic and prophylactic measures to prevent epidemics of childhood infections.

Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 поставила современный мир перед серьёзным вызовом и убедила в необходимости обратиться к анализу исторического опыта борьбы с инфекционными заболеваниями. В Советской России в 1930-е годы отмечалась достаточно высокая заболеваемость и смертность среди детского населения, обусловленная в значительной степени острыми детскими инфекциями. 9 апреля 1931 г. Наркомат здравоохранения СССР издал циркуляр № 67 «Об участии организации охраны здоровья детей в деле борьбы с острыми детскими инфекциями». В связи с необходимостью решительной борьбы с детскими инфекциями Наркомздрав СССР поставил ряд задач, одной из которых было «резкое снижение заболеваемости корью, дифтерией, скарлатиной и смертности от них» [1, л. 65].

Целью данной публикации является объективное освещение инфекционной заболеваемости и смертности детей в СССР в период 1930–1940 гг. и мер борьбы с такими детскими инфекциями, как корь, дифтерия, скарлатина.

Источниками исследования послужили изученные медицинские документы из опубликованных и неопубликованных материалов Государственного архива Российской Федерации, а также научные труды учёных-педиатров, инфекционистов и организаторов детского здравоохранения советского и постсоветского периода.

Архивные документы и научные работы свидетельствуют о том, что в 30-е годы XX столетия наиболее высокая заболеваемость и смертность наблюдались среди детей, заболевших корью, дифтерией и скарлатиной. Учёные и практические педиатры вели борьбу с детскими инфекциями в двух направлениях: 1 – повышение сопротивляемости детского организма для создания эндогенного барьера, препятствовавшего патологическому действию внедрившихся микробов; 2 – ограждение детского организма от внедрения микробов путём создания экзогенного барьера. Совокупность этих двух факторов определяла эффективность противостояния детским инфекциям [2, с. 150–167].

Среди детских инфекций первостепенное значение придавалось борьбе с корью, удельный вес которой среди других инфекционных заболеваний был очень велик. По данным Центрального научного института охраны материнства и мла-

денчества Наркомата Здравоохранения СССР, летальность от кори составляла 50% смертности от всех инфекционных заболеваний [2, с. 150–167]. Перенесённая корь оказывала неблагоприятное воздействие на иммунный статус ребёнка, особенно раннего возраста, и часто приводила к таким тяжёлым осложнениям, как коревая абсцедирующая пневмония, коревой круп, септические флегмоны, энцефалиты, составлявшие основной процент летальности. Дети из плохих жилищно-бытовых условий были подвержены тяжёлому течению кори и присоединению вторичной инфекции. Кроме того, корь вызывала обострение имевшегося в анамнезе туберкулёза, малярии, чесотки и других заболеваний. Вот почему исключительно важную роль в борьбе с корью играли профилактические меры: регистрация всех контактировавших с коревым больным; сигнализация всех заинтересованных учреждений (если контакт с больным корью произошёл в детской консультации) – яслям, больнице, санаторию; карантин угрожаемых по кори детей дома, не допуская их в коллектив. Важной превентивной мерой являлось наличие в каждой консультации отдельного входа для здоровых и больных, организация фильтра, введение системы помощи на дому и тесная связь с детским учреждением. В 30-е годы активно создавались специализированные коревые отделения или палаты, или, в зависимости от эпидобстановки, временные коревые отделения в яслях [1, л. 65].

В 30-е годы стала шире применяться специфическая профилактика кори, причём метод использования сыворотки выздоравливающих от данной инфекции уступил место другому. Вместо сыворотки реконвалесцентов стали использовать сыворотку взрослых людей, исходя из концепции, что «в культурных странах нет людей, не перенесших корь» [2, с. 150–167].

В Советском Союзе сыворотку для специфической профилактики кори готовили из нескольких источников: сыворотки крови родителей, дети которых посещали ясли, детские оздоровительные площадки, лечились в больницах и санаториях; сыворотки крови платных доноров; сыворотки плацентарной крови, собранной в родильных домах и сыворотки крови беременных. Противокоревые сыворотки готовили в бактериологическом институте и особых противокоревых пунктах. Каждые ясли, где диагностировался случай кори, сообщали в противокоревой пункт, который вы-

сылал врача и медсестру для немедленного проведения прививки. Эффективность прививки обуславливалась длительностью контакта, возрастом и состоянием ребёнка, временем и дозой введения сыворотки. Как показывали исследования, наиболее эффективным считалось введение сыворотки не позже 4–6 дня после контакта. Наиболее целесообразным считалось раннее введение меньших доз и менее эффективным применение больших доз в поздние сроки. Важной мерой, позволявшей снизить летальность, являлась ранняя госпитализация коревых больных. Правильный уход за больным ребёнком в условиях стационара также значительно уменьшал число летальных случаев. У детей, поступавших в инфекционный стационар на 2-й день появления сыпи, летальность составляла 11,1%, на 4-й день – 38,4% [2, с. 150–167].

Исследования, проводимые в инфекционном отделении Центрального научного института охраны материнства и младенчества, показали, что благодаря разработке принципов патогенетической терапии, правильной организации работы противокорьевого отделения и детских учреждений, разобщению контактировавших, изоляции больных, правильному уходу за ними, профилактическим мерам удалось за три года почти вдвое снизить летальность детей раннего возраста с корью: с 34,2% в 1932 г. до 17,5% в 1935 г. [3, с. 169–171].

Несмотря на проводимые лечебно-профилактические меры по борьбе с корью в РСФСР после снижения заболеваемости и смертности в первой половине 30-х годов, регистрировался подъём заболеваемости корью с 37,3 в 1935 г. до 72,0 на 10.000 населения в 1940 г. [4, л. 9–19 об.].

Не менее важное значение имела борьба с такой грозной инфекцией, как дифтерия. По данным Наркомздрава СССР, динамика заболеваемости дифтерией среди детского населения РСФСР в течение третьего десятилетия колебалась от 7,7 в 1930 г., снизившись до 6,8 в 1935 г. и повысившись до 11,4 на 10.000 населения в 1940 г. [4, л. 9–19 об.].

В целях снижения заболеваемости и смертности от дифтерии Наркомздрав СССР наметил следующие мероприятия: 1 – охватить противодифтерийными прививками детей детских садов и школьников первых классов; 2 – правильно организовать бактериологическую диагностику и своевременное применение противодифтерийной

сыворотки; 3 – проводить мероприятия по борьбе с дифтерийным бациллоносительством; 4 – привлекать школьных педиатров к данной проблеме [1, л. 41].

Наблюдения показали, что в распространении дифтерии большую роль играли бациллоносители. Проблема бациллоносительства потеряла свою остроту тогда, когда международное сообщество педиатров и инфекционистов в 1931 г. признало, что лучшим прививочным материалом является анатоксин французского учёного Гастона Рамона, разработавшего метод инактивации дифтерийного токсина формалином. При этом данный токсин сохранял свои иммунные свойства и терял токсические [2, с. 150–167].

В СССР специфическую профилактику дифтерии изучал академик П.Ф. Здродовский. Он показал, что дифтерийный анатоксин, полученный по методу Г. Рамона, являлся, действительно, безопасным и иммуногенным препаратом. Учёный предложил адсорбировать препарат дифтерийного анатоксина на адьюванте – гидрате окиси алюминия, что позволило усилить иммуногенные свойства этого препарата. Ещё в 1926 г., работая в Баку, П.Ф. Здродовский впервые провёл вакцинацию дифтерийным анатоксином детей и получил удовлетворительные результаты. В 1931–1932 гг., будучи заведующим отделом эпидемиологии Ленинградского института экспериментальной медицины, П.Ф. Здродовский совместно с сотрудниками горздрава организовал массовую вакцинацию дифтерийным анатоксином детей города на Неве. Результаты проведённой иммунизации показали снижение заболеваемости среди привитых детей в 9,3 раза по сравнению с непривитыми. На I Всесоюзном противоэпидемическом совещании в июне 1935 г. на основании доклада П.Ф. Здродовского «Об активной иммунизации против дифтерии и её организации в СССР» была опубликована резолюция о своевременности и необходимости принятия правительством постановления о введении в СССР обязательной вакцинации детей в возрасте 1–7 лет дифтерийным анатоксином [5, с. 9–20].

Механизм действия прививок тщательно изучали во Всесоюзном институте экспериментальной медицины, где установили, что у 10% детей иммунитет не вырабатывался. Эти дети, считавшиеся рефрактерными, могли заболеть дифтерией, несмотря на иммунизацию. Эксперименты

продемонстрировали, что, оставаясь рефрактерными к выработке антитоксина при первой прививке, они совсем иначе реагировали на вторую прививку, проведенную через 3 недели после первой. Дальнейшие исследования показали, что через 3 месяца после прививки уровень антитоксина начинал падать. Стало ясно, что с целью эффективной борьбы с дифтерией для активной иммунизации детей через 4-5 месяцев необходима третья прививка [2, с. 150–167].

Ещё одной серьёзной инфекцией, вызывавшей в допенициллиновую эпоху значительную летальность среди детского населения, являлась скарлатина, при этом, чем моложе ребёнок, тем выше регистрировались показатели летальности. Заболеваемость данной инфекцией несколько снизилась к середине 30-х годов и вновь повысилась к 1940 г. до 12,6 на 10.000 населения [4, л. 9–19 об.].

Если ребёнок в яслях или детском саду заболел такой формой скарлатины, которая легко диагностировалась, то маленького пациента быстро изолировали, помещение и вещи дезинфицировали, и дело ограничивалось одним случаем скарлатины. Если в детском учреждении возникала цепочка заболеваний скарлатиной, то это указывало на наличие нераспознанного и длительно действовавшего источника заражения, что грозило развитием эпидемиологической вспышки. В такой ситуации источниками инфекции могли быть нераспознанные больные со стёртой формой скарлатины, реконвалесценты, взрослые носители возбудителя скарлатины, болевшие ангиной, а также инфицированные вещи, с которыми скарлатинозный больной соприкасался в течение длительного времени [2, с. 150–167].

В 1930-е годы для лечения скарлатины достаточно широко применялась серотерапия антитоксической скарлатинозной сывороткой. Так, заведующий инфекционным отделением Рязанской городской больницы им. Н.А. Семашко, доктор медицины В.К. Подобанский, изучая терапевтическое воздействие антитоксической сыворотки при скарлатине у детей, пришёл к определённым выводам: 1 – дозировка антитоксической лечебной сыворотки должна быть индивидуальной в зависимости от степени интоксикации (минимальная доза не менее 15–20 тыс. АЕ); 2 – сыворотка наиболее эффективна при тяжёлых токсических формах скарлатины при её применении до пятого

дня от начала болезни и 3 – сыворотка менее результативна при септических формах, хотя также способствовала смягчению течения, уменьшению числа осложнений и снижению летальности [6, с. 38–43]. Исследования советских авторов показывали, что во время эпидемии скарлатины лучший эффект давало введение сыворотки, полученной от скарлатинозных реконвалесцентов [2, с. 150–167].

Неясность этиологии скарлатины в 1930-е годы отражалась на характере специфической профилактики. Поиски создания противоскарлатинозной вакцины начались ещё в первой половине XX века. В 1905 г. казанский профессор И.Г. Савченко открыл стрептококковый скарлатинозный эритрогенный токсин в бульонной культуре стрептококков, выделенных от скарлатинозных больных, и приготовил из токсина антитоксическую сыворотку, давшую хорошие результаты при её испытании на больных. В 1905–1906 гг. Г.Н. Габричевский с целью профилактической иммунизации предложил вводить детям стрептококковую вакцину, содержащую токсин из культуры убитого стрептококка, выделенного от скарлатинозных больных. Учёный наблюдал у привитых детей явления, сходные с начальными симптомами скарлатины [6, с. 38–43]. В 1938 г. американские бактериологи, супруги G.F. Dick и G.H. Dick при проведении экспериментальной иммунизации установили, что при внутривенном введении малых доз токсина возникает местная воспалительная реакция, известная как реакция Дика. Она отрицательная при наличии у детей нормально функционирующей иммунной системы, поскольку токсин нейтрализуется специфическими антителами. В 1940 г. В.В. Павлов предложил очистить вакцину серным соединением магния. Исследования по оптимизации вакцины продолжались до тех пор, пока во второй половине XX столетия было доказано, что болезнь не требует вакцинации. Только с использованием антибиотиков удалось эффективно лечить пациентов со скарлатиной и избегать осложнений и летальных исходов [7, с. 351–355].

Основными профилактическими мерами борьбы со скарлатиной считались раннее выявление и изоляция источников данной инфекции. Для своевременного и полного выявления всех скарлатинозных больных Отдел лечебно-профилактической помощи детям Наркомата здравоо-

ранения СССР наметил следующие мероприятия: 1 – обеспечение населения безотказной помощью на дому; 2 – организация повторных посещений (через 3, 7, 12 дней) медперсоналом квартир для выявления, своевременного обнаружения и изоляции scarлатинозных больных и контактных с ними детей; 3 – увеличение количества патронажных сестёр для систематического обслуживания больных до госпитализации; 4 – систематическое медицинское наблюдение до полного исчезновения местных и общих явлений всех больных ангиной ввиду того, что ангины часто являлись проявлением стёртых форм scarлатины и могли служить источником распространения данной инфекции. В подозрительных случаях у всех ангинозных больных брали мазок из зева на наличие стрептококка [1, л. 42].

Чем же можно объяснить повышение заболеваемости корью, дифтерией и scarлатиной во второй половине 1930-х годов? Можно предположить, что повышение рождаемости в результате принятия закона о запрете абортов в 1936 г. и существенное расширение ясельной сети за период 1937–1940 гг., когда количество мест в городских яслях увеличилось в 5,7 раза (с 33374 до 19000), в постоянных сельских яслях – в 35 раз (с 1500 до 52643), способствовали увеличению числа контактов и инфицированию детей, в первую очередь, организованных, следствием чего стал рост инфекционной заболеваемости среди детского населения [8, с. 110–115].

#### Заключение

Анализ архивных документов и исследовательских работ позволяет дать объективную оценку ситуации, которая сложилась с острыми детскими инфекциями в период 1930–1940 гг. Педиатры, инфекционисты и организаторы детского здравоохранения уделяли особое внимание изучению кори, дифтерии и scarлатины, заболеваемость и смертность от которых среди детского населения вызывала большие опасения. Учёные проводили исследования по изучению патогенетических подходов в терапии указанных детских инфекций и мер их профилактики. Разработка специфических антитоксических сывороток позволила повысить эффективность проводимого лечения. Тем не менее, уровень заболеваемости и смертности от кори, дифтерии и scarлатины в предвоенный период требовал дальнейших научных исследований, совершенствования терапевтических и превентивных мероприятий для предупреждения эпидемий детских инфекций.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Государственный архив Российской Федерации. – Ф. 8009. – Оп. 21. – Д. 1. – Л. 41–42, 65.
2. Доброхотова А.И. Основные принципы борьбы с детскими инфекционными заболеваниями / А.И. Доброхотова // Руководство для врачей по обслуживанию детей в яслях и домах ребенка. Издание 2-ое. – М.: Медгиз, 1948. – 56 с.
3. Альбицкий В.Ю., История Научного центра здоровья детей Российской академии медицинских наук (1763–2013). / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, С.А. Шер. – М.: ПедиатрЪ, 2013. – 468 с.
4. Государственный архив Российской Федерации. – Ф. 8009. – Оп. 21. – Д. 66. – Л. 9–19 об.
5. Голиневич Е.М. Терновые листья в лавровом венке (к 100-летию со дня рождения П.Ф. Здорозовского / Е.М. Голиневич // Риккетсии и риккетсиозы. – М.: Издательство АМН СССР, 1990. – 55 с.
6. Подобанский В.К. Лечение scarlatины антитоксической scarлатинозной сывороткой / В.К. Подобанский // Охрана здоровья детей и подростков. – 1933. – № 4. – С. 38–43.
7. Scarlatina / Большая медицинская энциклопедия. – М.: Советская энциклопедия, 1984. – Т. 23. – С. 351–355.
8. Серебряный Р.С. Охрана здоровья детей раннего возраста в Самарской области (1918–1940) / Р.С. Серебряный, О.В. Яремчук, С.А. Шер // Вопросы современной педиатрии. – 2021. – Т. 20. – № 2. – С. 110–115.

### REFERENCES

1. *Gosudarstvennyj arhiv Rossijskoj Federacii [State Archives of the Russian Federation]*. Fund 8009, Inventory 21, Document 1, pp. 41–42, 65 (in Russian).
2. Dobrokhotova A.I. Basic Principles for the Control of Childhood Infectious Diseases. *Rukovodstvo dlya vrachej po obsluzhivaniyu detej v yaslyah i domah rebenka [Guide for Doctors to Care for Children in the Nursery and Child's Homes]*. Edition II. Moscow, Medgiz, 1948. 56 p. (in Russian).
3. Albitskiy V.Yu., Baranov A.A., Sher S.A. *Istoriya Nauchnogo centra zdorov'ya detej Rossijskoj akademii medicinskih nauk (1763–2013) [History of the Scientific Center for Child Health of the Russian Academy of Medical Sciences (1763–2013)]*. Moscow, PEDIATR, 2013. 468 p. (in Russian).
4. *Gosudarstvennyj arhiv Rossijskoj Federacii [State Archives of the Russian Federation]*. Fund 8009, Inventory 21, Document 66, pp. 9–19 (in Russian).
5. Golinevich E.M. Thorny leaves in a laurel wreath (on the 100th anniversary of the birth of P.F. Zdorodovsky. *Rikketsii i rikketsiozy [Rickettsia and Recketsioses]*. Moscow, Academy of Medical Sciences of the USSR, 1990. 55 p. (in Russian).
6. Podobansky V.K. Treatment of scarlet fever with antitoxic scarlet fever serum. *Ohrana zdorov'ya detej i podrostkov [Healthcare of children and adolescents]*, 1933, no. 4, pp. 38–43 (in Russian).
7. Scarlet Fever. *Bol'shaya medicinskaya enciklopediya [Great Medical Encyclopedia]*. Moscow, Soviet Encyclopedia, 1984, vol. 23, pp. 351–355 (in Russian).
8. Serebryaniy R.S., Yaremchuk O.V., Sher S.A. Young Children's Healthcare in Samara Region in 1918–1940 years. *Voprosi sovremennoy pediatrii [Current Pediatrics]*, 2021, vol. 20, no 2, pp. 110–115 (in Russian).

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Альбицкий Валерий Юрьевич – главный научный сотрудник, Научно-исследовательский институт педиатрии и охраны здоровья детей Центральной Клинической Больницы Российской Академии Наук, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация;

e-mail: albicky1941@yandex.ru

ORCID: 0000-0003-4314-8366

Author ID 559333

Шер Стелла Абельевна – главный научный сотрудник, Научно-исследовательский институт педиатрии и охраны здоровья детей Центральной Клинической Больницы Российской Академии Наук, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация;

e-mail: anastel@mail.ru

ORCID: 0000-0003-4364-2604

Author ID 583056

### AUTHORS

Valeriy Albitskiy – Chief Researcher, Research Institute of Pediatrics and Children's Health in Central Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation;

e-mail: albicky@yandex.ru

ORCID: 0000-0003-4314-8366

Author ID 559333

Stella Sher – Chief Researcher, Research Institute of Pediatrics and Children's Health in Central Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: anastel@mail.ru

ORCID: 0000-0003-4364-2604

Author ID 583056

УДК 616.9(09):614.44(470.34)  
DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.006

## ПАНДЕМИИ В СРЕДНЕВОЛЖСКОМ РЕГИОНЕ В XIV–XX ВВ.

Матвеев Р.С.<sup>1</sup>, Денисова Т.Г.<sup>1,2</sup>, Козырева Л.Л.<sup>1</sup>, Сидоров А.Е.<sup>2</sup>, Викторов О.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Институт усовершенствования врачей, г. Чебоксары, Российская Федерация

<sup>2</sup> Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, г. Чебоксары, Российская Федерация

### Ключевые слова:

эпидемия, карантин, инфекционные болезни, лечение, профилактика.

### Аннотация

В древних городах Волжской Булгарии знали о возможном заражении инфекционными болезнями контактным путем, существовала карантинная система для торговцев, прибывающих на ярмарку Ага-базар, путешественников, странников. Они изолировались в странноприимных домах на определенный срок или удалялись из поселения в лес. В 1236 г. крупное феодальное государство Волжская Булгария было уничтожено. На территории Средней Волги были часты эпидемии чумы, натуральной оспы, кори, скарлатины, сыпного и возвратного тифа, дифтерии, трахомы, беспрепятственно свирепствовавших с древнейших времен до XX века. Борьба с эпидемиями инфекционных болезней началась в советский период. Были созданы инфекционные койки для изоляции больных от здоровых, подготовлены врачи-инфекционисты для противоэпидемиологических работ. Среди населения проводилась профилактика заболеваний: прививки, вакцинация, санитарное просвещение людей о борьбе с заразными болезнями.

## PANDEMICS IN THE MIDDLE VOLGA REGION IN THE XIV–XX CENTURIES

Matveev R.S.<sup>1</sup>, Denisova T.G.<sup>1,2</sup>, Kozyreva L.L.<sup>1</sup>, Sidorov A.E.<sup>2</sup>, Viktorov O.N.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institute for Advanced Training of Physicians, Cheboksary, Russian Federation

<sup>2</sup> Chuvash State University named after I.N. Ulyanov, Cheboksary, Russian Federation

### Keywords:

epidemic, quarantine, infectious diseases, treatment, prevention.

### Abstract

In the ancient cities of the Volga Bulgaria, they knew about the possible contamination of infectious diseases by contact, there was a quarantine system for traders arriving at the Aga Bazaar fair, travelers, and wanderers. They were isolated in hospice houses for a certain period or removed from the settlement into the forest. In 1236 the large feudal state of the Volga Bulgaria was destroyed. Plague, smallpox, measles, scarlet fever, typhus and relapsing fever, diphtheria, and trachoma were frequent epidemics on the territory of the Middle Volga. They raged unhindered from ancient times to the twentieth century. The fight against epidemics of infectious diseases began in the Soviet period. For this, infectious beds were created to isolate patients from healthy ones, infectious disease doctors were trained to carry out anti-epidemiological work. Disease prevention was carried out among the population: vaccinations, vaccinations, health education of people to combat infectious diseases.

Несмотря на трагические события в Средне-волжском регионе (уничтожение в 1236 г. крупного феодального государства Волжская Булгария (существовала в X–XIII вв.)), суваро-булгарский народ сохранил богатый опыт лечения, способы предупреждения болезней. Как показывают археологические раскопки древних городов Волжской Булгарии, болгары знали о возможном заражении инфекционными болезнями контактным путем. В городах существовала карантинная система для

торговцев, прибывающих на ярмарку Ага-базар, путешественников, странников. Они изолировались в странноприимных домах на определенный срок или удалялись из поселения в лес. Уже с X в. болгары строили каменные дома, водопровод, водосточные канавы, водосборные колодцы, общественные каменные бани, деревянные тротуары, мосты. Для создания чистоты и порядка в городищах строились специальные ямы для сбора мусора. Бережно относились к водоисточникам,

запрещали пить воду из стоячих источников. В быту использовали холод, пар, горячую воду, замораживание одежды, высушивание продуктов питания и одежды на солнце.

В XVII веке в Среднем Поволжье население страдало малярией (трясовичная болезнь), во второй половине XVII в. (1687–1690 гг.) для исцеления от этой болезни был построен специальный монастырь в Кизике около Казани, который стал главной лечебницей (приютом) для малярийных больных. Их доставляли со всего Средневолжского региона. В отдельные месяцы их число доходило до 500. В период повальной эпидемии 1654–1655 гг. и 1657–1657 гг. больных с целью изоляции привозили в казанские Федоровский и Зилантьевский монастыри. Со временем в них начали открывать «странноприимные дома» – первые карантинные дома, изоляционные пункты, предназначенные для предупреждения распространения инфекционных заболеваний. Эпидемические вспышки малярии в Чебоксарском, Цивильском и Ядринском уездах наблюдались в 1821–1823, 1834–1835, 1858–1859, 1870–1871, 1880–1884 гг. В период эпидемий заболеваемость колебалась от 237 до 300 случаев на 1000 жителей. В XVIII веке в России, значит и в Среднем Поволжье, эпидемиологическая обстановка была неблагополучной. Малярийные очаги не подвергались обследованию. В XIX–XX вв. малярия распространялась среди чувашей. В 1913 г. заболеваемость населения составляла 430,5 на 10 тыс. жителей (в России – 229,5 на 10 тыс. жителей в 1902 г.). Малярия в Чувашии являлась большим злом, приобрела разрушительный социальный характер, в 1920 г. было учтено 540 случаев на 10 тыс. населения Чувашии. Стали создаваться малярийные станции и пункты, шла борьба с переносчиками болезни – комарами. В Чувашии вспышка заболевания произошла в 1921–1924 гг. В последующие годы количество заболевших постепенно снижалось. Однако с 1933 г. начался новый подъем, а в 1937 г. – произошел резкий скачок. В 1950-х гг. болезнь почти исчезла или резко сократилась. Большая заслуга в этом сотрудников противомаларийной сети республики. Постоянно и энергично проводимые массовые лечебные, профилактические, санитарно-просветительские, противокомаринные мероприятия, позволили снизить заболеваемость в 1925 г. до 277,0; в 1930 – до 103,5; в 1940 – до 86,5; в 1950 – до 15,6; в 1955 – до 0,7; в 1957 – до 0,03.

В 1940 г. отмечалась необычайная и редкая для Чувашии вспышка тропической малярии по реке Суре. В с. Сурский Майдан, главном очаге заболевания, было зарегистрировано 436 больных, в том числе 27 зараженных тропической малярией, с. Кладбищи – 345, с. Сыреси – 84, с. Любимовка – 99, в поселках Преображенский – 14, Организатор – 10. 1 октября 1940 г. открылся Сурмайданский противомаларийный пункт. Сотрудники Чебоксарской противомаларийной станции лечили каждого больного, обследовали каждого жителя, проводили медикаментозную профилактику здоровых людей. К 1 декабря 1940 г. было выполнено 70–75% гидротехнических работ. Уничтожение личинок комара производилось нефтью, при ее отсутствии – опылением парижской зеленью, причем через определенные промежутки времени, и чтобы не допустить их роста, процедуры приходилось повторять по несколько раз. Для победы над болезнью понадобилось несколько лет упорного труда. С 1958 г. малярия считалась ликвидированной как массовое инфекционное заболевание в Чувашии. В 1960–1980 гг. малярия в городах и сельской местности не регистрировалась. Но с 1985 г. появились единичные случаи. В 1991 г. было зарегистрировано 0,02, в 1994 г. – 0,03 случая на 10 тыс. населения.

Эпидемия чумы очень часто отмечалась на территории Среднего Поволжья, Древней Руси. В XI в. наблюдалось 10, в XII – 6, в XIII – 13 эпидемий чумы. Тяжелыми эпидемиями «морového поветрия» в Средневолжском регионе отмечены 1654–1656 гг., 1710 г., 1720 г., 1725–1732 гг., 1771–1772 гг., 1865–1866 гг. В эти годы число заболевших в Чувашском крае колебалось от 155 до 250, смертность составляла 100%. Самая сильная эпидемия была в XVI в. на территории Казанского ханства, когда жертвами инфекции стали 48 тыс. человек. В XVIII в. вспышки чумы наблюдались 18 раз. Каждый раз болезнь начиналась на юге страны и проникала в центральные районы. С целью выявления больных с подозрением на чуму и другие инфекционные болезни в Самаре, Тетюшах, Чебоксарах, Васильсурске, Козьмодемьянске и т.д. открывались карантинные пункты для осмотра торговых судов. Карантинные дома, пункты и посты предназначались для предупреждения заноса острозаразных заболеваний вверх по Волге, в Сибирь по Каме и в средневолжские города по малым рекам. Сильно пострадали жи-

тели Алатырского и Ядринского уездов. Это была последняя большая эпидемия чумы, далее в Казанской губернии она не носила эпидемический характер (1806, 1810, 1818, 1827, 1837 гг.). Особой организованной борьбой с чумой в России не было, поэтому она давала частые эпидемические вспышки. В конце XIX–XX вв. земские врачи Чувашии принимали некоторые меры: организовывались противочумные отряды из медиков, был изобретен противочумный костюм для работы в очаге, проводились карантинные меры, прекращались движения судов, запрещалась торговля в городах, закрывались питейные заведения во всех уездах Казанской губернии. Противоэпидемиологические мероприятия в широком масштабе осуществлялись с 1918 г. во всех уездах Чувашского края. Они дали положительные результаты: с 1925 г. в республике чума не была зарегистрирована ни разу.

Наиболее распространенным заболеванием в России была оспа. Однако принимать действенные меры против этой болезни медики Российского государства долгое время не умели. Только в 1772 г. в Москве открылся первый «оспопрививательный дом», оспопрививание в уездах Казанской губернии началось в 1795 г. В этом же году в Чувашском крае открылись первые оспенные пункты (дома) в Чебоксарах и Алатыре. Эпидемии оспы натуральной в чувашских уездах совпадали с периодом распространения ее в России. В первой половине XIX в. на территории Чувашского края было 13 эпидемических вспышек, самыми сильными были в 1802, 1804, 1808, 1810, 1812, 1816, 1822, 1834, 1836 гг. С 1846 г. болезнь имела эпизодический характер. Причина – начало борьбы с ней. Желая распространить оспопрививание повсеместно в губерниях России, в 1808 г. министерство внутренних дел издало указ № 8567 об обязательной вакцинации. Согласно этому документу в больницах, где бы они ни находились, должны были иметь персонал для оспопрививания [1, с. 8–9].

Оспопрививание началось в 1804 г., и этой работой было занято 19 губерний России. В Чувашии оспопрививание в уездах началось в 1803–1805 гг. В Казанской губернии в 1804–1810 гг. было привито около 11,5 тыс. человек. В 1846 г. в Чебоксарском уезде оспопрививанием было охвачено 1561, в 1851 г. – 1391 из подлежащих прививке 4014 и 4213 человек. В Цивильском уезде

было вакцинировано 3012 и 3135 человек. Если в Цивильском, Ядринском, Чебоксарском уездах работали настоящие энтузиасты борьбы с оспой, которые охватывали прививкой 200–2500 человек, то в некоторых волостях оспопрививанием не занимались вовсе. Несмотря на предупредительные меры, в уездах эпидемические вспышки и смертность населения от натуральной оспы не уменьшались. Очередная вспышка 1870–1876 гг. охватила жителей Цивильского, Чебоксарского и Ядринского уездов. Вследствие расширения вакцинации в 1880–1895 гг. дальнейшее распространение оспы было сокращено, а затем был введен и метод ревакцинации. К 1898 г. вакцинацией в трех уездах Чувашского края было охвачено 16654, в 1901 г. – 17640, в 1904 г. – 8613, 1909 г. – 14563, в 1913 г. – 15794 человека. Охват детей составлял 50%. Другие мероприятия против оспы в уездах не проводились, поэтому вспышки продолжались, сопровождаясь смертностью детей. Большая заболеваемость до революции зависела от слабой постановки оспопрививательного дела, когда первичную прививку (вакцинацию) проводили среди чувашского населения с охватом около 80%, а повторная прививка (ревакцинация), как систематическое мероприятие по борьбе с оспой, отсутствовала.

С введением обязательного оспопрививания заболеваемость оспой быстро снизилась. Для этого были созданы оспопрививательные пункты на селе и в городах, требовалась обязательная прививка против оспы детей, при вспышке инфекции объявлялся местный карантин, больной изолировался в инфекционном отделении. Благодаря принятым мерам с 1926 г. заболеваемость населения в Чувашии пошла на убыль. Постановлением правительства Чувашии в 1931 г. в районах проводился ударный месячник по поголовному оспопрививанию. В качестве оспопрививателей были подготовлены слушатели Чебоксарских сестринских курсов Российского общества Красно-го Креста. К 1934 г. оспа была ликвидирована как массовое инфекционное заболевание. В Чувашии окончательно с оспой было покончено к 1936 г.

До начала XIX в. на территории России люди не болели холерой. В 1800–1820 гг. пандемия холеры свирепствовала в Средней Азии, затем вторглась на территорию России (Астрахань) и дошла до Среднего Поволжья. Появление эпидемии холеры в Казанской губернии относится к

1829–1830 гг. Зафиксировано было 130 смертей. К концу 1830 г. заболело 2320, умерло 1827 человек [2]. Смертность в Чувашском крае составляла 0,2–0,5 на 1000 жителей. Для лечения и изоляции больных в 1832 г. открыли холерные бараки. Следующая большая вспышка в крае была в 1847 г. – она охватила почти все деревни. В 1848 г. произошла самая крупная и тяжелая эпидемия. За первую половину года в Чебоксарском уезде умерло 1218 человек, вторую половину – 4454, в Цивильском уезде – 1475 и 3825, Ядринском – 835 и 3479 [3]. Радикальных мер царские власти не принимали. Медики даже не знали действенных лекарств от холеры – лечили «на авось», так как не имели представления о роли бациллоносителя в эпидемиологии болезни. Известны еще три пандемии холеры на территории Среднего Поволжья: 1864–1872 гг., 1883–1886 гг., 1901–1914 гг. В 1864–1872 гг. в Чебоксарском уезде заболело 395, умерло 249 человек, в Цивильском – 135 и 97, в Ядринском – 215 и 114 [3]. В связи с расширением эпидемии, Чебоксарская земская управа приняла решение: в селе Акулево устроить больницу, со штатом 2 врача и 4 фельдшера, в деревне Козловка выделить помещение для приема больных, в Чебоксарах открыть инфекционное отделение, в Марпосад и деревню Аккозино направить врачей и фельдшеров. Холера не покидала Чувашию до начала XX в., так как местными властями не принимались эффективные меры по борьбе с инфекцией. Слабые профилактические и лечебные работы в очагах инфекции, плохая дезинфекция не могли дать положительных результатов в локализации эпидемических вспышек. Лишь в советское время началась усиленная борьба с холерой, которая в Чувашии не регистрируется с 1923 г.

На территории России трахома была завезена войсками Чингисхана в XII–XIII вв. Первая эпидемия зафиксирована в XIX в., когда русские войска в 1817–1818 гг. привезли её из Франции. Доктор медицины И.П. Будков, изучив причины, сумел остановить в 1823 г. эпидемию в русских войсках. В Среднем и Нижнем Поволжье почти каждый третий болел трахомой, она считалась самой распространенной болезнью у всех поволжских народов. Этому в основном способствовали социальные причины: бедность, скученность населения, несоблюдение гигиенических норм. К началу XX в. регионы Среднего Поволжья заняли 3 место в стране по распространению трахомы. В

условиях низкого уровня гигиены в России конца XIX в. трахомой глаз были заражены сотни тысяч человек, в основном представители бедных слоев населения. В 1913 г. число больных трахомой доходило до миллиона человек. Борьба с трахомой в Чувашии началась в первой половине XIX в., ее вели земские врачи. Борьба велась с переменным успехом: не хватало больниц, медицинского персонала, а также знаний для быстрой и надёжной ликвидации болезни. О необходимости организации глазных лечебниц не уставали повторять земские врачи Чувашского края Р.О. Заленский, Н.И. Степанов, Д.А. Кушников, В.П. Иванов, ученые-офтальмологи А.Г. Агабабов, С.В. Лобанов, С.В. Сухов, Г.И. Суров. В Ядринской глазной и хирургической лечебнице, открытой в 1913 г., хирург К.В. Волков проводил операции и обучение врачей по глазным болезням.

В 1921 г. на 10 тыс. населения было зарегистрировано 199,0; в 1923 – 279,0; в 1925 – 543,0; в 1928 – 867,0; в 1930 – 1066,5 больных трахомой. Планомерная борьба с трахомой началась в 1922 г. Она включала в себя организацию местных глазных бригад для лечебной и профилактической работы, создание глазных пунктов, открытие глазных лечебниц со стационарными койками и операционным блоком, специализацию врачей и фельдшеров по офтальмологии, привлечение общих больниц с медицинским персоналом для борьбы с трахомой, проведение санитарно-просветительной работы среди населения. Трахоматозные сестры работали под руководством районных окулистов. В 1929 г. таких сестер было 30, в 1935 – 325, 1940 – 685, в 1950 – 539, 1960 – 795, в 1970 – 615, в 1980 – 180, в 1990 г. надобность в них отпала.

Для лечения трахомы 8 октября 1933 г. был образован Чувашский трахоматозный институт (г. Канаш). В 1934–1935 гг. приступили к диспансеризации всего населения республики. В 1937 г. Чувашский трахоматозный институт реорганизовали, как филиал Центрального института офтальмологии им. Гельмгольца. Институт передислоцировали в Чебоксары. 30 декабря 1937 г. состоялось его открытие на новом месте. Институт был рассчитан на 100 стационарных коек и имел поликлинику. В Чувашском трахоматозном институте ежегодно проводили 1,5 тыс. операций по поводу трахомы.

В послевоенное время началась борьба за пол-

ную ликвидацию трахомы в крае. Этому способствовало увеличение количества стационарных коек в лечебницах, соответственно увеличение числа врачей, среднего медперсонала, открытие фельдшерских пунктов, проведение агитационных и разъяснительных работ среди населения. По данным статотчетов, в начале 1946 г. значилось 43265 больных, а к концу года из них вылечились 24025 человек [4]. Во второй половине 1951 г. начали лечение антибиотиками 25560 больных. Вылечили 23672 человека. В 1952 г. дважды провели полное обследование: в первом полугодии при осмотре 709673 человек выявили 72948 больных, во втором полугодии среди осмотренных 657072 человек, выявлено 84 953 больных. В 1960 г. трахому ликвидировали как массовое заболевание, отрахомленность населения составляла 0,2%. В 1961–1963 гг. для изучения случаев рецидивов и новых заражений проводились контрольные и поголовные осмотры населения. В 1964–1968 гг. с трахомой продолжали бороться в Урмарском, Батыревском, Моргаушском, Вурнарском районах. В 1970–1980 г. – осуществлена полная ликвидация трахомы в Чувашской АССР.

Эпидемические вспышки тифа в уездах Чувашского края стали регистрировать с 80-х гг. XIX в. Они имели место в 1889, 1892, 1893, 1895 гг. В 1913 г. заболеваемость населения в трех уездах Чувашии (Ядринском, Чебоксарском, Цивильском) составляла 51,5 на 10 тыс. жителей. В годы Первой мировой войны в селениях уездов Чувашского края периодически возникали эпидемии. В мае 1915 г. Староарабосинская волость Цивильского уезда Казанской губернии была охвачена эпидемией брюшного тифа. Осенью того же года прибывшие в Алатырский и Буинский уезды Симбирской губернии больные военнопленные турки вызвали вспышку эпидемии сыпного тифа. В годы Гражданской войны сыпной тиф вышел на первое место. Для предотвращения этой болезни с середины декабря 1919 г. в Чувашии начали работать комиссии по борьбе с сыпным тифом – Комтиф в уездных центрах, Волкомтиф – в волостях, а в учреждениях и деревнях выбирались санитарные попечители. В первую очередь решались вопросы изоляции и лечения инфекционных больных, создавались и расширялись инфекционные отделения. Эпидемические вспышки в 1919–1920 гг. участились. Заболеваемость сыпным и возвратным тифом увеличивалась с каждым годом. По

4 уездам Чувашии (Чебоксарский, Алатырский, Ядринский, Цивильский) она выросла с 2106 зарегистрированных случаев в 1918 г. до 18887 в 1920 г., или почти в 9 раз. В 1921 г. было учтено 3627, в 1922 – 7731, в 1923 – 2000, в 1924 – 680, в 1925 – 987 случаев заболеваемости сыпным тифом. В 1921 г. было зарегистрировано 3865, в 1923 – 7675, в 1925 – 1837 случаев возвратного тифа. Брюшным тифом в 1921 г. заболели 7302, в 1922 – 1786, в 1923 – 1862 человек. С 1920 г. был усилен надзор за школами, детскими домами, богадельнями, больницами, принято решение об очистке улиц, базарных площадей, о запрещении въездов в деревни людей из других селений в период эпидемии. Органы здравоохранения, вся лечебная сеть, санитарно-эпидемиологическая служба Чувашского края были заняты борьбой с эпидемией. Заболеваемость сыпным и возвратным тифом была снижена к 1924 г. от 9344 до 936, брюшным тифом с 1104 до 94 случаев. Для изоляции больных сыпным тифом в Чувашии количество коек в больницах было увеличено на 319 коек, открыты бараки на 355 коек, в Алатыре и Канаше созданы изоляционно-пропускные пункты. Волкомтифы в деревнях добивались строительства индивидуальных бань, уздравотделы организовывали выпуск брошюр, плакатов и лозунгов, сельские учителя и врачи читали лекции, учили население профилактике сыпного тифа. Препятствиями в борьбе с болезнью являлись отсутствие медикаментов, малочисленность медицинского персонала. Эпидемии возвратного, брюшного тифов в Чувашии в 1919–1923 гг. были приостановлены. Однако заболеваемость населения сыпным тифом еще оставалась высокой, и главной причиной этого являлся голод, охвативший Поволжье в 1921–1922 гг. Плановая борьба с инфекционными болезнями (раннее выявление больных и их госпитализация, дезинфекционные мероприятия в очагах инфекции, борьба с педикулезом, улучшение медицинской помощи) позволила за короткий срок ликвидировать возвратный тиф в Чувашии. В 1930 г. заболеваемость им составляла 0,5 на 10 тыс. населения, в дальнейшем (1933–1938) регистрировались единичные случаи болезни. С 1948 г. возвратный тиф считается полностью ликвидированным в Чувашии.

Дифтерия (дифтерит) известна в Чувашии с древнейших времен. В XVII–XVIII вв. ее называли «повальной горловой болезнью». В XIX

в. врачи и простой люд называли её «жабихой», «гнилой жабой», она входила в разряд эпидемиологических инфекционных заболеваний. В Казанской губернии отмечены эпидемии в 1827–1830 гг., 1836 г., 1846 г., 1851–1852 гг., 1870 г., 1880–1882 гг., 1896–1900 гг., с заболеваемостью на 10 тыс. жителей от 8,2 до 15,3 больных. Наблюдалась высокая смертность – до 75–80%. Начиная с 1755 г. через каждые 5 лет повторялись эпидемии дифтерии, особенно многочисленны были в 1769 г., 1785 г., 1798–1799 гг.

Сложная эпидемиологическая обстановка с заболеваемостью дифтерией существовала и в начале советского периода. Несмотря на профилактические меры (прививки детскому населению, изоляция заболевших, проведение дезинфекционных работ в очаге инфекции), заболеваемость в 1921 г. составляла 2,3, 1929 – 3,7, в 1940 – 10,5, в 1950 – 5,5 на 10 тыс. населения. Она начала снижаться в 1960 г., тогда она составила 1,3. С 1965 г. стали регистрироваться единичные случаи. В 1980 г. – 0,7, 1990 – 0,02 на 100 тыс. населения. Однако с осложнением социально-экономических условий жизни в 90-е годы возникали отдельные вспышки. В 1992 г. было зарегистрировано 0,8, 1994 – 3,1, 1995 – 4,8 случая на 100 тыс. населения. Заболевание наблюдалось только у непривитых людей. В декабре 1995 г. был издан приказ Министерства здравоохранения Чувашской Республики «О дополнительных мерах по массовой иммунизации против дифтерии взрослого населения». Основным методом лечения являлись внутримышечное или внутривенное введение противодифтерийной сыворотки, при необходимости осуществлялась срочная госпитализация. С этого времени профилактика дифтерии заключается в проведении противодифтерийных прививок в обязательном порядке всем детям от 5–6 месяцев до 12 лет. Ведется строгий учет больных детей в регионе.

Туберкулез довольно широко распространенная инфекционная болезнь среди населения. С древнейших времен носит социальный характер. Болезнь не только не ликвидирована по сей день, но и продолжает поражать широкие слои населения.

В XVI–XVIII вв. в Чувашии не было светских лечебных учреждений и лекарей, поэтому учета больных туберкулезом (чахоткой) не было. В 1764 г. в ходе монастырской реформы было ликвиди-

ровано большинство монастырских больниц, где проявляли милосердие к больным туберкулезом, и лечением больных стало некому заниматься. Лишь в Цивильском Тихвинском и Чебоксарском Троицком монастырях осталось по 30 коек в каждом. В конце XVIII в. в Чувашском крае появились штатные лекари-физикаты, которые пытались бороться с туберкулезом, но дотаций на лечение больных от правительства не поступало. Лишь с первой половины XIX в. в период земской медицины (1864–1914 гг.) во всех уездных центрах стали функционировать малокоечные больницы. Этого тоже не хватало для борьбы с распространяющейся болезнью. С 1935 г. в Чувашской АССР начали проводить вакцинацию БЦЖ в городах, с 1938–1940 гг. – в сельской местности детей от 2 до 14 лет. Вакцинация и ревакцинация сыграли важную роль в профилактике туберкулеза. Наметилось серьезное снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза. Количество стационарных коек с 10 в 1923 г. возросло до 100 в 1940 г., в 1950 г. их насчитывалось 155, в 1960 – 335, в 1980 – 995, в 1990 – 1047. Число врачей-фтизиатров с 8 в 1940 г. увеличилось до 25 в 1950 г., до 44 – в 1960 г., до 60 – в 1980 г., до 80 – в 1994 г. Борьба с туберкулезом – это медико-социальная проблема, решить которую силами одних только медицинских работников невозможно. Поэтому мероприятия по повышению жизненного и культурного уровня населения, улучшению жилищных условий, сокращению уровня безработицы, созданию здоровых условий труда и отдыха, пропаганде здорового образа жизни, физкультуры и спорта с отказом от вредных привычек являются залогом дальнейших положительных сдвигов в эпидемиологии туберкулеза.

В итоге в республике были ликвидированы чума, холера (1924), возвратный тиф (1936), натуральная оспа (1936), малярия (1957), трахома (1965), сыпной тиф (1980), а заболеваемость остальными инфекционными болезнями значительно снизилась. Врачи справились со своей задачей – ликвидацией весьма распространенных опасных инфекций.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Никольский Н.В. Народная медицина у чувашей / Н.В. Никольский. – Чебоксары: Нар. ком. здравоохранения ЧАССР, 1929. – 61 с.
2. Государственный исторический архив Республики Татарстан. – Ф. 81. – Оп. 1. – Д. 139. – Л. 3–4, 11–15; Д. 276. – Л. 1–9.
3. Алексеев Г.А. История медицины Чувашии / Г.А. Алексеев, В.Н. Викторов. – Чебоксары: Институт усовершенствования врачей, 2011. – 311 с.
4. Алексеев Г.А. Обретение света. История ликвидации трахомы в Чувашии / Г.А. Алексеев. – Чебоксары: Институт усовершенствования врачей, 2008. – 248 с.

#### REFERENCES

1. Nikol'skij N.V. *Narodnaya medicina u chuvashoj* [Traditional medicine among the Chuvash]. Cheboksary, Nar. com. health care of the CHASSR, 1929. 61 p. (in Russian).
2. *Gosudarstvennyj Istoricheskij Arhiv Respubliki Tatarstan* [State Historical Archives of the Republic of Tatarstan], Fund 81, Inventory 1, Document 139, pp. 3–4, 11–15; Document 276, pp. 1–9 (in Russian).
3. Alekseev G.A., Viktorov V.N. *Istoriya mediciny Chuvashii* [History of medicine of Chuvashia]. Cheboksary, Institute for Advanced Training of Physicians, 2011. 311 p. (in Russian).
4. Alekseev G.A. *Obretenie sveta. Istoriya likvidacii trahomy v Chuvashii* [Finding light. The history of trachoma elimination in Chuvashia]. Cheboksary, Institute for Advanced Training of Physicians, 2008. 248 p. (in Russian).

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

*Матвеев Роман Сталинарьевич* – ректор, Институт усовершенствования врачей, доктор медицинских наук, доцент, Чебоксары, Российская Федерация;  
e-mail: faberte@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-0207-2994  
Author ID 379739

*Денисова Тамара Геннадьевна* – проректор по инновационной деятельности и технологическому развитию, Институт усовершенствования врачей; профессор кафедры акушерства и гинекологии, Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, доктор медицинских наук, профессор, Чебоксары, Российская Федерация;  
e-mail: tomadenisova@rambler.ru  
ORCID: 0000-0002-0517-2632  
Author ID: 516664

*Козырева Людмила Львовна* – экскурсовод музея истории медицины, Институт усовершенствования врачей, Чебоксары, Российская Федерация;  
e-mail: muz@giduv.com

*Сидоров Анатолий Евгеньевич* – доцент кафедры акушерства и гинекологии, Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, кандидат медицинских наук, доцент, Чебоксары, Российская Федерация;  
e-mail: chebbox@gmail.com  
ORCID: 0000-0003-1244-5923  
Author ID 70332

*Викторов Олег Николаевич* – доцент кафедры управления и экономики здравоохранения, Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, кандидат медицинских наук, доцент, Чебоксары, Российская Федерация; e-mail: viktorovon@mail.ru  
ORCID: 0000-0003-3454-1748  
Author ID 867642

## AUTHORS

*Roman Matveev* – Rector, Institute for Advanced Training of Doctors, Doctor habil. in Medicine, Docent, Cheboksary, Russian Federation;  
e-mail: faberte@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-0207-2994  
Author ID 379739

*Tamara Denisova* – Vice-Rector, Institute for Advanced Training of Doctors; Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Chuvash State University named after I.N. Ulyanov, Doctor habil. in Medicine, Professor, Cheboksary, Russian Federation;  
e-mail: tomadenisova@rambler.ru  
ORCID: 0000-0002-0517-2632  
Author ID 516664

*Lyudmila Kozyreva* – guide of the Museum of the History of Medicine, Institute for Advanced Training of Doctors, Cheboksary, Russian Federation;  
e-mail: muz@giduv.com

*Anatoly Sidorov* – Docent of the Department of Obstetrics and Gynecology, Chuvash State University named after I.N. Ulyanov, PhD in Medicine, Docent, Cheboksary, Russian Federation;  
e-mail: chebbox@gmail.com  
ORCID: 0000-0003-1244-5923  
Author ID 70332

*Oleg Viktorov* – Docent of the Department of Healthcare Management and Economics, Chuvash State University named after I.N. Ulyanov, PhD in Medicine, Docent, Cheboksary, Russian Federation;  
e-mail: viktorovon@mail.ru  
ORCID: 0000-0003-3454-1748  
Author ID 867642

УДК 94(47)+323/324

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.007

## ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОТНОШЕНИИ ВЫНУЖДЕННЫХ МИГРАНТОВ НА ПРИМЕРЕ ЕВРЕЙСКИХ БЕЖЕНЦЕВ В ЧЕРНИГОВСКОЙ ГУБЕРНИИ РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ (1915)

Златина М.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Российская Федерация*

### Ключевые слова:

история медицины, беженцы, выселенцы, Первая мировая война, общественные благотворительные организации, эпидемия, противоэпидемические мероприятия, Общества охранения здоровья еврейского населения.

### Аннотация

Статья посвящена исследованию круга проблем, с которыми сталкивались благотворительные общественные учреждения, оказывающие помощь беженцам и выселенцам, при организации мер, направленных на предотвращение вспышек эпидемий заразных болезней среди вынужденных мигрантов. В качестве наглядного примера изучается опыт оказания санитарно-эпидемиологической помощи еврейским выселенцам в Черниговской губернии (1915 год). Данное исследование позволило выявить ряд проблем, мешавших успешному решению задачи по предотвращению вспышек эпидемии среди вынужденных мигрантов. Среди них: слабая осведомленность местной администрации о санитарно-эпидемиологической обстановке, в которой жили вынужденные мигранты. Нескоординированность работы схожих по своему амплуа благотворительных общественных организаций, которые своими несогласованными действиями и «перетягиванием одеяла на себя» не способствовали успешному решению поставленных задач. Неразрешенность «квартирного вопроса», что приводило к скученности проживания большого числа вынужденных мигрантов в помещениях, нередко не пригодных для обитания, как следствие, антисанитария и благоприятная почва для вспышек эпидемий. Только быстрое решение проблемы с нехваткой денежных средств и медикаментов могло позволить успешно решить и вопросы организации противоэпидемиологических мероприятий в отношении вынужденных мигрантов. Также в статье отмечается тот факт, что в первые месяцы Первой мировой войны, пока явление беженства не приобрело масштаб катастрофы, особо острого внимания проблеме предотвращения эпидемий среди вынужденных мигрантов не уделялось. Ситуация изменилась только летом 1915 года, когда возникла угроза эпидемиологического характера.

## PROBLEMS OF ORGANIZING ANTI-EPIDEMIC MEASURES AGAINST FORCED MIGRANTS ON THE EXAMPLE OF JEWISH REFUGEES IN THE CHERNIHIV PROVINCE OF THE RUSSIAN EMPIRE (1915)

Zlatova M.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint Petersburg, Russian Federation*

### Keywords:

history of medicine, refugees, evictees, World War I, public charitable organizations, epidemic, anti-epidemic

### Abstract

The article is devoted to the study of the range of problems faced by charitable public organizations that provide assistance to refugees and evictees, when organizing measures aimed at preventing outbreaks of infectious diseases among forced migrants. As an illustrative example, we study the experience

measures, Societies for the protection of the health of the Jewish population.

of providing sanitary and epidemiological assistance to Jewish evictees in the Chernihiv province (1915). This study revealed a number of problems that hinder the successful solution of the problem of preventing outbreaks of the epidemic among forced migrants: poor awareness of the local administration about the sanitary and epidemiological situation in which the forced migrants lived. Uncoordinated work of charitable public organizations similar in their roles, which, by their uncoordinated actions and pulling the blanket over themselves, did not contribute to the successful solution of the tasks set. The unresolved "housing problem", which led to the crowding of a large number of forced migrants in rooms that are often not suitable for habitation, as a result, unsanitary conditions and favorable soil for outbreaks of epidemics. Only a quick solution to the problem of the lack of money and medicines could allow us to successfully solve the issues of organizing anti-epidemic measures against forced migrants. The article also notes the fact that in the first months of the First World War, while the phenomenon of refugees did not acquire the scale of a catastrophe, special attention was not paid to the problem of preventing epidemics among forced migrants. The situation changed in the summer of 1915, when there was a threat of an epidemiological nature.

Крупномасштабные боевые действия, раз-  
вернувшиеся в годы Первой мировой войны на  
территории западных и южных губерний Россий-  
ской империи, спровоцировали появление вынуж-  
денных мигрантов: беженцев, которым по своей  
воле пришлось покинуть ставшие опасными для  
проживания родные места, и выселенцев, остав-  
лявших свои дома по распоряжению военных вла-  
стей. Явление беженства (в это понятие мы будем  
включать и беженцев, и выселенцев) имело место  
с первых недель войны. Уже в июле 1914 года в  
еврейских газетах появились сообщения о евреях,  
уезжающих из приграничных городов и местечек  
[1, с. 5]. Архивные материалы также подтвержда-  
ют информацию, публиковавшуюся в номерах  
периодической печати с самого начала Первой  
мировой войны [2, л. 11]. Государство и обще-  
ство, осознавая необходимость оказывать содей-  
ствие вынужденным мигрантам, приступили к  
учреждению новых и преобразованию уже суще-  
ствовавших общественных и государственно-об-  
щественных организаций, нацеленных на пре-  
доставление различной помощи жертвам войны.  
Однако на первых порах, когда явление беженства  
ещё не приобрело масштаб катастрофы, и пото-  
ки вынужденных мигрантов ещё были не столь  
значительны и скучены, как стало впоследствии,  
особо острого внимания проблеме предотвраще-  
ния эпидемий среди вынужденных мигрантов не  
уделялось. Так, например, в Положении от 14 сен-  
тября 1914 года об учреждении Комитета Великой  
княжны Татьяны Николаевны для оказания вре-  
менной помощи пострадавшим от военных бед-

ствий (далее – Татьянинский комитет) в перечне  
функций, возложенных на Комитет, упоминались  
помощь беженцам материальная, с трудоустрой-  
ством, помещением в богадельни и приюты и пр.<sup>1</sup>.  
Но оказание медицинской помощи и меры по со-  
блюдению санитарных норм отдельно не пропи-  
сывались. 3 сентября 1914 года было утверждено  
Положение о Верховном начальнике санитарной  
и эвакуационной части при Штабе Верховного  
главнокомандующего<sup>2</sup>. В его функции входили:  
разработка планов врачебно-санитарной деятель-  
ности, наблюдение за устройством санитарных,  
эвакуационных и питательных пунктов, проведе-  
ние противоэпидемических мероприятий. К делу  
также подключились Общество Красного Креста,  
Всероссийский земский союз (далее – ВЗС), Все-  
российский союз городов (далее – ВСГ). Однако  
все эти усилия были преимущественно направле-  
ны на военнослужащих (эвакуируемых, больных,  
раненых и т.п.), в крайнем случае, военнопленных.  
Что же касается беженцев и выселенцев. О них в  
Положении было сказано лишь, что «населению  
местностей, пострадавших от военных действий,  
оказывается спешная помощь, <...> главным  
образом, выдачей предметов продовольствия и  
одежды и устройством даровых столовых и приу-  
тов. Осуществление этих мероприятий поручено

<sup>1</sup> Положение о Комитете Великой княжны Татьяны Николаевны для оказания временной помощи пострадавшим от военных бедствий // Законодательные акты, вызванные войною 1914 года / под ред. О.И. Авербах. – Вильна: типография А.Г. Сыркина, 1915. – С. 292–293.

<sup>2</sup> Положение о Верховном начальнике санитарной и эвакуационной части // Законодательные акты, вызванные войною 1914 года / под ред. О.И. Авербах. – Вильна: типография А.Г. Сыркина, 1915. – С. 301–306.

местным благотворительным учреждениям, действующим под покровительством и руководством Комитета Великой княжны Татьяны Николаевны для оказания временной помощи пострадавшим от боевых действий»<sup>3</sup>. Таким образом, мы вновь не наблюдаем упоминания о медицинской помощи вынужденным мигрантам из числа мирного населения.

Впрочем, разумеется, отсутствие в Актах подобного уровня и направленности действий особого упоминания об организации противоэпидемиологических мер в отношении беженцев и выселенцев не является свидетельством того, что подобные шаги не предпринимались или что подобный тип помощи упускался из виду. Уставами общественных организаций помощи жертвам войны (всероссийских и отдельных национально-конфессиональных) предусматривалось оказание, в том числе, врачебно-санитарного содействия вынужденным мигрантам в пути и в местах их новой дислокации. Нередко на местах учреждались врачебно-санитарные комиссии (отделы), работали врачебно-питательные отряды [3, с. 24–26, 29–30]. Даже на заседаниях Совета министров (например, от 25 сентября 1914 года) заходила речь об оказании Татьянинским комитетом медицинской помощи беженцам [4, с. 77]. Однако до начала массового выселения жителей западных губерний Российской империи вглубь страны (конец весны–лето 1915 года), когда поток беженцев и выселенцев стал настолько плотным, а количество вынужденных мигрантов настолько заполонило близлежащие к прифронтовой зоне города и местечки, что возникла угроза эпидемиологического характера, особое внимание на врачебно-санитарной составляющей помощи не заостряли. В диссертации Д.Г. Цовяна сообщается о вспышках в начале 1915 года эпидемии сыпного и брюшного тифа по стране, появления которых связывали, в том числе, с перемещениями беженцев и военнопленных турок [5, с. 103–104]. Однако он же отмечает, что план по предупреждению эпидемий среди беженцев был разработан и принят ВЗС и ВСГ только к августу 1915 года, тогда же стали приниматься активные действия по предотвращению вспышек заразных заболеваний. И лишь с сентября 1915 года противоэпидемиологические мероприятия были скоординированы правительством в масштабе всей страны [5, с. 106–107]. В диссертации В.С. Утгоф организация ВЗС

<sup>3</sup> Там же.

«эпидемических и дезинфекционных отрядов» [6, с. 40] на территории Минской губернии отнесена вообще к 1916 году. В статье Т.И. Трошиной [7, с. 84–92] также проведение основных противоэпидемиологических мероприятий отнесено к 1916 году. В диссертации И.Б. Беловой упоминается о вспышках эпидемии тифа и борьбе с ними применительно к более раннему периоду (1914–1915), но только в отношении военнопленных турок. О противоэпидемические мероприятия по части беженцев подробно сообщается только когда речь заходит о периоде Советской власти [8, с. 63, 171–172, 182, 102, 218]. В зарубежной историографии, например, в монографии П. Гетрелла, отмечается, что общественными и государственными деятелями осознавалась опасность беженцев как источника эпидемий [9, р. 27, 152], но более подробно данная тема не развивается. В статье Ю.А. Бахурина, посвященной выселению евреев из западных губерний Российской империи, сообщается об острой проблеме организации врачебно-санитарной помощи еврейским вынужденным мигрантам, но, опять же, применительно к периоду с середины лета 1915 года [10, с. 9–10].

Действительно, об эпидемиологической проблеме активно заговорили лишь во второй половине 1915 года, после того как летом столкнулись с вспышками эпидемий среди вынужденных мигрантов. На заседании Особого совещания по устройству беженцев, состоявшемся 10 сентября 1915 года, министр внутренних дел Н.Б. Щербаков отметил, что «задача урегулирования движения беженцев очень трудна, особенно принимая во внимание тяжелые санитарные условия, в которых находятся беженцы, в результате чего среди них появились даже холерные заболевания» [11, л. 1]. Били тревогу врачи. Делегаты Пироговских съездов врачей и представителей врачебно-санитарных организаций земств и городов, состоявшихся в 1916 и 1917 гг., свидетельствовали, что беженцы, находясь долгое время в пути, часто голодали, пили нередко из зараженных водоемов и луж; среди них развивались эпидемические заболевания – дифтерия, тиф, холера и др. Беженская проблема не являлась изолированной: она затрагивала местное коренное население, представляла серьезную опасность для армии [12, с. 119–120]. На Пироговском съезде, прошедшем 13–18 апреля 1916 года, сообщалось, что распределение беженцев по губерниям и городам вызывало «большую

заболеваемость и смертность как пришлого, так и оседлого населения» [13, с. 33].

Большинство врачебно-санитарных проблем, с которыми сталкивались при попытках предотвращения взрыва эпидемии среди вынужденных мигрантов и, как следствие, среди местного населения, можно было обнаружить в Черниговской губернии ещё весной–летом 1915 года в отношении еврейских выселенцев.

Первая значительная волна еврейских беженцев прибыла в Черниговскую губернию в мае 1915 года, вследствие выселения евреев в апреле–мае 1915 из прифронтовой зоны Курляндии и Ковенской губернии по приказу военных властей. О приезде евреев-«ковенцев» в города Черниговской губернии писали в еврейской прессе [14, с. 33]. Эти данные подтверждались и архивными материалами канцелярии Черниговского губернатора, сообщавшими, что на 19 мая 1915 года «в губернию прибыло 3 тыс. евреев, высланных из Ковенской губернии, которые были размещены в Мглинском, Суражском и Стародубском уездах» [15, л. 1].

Уже 14 мая 1915 года из Петрограда в Чернигов прибыли уполномоченные от Общества охранения здоровья еврейского населения (далее – ОЗЕ). Оно было учреждено ещё осенью 1912 года и «к началу Первой мировой войны уже покрыло значительную часть черты оседлости сетью своих учреждений» [16, с. 493]. В годы Первой мировой ОЗЕ сконцентрировало свое внимание на оказании врачебно-санитарной помощи еврейским вынужденным мигрантам и предотвращении среди них вспышек эпидемий. Однако при разрешении столь первостепенной задачи членам ОЗЕ пришлось столкнуться с немалым количеством трудностей и препон.

Приехав в Чернигов 14 мая 1915 года члены летучего отряда ОЗЕ Л.Б. Гаркави, М.И. Радовский, Н.Я. Брозелио, Л.С. Каминский, прежде чем разъехаться по ранее предусмотренным пунктам назначения в Черниговской губернии, попытались получить от местной администрации и общественных деятелей сведения о врачебно-санитарном положении прибывших еврейских выселенцев. Но эта инициатива не увенчалась успехом, за санитарно-эпидемиологической обстановкой среди вынужденных мигрантов никто на тот момент не проследил. Медики прождали новостей несколько дней и, так и не получив никаких вво-

дных данных, отбыли по местам назначения. Л.Б. Гаркави и Н.Я. Брозелио – в Мглин, М.И. Радовский – сначала в Сураж, потом в Почеп, Л.С. Каминский – в Стародуб [15, л. 2–3]. То есть в уездные центры проживания еврейских выселенцев в Черниговской губернии.

Прибыв на место 16 мая 1915 года, уже 20 мая уполномоченные ОЗЕ столкнулись с ещё одной проблемой: слишком большой концентрацией представителей различных благотворительных еврейских организаций помощи жертвам войны на единицу площади [17]. Согласно сообщению доктора Л.С. Каминского в Комитет ОЗЕ в Петрограде, «по приезду в Мглин, Сураж и Стародуб они нашли там уполномоченных от Киевского комитета, Черниговского, Гомельского и уполномоченного Центрального еврейского комитета жертвам войны из Петрограда (далее – ЕКОПО)» [15, л. 5]. Схожую информацию передавал в Петроград в свой Центральный комитет и представитель ЕКОПО в Черниговской губернии С.Л. Виктор [18, л. 13].

На первый взгляд может показаться, что ситуация в Черниговской губернии складывалась наилучшим образом, так как чем больше людей собиралось участвовать в оказании медицинской помощи вынужденным мигрантам, тем быстрее должен был бы пойти процесс и тем успешнее были бы результаты их труда. Однако проблема состояла в том, что в Черниговской губернии оказанием помощи еврейским выселенцам одновременно решили заняться представители отчасти конкурирующих между собой комитетов. Встал вопрос о том, чьей сфере влияния принадлежит Черниговская губерния: Петроградскому или Киевскому еврейскому комитету помощи жертвам войны. В итоге представители ОЗЕ, согласно отправляемым ими в Петроград письмам и телеграммам, никак не могли начать работу. Поскольку дело начинало приобретать неприятный оборот, уполномоченные от местных комитетов, Киева, ЕКОПО и ОЗЕ собрались в Клинцах на совещание [15, л. 5–6]. На собрании было принято временное решение: до окончательного разрешения ситуации центральными комитетами организаций всё-таки начать работу по оказанию помощи еврейским выселенцам.

Однако трения так и не прекратились, врачи ОЗЕ продолжали слать в Петроград донесения о том, что «киевляне считают наше пребывание

здесь излишним, ибо хотят взять на себя обслуживание Черниговской губернии во всех видах и проявлениях помощи» [15, л. 5об.]. Представители ОЗЕ заявляли, что скорее готовы работать совместно с уполномоченными ЕКОПО, чем с членами Киевского комитета [15, л. 5об.]. Началось своеобразное противостояние комитетов Петрограда против Киевского.

Но пока в центральных комитетах решалась судьба Черниговской губернии, уполномоченные ОЗЕ всё-таки приступили к работе. Ставя заботу о здоровье на первое место и в виду острой необходимости создать на местах размещения еврейских выселенцев хотя бы минимальные условия гигиены и санитарии, борясь со скученностью проживания и, как следствие, угрозой вспышки эпидемии заразных болезней, врачи летучего отряда ОЗЕ начали готовить почву к «распылению беженцев по всем уездам Черниговской губернии» [15, л. 5 об.]. Для достижения поставленной цели знакомились с емкостью соседних городов и местечек, обследовали самих выселенцев, деля их на категории, искали пути решения «квартирного вопроса». На тот момент он стоял особенно остро и, по сути дела, был одной из причин сохранения угрозы вспышек эпидемии среди выселенцев. В мае 1915 года в Сураже находилось 320 еврейских выселенцев, в Мглине – 560 чел., в Стародубе – 1130 чел. Все они были размещены либо в синагогах, либо в имеющихся свободных помещениях, «которые иначе как свалочные места» [15, л. 6] характеризовать было нельзя. Уполномоченные ОЗЕ сообщали в Петроград об ужасных санитарных условиях, в которых вынуждены были жить еврейские выселенцы. «Груды вещей, взрослые, дети перемешаны в страшную массу <...>. Эпилептики, парализованные старики, скабиозные, трахоматозные, хроники всех видов, психические расстройства дополняли эту картину» [15, л. 6]. Также передавались сведения и о вспышках эпидемиологических заболеваний в Мглине и Стародубе. В Мглине были случаи заражения тифом, в Стародубе – скарлатиной.

К проблеме скученности проживания в антисанитарных условиях вынужденных мигрантов добавилась нехватка медикаментов. 20 мая 1915 года из Стародуба Л.С. Каминский отправил в Петроград депешу центральному комитету ОЗЕ с просьбой прислать необходимые дезинфекционные средства, медикаменты и инструменты, по-

скольку на месте ничего нельзя достать [15, л. 7]. Следом от Л.С. Каминского полетела в Петроград срочная телеграмма (23 мая) о том, что средства на содержание еврейских выселенцев истощились, необходима немедленная денежная помощь. Так как из-за инфекционных заболеваний уже были летальные случаи, грозит голод, что ещё более ослабит и без того не сопротивляющиеся болезням организмы вынужденных мигрантов. Всё это может привести к вспышке настоящей эпидемии [15, л. 9].

Комитет ОЗЕ из Петрограда выслал своим уполномоченным в Черниговской губернии требуемые денежные средства и медикаменты. Врачебно-санитарная ситуация начала выправляться. В Мглине была налажена работа санитарно-медицинской службы, организована врачебно-санитарная помощь в Сураже. В Стародубе, в виду опасности распространения эпидемии, большая часть сил была направлена на организацию санитарного отряда из местных сил, что и удалось сделать. Были установлены дежурства санитаров, организованы объезды пунктов проживания еврейских выселенцев врачом, оборудованы два изоляционных пункта. При содействии местного врача Г.Б. Рабиновича инфекционные больные из числа вынужденных мигрантов стали приниматься в больнице [15, л. 6об.].

Система оказания врачебно-санитарной помощи начала налаживаться. И тут пришло уведомление из Петрограда и Киева, что Черниговскую губернию всё-таки передают под опеку Киевского комитета [15, л. 15].

Врачи ОЗЕ начали слать из Черниговской губернии телеграммы в Центральный комитет Общества, спрашивая, что им дальше делать в сложившейся ситуации. В ответ им было сообщено, что все дела надо передать Киевскому комитету, а затем отбыть обратно Петроград [15, л. 22–23]. В итоге уполномоченные ОЗЕ, не доведя до конца работу, но дождавшись прибывших им на смену представителей от Киевского комитета, в конце мая 1915 года уехали из Черниговской губернии.

Однако в начале июня 1915 года из Стародуба в Центральный комитет ОЗЕ в Петрограде пришло письмо, в котором сообщалось, что Киевский комитет из-за отсутствия достаточных средств отказался оказывать врачебно-санитарную помощь. Поэтому местный комитет просил вернуть к ним представителя Петроградского ОЗЕ, чтобы он за-

кончил начатое дело [15, л. 32об.–35об.].

В итоге Комитет Общества охранения здоровья еврейского населения принял решение всё-таки отправить Л.Б. Гаркави на помощь Розенштейну, представителю Киевского комитета в Черниговской губернии [15, л. 41–42об.]. Л.Б. Гаркави два месяца (с июня по конец июля 1915 года) проработала в Черниговской губернии, занимаясь оказанием врачебно-санитарной помощи и борясь со вспышками эпидемий холеры, тифа, скарлатины и прочих заразных заболеваний. По сообщенным Гаркави в отчетах сведениям, она занималась «латанием дыр» в организованных врачебно-питательных пунктах. Объезжала 13–14 пунктов, все уезды и местечки Черниговской губернии, направляя всё внимание на санитарно-медицинскую помощь в виду появившееся в июне–июле 1915 года в Черниговской губернии эпидемии холеры. Острая вспышка заболевания имела место в Мглине, было много случаев заболеваний и смертей среди еврейских выселенцев. К 18 июля 1915 года эпидемия в Мглине была локализована. Но появилась холера в Почепе. Более-менее спокойная эпидемиологическая ситуация была в Стародубе и Клинцах, но сохранялась угроза прихода холеры и в эти города. 25 июля 1915 года, когда ситуация с эпидемией стабилизировалась, вспышка болезни пошла на спад, Л.Б. Гаркави выехала в Петроград, вновь оставив Черниговскую губернию на попечение Киевского еврейского комитета помощи жертвам войны [15, л. 41–43].

Осенью 1915 года местная администрация радикальным образом решила проблемы возможных вспышек эпидемии среди еврейских вынужденных мигрантов, проживавших в Черниговской губернии: большая часть из них (примерно 75% от прежнего количества) была просто выслана из губернии.

Таким образом, исследование процесса ор-

ганизации противоэпидемиологических мер в отношении еврейских беженцев в Черниговской губернии Российской империи в 1915 году проявило ряд проблем, в целом, мешавших успешному решению задачи по предотвращению вспышек эпидемии среди вынужденных мигрантов. Во-первых, вскрылся факт слабой осведомленности местной администрации о санитарно-эпидемиологической обстановке, в которой жили вынужденные мигранты. Это, с одной стороны, мешало им вовремя принять соответствующие ситуации меры, с другой, в итоге подтолкнуло к выбору пути наименьшего сопротивления в борьбе с угрозой эпидемии: просто выселить источник потенциальной опасности за пределы своей губернии. Во-вторых, обнаружилась проблема нескоординированности работы схожих по своему амплуа благотворительных общественных организаций, которые своими несогласованными действиями и «перетягиванием одеяла на себя» не способствовали успешному решению поставленных задач. Более того, напротив, препятствовали их скорому урегулированию, что порой приводило к сбою уже наметившихся успехов в организации противоэпидемиологических мероприятий. Эту же проблему, применительно к работе Российского общества Красного Креста, отмечает в своей диссертации О.В. Чистяков [19]. В-третьих, подтвердилось, что неразрешенность «квартирного вопроса» приводит к скученности проживания большого числа вынужденных мигрантов в помещениях, нередко не пригодных для обитания, как следствие, антисанитария и благоприятная почва для вспышек эпидемий. В-четвертых, только благополучное разрешение проблемы с нехваткой денежных средств и медикаментов может позволить успешно решить и вопросы организации противоэпидемиологических мероприятий в отношении вынужденных мигрантов.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Выселения // Новый восход. – 1914. – № 30. – С. 5–6.
2. Сводки, сведения и заявления о положении еврейского населения и еврейских погромах во время войны 1914–1915 г. в прифронтовых районах Западного фронта. Государственный архив Российской Федерации. – Ф. 9458. – Оп. 1. – Д. 140.
3. Отчет Центрального еврейского комитета помощи жертвам войны с начала его деятельности (август 1914 года) по 30-е июня 1917 года. – Пг.: Еврейский комитет помощи жертвам войны, 1918. – 109 с.
4. Совет министров Российской империи в годы первой мировой войны. Бумаги А.Н. Яхонтова (Записки заседаний и переписка) / Санкт-Петербургский филиал Института российской истории РАН. – СПб.: Дмитрий Буланин, 1999. – 558 с.

5. Цовян Д.Г. Деятельность государственных органов и общественных организаций по оказанию помощи беженцам в годы первой мировой войны. 1914–1917 гг.: дис. ... канд. ист. наук / Д.Г. Цовян. – М.: Государственный университет управления, 2005. – 216 с.
6. Утгоф В.С. Белорусские беженцы Первой мировой войны в 1914–1922: дис. ... канд. ист. наук / В.С. Утгоф. – СПб.: Санкт-Петербургский институт истории РАН, 2003. – 183 с.
7. Трошина Т.И. Противоэпидемические мероприятия в годы Первой мировой войны: региональный аспект (на материалах Архангельской губернии) / Т.И. Трошина // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2020. – № 2. – С. 84–92.
8. Белова И.Б. Вынужденные мигранты: беженцы и военнопленные Первой мировой войны в России. 1914–1925 гг. (по материалам центральных губерний Европейской России): дис. ... д-ра ист. наук / И.Б. Белова. – Брянск: Брянский государственный университет имени академика И.Г. Петровского, 2015. – 461 с.
9. Gatrell P. A Whole Empire Walking: Refugees in Russia during World War I / P. Gatrell – Bloomington; Indianapolis: Indiana univ. press, 1999. – 317 p.
10. Бахурин Ю.А. "Великий Исход": тяготы вынужденных переселений из западных окраин России в 1914–1916 гг. / Ю.А. Бахурин // Журнал российских и восточноевропейских исторических исследований. – 2014. – № 1 (5). – С. 8–14.
11. Журнал Особого совещания по устройству беженцев и Кредитной комиссии. Российский государственный исторический архив. – Ф. 1322. – Оп. 1. – Д. 1.
12. Грехов А.В. Опыт медико-статистического анализа социальных последствий участия России в Первой мировой войне (по материалам Общества русских врачей) / А.В. Грехов, Н.Н. Грехов // Homo-belli – человек войны в микроистории и истории повседневности: материалы Российской научной конференции – Н. Новгород: Нижегородский гуманитарный центр, 2000. – С. 118–122.
13. Пироговский съезд врачей и представителей врачебно-санитарных организаций земств и городов, 13–18 апреля 1916 г. – Пг.: Практическая медицина, 1916. – 96 с.
14. Выселение из Ковенской и Курляндской губернии // Еврейская неделя. – 1915. – № 1. – С. 28–33.
15. Об оказании медицинской помощи беженцам в Черниговской губернии. Российский государственный исторический архив. – Ф. 1545. – Оп. 1. – Д. 57.
16. Троцкий И. Самодеятельность и самопомощь русского еврейства / И. Троцкий // Книга о русском еврействе от 1860-х годов до революции 1917 г. – М.: Мосты культуры; Иерусалим: Гешарим, 2002. – С. 475–501.
17. Златина М.А. «33 несчастья» или проблема организации помощи еврейским беженцам в Черниговской губернии (май–декабрь 1915 г.) / М.А. Златина // Петербургские военно-исторические чтения: сборник научных статей. – СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена, 2018. – С. 115–121.
18. Донесения уполномоченных комитета ЕКОПО о деятельности Херсонской, Таврической, Черниговской и других губернских комитетов. Российский государственный исторический архив. – Ф. 1546. – Оп. 1. – Д. 67.
19. Чистяков О.В. Организационное устройство и деятельность Российского общества Красного Креста в годы Первой мировой войны: 1914–1918 гг.: дис. ... канд. ист. наук / О.В. Чистяков. – М.: Государственный университет управления, 2009. – 159 с.

## REFERENCES

1. Evictions. *Novyj voshod* [New Sunrise], 1914, no. 30. pp. 5–6 (in Russian).
2. Reports, information and statements about the situation of the Jewish population and Jewish pogroms during the war of 1914–1915 in the frontline areas of the Western Front. *Gosudarstvennyj arhiv Rossijskoj Federacii* [State Archive of the Russian Federation], Fund 9458, Inventory 1, Document 140 (in Russian).
3. *Otchet Central'nogo evrejskogo komiteta pomoshhi zhertvam vojny s nachala ego dejatel'nosti (avgust 1914 goda) po 30-e ijunja 1917 goda* [Report of the Central Jewish Committee for the Relief of War Victims from the beginning of its activities (August 1914) to June 30, 1917]. Petrograd, Jewish Committee for the Relief of War Victims, 1918. 109 p. (in Russian).
4. *Sovet ministrov Rossijskoj imperii v gody pervoi mirovoi vojny. Bumagi A.N. Yakhontova (Zapisi zasedanii i perepiska)* [The Council of Ministers of the Russian Empire during the First World War. Papers of A. N. Yakhontov (Records of meetings and correspondence)]. St. Petersburg branch of the Institute of Russian History of the Russian Academy of Sciences, St. Petersburg, Dmitry Bulanin, 1999. 558 p. (in Russian).
5. Tsovyan D.G. *Deyatel'nost' gosudarstvennykh organov i obshchestvennykh organizatsii po okazaniyu pomoshchi bezhentsam v gody pervoi mirovoi vojny. 1914–1917 gg.: dis. ... kand. ist. nauk* [The activities of state bodies and public organizations to assist refugees during the First World War. 1914–1917: dis. PhD in History]. Moscow, State University of Management, 2005. 216 p. (in Russian).

6. Utgof V.S. *Belorusskie bezhentsy Pervoi mirovoi voyny v 1914–1922: dis. ... kand. ist. nauk* [Belarusian refugees of the First World War in 1914–1922: dis. PhD in History]. Saint-Petersburg, Saint-Petersburg Institute of History of the Russian Academy of Sciences, 2003. 183 p. (in Russian).
7. Troshina T.I. Anti-Epidemic measures in the years of the First world war: regional aspect (on the material of the Arkhangelsk province). *Mediko-biologicheskie i social'no-psihologicheskie problem bezopasnosti v chrezvychajnykh situacijah* [Medico-biological and socio-psychological problems of safety in emergency situations], 2020, no. 2. pp. 84–92 (in Russian).
8. Belova I.B. *Vynuzhdennye migranty: bezhentsy i voennoplennye Pervoi mirovoi voyny v Rossii. 1914–1925 gg. (Po materialam tsentral'nykh gubernii Evropeiskoi Rossii): dis. ... d-ra ist. nauk* [Forced migrants: refugees and prisoners of war of the First World War in Russia. 1914–1925 (Based on the materials of the central provinces of European Russia): Dis. ... Doc. habil. in History]. Bryansk, Bryansk State University named after academician I.G. Petrovsky, 2015. 461 p. (in Russian).
9. Gatrell P. *A Whole Empire Walking: Refugees in Russia during World War I*. Bloomington, Indianapolis, Indiana univ. press, 1999. 317 p.
10. Bakhurin Yu. A. "The Great Exodus": the hardships of forced migrations from the Western suburbs of Russia in 1914–1916. *Zhurnal rossijskikh i vostochnoevropejskikh istoricheskikh issledovanij* [Journal of Russian and Eastern European Historical Studies], 2014, no. 1 (5), pp. 8–14 (in Russian).
11. Journal of the Special Meeting on the Arrangement of Refugees and the Credit Commission. *Rossijskij gosudarstvennyj istoricheskij arhiv* [Russian State Historical Archive], Fund 1322, Inventory 1, Document 1 (in Russian).
12. Grekhov A.V., Grekhova N.N. Russian experience of medical and statistical analysis of the social consequences of Russia's participation in the First World War (Based on the materials of the Society of Russian Doctors). *Homo belli – chelovek voiny v mikroistorii i istorii povsednevnosti* [Homo belli – the man of war in microhistory and the history of everyday life: materials of the Russian Scientific Conference], Nizhny Novgorod, Nizhny Novgorod Humanitarian Center, 2000. pp. 118–122 (in Russian).
13. *Pirogovskii siezd vrachei i predstavitelei vrachebno-sanitarnykh organizatsii zemstv i gorodov, 13–18 aprelya 1916 g.* [Pirogov Congress of Doctors and Representatives of Medical and Sanitary Organizations of zemstvos and cities, April 13–18, 1916]. Petrograd, Practical medicine, 1916. 96 p. (in Russian).
14. Eviction from Kovno and Courland provinces. *Evrejskaja nedelja* [Jewish Week], 1915, no. 1. pp. 28–33 (in Russian).
15. On the provision of medical assistance to refugees in the Chernihiv province. *Rossijskij gosudarstvennyj istoricheskij arhiv* [Russian State Historical Archive], Fund 1545, Inventory 1, Document 57 (in Russian).
16. Trotsky I. Initiative and self-help of Russian Jewry. *Kniga o russkom evreistve ot 1860-kh godov do revolyutsii 1917 g.* [Book of Russian Jewry from the 1860s years before the revolution 1917], Moscow, Bridges of Culture; Jerusalem, Gesharim, 2002, pp. 475–501 (in Russian).
17. Zlatina M.A. "33 misfortunes" or the problem of organizing assistance to Jewish refugees in Chernihiv province (May–December 1915). *Peterburgskie voenno-istoricheskie chteniya: sbornik nauchnykh statei* [St. Petersburg military-historical readings, a collection of scientific articles], St. Petersburg, Publishing House of the Herzen State Pedagogical University, 2018, pp. 115–121 (in Russian).
18. Reports of the authorized representatives of the ECOPO Committee on the activities of the Kherson, Taurida, Chernihiv and other provincial committees. *Rossijskij gosudarstvennyj istoricheskij arhiv* [Russian State Historical Archive], Fund 1546, Inventory 1, Document 67 (in Russian).
19. Chistyakov O.V. *Organizatsionnoe ustroistvo i deyatelnost' Rossiiskogo obshchestva Krasnogo Kresta v gody Pervoi mirovoi voiny: 1914–1918 gg.: dis. ... kand. ist. nauk* [Organizational structure and activity of the Russian Red Cross Society during the First World War: 1914–1918: dis. PhD in History]. Moscow, State University of Management, 2009. 159 p. (in Russian).

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Златина Мария Александровна – доцент кафедры русской истории (XIX–XXI вв.), Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, кандидат исторических наук, Санкт-Петербург, Российская Федерация;  
e-mail: zlatinamariaal@herzen.spb.ru  
ORCID: 0000-0002-4735-2244  
Author ID 554090/2154-1791

## AUTHOR

Maria Zlatina – Docent, Herzen State Pedagogical University of Russia, Ph.D. in History, Saint-Petersburg, Russian Federation;  
e-mail: zlatinamariaal@herzen.spb.ru  
ORCID: 0000-0002-4735-2244  
Author ID 554090/2154-1791

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.008

## СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ РОССИЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ УГРОЗЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID-19

Власова В.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на Дону, Российская Федерация

### Ключевые слова:

здоровье, социальное здо-  
ровье, социальное самочув-  
ствие, российское население,  
риск, неопределенность, но-  
вая коронавирусная инфек-  
ция, Covid-19.

### Аннотация

Нестабильность, неопределенность, риск – эти слова все чаще сопровождают жизнь современного человека. Существующее пространство рисков трансформирует социальную реальность, что вызывает ответную реакцию на данные изменения со стороны людей – трансформируется их повседневность, социальное поведение, меняются установки. В настоящее время со стороны исследователей уделяется огромное внимание реакциям населения на рискогенную среду. Особенно актуальным данное проблемное поле стало в последний год, когда мир столкнулся с новой коронавирусной инфекцией, и жизнь каждого человека изменилась. В рамках данной работы выделяется такой аспект жизни человека, как социальное здоровье. Проанализированный автором работы материал по проблемному полю исследования позволил сделать выводы: в ситуации с пандемией новой коронавирусной инфекции риск вызвал более бережное отношение людей к своему здоровью, заставил пережить огромный спектр чувств и эмоций, способствовал адаптации к ситуации коронавируса – люди приспособили свою жизнь под новую реальность, а также испытали психологическую усталость от пандемии, а у большинства населения России стал включаться информационный фильтр на негативную информацию о пандемии.

## SOCIAL HEALTH OF THE RUSSIAN POPULATION UNDER THE THREAT OF COVID-19

Vlasova V.N.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Rostov State Medical University», Rostov-on-Don, Russian Federation

### Keywords:

health, social health,  
social well-being, Russian  
population, risk, uncertainty,  
new coronavirus infection,  
Covid-19.

### Abstract

Instability, uncertainty, risk - these words are increasingly accompanying the life of a modern person. The existing risk space transforms social reality, which causes a response to these changes on the part of people - their everyday life, social behavior is transformed, and attitudes are changing. At present, researchers pay great attention to the reactions of the population to a risk-generating environment. This problematic field has become especially relevant in the last year, when the world is faced with a new coronavirus infection, and the life of every person has changed. Within the framework of this work, the authors turn to such an aspect of human life as social health. The material analyzed by the author on the problematic field of the study allowed us to draw conclusions: in the situation with the pandemic of a new coronavirus infection, the risk caused a more careful attitude of people towards their health, made them experience a huge range of feelings and emotions, contributed to adaptation to the situation of coronavirus - people transformed their lives to a new reality, and also experienced psychological fatigue from the pandemic, and the majority of the Russian population began to turn on an information filter for negative information about the pandemic.

Риск стал неотъемлемым спутником жизни каждого современного человека. То есть каждому человеку, живущему в современном мире, так или иначе приходится взаимодействовать с неопределенностью.

Как отмечает А.В. Мозговая, которая занимается исследованием рисков, нестабильность тех условий среды, которые привычны человеку, требует от индивида и социальных групп определенных усилий, направленных на упорядочивание среды [1, с. 151–165]. Каждый риск вынуждает человека адаптировать свою привычную среду под него, менять социальные установки и устоявшееся социальное поведение.

В рамках данной работы речь пойдет о таком риске, как инфекционные заболевания, а именно новая коронавирусная инфекция – COVID-19. Распространение новой коронавирусной инфекции, которая потрясла весь мир в начале 2020 года и не отступает по сей день, повлекло изменения в поведенческих практиках населения, перестроило повседневность и, конечно, отразилось на здоровье граждан. Ситуация эпидемиологического риска обостряет проблемы со здоровьем у населения – об этом свидетельствуют статистические данные, которые фиксируются и обнаруживаются в настоящее время каждым государством ежедневно. На фоне этого повышается внимание со стороны самого населения к своему здоровью, обостряются различного рода страхи, меняются социальные установки. Эти обстоятельства не могут не вызывать исследовательского интереса среди научного сообщества.

#### Материалы и методы

Активный научный интерес отечественных ученых к исследованию риска прослеживается в течение последних десятилетий. Ю.А. Зубок, В.И. Чупров [2], Н.Л. Смакотина [3] работают в предметной области социологии неопределенности. Прикладные исследования рискогенной социальной среды проводятся в Институте социологии ФНИСЦ РАН [4, с. 54–68].

Очень часто ситуации риска связаны с влиянием на здоровье человека. Анализ научных источников показывает, что современные исследователи проявляют огромный интерес к изучению здоровья. Васильева О.С., Филатова Ф.Р. рассматривают здоровье с точки зрения многомерного социокультурного феномена [5, с. 6–13]. Орлова М.М. обращает внимание на психологический

аспект здоровья [6, с. 104–134]. Проблемы социального здоровья различных демографических групп рассматриваются в работах Гафиатулиной Н.Х. [7, с. 29–36]. Дмитриева Е.В. проводит анализ теоретико-методологических и методических основ социологии здоровья [8]. В рамках многих исследований проблемы здоровья связаны с ведением здорового образа жизни и указывается на то, что занятия спортом оказывают положительное влияние как на вес человека, так и на другие медицинские показатели, а также улучшают психологическое здоровье и повышают энергию [9, с. 61–64]. Также необходимо отметить, что вопросы, которые связаны с повышением ценности здоровья у граждан России, а особенно у молодежи, стоят на повестке дня государственных органов и входят в стратегические задачи социального развития страны<sup>1</sup>. Отметим, что в период пандемии коронавируса особенно значимым стал вопрос отношения населения к своему здоровью и здоровью членов семьи [10, с. 237–242].

Анализ научных источников по проблемному полю исследования фиксирует большое количество источников, посвященных проблемам риска и здоровья населения. На наш взгляд, новый источник риска – COVID-19 стал одним из сильнейших факторов, влияющих в настоящее время на социальное здоровье населения. Исходя из этого, в рамках данной статьи будет рассмотрено социальное здоровье российского населения в условиях угрозы распространения COVID-19.

Дефиниция «социальное здоровье» обладает большим количеством определений. Во-первых, социальное здоровье – это качество, которое относится к разряду интегративных и включает в себя ценностные ориентации человека и его поведение [11, с. 89–102]. Во-вторых, социальное здоровье выражается в жизненной удовлетворенности человека или социальной группы существующими социальными нормами [12, с. 8]. Сюда же мы можем отнести те факторы социальной среды, которые не позволяют человеку дезадаптироваться и влияют на его гармоничное развитие [13, с. 66–138]. В-третьих, к социальному здоровью человека относится его социальная активность, которая позволяет ему эффективно функционировать в социуме [14, с. 73–81]. Опираясь на данные опреде-

<sup>1</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2018. – № 1. – Часть II. – Ст. 373.

ления, мы рассмотрим то, какие изменения произошли с социальным здоровьем населения России в период пандемии.

#### Результаты

В качестве риска мы рассматриваем распространение новой коронавирусной инфекции. Это катализатор, который повлиял на трансформацию социального здоровья российского населения.

Отметим, что при объявлении ВОЗ в марте 2020 года о распространении COVID-19 в качестве пандемии, многие граждане уже испытали дискомфорт от масштабов происходящих событий. Далее рекомендации ВОЗ были направлены на то, чтобы в государствах были введены режимы чрезвычайных ситуаций и другие ограничительные меры. В России в марте 2020 года были введены такие ограничительные меры, как самоизоляция, которая заключалась в том, что люди должны были уединиться в своих домах и квартирах. Стали закрываться места отдыха и развлечений, работали только продуктовые магазины и магазины продовольственных товаров, школы и университеты перешли на режим дистанционного обучения, а предприятия ввели удаленный режим работы. В таких непривычных условиях организм каждого, даже самого здорового и стрессоустойчивого человека, стал испытывать жуткий прессинг, непонимание сложившейся ситуации и адаптацию к новым условиям. Совместное времяпрепровождение семьи в стенах одной квартиры 24/7 не для всех семей стало приятным событием: многие родители ощутили все трудности дистанционного обучения, женщинам необходимо было совмещать работу, проверку домашних заданий и ведение хозяйства, многие мужчины поняли, как много времени нужно уделять детям. Обращаясь к результатам опроса ФОМ, мы фиксируем пессимистичные настроения населения в вопросе семейных отношений во время самоизоляции: об этом свидетельствует 42% респондентов, которые уверены, что режим самоизоляции приводит к ухудшению отношений в российских семьях<sup>2</sup>. Безусловно, такая статистика об отношениях в семье во время самоизоляции не говорит о том, что каждая вторая семья распадется из-за самоизоляции, но нельзя отрицать, что трудности совместного пребывания с семьей круглосуточно и совмещением профессиональных обязанностей в стенах дома существуют практически у каждой

<sup>2</sup> Семейные отношения в условиях самоизоляции. – URL: <https://covid19.fom.ru/post/semeynye-otnosheniya-v-usloviyah-samoizolyacii>

русской семьи.

Режим самоизоляции, ограничения в свободном передвижении, введение пропускной системы для посещений конкретных учреждений, обязательное соблюдение масочного режима и ношение перчаток также не смогли позитивно повлиять на социальное самочувствие человека: появились формы социального расслоения, которые не существовали до этого, также в обществе начинают меняться общечеловеческие ценности, связанные с тем, что вокруг могут быть носители вируса, который представляет угрозу здоровью и жизни [14, с. 73–81].

Конечно, введение режима самоизоляции и перехода многих организаций и учреждений на дистанционный/удаленный режим работы из дома пошатнул экономическую ситуацию в мире, и Россия не исключение. По данным Росстата, уровень общей безработицы по МОТ в России составил: в феврале 2020 г. — 4,6% (3,4 млн. человек), а к июню 2020 года достиг — 6,2% (4,6 млн. человек)<sup>3</sup>. Такой уровень безработицы наблюдали 8 лет назад во время кризиса 2012 года. Помимо роста безработицы среди всех возрастных когорт российского населения фиксируется снижение заработной плат: опираясь на статистику Росстата, отметим, что средняя зарплата наемных работников средних и крупных организаций сократилась в апреле 2020 г. на 4,3% по сравнению с мартом<sup>4</sup>. Пандемия существенно снизила доходы населения, заставила отказаться от определенных денежных трат: Индекс потребительских настроений в марте 2020 г. составил 68<sup>5</sup>. Мировое сообщество утверждает, что в странах с развитой экономикой ожидается отрицательный рост доходов на душу населения<sup>6</sup>. В соответствии с опросом Левада-Центра, проведенным 19–25 марта 2020 г., доля ожидавших ухудшения своего материального положения в ближайшие 12 месяцев вдвое превосходила долю тех, кто ожидал его улучшения

<sup>3</sup> Федеральная служба государственной статистики. Росстат представляет данные о занятости и безработице в феврале 2020 года. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/313/document/80528?print=1>

<sup>4</sup> Федеральная служба государственной статистики. Рынок труда, занятость и заработная плата. – URL: [https://rosstat.gov.ru/labor\\_market\\_employment\\_salaries?print=1](https://rosstat.gov.ru/labor_market_employment_salaries?print=1)

<sup>5</sup> Федеральная служба государственной статистики. Рынок труда, занятость и заработная плата. – URL: [https://rosstat.gov.ru/labor\\_market\\_employment\\_salaries?print=1](https://rosstat.gov.ru/labor_market_employment_salaries?print=1)

<sup>6</sup> Почти у всех стран в 2020 году будет отрицательный рост доходов на душу населения – МВФ. – URL: <https://www.finanz.ru/novosti/aktsii/pochti-u-vsekh-stran-v-2020-godu-budet-otricatelny-rost-dokhodov-na-dushu-naseleniya-mvf-1029338757>

(31 против 15%)<sup>7</sup>.

#### Обсуждение

В ситуации риска распространения COVID-19, которая сложилась в мире в настоящее время, мы видим, что увеличение заболеваемости, страх за жизнь и здоровье, негативный взгляд на самоизоляцию, страх потерять работу и остаться без средств существования стали не только катализатором всплеска заболеваемости и обострения многих хронических заболеваний населения, но и повлияли на то, чтобы люди задумались над укреплением своего иммунитета, позаботились о своем здоровье.

Угроза, которая нависла над здоровьем населения, побудила людей к тому, чтобы они обратили особое внимание на здоровье и смогли его сохранить и приумножить. Руководство китайской компании—«единорога» JD Health констатировало, что количество удаленных медицинских консультаций в месяц увеличилось в 10 раз с начала эпидемии и достигло 2 млн. (без эпидемии на такой сдвиг в поведении потребителей потребовалось бы до пяти лет)<sup>8</sup>. По данным Ipsos<sup>9</sup>, в России с 30 марта по 25 мая 2020 г. количество удаленных консультаций с врачами выросло с 11 до 24%. То есть, российское население стало больше времени отводить своему здоровью, заниматься диагностикой и профилактикой. Забота о здоровье – стала приоритетной ценностью 2020 года: большинство респондентов (74%), проходивших опрос Ipsos, выбрали вариант ответа, что «наличие проблем со здоровьем тревожит их и портит настроение». Также выросла доля респондентов, занимающихся спортом, делающих зарядку хотя бы раз в неделю (в первом квартале 2020 года показатель таких граждан увеличился до 48%). Карантин и самоизоляция подстегнули желание многих людей заботиться о своем здоровье. Больше людей осознали, что в этом вопросе необходим системный подход, что нельзя выпить витамин С и немедленно стать здоровым.

Несмотря на стремление заботиться о своем здоровье социальное самочувствие российских граждан далеко от стабильного. Одним из важных факторов роста тревожности в период рас-

<sup>7</sup> Динамика потребительских настроений в марте 2020 года - URL: <https://www.levada.ru/2020/04/03/dinamika-potrebitelskih-nastroenij-v-marte-2020-goda/>

<sup>8</sup> Разговор о человеке и его отношении к здоровью в пандемических тонах. – URL: <https://covid19.fom.ru/post/razgovor-o-cheloveke-i-ego-otnoshenii-k-zdorovyyu-v-pandemicheskikh-tonah>

<sup>9</sup> GLOBAL TRENDS 2020. – URL: <https://www.ipsosglobaltrends.com/covid-19/>

пространения пандемии стали средства массовой коммуникации, которые создавали кризисную, тревожную картину мира, которая, часто не подкреплялась тем, что люди наблюдали непосредственно в своей жизни и в месте проживания. То есть, помимо пандемии коронавируса стала распространяться «пандемия страха». Но несмотря на общий рост страхов среди российского населения, большинство россиян остаются в зоне уравновешенности.

За прошедший год пандемии российское население пережило огромный спектр чувств и эмоций, многие уже смогли адаптироваться к ситуации и трансформировали свою жизнь под новую реальность, кто-то испытывает психологическую усталость от пандемии, у большинства населения России включен информационный фильтр на негативную информацию о пандемии. Также отметим, что среди 30% населения России к концу летнего периода фиксируется рост индекса социального оптимизма, что подчеркивает тот факт, что уже многие смогли адаптироваться к ситуации пандемии и приспособили свою жизнь под новую реальность.

#### Заключение

Итак, уроки пандемии новой коронавирусной инфекции, полученные российским населением в течение 2020 года, показали, что риск распространения инфекционного заболевания – это угроза здоровью, что необходимо беречь здоровье. Отметим, что риск – это не только угроза, но и новые возможности. В ситуации с COVID-19 – это возможность адаптироваться к тем условиям, которые возникли из-за распространения коронавируса: например, начать укреплять здоровье, вести здоровый образ жизни, сменить работу, больше времени проводить с семьей. Полученный опыт показывает, что в период распространения коронавируса стали популярны и востребованы онлайн-консультации врачей и психологов. Люди стали более внимательно относиться к гигиеническим мероприятиям. Личная ответственность каждого человека за свое здоровье помогает наносить ответный удар угрозе распространения COVID-19. Стоит отметить, что несмотря на ответственность каждого гражданина за свое здоровье, государству необходимо совершенствовать систему здравоохранения. Только комплекс государственных мер и личная ответственность граждан за здоровье не позволит рискам влиять на общественное развитие.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мозговая А.В. Идентификация, оценка и адаптация к риску в условиях неопределённости / А.В. Мозговая // Социологическая наука и социальная практика. – 2019. – Т. 7. – № 4 (28). – С. 151–165.
2. Зубок Ю.А. Риски трансформирующейся среды обитания: проблема исследования и управления: монография / Ю.А. Зубок, В.И. Чупров, И.С. Шаповалова и др. – Белгород: ООО «ЭПИЦЕНТР», 2016. – 208 с.
3. Смакотина Н.Л. Основы социологии нестабильности и риска: философский, социологический и социально-психологический аспекты: монография / Н.Л. Смакотина. – М.: КДУ, 2009. – 242 с.
4. Зорина А.Е. Работники вредных производств: средовые и личностные факторы адаптации к социальным изменениям / А.Е. Зорина, А.В. Мозговая // Социологическая наука и социальная практика. – 2020. – № 4. – С. 54–68.
5. Васильева О.С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 352 с.
6. Орлова М.М. Здоровье и болезнь как социально-психологическая ситуация / М.М. Орлова // Философия здоровья. – Саратов: Издательство СГУ, 2012. – С. 104–134.
7. Gafiatulina N. Social Health of Student Youth in South Russia: Analysis Of The Perception Of Socio-Cultural Risks / N. Gafiatulina, G. Vorobyev, S. Imgrunt et al. // Modern Journal of Language Teaching Methods. – 2018. – V. 8. – Issue 6. – P. 29–36.
8. Дмитриева Е.В. Теоретико-методологические и методические основы социологии здоровья: дис. ... д-ра социологических наук / Е.В. Дмитриева. – М.: МГУ имени М.В. Ломоносова, 2005. – 423 с.
9. Пономарев И.Е. Популяризация в российском обществе физической культуры и спорта как фактора формирования ценностных ориентаций молодежи / И.Е. Пономарев, Л.Ю. Стриева, С.И. Самыгин // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2018. – № 3. – С. 61–64.
10. Касьянов В.В. Пандемия и система ограничительных мер как фактор травматизации социального здоровья населения / В.В. Касьянов, Н.Х. Гафиатулина, И.М. Вакула // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. – 2021. – № 1. – С. 237–242.
11. Кулиш В.В. Социальное измерение здоровья молодежи: проектирование показателей комплексного социологического исследования / В.В. Кулиш, Н.А. Матвеева // Современные исследования социальных проблем. – 2017. – Т. 8. – № 6. – С. 89–102.
12. Зобов Р.А. Социальное здоровье и социализация человека / Р.А. Зобов, В.Н. Келасьев. – СПб.: СПбГУ, 2005. – 166 с.
13. Троицкая С.И. Здоровье человека как социокультурный феномен (философско-антропологический аспект): дис. ... к-та философских наук / С.И. Троицкая. – СПб.: Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина, 2004. – 196 с.
14. Колпина Л.В. Социальное здоровье: определение и механизмы влияния на общее здоровье: обзор литературы / Л.В. Колпина // Синергия. – 2017. – № 2. – С. 73–81.

### REFERENCES

1. Mozgovaya A.V. Identification, assessment and adaptation to risk in conditions of uncertainty. *Social'naya nauka i social'naya praktika* [Social Science and Social Practice], 2019, vol. 7, no. 4 (28), pp. 151–165 (in Russian).
2. Zubok Yu.A., Chuprov V.I., Shapovalova I.S., Kamensky E.G., Lomakin V.V., Asadullaev R.G., Lifrenko M.V., Kisilenko A.V. *Riski transformiruyushchejsya srede obitaniya: problema issledovaniya i upravleniya* [Risks of the transforming environment: the problem of research and management]. Belgorod, EPICENTER LLC, 2016. 208 p. (in Russian).
3. Smakotina N.L. *Osnovy sociologii nestabil'nosti i riska: filosofskij, sociologicheskij i social'no-psihologicheskij aspekty* [Fundamentals of the sociology of instability and risk: philosophical, sociological and socio-psychological aspects]. Moscow, KDU, 2009. 242 p. (in Russian).
4. Zorina A.E., Mozgovaya A.V. Workers of harmful industries: environmental and personal factors of adaptation to social changes. *Social'naya nauka i social'naya praktika* [Sociological Science and Social Practice], 2020, no. 4, pp. 54–68 (in Russian).
5. Vasilyeva O.S., Filatov F.R. *Psihologiya zdorov'ya cheloveka: etalony, predstavleniya, ustanovki* [Psychology of human health: standards, ideas, installations]. Moscow, Publishing Center «Academy», 2001. 352 p. (in Russian).
6. Orlova M.M. Health and illness as a socio-psychological situation. *Filosofiya zdorov'ya* [Health philosophy]. Saratov, SSU Publishing House, 2012, pp. 104–134 (in Russian).
7. Gafiatulina N., Vorobyev G., Imgrunt S., Samygin S., Latysheva A, Ermakova L., Kobysheva L. Social Health of Student Youth in South Russia: Analysis Of The Perception Of Socio-Cultural Risks. *Modern Journal of Language Teaching Methods*, 2018, vol. 8, issue 6, pp. 29–36.

8. Dmitrieva E.V. *Teoretiko-metodologicheskie i metodicheskie osnovy sociologii zdorov'ya: dis. ... doktora sociologicheskikh nauk* [Theoretical, methodological and methodological foundations of the sociology of health: Dis. Doc. habil. in Sociology], Moscow, Lomonosov Moscow State University, 2005. 423 p. (in Russian).
9. Ponomarev I.E., Strieva L.Yu., Samygin S.I. Popularization in the Russian society of physical culture and sport as a factor in the formation of value orientations of youth. *Gumanitarnye, social'no-ekonomicheskie i obshchestvennye nauki* [Humanities, socio-economic and social sciences], 2018, no. 3, pp. 61–64. (in Russian).
10. Kasyanov V.V., Gafiatulina N.Kh., Vakula I.M. Pandemic and the system of restrictive measures as a factor of traumatization of social health of the population. *Gosudarstvennoe i municipal'noe upravlenie. Uchenye zapiski* [State and Municipal Administration. Scholarly notes], 2021, no. 1, pp. 237–242 (in Russian).
11. Kulish V.V., Matveeva N.A. Social dimension of youth health: designing indicators of a comprehensive sociological study. *Sovremennye issledovaniya social'nyh problem* [Modern studies of social problems], 2017, vol. 8, no. 6, pp. 89–102 (in Russian).
12. Zobov R.A., Kelasev V.N. *Social'noe zdorov'e i socializaciya cheloveka* [Social health and human socialization]. Saint Petersburg, Saint Petersburg State University, 2005. 166 p. (in Russian).
13. Troitskaya S.I. *Zdorov'e cheloveka kak sociokul'turnyj fenomen (filosofsko-antropologicheskij aspekt): disertaciya na soiskanie uchyonoy stepeni kandidata nauk filosofskih* [Human health as a sociocultural phenomenon (philosophical and anthropological aspect): dis. ... PhD in Philosophy]. Saint Petersburg, Pushkin Leningrad State University, 2004. 196 p. (in Russian).
14. Kolpina L.V. Social health: definition and mechanisms of influence on general health: a literature review. *Sinergiya* [Synergy], 2017, no. 2, pp. 73–81 (in Russian).

#### **ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ**

*Власова Виктория Николаевна* – заведующая кафедрой педагогики, Ростовский государственный медицинский университет, доктор философских наук, доцент, г. Ростов-на-Дону, Russian Federation; e-mail: oip08@mail.ru  
ORCID: 0000-0003-3035-7249  
AuthorID 289310

#### **AUTHOR**

*Viktoriya Vlasova* – Head of the Department of Pedagogy, Rostov State Medical University, Doctor habil. in Medicine, Docent, Rostov-on-Don, Russian Federation; e-mail: oip08@mail.ru  
ORCID: 0000-0003-3035-7249  
AuthorID 289310

УДК 61(091)  
DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.009

## ЭПИДЕМИЯ ЭБОЛЫ В ЗАПАДНОЙ АФРИКЕ (2014–2015): ИСТОРИЯ И СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

Михель Д.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Институт научной информации по общественным наукам РАН, Москва, Российская Федерация*

### **Ключевые слова:**

история медицины, Западная Африка, Сьерра-Леоне, эпидемия Эболы, социальный контекст.

### **Аннотация**

В статье обсуждается история и социальный контекст эпидемии Эболы в Западной Африке, продолжавшейся с февраля 2014 г. по декабрь 2015 г. По своему масштабу она стала одной из самых крупных эпидемий доковидной эпохи. Унеся жизни более 11000 человек, эта эпидемия вызвала паническую реакцию во всем мире. Наиболее драматично эпидемия развивалась в Сьерра-Леоне – стране с богатыми природными ресурсами, но с плохой системой государственного управления и полуразрушенным здравоохранением. Когда сведения об Эболе вышли за пределы страны, в борьбу с эпидемией включились международные гуманитарные организации, но помощь с их стороны явно была недостаточной. Эпидемия Эболы вызвала серьезные социальные последствия в Сьерра-Леоне. Жертвами смертельного вируса там стало более 10000 человек, огромный ущерб был нанесен экономике, здравоохранению и системе образования этой страны. Эпидемия также выявила высокую степень недоверия между населением и властями, показав необходимость создания более эффективной системы противозидемического контроля.

## THE EPIDEMIC OF EBOLA IN WESTERN AFRICA (2014–2015): HISTORY AND SOCIAL CONTEXT

Mikhel D.V.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Institute of Scientific Information for Social Sciences of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation*

### **Keywords:**

history of medicine, West Africa, Sierra Leone, Ebola, history, social context.

### **Abstract**

This article discusses the history and social context of the Ebola epidemic in West Africa, which lasted from February 2014 to December 2015. In scale, it was one of the largest epidemics of the pre-COVID era. Killing more than 11,000 people, the epidemic triggered panic reactions around the world. The epidemic developed most dramatically in Sierra Leone, a country rich in natural resources but with poor governance and dilapidated health care. When word of Ebola spread outside the country, international humanitarian organizations got involved in the fight against the epidemic, but their help was clearly insufficient. The Ebola epidemic had serious social consequences in Sierra Leone. More than 10,000 people have fallen victim to the deadly virus, and the country's economy, health care and education system have been severely damaged. The epidemic also revealed a high degree of mistrust between the population and the authorities, demonstrating the need for a more effective system of epidemic control.

Эпидемия Эболы в Западной Африке, продолжавшаяся с февраля 2014 г. по декабрь 2015 г., стала одним из самых значительных эпидемических кризисов доковидной эпохи. В короткое время она превратилась в серьезный вызов национальному здравоохранению западноафриканских

стран – Сьерра-Леоне, Либерии, Гвинеи и др., а также глобальным институтам здравоохранения в лице ВОЗ и международных гуманитарных организаций. Наиболее тяжелыми последствия Эболы стали для Сьерра-Леоне – стране с богатейшими природными ресурсами, но с плохой системой го-

сударственного управления и полуразрушенной системой здравоохранения. В Либерии и Гвинее последствия Эболы также оказались тяжелыми. По данным ООН от 2 декабря 2015 г. количество заболевших в Сьерра Леоне составило 14122 человека, умерших от вируса – 3955, в Либерии число заболевших – 10675, умерших – 4809, в Гвинее заболевших – 3804, умерших – 2536. Итоги эпидемии в соседних западноафриканских странах к концу 2015 г. были следующими: в Нигерии число заболевших – 20, умерших – 8, в Мали число заболевших – 8, умерших – 6, в Сенегале – 1 и 0 соответственно. Отголоски Эболы докатились и до некоторых западных стран: в США заболело 4 человека, умер 1, в Великобритании, Италии и Испании заболело по 1 человеку, умерших нет. Общее число заболевших Эолой в мире составило 28637 человек, умерших – 11315<sup>1</sup>.

Причинами распространения вируса Эболы среди населения Западной Африки стал целый комплекс факторов – медицинских, экологических, экономических, политических, социальных, культурных. В настоящее время все они во многом уже изучены, хотя по-прежнему целостная историческая картина западноафриканской эпидемии Эболы 2014–2015 гг. остается нечеткой. Задача нашего исследования – постараться ее восстановить. Кроме того, в статье сделан акцент на социальном контексте этой эпидемии, поскольку по прошествии времени становится все более ясно, что связанный с ней драматизм событий был обусловлен, в первую очередь, неготовностью общества и его институтов – как локальных, так и международных – дать эффективный ответ на этот вызов.

В экологическом плане причинами распространения Эболы в Западной Африке стала хозяйственная деятельность человека, прежде всего вырубка тропических лесов, в результате которой естественные носители вируса Эболы – фруктовые летучие мыши крыланы (лат. Pteropodidae)<sup>2</sup> – вступили в непосредственный контакт с человеком. Еще в начале 1990-х гг. юго-запад Гвинеи покрывали густые вечнозеленые леса, но вследствие затяжных вооруженных конфликтов в Сьерра-Леоне и Либерии туда хлынули толпы бежен-

цев, которые начали вырубать лес на топливо и на продажу. В результате этого уже к концу 1990-х годов от вековых лесов региона осталось всего 15%<sup>3</sup>. Многие виды диких животных исчезли, но летучие мыши, напротив, сумели приспособиться к новой ситуации, оказавшись ближайшими соседями людей. Через фекалии и другие жидкости вирус Эболы, содержащийся в их организме, стал распространяться среди людей и домашних животных.

Вплоть до 2014 г. случаи заражения людей вирусом Эболы в лесных областях Западной Африки оставались практически без внимания, хотя отдельные сведения о том, что заражения Эолой от контактов с естественными носителями вируса возможны, поступали из других регионов, в частности из Габона<sup>4</sup>. Лишь после того, как по возникшей эпидемиологической цепочке вирус передался от кого-то из обитателей лесной деревушки Мелианду в Гвинею одному из медицинских работников, который, в свою очередь, стал активным распространителем инфекции, наблюдатели, наконец, обратили внимание на быстро растущую вспышку опасной болезни<sup>5</sup>. К марту 2014 г., когда о вспышке Эболы стало известно службам здравоохранения Гвинеи и сотрудникам ВОЗ, вирус уже вырвался за границы гвинейских лесов и распространился по территории Сьерра-Леоне и Либерии [1, р. 348; 2, р. 937]. Стремительно растущее число заболевших во всех трех странах стало тяжким бременем для национальных систем здравоохранения, которые почти с самого начала оказались неспособны противостоять грозному натиску эпидемии. Оценивая ситуацию в целом, занимавшая в те годы должность Генерального директора ВОЗ доктор Маргарет Чен заявила: «Никто из нас, имеющих опыт сдерживания вспышек, никогда в своей жизни не видел чрезвычайной ситуации такого масштаба, с такой степенью страданий и с таким размахом каскадных последствий»<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> Deforestation in Guinea's Parrot's Beak Area // NASA. Earth Observatory. Image of the Day for April 9, 2006. – 2006. – April 10. – URL: <https://earthobservatory.nasa.gov/images/6450/deforestation-in-guineas-parrots-beak-area>

<sup>4</sup> Becquart P. et al. High Prevalence of both Humoral and Cellular Immunity to Zaire Ebolavirus among Rural Populations in Gabon // PLoS One. – 2010. – Vol. 5 (2). – e9126. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20161740/>

<sup>5</sup> Bausch D.G., Schwarz L. Outbreak of Ebola Virus Disease in Guinea: Where Ecology Meets Economy // PLOS Neglected Tropical Diseases. – 2014. – Vol. 8 (7). – e3056. – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4117598/pdf/pntd.0003056.pdf>

<sup>6</sup> UN Announces Mission to Combat Ebola, Declares Outbreak “Threat to Peace and Security” // UN News. – 2014. – September 18. – URL: <https://news.un.org/en/story/2014/09/477762-un-announces-mission-combat->

<sup>1</sup> Ebola Situation Report. – 2015. – 2 December. – URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199848/ebolasitrep\\_2Dec2015\\_eng.pdf?sequence=2](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199848/ebolasitrep_2Dec2015_eng.pdf?sequence=2); Ebola Situation Report. – 2015. – 16 December. – URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/202501/ebolasitrep\\_16Dec2015\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/202501/ebolasitrep_16Dec2015_eng.pdf?sequence=1)

<sup>2</sup> Ebola virus disease // World Health Organization. Fact sheets. – 2021. – 23 February. – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>

Если бы вспышка Эболы была бы замечена в самом начале, то ее, без сомнения, удалось бы задать на корню. Однако этого не произошло, и это было обусловлено, в первую очередь, экономическими и политическими факторами. В наибольшей степени эта оценка относится к Сьерра-Леоне – одной из самых бедных стран в мире. По данным Программы развития ООН за 2014 г., в полной нищете в этой стране проживало 53% населения – ежедневный доход каждого в 2011 г. составлял только 2 доллара США в день, средняя продолжительность жизни – немногим больше 45 лет, грамотность среди взрослого населения – 43,3%<sup>7</sup>. Кроме того, по данным на 2013 г., в Сьерра-Леоне один из самых высоких в мире уровней младенческой смертности (107,2 на 1000 новорожденных), смертности среди детей до 5 лет (160,6 на 1000), женской (423 на 1000 человек) и мужской (444 на 1000) смертности, недоедания среди детей до 5 лет (44,9%). Большое число людей в Сьерра-Леоне умирало от инфекционных болезней: от малярии (108,7 на 100000 населения), от туберкулеза (143,0 на 100000). До 60 лет доживало только 12,5% населения. При этом на 10000 человек в 2013 г. приходилось 0,2 врача, тогда как общие расходы на здравоохранения были одними из самых высоких в Африке (11,8% от ВВП)<sup>8</sup>. Несоразмерность расходов на здравоохранение на фоне крайне низкой доступности медицинской помощи для населения, бесспорно, стало следствием огромной коррупции и плохого качества управления в стране, которая после окончания гражданской войны (1991–2002 гг.), фактически, оказалась под внешним управлением. Неолиберальные реформаторы здравоохранения в Сьерра-Леоне руководствовались идеей о том, что медицинская помощь должна быть качественной и эффективной, но в стране с нищим населением благие намерения оказались неисполнимыми; созданная платная система здравоохранения оказалась не только недоступной для подавляющего большинства жителей страны, но и не располагала достаточным количеством квалифицированного персонала [3, p. 438]. Создание платной системы здравоохранения в Сьерра-Леоне произошло в период правления четвертого президента страны Эрнеста Коромы (2007–2018). Будучи

сторонником неолиберального курса, он пригласил в Сьерра-Леоне западных финансовых доноров и намеревался править страной как большим бизнесом. В интервью «Файнэншл Таймс» Корома обещал, что деньги, вложенные в экономику Сьерра-Леоне, принесут выгоду инвесторам: «Это не будет простым бизнесом, и деньги не пойдут на ветер»<sup>9</sup>. В известном смысле, эти слова не разошлись с делом: зарубежные инвесторы получили прибыль от вложений в экономику Сьерра-Леоне, но для населения новая система здравоохранения не принесла ничего кроме разочарования.

Когда эпидемия стала стремительно распространяться по территории Сьерра-Леоне, власти страны оказались не готовы к принятию соответствующих мер. Повсеместно не хватало врачей и медицинского персонала, а в некоторых случаях медики даже разбежались, оставляя свои рабочие места. На протяжении не менее трех месяцев от начала вспышки о самой эпидемии замалчивалось, поэтому ни население в целом, ни международное сообщество не было в курсе происходящего. Впрочем, известно и о том, что сигналы, поступающие из самой Сьерра-Леоне, на Западе попросту игнорировались: пока локальная вспышка не приобрела характера глобальной угрозы, многие эксперты предпочитали не придавать ей серьезного значения<sup>10</sup>. Лишь когда выяснилось, что вирус Эболы может вырваться за пределы африканского континента, страны Запада осуществили гуманитарную интервенцию. Но поскольку в западном политическом сознании Сьерра-Леоне воспринималась как «очаг нестабильности» и «неудавшееся государство», то вместо отправки врачей Запад направил в регион свои вооруженные подразделения: США послали в соседнюю Либерию 3000 военных, Великобритания также была готова направить туда свои армейские части<sup>11</sup>. Первой страной, которая оперативно отреагировала на вспышку Эболы, стала Куба, которая послала в Сьерра-Леоне 165 врачей<sup>12</sup>. Именно кубинским врачам в первую очередь

<sup>9</sup> Green M.V. Sierra Leone Frontrunner in Anti-Graft / V.M. Green // Financial Times. – 2007. – September 14. – URL: <https://www.ft.com/content/bdbdeb3a-62f0-11dc-b3ad-0000779fd2ac>

<sup>10</sup> The Politics Behind the Ebola Crisis // Africa Report. – 2015. – October 28. – № 232. – URL: <https://www.crisisgroup.org/africa/west-africa/politics-behind-ebola-crisis>

<sup>11</sup> Fact Sheet: U.S. Response to the Ebola Epidemic in West Africa // The White House. Office Press Secretary. – 2014. – September 16. – URL: <https://obamawhitehouse.archives.gov/the-press-office/2014/09/16/fact-sheet-us-response-ebola-epidemic-west-africa>; MacAskill E. British Troops to be Sent to Help Fight Ebola / E. MacAskill, R. Mason // The Guardian. – 2014. – October 8. – URL: <https://www.theguardian.com/world/2014/oct/08/british-troops-sent-fight-ebola-sierra-leone>

<sup>12</sup> Cuban Medical Team Heading for Sierra Leone // World Health

[ebola-declares-outbreak-threat-peace-and-security](#)

<sup>7</sup> The Economic and Social Impact of Ebola Virus Disease in Sierra Leone. Joint Preliminary Assessment Report. – UNDP. – 2014. – October. – URL: <https://www.humanitarianresponse.info/ru/operations/sierra-leone/document/economic-and-social-impact-ebola-virus-disease-sierra-leone-joint>

<sup>8</sup> Human Development Reports: Sierra Leone. – UNDP. – 2015. – P. 241. – URL: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015\\_human\\_development\\_report.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report.pdf)

пришлось бороться с эпидемией на месте трагических событий. Позже к ним присоединились и медики некоторых других стран, включая Россию<sup>13</sup>. Основной силой, которая взяла на себя всю ответственность за борьбу с Эболой в Сьерра-Леоне, стала ВОЗ, однако эффективность ее работы в этой стране оказалась низкой и зависела во многом от успешности работы отдельных специалистов.

Одной из социальных проблем, которые выявила эпидемия Эболы в Сьерра-Леоне, стало взаимное недоверие между населением и медиками. Население Сьерра-Леоне не было склонно доверять своим врачам, хорошо зная о высоком уровне коррупции, который сложился в национальной системе здравоохранения в предыдущий период времени [4, р. 404]. Кроме того, неумелое информирование населения об эпидемии и о мерах предосторожности от заражения, лишь осложнило ситуацию и привело к панике, вследствие чего реальную помощь жителям вынуждены были оказывать, прежде всего, иностранные врачи, главным образом кубинские.

В свою очередь правительственные чиновники и врачи в Сьерра-Леоне также не были склонны видеть в населении своих союзников. Одной из причин этого являлись местные культурные обычаи, закономерно воспринимаемые властями и медиками как фактор распространения инфекции. Принятая среди жителей Сьерра-Леоне практика торжественного погребения умерших, сложные погребальные ритуалы, целование лица умершего, – все это приводило к тому, что тело умершего от Эболы оказывалось источником дальнейшего распространения смертельно опасных вирусов. Как в Сьерра-Леоне, так и в соседних странах, население было склонно к тому, чтобы предавать тела умерших земле, вблизи ручьев, отдавая все почести покойному, дабы его дух после смерти не вредил оставшимся в живых родственникам. Однако власти повсюду требовали, чтобы тела умерших подвергали кремации, и это вызывало дополнительную напряженность между властями и населением<sup>14</sup>. В столице Сьерра-Леоне, Фритауне, на этой почве даже произошло столкновение между полицией и населением, после того

как родственники умершего выкрали у властей его тело<sup>15</sup>.

Продолжавшаяся почти два года эпидемия Эболы вызвала серьезные социальные последствия в Сьерра-Леоне. Помимо того, что жертвами смертельного вируса стало более 10000 человек, огромный ущерб был нанесен и без того слабой экономике страны. За два года эпидемии существенно сократился уровень производства и потребления, снизились доходы экономически активной части населения. Многие предприятия и целые сектора сферы обслуживания были закрыты, а из-за суровых карантинных мер сократились масштабы перемещения товаров и рабочей силы. Почти 55% населения страны заявило о сокращении своих доходов. Из-за введения жестких противоэпидемических мер почти все социально значимые мероприятия, включая свадьбы, похороны и церковные службы были прекращены или сокращены до минимума, что серьезно сказалось на общей эмоционально-психологической атмосфере в обществе и привело к снижению уровня солидарности, который едва начал восстанавливаться в стране после многолетней гражданской войны. Почти полностью вышла из строя национальная система здравоохранения. Во время эпидемии погибло много врачей, нехватка которых ощущалась и до эпидемии. Для той части населения, которая имела возможность пользоваться медицинскими услугами до эпидемии, такая возможность исчезла во время эпидемии, и, следовательно, общее состояние здоровья в стране из-за других болезней стало еще хуже. Кроме того, из-за эпидемии 5666 детей младше 18 лет потеряли отца или мать, став сиротами и, следовательно, с неизбежностью оказались перед лицом грядущих социальных и экономических трудностей. Из-за эпидемии на длительный период были закрыты школы, а многие учителя и учащиеся умерли [5, р. 22]. Все образовательные институты и формы образовательной деятельности также были приостановлены; общий низкий уровень грамотности населения из-за эпидемии на долгое время также остался низким. Являясь бедной страной, Сьерра-Леоне из-за эпидемии Эболы в целом стала еще беднее, а решение ее актуальных социальных проблем в настоящее время отложено на продолжительный период.

Organization. Features. – 2014. – September. – URL: <https://www.who.int/features/2014/cuban-ebola-team/en/>

<sup>13</sup> Russia Offers to Send More Experts to Tackle Ebola in West Africa // The Moscow Times. – 2014. – October 8. – URL: <https://www.themoscowtimes.com/2014/10/08/russia-offers-to-send-more-experts-to-tackle-ebola-in-west-africa-a40176>

<sup>14</sup> Gregory A. Ebola Bodies Must Be Cremated Rather than Buried, Says Liberia Government / A. Gregory, A. Lines, S. Adams // Mirror. – 2014. – August 5. – URL: [https://www.mirror.co.uk/news/uk-news/ebola-bodies-must-cremated-buried-3992369#.U-IdoXV\\_ubk](https://www.mirror.co.uk/news/uk-news/ebola-bodies-must-cremated-buried-3992369#.U-IdoXV_ubk)

<sup>15</sup> Sierra Leone Hunts Ebola Patient Kidnapped in Freetown // BBC News. – 2014. – July 25. – URL: <https://www.bbc.com/news/world-africa-28485041>

## REFERENCES

1. Richardson E.T., Fallah M.P. The genesis of the Ebola virus outbreak in West Africa. *The Lancet infectious disease*. 2019, vol. 19, no. 4, pp. 348–349.
2. Malvy D., McElroy A.K., De Clerk H. et al. Ebola virus disease. *The Lancet*. 2019, vol. 393, no. 10174, pp. 936–948.
3. Wilkin P., Conteh A.A. Neoliberal health reforms and the failure of healthcare in Sierra Leone: The case of the Ebola crisis. *African Studies*. 2018, vol. 77, no. 3, pp. 428–450.
4. Pieterse P., Lodge T. When free healthcare is not free. corruption and mistrust in Sierra Leone's primary healthcare system immediately prior to the Ebola outbreak. *International health*. 2015, vol. 7, no. 6, pp. 400–404.
5. *Sierra Leone 2015 population and housing census: thematic report on socio-economic impact of the Ebola virus disease*. New York, UNFPA Sierra Leone, 2017. 42 p.

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Михель Дмитрий Викторович – ведущий научный сотрудник, Институт научной информации по общественным наукам РАН, доктор философских наук, профессор, Москва, Российская Федерация;  
e-mail: dmitrymikhel@mail.ru  
ORCID: 0000-0003-2250-1626  
Author ID 386130

## AUTHOR

*Dmitry Mikhel* – Leading Researcher, Institute of Scientific Information for Social Sciences of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Philosophy, Professor, Moscow, Russian Federation;  
e-mail: dmitrymikhel@mail.ru  
ORCID: 0000-0003-2250-1626  
Author ID 386130



# ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.010

## СИСТЕМА КОНКУРСНОГО НАБОРА И ТРАЕКТОРИИ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВО ФРАНЦИИ

Ершов А.Е.<sup>1</sup>, Сорокина Т.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Российский университет дружбы народов, Москва, Российская Федерация

### Ключевые слова:

история медицины, высшее медицинское образование, реформа образования.

### Аннотация

Пандемия COVID-19 обострила многие проблемы и обозначала новые задачи в сфере медицинского образования. Среди них повышение качества приема студентов на обучение в медицинские вузы и формирование оптимальных траекторий медицинского образования по различным направлениям и специальностям. В статье анализируются особенности реформ в области среднего и высшего образования во Франции. На примере Медицинского факультета университета Монпелье анализируется опыт французской высшей медицинской школы по конкурсному отбору студентов-медиков после успешного окончания первого курса по результатам экзаменов и в соответствии с рейтингами студентов; обсуждаются сроки и траектории обучения по основным медицинским специальностям: Лечебное дело (Médecine), Фармация (Pharmacie), Стоматология (Odontologie), Акушерство и Гинекология (Maïeutique) в течение трех циклов обучения, а также по узким специализациям; проводится сравнительный анализ французской и российской традиции в сфере высшего медицинского образования.

## COMPETITIVE ADMISSION SYSTEM AND TRAJECTORIES OF HIGHER MEDICAL EDUCATION IN FRANCE

Ershov A.E.<sup>1</sup>, Sorokina T.S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russian Federation

### Keywords:

history of medicine, higher medical education, reforms in medical education.

### Abstract

The COVID-19 pandemic has exacerbated many problems and outlined new challenges in the field of medical education, including improving the quality of student admission in medical universities and the formation of optimal trajectories of medical education. The paper analyzes the peculiarities of reforms in the field of secondary and higher education in France. On the example of the Faculty of Medicine of the University of Montpellier the following aspects were analyzed: the competitive selection of medical students after the successful completion of the first course based on the results of examinations and the ratings of students; the timing and learning trajectories in the main medical specialties: General Medicine (Médecine), Pharmacy (Pharmacie), Dentistry (Odontologie), Obstetrics and Gynecology (Maïeutique) during three training cycles, as well as in narrow specializations. A comparative analysis of the French and Russian traditions in the field of higher medical education was carried out.

Пандемия COVID-19, с одной стороны, высветила ряд проблем в системе высшего медицинского образования, а с другой – проявила преимущества нашей отечественной системы здравоохранения и подготовки медицинских кадров, сохраняющих в определенной степени тенденции охраны народного здоровья, сформировавшиеся в Российской империи (Ф.Ф. Эрисман, С.П. Боткин, Г.Е. Рейн), и не утративших в процессе реформ всемирно признанный опыт советского здравоохранения.

В эпоху глобализации и интернационализации высшего образования во многих странах постепенно стираются накопленные столетиями положительные достижения в этой важнейшей сфере жизни и деятельности человечества.

Существенные перемены произошли в последние десятилетия и в системе высшего образования Российской Федерации. Связано это с присоединением в 2003 г. нашей страны к Болонскому процессу, который нацелен на формирование единого Европейского пространства высшего образования (далее – ЕПВО) и условий для свободного перемещения студентов и преподавателей в пределах континента. В настоящее время к Болонской декларации присоединились 49 европейских государств. Однако ряд стран нацелены на сохранение своих национальных традиций в области образования.

Среди них – Французская Республика, которая всегда отличалась своей приверженностью к национальной специфике. Образование в этой стране имеет глубокие корни, славную историю и давние традиции, которые не исчезли после вступления Франции в ЕС и подписания Болонского соглашения. Проведение реформ в области среднего и высшего образования, которые осуществляются с конца 1960-х годов и продолжают по настоящее время, и введение общеевропейских образовательных стандартов в этой стране органично сочетаются с устоявшимися национальными традициями и приоритетами социально-экономического развития Франции, в том числе и в сфере медицинского образования [1, с. 97].

В отличие от России, во Франции общее (доузовское) образование имеет три ступени и осуществляется в разных учреждениях: начальное образование (5 лет) – в начальной школе (*école primaire*), основное общее (4 года) – в колледже (*collège*), заключительный этап среднего общего

образования (3 года) – в лицее (*lycée*), где осваиваются программы бакалавриата (*baccalauréat*) [2, с. 154–171]. Интересно отметить, что во французских школах нумерация классов идет в обратном порядке – по убывающей: семилетние дети учатся в 11-м классе, а семнадцатилетние юноши и девушки заканчивают среднее образование в первом классе.

До 2018 г. при переходе из колледжа в лицей учащиеся имели возможность выбора одного из трех направлений бакалавриата: естественнонаучное (S), гуманитарно-филологическое (L) и экономико-социальное (ES)<sup>1</sup>. После реформы 2018 г. подход изменился. Теперь на первом году обучения все лицеисты осваивают дисциплины базового цикла (французский язык, философию, историю и географию, общественную мораль, два иностранных языка, естественные науки, физическую культуру). На втором году им предлагается выбрать три из 12 специализаций и одну факультативную дисциплину и таким образом определиться с выбором между общеобразовательной (*La voie générale*) и технологической (*La voie technologique*) траекториями образования. На третьем году бакалавриата остаются только две специализации и возможность изучать две факультативные дисциплины<sup>2</sup>. Такой подход позволяет лицеистам постепенно прийти к осознанному выбору своей профессии и будущего направления образования.

По окончании лицея сдается сложный экзамен на степень бакалавра, учрежденный ещё при Наполеоне; проходит он в июне в течение 2–4 дней. От успеха или неудачи на этом экзамене во многом зависит будущее положение выпускника в обществе. По итогам обучения в лицее выдается свидетельство о полном среднем образовании – свидетельство бакалавра (*Baccalauréat français*), дающее право на поступление в высшие учебные заведения страны [3, с. 295].

Итак, лицей завершает полное среднее образование во Франции и является переходной ступенью к высшему образованию. Тем, кто успешно его закончил, предстоят долгие годы обучения в высшей школе.

Высшее образование во Франции приобретают в учебных заведениях двух типов – в университетах (их в стране более 80) и в престижных

<sup>1</sup> La Réforme du baccalauréat. – URL: <https://www.CFTC-Snepl-Syndicat-National-de-l'Enseignement-Privé-Laique>; Janvier-fevr-mars.2018. 159.

<sup>2</sup> Réforme du Bac: Quelles spécialités choisir selon les études supérieures que vous visez. – URL: <https://www.studyrama.com/reforme-du-bac/les-coefficients-des-epreuves-du-bac-2021-105018>

Высших школах (*Grandes écoles*), которых гораздо больше; из них выходит будущая политическая и бизнес-элита. Студенты во Франции составляют примерно четверть населения страны [3, с. 294], а расходы на образование остаются главной статьей расходов бюджета Франции [4, с. 38–46].

Франция – родина четырех старейших университетов Европы, основанных в XIII–XV веках: Сорбонна (*Sorbonne Université*), Университет Тулузы – Юг-Пиренеи (*Université fédérale de Toulouse Midi-Pyrénées*), Университет Монпелье (*Université de Montpellier*) и Университет Экс-Марсель (*Aix-Marseille Université*).

В данной статье национальные особенности конкурсного набора и траектории медицинского образования во Франции рассматриваются на примере Медицинского факультета Университета Монпелье (*Faculté de médecine de l'Université de Montpellier*), основанного в 1289 г. Его история начинается на несколько столетий раньше, когда в Монпелье при доминиканском монастыре была основана медицинская школа (точная дата не известна). В 1137 г. она отделилась от доминиканского монастыря; в 1220 г. кардинал Конрад д'Урах, апостольский легат Папы Гонория III, законодательно утвердил ее статут; и медицинская школа получила право иметь выборное самоуправление (во главе с епископом и канцлером), а в 1289 г. вошла в состав созданного в том же году Университета Монпелье, в котором в течение 10 лет (1289–1299) преподавал выдающийся врач Средневековья Арнольд из Виллановы (1235–1311) [5, с. 66–69; 6, с. 275].

Сформировавшись в XII–XIII вв. Медицинская школа Монпелье успешно развивалась в духе гуманизма и научного знания благодаря взаимному обогащению арабской, еврейской и христианской культур. Этому способствовало расположение города на перекрестке путей восточных и западных цивилизаций, между итальянскими землями и Иберией (полуостровом, на котором распложены современные Испания и Португалия) – на перекрестке сухопутных дорог (*Via Domitia Romaine* и *Camino de Compostela*) и морских путей (через порт Латт на побережье Монпелье).

В Монпелье изучали и переводили заново открытые рукописи Античности. Спасенные арабами и обогащенные арабо-персидской культурой, они веками передавались из поколения в поколение на арабском языке и были сохранены в пере-

водах на иврит, а затем – на латынь.

В отличие от подавляющего большинства других высших медицинских школ Средневековой Европы, в Монпелье преподавали анатомию и хирургию, однако звания хирурга там не присваивали; при этом строго различали ученые степени: бакалавра, лицензиата, магистра и доктора [5, с. 67]. Научное и художественное наследие Медицинского факультета Монпелье бесценно (его лекции содержат 11000 анатомических предметов, несколько сотен средневековых рукописей, сотни антикварных книг XIV–XV веков, более 100000 томов по различным областям знаний, 1000 оригинальных рисунков мастеров Эпохи Возрождения – Рубенса, Тициана, Тинторетто, Фрагонара)<sup>3</sup>.

В середине XX столетия этот огромный университет был разделен на три отдельных учебных центра: Монпелье–I – старинное ядро Университета, включающее старейший медицинский факультет; Монпелье–II – объединивший технические направления, и Монпелье–III – гуманитарные науки и искусства. В наши дни Университет Монпелье входит в 20 лучших университетов Франции (занимая 10 место), а также – в тройку крупнейших университетов страны<sup>4</sup>.

Высшее медицинское образование во Франции

В отличие от российской системы высшего образования, французские университеты принимают на первый год обучения всех желающих, имеющих полное среднее образование (дипломы бакалавра). Конкурсный отбор осуществляется лишь через год – по окончании первого курса [1, с. 98]. Такая система отбора студентов-медиков имеет заметные преимущества. С одной стороны, она открывает широкий доступ к высшему образованию и дает возможность абитуриентам проверить свои способности; понять, является ли медицина их призванием, а также подготовиться к конкурсному отбору по итогам первого и второго семестров. С другой стороны, позволяет отсеять студентов, плохо успевающих или слабо мотивированных к занятиям медициной, и таким образом снизить возможные потери факультета, обусловленные необоснованным в ряде случаев выбором профессии, а также в пределах контингента, выдержавшего конкурсные испы-

<sup>3</sup> 800 ans d'humanisme à la Faculté de Médecine de Montpellier. – URL: <http://800ans.fr/800-ans-dhumanite/>

<sup>4</sup> Университеты Франции. – URL: [https://www.unipage.net/ru/universities\\_france](https://www.unipage.net/ru/universities_france)

тания, распределить студентов по направлениям подготовки в соответствии с их способностями и наклонностями к различным медицинским специализациям. Таким образом, учеба на первом курсе медицинского факультета – это фильтр, который регулирует доступ к последующему медицинскому образованию (то есть выполняет функции наших Приемных комиссий).

Продолжительность высшего медицинского образования во Франции намного выше, чем во многих других странах (в том числе и в нашей стране), что вполне оправдано высочайшей ответственностью врача за здоровье и жизнь пациентов и необходимостью глубокой и обширной клинической подготовки. Так, например, обучение по специальности «Лечебное дело» (Médecine) продолжается до 12 лет и более.

Траектория медицинского образования в системе высшего образования Франции является наиболее сложной и состоит из трех уровней (циклов).

Первый цикл (доклинический) включает 3 года общетеоретической подготовки и является общим для всех студентов, изучающих медицину («Лечебное дело»), фармацию, стоматологию, акушерство и физиокинезотерапию.

Как уже упоминалось, на первый курс принимаются все желающие. Его задача – подготовить первокурсника к конкурсному отбору на право продолжить обучение на 2-ом курсе. Таким образом, в отличие от российской, немецкой и британской систем высшего образования, где прием на обучение осуществляется «на входе», французская система предоставляет возможность осознанного выбора медицинской специализации по окончании первого курса, – после освоения программы PASS (Parcours d'Accès Spécifique Santé – курс доступа к профильному медицинскому образованию). Обучение по этой программе длится в течение 2 семестров, со сдачей экзаменов в конце каждого. Студенты изучают широкий спектр дисциплин: биохимию, физику и биофизику, гистологию и эмбриологию, введение в фармакологию, гуманитарные аспекты здоровья, общую анатомию и другие теоретические дисциплины, что дает возможность познакомиться с основами будущей профессии и самим сделать осознанный выбор – по какой медицинской специальности продолжить обучение в дальнейшем<sup>5</sup> [1, с. 98–99].

<sup>5</sup> Le PASS pour faire Médecine: Le Sésame pour les Etudes de Santé. – URL: <https://www.cours-thales.fr/prepa-medecine/pass>

По итогам экзаменов и рейтингов по окончании 1-го курса, студенты, набравшие 60 ECTS-баллов и более, могут выбрать любую из четырех основных специальностей (именуемых MMOP): М – Médecine (лечебное дело); М – Maïeutique (акушерство, гинекология, педиатрия); О – Odontologie (одонтология, хирургическая стоматология); Р – Pharmacie (фармация)<sup>6</sup>.

Однако успешная сдача этого экзаменов еще не означает гарантированный переход на 2 курс медицинского факультета, – это зависит от квот на количество мест по различным медицинским специальностям в каждом вузе. До 2020 г. квоты определялись министерством здравоохранения Франции – для каждого университета страны в соответствии с региональными потребностями в медицинских кадрах и возможностями университетских клиник, где проходит практика студентов. После опубликования квот для каждого медицинского факультета в официальном вестнике Министерства, только лучшие из лучших, сдавших экзамены, могли продолжить обучение на 2 курсе. Позднее медицинские факультеты получили право самостоятельно определять проходной балл (numerus apertus) и количество мест обучающихся на втором курсе<sup>7</sup>. При этом более высокая позиция в рейтинге предоставляет студенту возможность продолжить обучение именно по избранной им специальности (самой престижной из которых является «Лечебное дело») [1, с. 99].

Для тех студентов, успеваемость которых ниже 60 ECTS-баллов, предусматривается возможность продолжить обучение по программе LAS (Licence Accès Santé – лицензия на доступ к получению медицинского образования) и повторно сдавать экзамены на право обучаться по одной из специальностей 2-го курса (за исключением престижного направления «Лечебное дело») [1, с. 98, 100].

Здесь уместно отметить, что в последние годы чиновники Минздрава Франции стали весьма критично относиться в оценке знаний методом тестирования. Натаскивание на сдачу тестов не способствует формированию профессиональных знаний и навыков. В связи с этим экзаменационный процесс во Франции планируется постепен-

<sup>6</sup> Les études de santé MMOP en un coup d'oeil. – URL: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/les-etudes-de-sante-mmop-en-un-clin-d-oeil.html>

<sup>7</sup> Les études de santé MMOP en un coup d'oeil. L'Etudiant. – URL: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/les-etudes-de-sante-mmop-en-un-clin-d-oeil.html>

но перемещать в симуляционные центры и компьютеризированные лаборатории.

На 2-м курсе первого цикла студенты изучают фундаментальные науки и познают теоретические основы клинических дисциплин в сочетании с учебными практиками; на 3-м курсе осваивают биоклинические дисциплины и приемы постановки диагноза, занимаясь в университетских клиниках.

Успешно окончившим первый цикл выдается диплом – DFSGM (Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales – диплом об общем медицинском образовании).

Второй цикл (клинический – от 4 до 6 лет) – профессиональное обучение в экстернате. Он включает работу в больницах и семинарские занятия по клиническим дисциплинам. Экстерн, с одной стороны, остается студентом, а с другой – уже является оплачиваемым наемным работником в университетской клинике с неполным рабочим днем (вторая половина дня – в библиотеке или на семинарах) [1, с. 101].

Для будущих акушеров это финальный этап обучения, по окончании которого они получают государственный диплом по специальности «Акушерство» – D.E. (Diplôme d'Etat) de sage-femme.

Фармацевты после четырех лет обучения получают диплом по углубленному фармацевтическому образованию – DFASP (Diplôme de formation approfondie en sciences médicales de la pharmacie) и затем решают: учиться еще один год до получения государственного диплома доктора фармации – D.E. (Diplôme d'Etat) de docteur en pharmacie (что позволяет работать провизором в аптеке или на фармацевтическом предприятии) или продолжить обучение на 3-м цикле (еще 4–5 лет) до получения государственного диплома доктора фармации – D.E. (Diplôme d'Etat) de docteur en pharmacie и диплома по специализированным исследованиям в области фармации – DES: Diplôme d'études spécialisées.

Стоматологи по окончании второго цикла получают государственный диплом по углубленному стоматологическому образованию – DFA-SO (Diplôme de formation approfondie en sciences médicales de l'odontologie). Затем они могут продолжить обучение в течение одного года до получения государственного диплома стоматолога-хирурга – D.E. (Diplôme d'Etat) en chirurgie dentaire. Также они могут продолжить обучение и на 3-м

цикле в интернатуре (еще 3–4 года) до получения государственного диплома хирурга-стоматолога – D.E. (Diplôme d'Etat) en chirurgie dentaire и диплома по специализированным исследованиям в области стоматологии – DES: Diplôme d'études spécialisées<sup>8</sup>.

Самый длительный период обучения на этом цикле приходится на специальность «Лечебное дело» – 6 лет. Студенты должны успешно сдать экзамены по теоретическому курсу, пройти стажировки в стационаре и принять участие в необходимых семинарах.

По окончании второго цикла (экстерната) они получают диплом об углубленной медицинской подготовке – DFASM (Diplôme de formation approfondie en sciences médicales de la médecine) и свидетельство об успешно пройденной практике [1, с. 101], после чего переходят на третий цикл – в интернатуру (исторически термин «интерн» означает – студент-медик, который для приобретения навыков практической работы в течение определенного срока живет в клинике, то есть внутри больницы).

Третий цикл – продолжительностью от 3 до 6 лет – включает программы по общей медицине, фармации и стоматологии (хирургическая стоматология), каждая из которых позволяет, кроме государственного диплома доктора медицины, получить и диплом по одной из 11 основных более узких специализаций – DES (Diplôme d'Études Spécialisées)<sup>9</sup> (табл. 1).

Помимо основных специализаций существует большое количество других узких специализаций в различных областях медицины, здравоохранения, социологии, диетологии, врачебной этики и др. Этот уровень образования можно сравнить с нашей системой ординатуры.

Трехступенчатая система высшего медицинского образования реализуется во всех высших медицинских учебных заведениях Франции.

<sup>8</sup> Les études de santé MMOP en un coup d'oeil. L'Étudiant. – URL: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/les-etudes-de-sante-mmop-en-un-clin-d-oeil.html>

<sup>9</sup> Faculté de médecine Montpellier. Nîmes. – URL: <https://facmedecine.umontpellier.fr/etudes-et-formations/etudes-en-medecine/pass/futurs-etudiants/>

Таблица 1

Основные узкие специализации третьего цикла  
медицинского образования в Университете Монпелье

№	Названия специализаций третьего цикла медицинского образования в Университете Монпелье		Минимальный период об- учения
	На французском языке	На русском языке	
1	Biologie médicale	Биологическая медицина	4 года
2	Médecine de travail	Медицина труда	4 года
3	Médecine générale	Лечебное дело (Врач общей практики)	3–4 года
4	Psychiatrie	Психиатрия	4 года
5	Santé publique	Общественное здоровье	4 года
6	Spécialités chirurgicales	Хирургия	5 лет
7	Gynécologie obstétricale	Акушерство и гинекология	4 года
8	Gynécologie médicale	Гинекология	4 года
9	Spécialités médicales	Медицинские специальные практики	4 года
10	Anesthésie-réanimation	Анестезиология	4 года
11	Pédiatrie	Педиатрия	4 года

#### Выводы

Французская система высшего медицинского образования в значительной степени сохранила свои национальные особенности, даже после присоединения к Болонскому процессу. Конкурсный отбор студентов по итогам обучения на первом курсе, а также их распределение по направлениям медицинского образования в соответствии с их рейтингами позволяет отобрать для дальнейшего обучения лучших студентов, мотивированных к изучению медицины. Продолжительные сроки обучения медицинским специальностям (до 12 лет) с акцентом на работу в университетских клиниках позволяют подготовить квалифицированные кадры будущих врачей, имеющих наряду с теоретическими знаниями серьезную практическую подготовку в клиниках по своей специальности.

Испытания, которые выпали на долю врачей в период пандемии COVID-19, возродили престиж медицинской профессии – врача, медицинской сестры, ученых-медиков, в руках которых здоровье, счастье и жизнь сотен тысяч незнакомых им людей.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Закирьянова А.Х. Модернизация системы профессиональной подготовки будущих врачей во Франции: образовательные траектории / А.Х. Закирьянова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Образование. Педагогические науки». – 2021. – Том 13. – № 2. – С. 96–106.
2. Ткач Г.Ф. От среднего образования к высшему: современный опыт оптимизации набора студентов во Франции / Г.Ф. Ткач // Ежегодник российского образовательного законодательства. – 2018. – Том 13. – С. 154–171.
3. Уиттакер Э. Франция (Разговор о культуре) / Э. Уиттакер. – М.: РИПОЛ классик, 2013. – 304 с.
4. Стрельцова Я.Р. Высшая школа во Франции: тенденции и перспективы / Я.Р. Стрельцова // Франция на пороге перемен: экономика и политика в начале XXI века. – М.: ИМЭМО РАН, 2016. – С. 38–46.
5. Зудгоф К. Медицина Средних веков и Эпохи Возрождения / К. Зудгоф. – М.: Вузовская книга, 1999. – 160 с.
6. Сорокина Т.С. История медицины: в 2 т. – Т. 1: учебник для студ. учреждений высш. мед. образования / Т.С. Сорокина. – 14-е изд., испр. и доп. – М.: Издательский центр «Академия». – 2021. – 288 с.

### REFERENCES

1. Zakiryanova A.Kh. Modernization of the system of professional training of future doctors in France: Educational trajectories. *Vestnic YuUrGU. Seriya "Obrazovanie. Pedagogicheskie nauki"* [Bulletin of the South Ural States University. Ser. Education. Educational Sciences], 2021, vol. 13, no. 2, pp. 96–106 (in Russian).
2. Tkach G.F. From Middle education to Higher education: modern experience of optimization of student selection in France. *Ezhegodnic rossiyskogo obrazovatel'nogo zakonodatel'stva* [Annual of the Russian Educational legislation], 2018, vol. 13, pp. 154–171 (in Russian).
3. Wittaker E. *Frantsiya (Razgovor o culture)* [France (Talk on Culture)]. Moscow, RIPOL klassik, 2013. 304 p. (in Russian).
4. Streltsova Ya.R. Higher school in France: tendencies and perspectives. *Frantsiya na poroge peremen: ekonomika i politika v nachale XXI veka* [France on the threshold of changes: economics and policy at the beginning of the XXI century]. Moscow, IMEMO RAN, 2016, pp. 38–46 (in Russian).
5. Sudhoff K. *Medsina Srednikh vekov i Epokhi Vozrozhdeniya* [Medicine of Middle ages and Renaissance]. Moscow, University Science, 1999. 160 p. (in Russian).
6. Sorokina T.S. *Istoriya meditsiny. v 2 t. 14<sup>e</sup> izd.* [History of Medicine: in 2 vol. 14<sup>th</sup> edition]. Moscow, Academy, 2021, vol. 1. 288 p. (in Russian).

#### **ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ**

*Ершов Андрей Евгеньевич* – ассистент кафедры истории медицины, Российский университет дружбы народов, Москва, Российская Федерация;  
e-mail: [ershov-ae@rudn.ru](mailto:ershov-ae@rudn.ru)  
ORCID: 0000-0002-7905-257X  
Author ID 682162

*Сорокина Татьяна Сергеевна* – заведующая кафедрой истории медицины, Российский университет дружбы народов, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник высшей школы Российской Федерации, Москва, Российская Федерация; e-mail: [sorokina-ts@rudn.ru](mailto:sorokina-ts@rudn.ru)  
ORCID: 0000-0002-5402-1427  
Author ID 441251

#### **AUTHORS**

*Andrey Ershov* – Junior Lecturer, Department for the History of Medicine, Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russian Federation;  
e-mail: [ershov-ae@rudn.ru](mailto:ershov-ae@rudn.ru)  
ORCID: 0000-0002-7905-257X  
Author ID 682162

*Tatiana Sorokina* – Head of the Department for the History of Medicine, Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Doctor habil. in Medicine, Professor, Honored Worker of Higher School of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation;  
e-mail: [sorokina-ts@rudn.ru](mailto:sorokina-ts@rudn.ru)  
ORCID 0000-0002-5402-1427  
Author ID 441251

УДК 613.1:551.50:616-051 «18/20»  
DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.011

## МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ И МЕЖДУНАРОДНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ В ИЗУЧЕНИИ ВЛИЯНИЯ МЕТЕОТРОПНОСТИ НА ЗДОРОВЬЕ: XIX—XXI ВВ.

Кульпанович О.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Белорусская медицинская академия последиplomного образования, г. Минск, Республика Беларусь*

### **Ключевые слова:**

история медицины, метеонаблюдения, врачи, Беларусь, исследования, здоровье.

### **Аннотация**

Публикация посвящена осмыслению опыта метеонаблюдений и исследований, с медицинской точки зрения, в XIX—XXI вв. Это способствует приращению научных знаний и практик, решению стоящих перед обществом проблем и вызовов цивилизации. Анализ источников свидетельствует о научно-практической значимости понимания и использования погодно-климатических факторов в профилактике и лечении. Актуализирована роль медиков (врачей, ученых-медиков, фельдшеров и аптекарей) Беларуси в создании единого цивилизационного пространства. Проблемное поле метеорологии начало захватывать к середине XIX века вопросы бальнеологии, пульмонологии, вирусологии. Приведены многочисленные факты, свидетельствующие о том, что представители белорусской медицины вносят весомый вклад в решение проблем климатологии, курортологии, экологии и окружающей среды. Это выражалось в виде разнообразных активностей, уникальных исследований и публикаций (научно-популярных и строго академических). Вопросы влияния погодных факторов на организм отражены в монографиях и диссертационных работах. Данные исследования представляют собой анализ сведений о заболеваемости населения территории, метеорологических условиях местности. Доктора формулировали рекомендации по правильному поведению людей в конкретной природной ситуации. Сейчас это называется профилактикой метеотропных реакций. Предписания исследователей совпадали с мнением авторитетных европейских врачей и ученых.

## MULTIDISCIPLINARY AND INTERNATIONAL INTEGRATION FOR STUDYING THE HEALTH EFFECTS OF METEOROLOGICAL FACTORS: XIX—XXI CENTURIES

Kulpanovich O.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus*

### **Keywords:**

history of medicine, meteorological observations; doctors; Belarus; research; health.

### **Abstract**

The publication is devoted to comprehending the experience of meteorological observations and research of the XIX—XXI centuries from a medical point of view. This contributes to the growth of scientific knowledge and practices, the solution of the problems facing the society and challenges of civilization. The analysis of sources testifies to the scientific and practical importance of understanding and using weather and climatic factors in prevention and treatment. The role of physicians (doctors, medical scientists, paramedics and pharmacists) of Belarus in the creation of a single civilizational space has been updated. By the middle of the nineteenth century, the problem field of meteorology began to grasp the issues of balneology, pulmonology, and virology. Numerous facts are presented that indicate that representatives of Belarusian medicine make a significant contribution to solving problems of climatology, balneology, ecology and the environment. This was expressed in

the form of a variety of activities, unique research and publications (popular science and strictly academic). Questions of the influence of weather factors on the body are reflected in monographs and dissertations. These studies are an analysis of information about diseases, about, meteorological conditions of the area. Doctors formulated recommendations for the correct behavior of people in each specific natural situation. Now this is called the prevention of meteorotropic reactions. The prescriptions of the researchers coincided with the opinions of reputable European doctors and scientists.

Один из ведущих мировых трендов – климат как новая религия. Проблема изменения климата касается как общества в целом, так и здоровья каждого человека. Понимание этого, осознание хрупкости человеческой жизни и высокая социальная ответственность объясняют то, что у истоков изучения влияния погодно-климатических факторов на здоровье стояли работники медицины (врачи, фельдшера, аптекари).

Отечественная метеорология Белоруссии ассоциируется с именами врачей, ученых-медиков, работавших на территории современной Беларуси или этнических белорусов, проживавших за ее пределами. Это Гирш И.Д., Грабовский С.И., Дихтяр С.Р., Кобро Н.Н., Кодис Т.К., Медовников А., Михельсон Л., Новицкий Ф.Я., Наркевич-Иодко С.-Я.-С.О., Недзьведский А.Ф., Пацановский И.М., Пономарев Я.М., Поддубский Л.В., Рейхнау И.И., Пастернацкий Ф.И., Сульжинский М.-С.Ф., Хундадзе Н.И., Элиашевич К.А. и др.

Разные люди, разные судьбы... Помимо медицинской профессии их объединяли широкий кругозор, глобальное видение картины мира и системное мышление. Эти имена составляют гордость медицинской науки и практики Белоруссии.

По указанию МВД России Врачебные управы в Витебской, Гродненской и Минской губерниях ещё в начале XIX века (1812–1828) обязали уездных штаб-лекарей наряду с лечебной работой регулярно проводить и метеорологические наблюдения. Этот труд был отнесен к числу «посторонних обязанностей врачей». В конце года уездные лекари высылали в канцелярию губернатора «Годовые медицинские ведомости». Они состояли из двух частей: первая содержала раздел «Топографические замечания о состоянии метеорологического положения» уезда», вторая часть ведомостей была непосредственно медицинская.

В фондах Национального исторического архива Беларуси удалось выявить «медико-физические ведомости», «медико-топографические описания» первой половины XIX века с харак-

теристикой климата. Их составителями являлись уездные врачи Витебской губернии – Кобро Н.Н., Медовников А., Рейхнау И.И., в Борисовском повете – доктор медицины и хирургии Гирш И.Д., в Игуменском повете – штаб-лекарь Пацановский И.М., в Диссенском – штаб-лекарь Михельсон Л., в Игуменском уезде – доктор Новицкий Ф.Я. и др. Авторы медико-топографических описаний пытались решить вопрос о происхождении болезней, их связи с окружающей средой, климатическими и географическими условиями.

После обращения Главной физической обсерватории (далее – ГФО) к коменданту Брестской крепости генерал-лейтенанту Э.С. Цытовичу в ней с 1888 г. стали проводиться метеонаблюдения. Метеорологическая станция находилась в саду во дворе госпиталя. Желание заниматься метеонаблюдениями выразил старший врач крепости, он же главный врач крепостного госпиталя Мокрицкий Ф.Г. [1, л. 1, 4 об.].

Среди пионеров белорусской гидрометеорологии можно назвать врачей, ученых-медиков, фельдшеров и аптекарей. Их мотивацией был интерес к явлениям природы. Это были просвещенные личности. Они осознанно прониклись идеей метеонаблюдений. Исследователи овладевали методикой наблюдений, приобретали необходимые приборы и инструменты (сами конструировали или покупали), создавали метеостанции. Ограничения личного распорядка, внимание и педантизм — все это требовала практика метеонаблюдений. Медики регулярно изо дня в день много лет, без вознаграждения проводили инструментальные замеры, вели записи погодных явлений и анализировали их. На крышах своих домов исследователи устанавливали железные флюгера – устройства для наблюдения за направлением ветра. Это воспринималось населением далеко не с оптимистичных позиций. Рассматривалось окружающими чаще всего как чудачество или же ересь и покушение на вековые устои.

Активный интерес к метеорологическим на-

блюдениям проявил врач Сопощко Петр Александрович (1831–1909, Раков). Он создал метеостанцию в имении Тростенец под Минском (Сенницкая волость Минский уезд) в 1870 году. Метеорологические замеры проводились врачом и его женой с 1870 г. до мая 1889 г. В 2021 году медицинская общественность Беларуси отмечает 190-летний юбилей со времени рождения Сопощко П.А. [2].

Уездный врач И.П. Ящуржинский (род. в 1855 г.) в Климовичах Могилевской губернии проводил с 1892 года метеорологические наблюдения, затем продолжил их в Чериковском уезде. Ему помогал фельдшер Н.Х. Кантор. По предложению члена Общества минских врачей провизора Дашкевича в 1869 г. в Игумене открылась метеорологическая станция. Результаты своих наблюдений провизор Дашкевич, а после его преемник провизор А.С. Гецов, печатали на страницах протоколов Общества минских врачей [3, с. 259].

Особо следует отметить метеостанцию вольнопрактикующего врача Недзведзкого Антона Фелициановича, которую он организовал в 1895 г. в Минске на собственные средства и оборудовал ценными приборами. Она располагалась рядом с его квартирой в конце улицы Магазиной (совр. Кирова). В 1898 году воры похитили все приборы метеостанции. Врач купил новые и защитил конструкцию железной решеткой. Данная метеостанция исполняла функцию городской. 12 октября 1903 года А.Ф. Недзведский назначен городским санитарным врачом Минска. На метеостанцию у доктора просто не оставалось времени. Поэтому она прекратила свою деятельность [4, с. 4].

Что касается наблюдений за пределами современной Беларуси, то весомый след белорусского происхождения оставили такие известные врачи как Поддубский Л.В. (о-в Сахалин), Дыбовский Б.И. (озеро Байкал), Элиашевич К.А. (Иркутск), Сульжинский М.-С.Ф. (Геленджик) и др.

Существенный вклад в раскрытие медицинского потенциала метеорологии внесли диссертации и монографии врачей Беларуси. В первую очередь, это результаты оригинальных исследований по изучению в медико-топографическом отношении городов и уездов Беларуси врачей Белицкого О.Ф. (1844), Голынца Л.И. (1887), Бекаревича А.А. (1890), Кошелева В.В. (1901) и др. Данные труды представляли собой анализ сведений о болезнях, составе и движении народонаселения,

о геологических и географических, гидрографических, метеорологических, этнографических условиях местности. Эти комплексные работы и сегодня представляют огромную источниковедческую ценность.

Доктора формулировали рекомендации по правильному поведению людей в каждой конкретной природной ситуации. Сейчас это называется профилактикой метеотропных реакций. Предписания исследователей совпадали с мнением авторитетных европейских врачей и ученых. В то же время белорусские доктора важное значение придавали общегигиеническим мерам. Большой научный интерес имеют уникальные публикации врачей по метеотропным реакциям организма в контексте медицинской реабилитации. Например, врач в Друскениках Гродненской губернии В.П. Буяковский опубликовал в 1899 году книгу «Друскеники: бальнео-гидро и климатотерапевтическое их значение»; старший ординатор Гродненского военного госпиталя, доктор медицины Я.М. Пономарев, опубликовал в 1878 году «Необходимые сведения для посетителей Друскеникских минеральных вод; их климат и прочее»; губернский санитарный врач Минска Б.А. Клецкой издал в 1911 г. книгу «Климато-диетическое лечение в Закопане».

Проблемное поле метеорологии, долгое время остававшееся на периферии научного интереса, постепенно перемещалось в центр внимания и трансформировалось в новое междисциплинарное научное знание. Его фокус начал захватывать к концу XIX века вопросы медицинской климатологии, бальнеологии, курортологии, пульмонологии, эпидемиологии. Об этом свидетельствуют следующие исследования:

- «Одна из очередных задач медицинской метеорологии» (1912);
- «На границе эпидемиологии и метеорологии. 1899/1900-й чумный год» (1901);
- «К метеорологии холеры 1904 и 1905 гг. в России и Пруссии»;
- «Система антициклонов и циклонов в связи с распространением холеры и чумы» (1909).

Одной из ключевых фигур климатологии является терапевт, климатолог и бальнеолог, профессор Пастернацкий Федор Игнатьевич (1845–1902) [5, с. 1236, 1272]. Он возглавлял работу врачей и метеорологов по сбору сведений и разработке данных о российских курортах. Он стоял у исто-

ков г. Сочи как курорта. Профессор организовал климато-бальнеологическую секцию (отделение) Русского общества охранения народного здоровья (1894). Был избран ее председателем.

Ф.И. Пастернацкий являлся одним из инициаторов и организаторов 1-го Всероссийского съезда по климатологии, гидробиологии и бальнеологии (СПб., 1898). За год до своей кончины профессор совершил большое путешествие по белорусскому Полесью с целью его медико-топографического обследования. Это было лебединой песней Федора Игнатьевича.

Беларусь в лице врачей Сопоцько П.А. и Кодиса Т.К. была задействована ГФО и Королевской обсерваторией в Гринвиче к научному наблюдению за полными солнечными затмениями (19.08.1887, 21.08.1914) [6, с. 4.].

Что касается исследований нового и новейшего времени, то из большого массива выделяются работы заместителя заведующего курортным отделом НКЗ БССР (1924), заведующего лечебно-профилактическим отделом НКЗ БССР (1927) Дихтяра С.Р. (1894–1980) [7]. Его работы интересны с точки зрения влияния климатических явлений, факторов окружающей среды на организм. На основе своих многолетних исследований он успешно защитил докторскую диссертацию «Влияние на здоровье работающих производственно-метеорологического фактора в условиях «пустынного» жаркого климата Средней Азии в летнее время» (Ташкент, 1942).

Со второй половины XX века метеотематика расширена вопросами, соответствующими духу времени. Медицинские исследования направлены на решение новых задач. Например, адаптация спортсменов к условиям проведения очередных Олимпийских Игр (разница в климате, высоте над уровнем моря и др.), акклиматизация в различных климато-географических зонах.

Особое место занимает труд «Влияние метеорологических факторов на больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и возможные пути профилактики» (1983). Это новый формат исследования, поскольку работа носит междисциплинарный характер. К ее созданию причастны профильные ведомства (Белорусские НИИ кардиологии и НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии, Белорусское республиканское управление по гидрометеорологии и контролю природной среды, Республиканский совет по

управлению курортами профсоюзов).

Накопленный опыт носит актуальный, детерминирующий и прогностичный характер. Сохранилась созданная в том числе, при участии медиков Беларуси, ценная база данных метеонаблюдений, которая и сейчас востребована для моделирования климатических процессов в мире. Данные метеорологических наблюдений выстраиваются в более чем 200-летний непрерывный ряд. Так в условиях синергии глобальных усилий людей, разбросанных во времени и пространстве, складывается картина мира на Земле. Все это способствует решению широкого круга проблем: от отраслевых (здравоохранительных) до планетарных. Это возможность для стран формировать экономику XXI века таким образом, чтобы она была устойчивой, зеленой и безопасной.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Врачебное отделение Гродненского губернского правления. Национальный исторический архив Беларуси в г. Гродно. – Ф. 9. – Оп. 1. – Д. 1249. – Л. 1, 4 об.
2. Минское губернское правление. Национальный исторический архив Беларуси. – Ф. 299. – Оп. 3. – Д. 166, 861, 1907, 1953.
3. Минские врачебные известия. – 1912. – № 10. – С. 259.
4. Состояние погоды. Метеорологическая станция д-ра Недзведзкого в г. Минске // Северо-Западный край. – 1903. – 24 окт. – С. 4.
5. Ликуди Г.Г. [Ф.И. Пастернацкий]: некролог / Г.Г. Ликуди // Журн. Рус. врач. – 1902. – № 34. – С. 1236; № 35. – С. 1272.
6. Вестник Минского губернского комиссариата. – 1917. – № 113. – 23 июля. – С. 4.
7. Витебский губернский отдел здравоохранения. Государственный архив Витебской области. – Ф. 64. – Оп. 1. – Д. 681.

### REFERENCES

1. *Vrachebnoye otdeleniye Grodnenskogo gubernskogo pravleniya. Natsional'nyy istoricheskiy arkhiv Belarusi v g. Grodno. F. 9. Op. 1. D. 1249* [National Historical Archives of Belarus in Grodno, Fund 9, Inventory 1, Document 1249] (in Russian).
2. *Minskoye gubernskoye pravleniye. Natsional'nyy istoricheskiy arkhiv Belarusi. F. 299. Op. 3. D. 166, 861, 1907, 1953* [National Historical Archives of Belarus, Fund 299, Inventory 3, Document 166, 861, 1907, 1953] (in Russian).
3. *Minskiye vrachebnyye izvestiya* [Minsk medical news], 1912, no. 10, p. 259 (in Russian).
4. *Severo-Zapadnyy kray* [North-West Territory], 1903, 24 Oct., p. 4 (in Russian).
5. Likudi G.G. [F.I. Pasternatskiy]: obituary. *Zhurnal Pucskiy vrach* [Russian doctor magazine], 1902, no. 34, p. 1236; no. 35, p. 1272 (in Russian).
6. *Vestnik Minskogo gubernskogo komissariata* [Bulletin of the Minsk Provincial Commissariat], 1917, no. 113, 23 July (in Russian).
7. *Vitebskiy gubernskiy otdel zdravookhraneniya. Gosudarstvennyy arkhiv Vitebskoy oblasti. F. 64. Op. 1. D. 681* [State Archives of Vitebsk Region, Fund 64, Inventory 1, Document 681] (in Russian).

**ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ**

*Кульпанович Ольга Александровна* – заведующая кафедрой финансового менеджмента и информатизации здравоохранения, Белорусская медицинская академия последиplomного образования, кандидат медицинских наук, доцент, Минск, Республика Беларусь;  
e-mail: olga\_k\_14@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-9731-8888  
Author ID 777341

**AUTHOR**

*Olga Kulpanovich* – Head of the Department of Health Management and Informatization, Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus;  
e-mail: olga\_k\_14@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-9731-8888  
Author ID 777341

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.012

## ДЕФИНИЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ ТЕРМИНОВ ТЕОРИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Спасенников Б.А.<sup>1</sup>, Коломийченко М.Е.<sup>1</sup>, Марковина И.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Сеченовский университет, Москва, Российская Федерация*

### Ключевые слова:

общественное здоровье, здравоохранение, организация здравоохранения, терминология, дефиниция.

### Аннотация

Становится актуальной эквивалентность терминологии науки общественного здоровья и организации здравоохранения на русском и английском языках для интеграции российской науки в мировую. Авторы исследовали наиболее значимые термины в этой области. На основании проведенного научного анализа сформулированы авторские определения этих терминов, либо даны, по мнению авторов, наиболее точные определения, сформулированные другими авторами (источниками). Авторы надеются, что обсуждение предложенных терминов будет способствовать интеграции отечественной науки общественного здоровья и организации здравоохранения в мировое научное пространство.

## DEFINITION OF SOME TERMS IN PUBLIC HEALTH THEORY AND ORGANIZATION OF HEALTHCARE

Spasennikov B.A.<sup>1</sup>, Kolomiychenko M.E.<sup>1</sup>, Markovina I.Yu.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

<sup>2</sup> *Sechenov University, Moscow, Russian Federation*

### Keywords:

Public Health, Healthcare, Organizations of Healthcare, terminology, definition.

### Abstract

The equivalence of the terminology for the Public Health Science and Healthcare in Russian and English for the integration of Russian Science into the World (English-speaking) Science is becoming urgent. The authors researched the most significant terms in this field. Based on the analysis made the authors present their own definitions or edited versions of definitions borrowed from other sources. It is believed that the discussion presented could promote the integration of Russian Public Health and Healthcare Research into the Global Science.

В соответствии с приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 24 февраля 2021 г. № 118<sup>1</sup> наименование

<sup>1</sup> Приказ Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 24 февраля 2021 г. № 118 «Об утверждении номенклатуры научных специальностей, по которым присуждаются ученые степени, и внесении изменения в Положение о совете по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук, утвержденное приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 10 ноября 2017 г. № 1093». – Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://www.pravo.gov.ru>

и шифр нашей научной специальности изменены на «3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история медицины»<sup>2</sup>.

Терминология по науке общественного здоровья и организации здравоохранения в научных изданиях была опубликована достаточно давно (2008, 2014) [1; 2]. За прошедшие годы теория

<sup>2</sup> Авторы полагают, что научная принадлежность истории медицины будет уточняться в последующих приказах Министерства науки и высшего образования Российской Федерации.

общественного здоровья и организация здравоохранения продолжала развиваться. Увеличивается число публикаций в научных изданиях, индексируемых в международных базах данных, что предполагает сопоставимость, эквивалентность употребляемых терминов на русском и английском языках.

Поэтому авторами были исследованы и выбраны наиболее значимые термины в науке общественного здоровья и организации здравоохранения. На основании проведенного научного анализа сформулированы авторские определения ряда терминов, либо даны, по мнению авторов, наиболее точные определения, сформулированные другими учеными (источниками); представлены англоязычные эквиваленты этих терминов.

В связи с тем, что целью разработки терминологии является создание соответствующего понятийного аппарата, первоначально были определены следующие термины:

«термин» – слово или словосочетание, являющееся точным обозначением определенного понятия в какой-либо области знания<sup>3</sup> (или, на наш взгляд, слово или сочетание слов, в котором зафиксировано строго определенное научное понятие и его соотношение с другими научными понятиями в пределах какой-либо области знания<sup>4</sup>);

«терминология» – совокупность терминов какой-либо специальной области знаний или деятельности (слов и словосочетаний, обозначающих ее понятия) [3, с. 70];

«терминологическая система» – организованная совокупность терминов в специальном языке определенной области знания<sup>5</sup>;

«понятие» – форма мышления, отражающая существенные свойства, связи и отношения предметов и явлений<sup>6</sup>;

<sup>3</sup> Постановление Государственного комитета Российской Федерации по стандартизации и метрологии от 07 октября 1999 г. № 334-ст «О принятии и введении в действие межгосударственного стандарта» (межгосударственный стандарт ГОСТ 7.0-99 «Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Информационно-библиотечная деятельность, библиография. Термины и определения») // ИПК Издательство стандартов. – 1999.

<sup>4</sup> Отсутствие ссылки на Список используемой литературы или постраничной сноски (на нормативный правовой акт) указывает на авторский вариант определения.

<sup>5</sup> Постановление Государственного комитета Российской Федерации по стандартизации и метрологии от 07 октября 1999 г. № 334-ст «О принятии и введении в действие межгосударственного стандарта» (межгосударственный стандарт ГОСТ 7.0-99 «Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Информационно-библиотечная деятельность, библиография. Термины и определения») // ИПК Издательство стандартов. – 1999.

<sup>6</sup> Там же.

«дефиниция» (синоним «определение») – указание или объяснение значения (смысла) термина и (или) объема (содержания) выражаемого данным термином понятия [4, с. 435].

Дефиниции науки общественного здоровья и организации здравоохранения представлены авторами в алфавитном порядке на русском языке:

**Болезнь = Disease** [вариант: Illness, Sickness, Ailment, Malady]. Термин имеет несколько значений:

- заболевание отдельного человека;
- понятие о болезни как нозологической единице;
- обобщенное понятие о болезни как биологическом и социальном явлении [5, с. 283].

**Больница = Hospital** [вариант: In-patient clinic, In-patient department] – медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, предусматривающих круглосуточное пребывание пациента.

**Больной = Patient** [вариант: Sick man, Ill man] – физическое лицо, у которого установлено наличие заболевания [1, с. 74].

**Госпитализация = Hospitalization** – процесс поступления и период пребывания пациента в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях.

**Госпитализация повторная = Repeated Hospitalization** – повторное поступление пациента в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях, с тем же диагнозом в течение определенного промежутка времени после выписки.

**Диагноз = Diagnosis** – медицинское заключение о патологическом состоянии здоровья человека, об имеющемся заболевании (в том числе травме, отравлении и др.), а также в качестве причины смерти, выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурами.

**Диагностика = Diagnostics** – комплекс медицинских мероприятий, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний.

**Заболеваемость = Morbidity** [вариант: Incidence] – распространенность заболеваний среди населения или отдельных его групп [1, с. 20].

**Заболеваемость общая = General Morbidity** [вариант: General Incidence] – все заболевания населения, зарегистрированные в течение опреде-

ленного периода времени (например, календарного года).

**Заболеваемость первичная = Primary Morbidity** [вариант: Primary Incidence] – впервые в жизни установленные диагнозы заболеваний, зарегистрированные в течение определенного периода времени (например, календарного года).

**Заболевание = Disease** [вариант: Illness, Sickness, Ailment, Malady]. Термин имеет несколько значений:

- болезнь у отдельного человека;
- случай болезни;
- возникновение болезни [6, с. 273].

**Здравоохранение = Healthcare** [вариант: Health Care, Healthcares].

Термин имеет несколько известных определений:

– система практических знаний и умений, направленных на охрану и улучшение здоровья населения при помощи организованных общественных усилий, а также профилактической медицины, санитарии и социологии [1, с. 30];

– система социально-экономических и медицинских мероприятий, имеющих целью сохранить и повысить уровень здоровья каждого отдельного человека и населения в целом [6, с. 357].

На наш взгляд, этот термин можно определить следующим образом: система организаций и иных субъектов, независимо от организационно-правовой формы, деятельность которых связана с производством, обеспечением, контролем качества, реализацией медицинских услуг, лекарственных средств, медицинских изделий, проведением работ по предупреждению заболеваний, организацией и управлением процессами и финансами в сфере здравоохранения.

Можно сформулировать более лаконично: совокупность ресурсов и достижений науки (клинические и организационные технологии), направленных на профилактику и укрепление здоровья.

**Инвалид = Disabled Person** [вариант: Person with Disability] – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты<sup>7</sup>.

**Инвалидность = Disability** – стойкая (дли-

тельная или постоянная), полная или частичная утрата трудоспособности; статистический показатель, характеризующийся отношением общего числа инвалидов (впервые и ранее признанных инвалидами) к общей численности населения.

**Качество медицинской деятельности = Quality of Medical Activity** [вариант: Quality of Medical Care, Quality of Health Services] – совокупность характеристик, отражающих качество медицинской помощи, а также качество ее организации.

**Качество медицинской помощи = Quality of Medical Care** [вариант: Quality of Medical Activity, Quality of Health Services] – совокупность характеристик, отражающих правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также соблюдение технологии лечебного процесса.

**Критерий качества медицинской деятельности (медицинской помощи) = Quality of Medical Activity Criterion** [вариант: Medical Care Quality Criterion, Healthcare Quality Criterion] – существенный, отличительный признак, на основании которого производится оценка качества медицинской деятельности (медицинской помощи).

**Летальность = Mortality** [вариант: Case Fatality Rate] – отношение числа умерших от какой-либо болезни к числу всех лиц, болевших этой болезнью.

Различают:

– больничную летальность (отношение числа умерших в стационаре к сумме выписанных и умерших пациентов (числу выбывших));

– внебольничную летальность (отношение числа умерших к общему числу пациентов, летальный исход у которых наступил вне стационара);

– послеоперационную летальность (отношение числа умерших после проведения оперативного вмешательства, приведшего к летальному исходу, к общему числу прооперированных пациентов).

**Лечение = Treatment** [вариант: Therapy, Medication, Curing] – комплекс медицинских мероприятий, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания (заболеваний), либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

<sup>7</sup> Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1995. – № 48. – Ст. 4563.

**Медицинская деятельность** = **Medical Activity** [вариант: Healthcare Activity(-ies)] – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей (в том числе костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток), обращением (заготовкой, хранением, транспортировкой и клиническим использованием) донорской крови и ее компонентов в медицинских целях.

**Медицинская документация** = **Medical Documentation** – система документов установленной формы, предназначенных для записи и анализа данных, необходимых для организации медицинской помощи населению, изучения состояния его здоровья (как отдельных лиц, так и различных групп) и деятельности медицинских организаций; состоит из документов первичного учета (учетные документы) и отчетных документов. Каждому учетному и отчетному документу (форме) присвоен порядковый номер.

**Медицинская организация** = **Medical Organization** – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии<sup>8</sup>.

**Медицинский работник** = **Medical Worker** [вариант: Healthcare Worker] – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность<sup>9</sup>.

**Нозологическая единица** = **Nosological Unit** [вариант: Nosological Entity, Specific Disease] – конкретная болезнь, в основе которой – определенные этиология, патогенез и функционально-морфологические изменения.

**Нозология** = **Nosology** – учение о болезни, включающее биологические и медицинские осно-

вы болезней, а также вопросы их этиологии, патогенеза, номенклатуры и классификации. В соответствии с нозологией выделяют нозологические единицы [7, с. 59].

**Обращение** = **Out-patient Visit** [вариант: Visit to the Doctor] – одно или несколько посещений пациента по одному поводу.

**Общественное здоровье** = **Public Health** – медико-социальный и экономический потенциал развития общества, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, включающий физическое, репродуктивное, психическое и духовное здоровье, измеряемый показателями состояния здоровья населения и позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасности жизни.

**Общественное здравоохранение** = **Public Health** – наука и конкретная деятельность по профилактике заболеваний, продлению жизни, укреплению здоровья и улучшению качества жизни населения посредством мобилизации усилий общества и проведения соответствующих организованных мероприятий на различных уровнях.

**Ограничение жизнедеятельности** = **Self-care Activity Disfunction** [вариант: Self-care Activity Limitations] – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью<sup>10</sup>.

**Организации здравоохранения** = **Health-care Organizations** [вариант: Healthcare Institutions] – юридические лица, выполняющие функции по оказанию медицинской и лекарственной помощи гражданам, а также по обеспечению медицинскими изделиями с возможностью осуществлять научно-исследовательскую, образовательную, информационную, просветительскую, санитарно-эпидемиологическую деятельность.

**Относительные величины** = **Relative Values** – различают относительные величины:

– экстенсивные показатели (показатели распределения, структуры), характеризующие отношение отдельной части ко всей совокупности;

– интенсивные показатели (показатели частоты, распространенности), характеризующие частоту, с которой изучаемое явление наблюдается в определенной среде (совокупности). Они рассчи-

<sup>10</sup> Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1995. – № 48. – Ст. 4563.

<sup>8</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.

<sup>9</sup> Там же.

тываются на 100, 1000, 10000 и 100000 жителей (рождаемость, смертность, заболеваемость и др.);

– показатели наглядности характеризуют соотношение однородных показателей в динамике или за один и тот же период, но на различных территориях, вычисляются путем принятия одной из сравниваемых величин за 100%;

– показатели соотношения, характеризующие соотношение величины изучаемого явления с величиной явления, принятого за соизмеритель (то есть соотношение двух не связанных между собой совокупностей), например, обеспеченность населения врачами в расчете на 1000 населения.

**Пандемия = Pandemic** – высшая степень развития эпидемического процесса; необычайно сильная эпидемия, распространившаяся на территории стран, континентов [8, с. 254].

**Пациент = Patient** – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось с целью получения медицинской услуги независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

**Подушевой норматив финансирования = Funding Per Capita** [вариант: Per Capita Funding] – расчетный показатель минимально необходимой потребности в финансовых средствах на обеспечение государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи одному жителю.

**Показатели общественного здоровья (показатели состояния здоровья населения) = Public Health Indicators** [вариант: Public Health Index, Public Health Value] – унифицированные количественные измерители, применяемые для оценки уровня общественного здоровья и его динамики (медико-демографические показатели, показатели заболеваемости, физического развития и инвалидности).

**Показатель = Index** [вариант: Rate, Indicator, Value] – характеристика явления и/или процесса, выраженная в числовой форме (в абсолютных величинах: число случаев, численность населения, число дней пребывания больного на койке и др.; в относительных величинах: число случаев на 1000 населения, на 1000 выбывших пациентов и др.).

**Показатель качества медицинской деятельности (медицинской помощи) = Quality of Medical Activity Indicator** [вариант: Medical Care Quality Indicator, Healthcare Quality Indicator]

– числовой показатель, отражающий состояние категории «критерий качества медицинской

деятельности (медицинской помощи)». Может выражаться в абсолютных или относительных величинах.

**Поликлиника = Out-patient Clinic** [вариант: Out-patient Department] – медицинская организация, оказывающая первичную (доврачебную, врачебную, специализированную) медико-санитарную и паллиативную (первичную, специализированную) медицинскую помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

**Посещение = Out-patient Visit** [вариант: Out-patient Attendance] – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

**Профилактика = Prevention** – комплекс мероприятий (социальных, гигиенических, медицинских и др.), направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания, на сохранение и укрепление здоровья (формирование здорового образа жизни; предупреждение возникновения и (или) распространения, а также раннее выявление заболеваний; выявление причин и условий их возникновения и развития).

**Профилактика вторичная = Secondary Prevention** – комплекс мероприятий (социальных, гигиенических, медицинских и др.), направленных на раннее выявление заболевания; раннее выявление и предупреждение обострений, рецидивов, осложнений, прогрессирования и хронизации болезненного процесса.

**Профилактика первичная = Primary Prevention** – комплекс мероприятий (социальных, гигиенических, медицинских и др.), направленных на предотвращение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также на повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды (природной, производственной, бытовой) (сохранение «ненарушенного здоровья», недопущение воздействия факторов среды, способных вызвать патологические изменения).

**Профилактика третичная = Tertiary Prevention** – комплекс мероприятий (социальных, гигиенических, медицинских и др.), направленных на предупреждение обострения уже развившегося заболевания, его перехода в хроническую форму, появления нетрудоспособности и инвалидности.

**Процесс оказания медицинской помощи =**

**Health Service Delivery Process** [вариант: Medical Care Process] – деятельность, состоящая из медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций по отношению к конкретному пациенту.

**Результативность (медицинская, социальная, экономическая) = Effectiveness** – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов<sup>11</sup>.

**Результативность медицинской помощи = Medical Care Effectiveness** [вариант: Health Service Effectiveness] – достижение определенных изменений при оказании медицинской помощи.

**Система здравоохранения = Healthcare System** – совокупность органов управления и организаций, деятельность которых направлена на сохранение и укрепление здоровья граждан, оказание медицинской и лекарственной помощи, проведение государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

**Смертность = Mortality** [вариант: Mortality Rate, Death Rate) – процесс убыли населения вследствие смерти [9, с. 445]; отношение числа умерших к численности населения, объединенного определенным признаком (возраст, пол, территория и др.).

Для оценки уровня смертности используют интенсивные показатели:

– общий коэффициент смертности (годовое число умерших, приходящееся, например, на 1000 человек населения);

– специальные коэффициенты смертности (характеризуют уровень смертности в соответствующих группах населения, например, по-возрастные коэффициенты – отношение числа умерших за год в конкретной возрастной группе к средней численности данной возрастной группы).

**Технологии здравоохранения = Health Technologies** [вариант: Healthcare Resources] – совокупность ресурсов (включая лекарственные средства, медицинское оборудование и устройства, медицинские процедуры), организационных моделей и систем поддержки, используемых для удовлетворения потребностей в сохранении здоровья людей.

**Технологии медицинские = Medical Tech-**

**nologies** – совокупность и порядок различных мероприятий, методов диагностики, лечения, реабилитации, профилактики, необходимых для достижения конкретных результатов в рамках предоставления медицинских услуг [1, с. 63].

**Технологии телемедицинские = Telemedicine Technologies** – информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента<sup>12</sup>.

**Фармацевтическая деятельность = Pharmaceutical Activity** [вариант: Pharmaceutical Service] – деятельность организаций, независимо от организационно-правовой формы, или граждан, направленная на организацию и обеспечение населения лекарственными средствами.

**Фармацевтическая организация = Pharmaceutical Organization** – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее фармацевтическую деятельность<sup>13</sup>.

**Фармацевтический работник = Pharmaceutical Service Provider** [вариант: Pharmacist] – физическое лицо, которое имеет фармацевтическое образование, работает в фармацевтической организации и в трудовые обязанности которого входят оптовая торговля лекарственными средствами, их хранение, перевозка и (или) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения, их изготовление, отпуск, хранение и перевозка<sup>14</sup>.

**Целевое значение показателя = Indicator Target Value** – значение показателя (индикатора), характеризующее уровень достижения цели и являющееся основой мониторинга в системе планирования.

**Частота = Rate** – мера встречаемости явления; выражение количества наблюдаемых событий в определенной популяции за конкретный период времени [10, с. 243].

**Экспертиза = Expertise** [вариант: Expert Assessment, Expert Evaluation] – изучение специ-

<sup>11</sup> Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 28 сентября 2015 г. № 1390-ст «Об утверждении национального стандарта» («ГОСТ Р ИСО 9000-2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»). – М.: Стандартинформ, 2015. – 53 с.

<sup>12</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.

<sup>13</sup> Там же.

<sup>14</sup> Там же.

алистом (экспертом) или группой специалистов (экспертов) вопросов, для решения которых требуются специальные знания в соответствующей области науки, с вынесением определенного суждения (заключения) [11, с. 16].

**Эпидемиология = Epidemiology.** Термин имеет несколько значений:

– отрасль медицинской науки, которая занимается исследованием факторов и условий, определяющих частоту и распространение заболеваний и инвалидности среди населения [1, с. 26; 12, с. 14]; – отрасль медицинской науки, изучающая распространение (анализ в зависимости от времени, места и классов заболевших) относящихся к здоровью человека состояний или событий (болезней, причин смерти и др.) в определенных популяциях и их детерминант (физических, биологических, социальных, культурных и иных факторов), а также применение этих исследований в контроле над проблемами здоровья с применением надзора, наблюдения, проверки гипотез, аналитических исследований и экспериментов.

**Эпидемия = Epidemic** – категория интенсивности эпидемического процесса, характери-

зующаяся значительно превышающим обычно регистрируемый на данной территории за аналогичный период уровень заболеваемости определенной инфекционной болезнью.

**Эффективность медицинской помощи = Medical Care Efficiency** [вариант: Health Service Efficiency] – степень достижения конкретных результатов при определенных материальных, временных и трудовых затратах (данные затраты отражают степень использования материальных и кадровых ресурсов, определяют стоимость оказания медицинской помощи) [13, с. 6–7].

**Заключение**

Работа над совершенствованием терминологии теории общественного здоровья и организации здравоохранения будет продолжена в Национальном научно-исследовательском институте общественного здоровья имени Н.А. Семашко.

Авторы надеются, что обсуждение предложенных терминов будет способствовать интеграции отечественной науки общественного здоровья и организации здравоохранения в мировое научное пространство.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Щепин О.П. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению (четвертая редакция) / О.П. Щепин, Е.П. Жилиева, А.М. Калинина и др. – М.: Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья РАМН, 2008. – 107 с.
2. Общественное здоровье и здравоохранение: национальное руководство / Под ред. В.И. Стародубов, О.П. Щепин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 624 с.
3. Большая Российская энциклопедия: [В 35-ти т.] / Председатель Науч.-ред. совета Ю.С. Осипов. Отв. ред. С.Л. Кравец. – Т. 32. – М.: Большая Российская энциклопедия, 2016. – 765 с.
4. Большая Советская Энциклопедия: [В 30-ти т.] / Гл. ред. А.М. Прохоров. – 3-е изд. – Т. 18. – М.: Советская Энциклопедия, 1974. – 631 с.
5. Большая медицинская энциклопедия: [В 30-ти т.]. Гл. ред. Б.В. Петровский. – 3-е изд. – Т. 3. – М.: Советская энциклопедия, 1976. – 636 с.
6. Большая медицинская энциклопедия: [В 30-ти т.]. Гл. ред. Б.В. Петровский. – 3-е изд. – Т. 8. – М.: Советская энциклопедия, 1978. – 528 с.
7. Большая медицинская энциклопедия: [В 30-ти т.]. Гл. ред. Б.В. Петровский. – 3-е изд. – Т. 17. – М.: Советская энциклопедия, 1981. – 454 с.
8. Большая медицинская энциклопедия: [В 30-ти т.]. Гл. ред. Б.В. Петровский. – 3-е изд. – Т. 18. – М.: Советская энциклопедия, 1982. – 426 с.
9. Большая медицинская энциклопедия: [В 30-ти т.]. Гл. ред. Б.В. Петровский. – 3-е изд. – Т. 23. – М.: Советская энциклопедия, 1984. – 463 с.
10. Ласт Д.М. Эпидемиологический словарь / Д.М. Ласт. – М.: Открытый Институт Здоровья, 2009. – 316 с.
11. Большая медицинская энциклопедия: [В 30-ти т.]. Гл. ред. Б.В. Петровский. – 3-е изд. – Т. 28. – М.: Советская энциклопедия, 1986. – 489 с.
12. Глоссарий: Качество медицинской помощи. Россия–США, 1999. – 107 с.
13. Щепин О.П. Оценка качества и эффективности медицинской помощи / О.П. Щепин, А.Л. Линденбратен, Т.М. Шаровар, В.С. Васюкова. – М.: НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко, 1992. – 91 с.

## REFERENCES

1. Shchepin O.P., Zhilyaeva E.P., Kalinina A.M. et al. *Terminologiya po obshchestvennomu zdorov'yu i zdavoohraneniyu (chetvertaya redakciya)* [Public health and health care terminology (fourth edition)]. Moscow, National Research Institute of Public Health, Russian Academy of Medical Sciences, 2008. 107 p. (in Russian).
2. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie: nacional'noe rukovodstvo* [Public health and health care: national textbook] / Ed. V.I. Starodubov, O.P. Shchepin. Moscow, GEOTAR-Media, 2014. 624 p. (in Russian).
3. *Bol'shaya Rossijskaya enciklopediya* [Great Russian Encyclopedia], in 35 vol. Chairman Scientific-ed. council Yu.S. Osipov, Resp. ed. S.L. Kravets. Vol. 32. Moscow, Great Russian Encyclopedia, 2016. 765 p. (in Russian).
4. *Bol'shaya Sovetskaya Enciklopediya* [Great Soviet Encyclopedia], in 30 vol. Ch. ed. A.M. Prokhorov. 3rd ed. Vol. 18. Moscow, Soviet Encyclopedia, 1974. 631 p. (in Russian).
5. *Bol'shaya Medicinskaya Enciklopediya* [Great Medical Encyclopedia], in 30 vol. Ch. ed. B.V. Petrovsky. 3rd ed. Vol. 3. Moscow, Soviet Encyclopedia, 1976. 636 p. (in Russian).
6. *Bol'shaya Medicinskaya Enciklopediya* [Great Medical Encyclopedia], in 30 vol. Ch. ed. B.V. Petrovsky. 3rd ed. Vol. 8. Moscow, Soviet Encyclopedia, 1978. 528 p. (in Russian).
7. *Bol'shaya Medicinskaya Enciklopediya* [Great Medical Encyclopedia], in 30 vol. Ch. ed. B.V. Petrovsky. 3rd ed. Vol. 17. Moscow, Soviet Encyclopedia, 1981. 454 p. (in Russian).
8. *Bol'shaya Medicinskaya Enciklopediya* [Great Medical Encyclopedia], in 30 vol. Ch. ed. B.V. Petrovsky. 3rd ed. Vol. 18. Moscow, Soviet Encyclopedia, 1982. 426 p. (in Russian).
9. *Bol'shaya Medicinskaya Enciklopediya* [Great Medical Encyclopedia], in 30 vol. Ch. ed. B.V. Petrovsky. 3rd ed. Vol. 23. Moscow, Soviet Encyclopedia, 1984. 463 p. (in Russian).
10. Last D.M. *Epidemiologicheskij slovar'* [Epidemiological dictionary]. Moscow, Open Institute of Health, 2009. 316 p. (in Russian).
11. *Bol'shaya Medicinskaya Enciklopediya* [Great Medical Encyclopedia], in 30 vol. Ch. ed. B.V. Petrovsky. 3rd ed. Vol. 28. Moscow, Soviet Encyclopedia, 1986. 489 p. (in Russian).
12. *Glossarij: Kachestvo medicinskoj pomoshchi* [Glossary: Quality of care]. Russia–USA, 1999. 107 p. (in Russian).
13. Shchepin O.P., Lindenbraten A.L., Sharovar T.M., Vasyukov V.S. *Ocenka kachestva i effektivnosti medicinskoj pomoshchi* [Assessment of the quality and effectiveness of medical care]. Moscow, N.A. Semashko Research Institute of Social Hygiene, Economics and Health Management, 1992. 91 p. (in Russian).

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

*Спасенников Борис Аристархович* – советник директора, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, доктор юридических наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru  
ORCID: 0000-0002-5668-6457  
Author ID 441681

*Коломийченко Мария Евгеньевна* – научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: niiskni@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-8572-0706  
Author ID: 821430

*Марковина Ирина Юрьевна* – директор, Институт лингвистики и межкультурной коммуникации, Сеченовский университет, кандидат филологических наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: markovina\_i\_yu@staff.sechenov.ru  
ORCID: 0000-0001-6940-9443  
Author ID: 586267

## AUTHORS

*Boris Spasennikov* – Director's advisor, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Doctor habil. in Law, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru  
ORCID: 0000-0002-5668-6457  
Author ID 441681

*Mariya Kolomiychenko* – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: niiskni@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-8572-0706  
AuthorID: 821430

*Irina Markovina* – Director, Institute of Linguistics and Intercultural Communication, Sechenov University, PhD in Philology, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: markovina\_i\_yu@staff.sechenov.ru  
ORCID: 0000-0001-6940-9443  
Author ID: 586267

УДК 614.446

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.013

## ВАРИАТИВНОСТЬ ФОРМУЛИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ И ИХ КОДИРОВАНИЯ ПО МКБ–X В ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ

Берсенева Е.А.<sup>1,2,3</sup>, Михайлов Д.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Российская Академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Москва, Российская Федерация*

<sup>3</sup> *Национальный институт качества, Москва, Российская Федерация*

### Ключевые слова:

клинический диагноз, кодирование диагноза, Международная классификация болезней 10-го пересмотра, автоматизированная информационная система поддержки кодирования, многопрофильный стационар.

### Аннотация

Клинический диагноз является основой оказания медицинской помощи населению, поэтому его грамотное формулирование и последующее кодирование являются принципиально важной задачей. В статье представлены особенности формулирования клинического диагноза и его кодирования согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра традиционным и автоматизированным способом в различных отделениях Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве». Показано, что спектр и встречаемость клинических диагнозов, относящихся к различным рубрикам Международной классификации болезней 10-го пересмотра, варьируются в зависимости от профиля отделения. Врачи узкопрофильных отделений «знакомы» с меньшим количеством диагнозов по сравнению с врачами многопрофильных отделений, поэтому испытывают трудности при кодировке «незнакомых», непрофильных диагнозов, что приводит к высокой частоте ошибок при выборе кода диагноза в традиционных условиях. Использование автоматизированной системы кодирования диагноза существенно сокращает время, затраченное на кодировку, сопровождается значимо меньшим числом ошибок и позволяет выполнять кодировку диагнозов из любых рубрик Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

## VARIABILITY OF FORMULATING CLINICAL DIAGNOSES AND THEIR CODING BY ICD–X IN DIVISIONS OF DIFFERENT PROFILE

Berseneva E.A.<sup>1,2,3</sup>, Mikhaylov D.Y.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

<sup>2</sup> *Russian Academy of National Economy and Public Administration under the President of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation*

<sup>3</sup> *National Quality Institute, Moscow, Russian Federation*

### Keywords:

clinical diagnosis, diagnosis coding, international classification of diseases of the 10th revision (ICD-X), the automated coding support information system, multidisciplinary hospital.

### Abstract

Clinical diagnosis is the basis for the provision of medical care to the population, therefore its competent formulation and subsequent coding is a fundamentally important task. The article presents the features of the formulation of a clinical diagnosis and its coding according to the International Classification of Diseases of the 10th revision by a traditional and automated method in various departments of the Clinical Hospital FKUZ "Medical Department of the Ministry of Internal Affairs of Russia in Moscow". It has been shown that the spectrum and incidence of clinical diagnoses belonging to various headings of the International Classification of Diseases of the 10th revision vary depending on the profile of the department. Doctors of specialized departments are "familiar"

with fewer diagnoses compared to doctors of multidisciplinary departments, therefore they have difficulty in coding "unfamiliar", non-profile diagnoses, which leads to a high frequency of errors when choosing a diagnosis code. The use of an automated diagnostic coding system significantly reduces the time spent on coding, is accompanied by a significantly smaller number of errors and allows coding diagnoses from any headings of the International Classification of Diseases of the 10th revision.

Информация, относящаяся к клиническому диагнозу, играет ключевую роль при принятии организационных и управленческих решений в сфере здравоохранения. На основании диагнозов определяется профиль здоровья популяции, проводится оценка качества оказания медицинской помощи, выполняется статистический анализ заболеваемости, инвалидности и смертности населения, решаются юридические и страховые вопросы. Правильно сформулированный диагноз определяет эффективность врачебной деятельности [1, с. 46–49]. Для стандартизации и систематизации заболеваний применяется кодировка диагноза в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-Х), которая основывается на иерархическом принципе группировки патологических состояний с присвоением кода каждому из них. При этом особое внимание отводится определению и последующей кодировке основного заболевания, которое послужило причиной оказания пациенту лечебно-диагностической помощи, а в случае смерти больного непосредственно или ввиду осложнений привело к летальному исходу [2 с. 28]. К сожалению, на сегодняшний день отмечается большое количество ошибок при формулировке клинического диагноза, поэтому остается открытым вопрос достоверности полученных статистических данных [3, с. 30]. Во многом ошибки оформления диагнозов обусловлены недостаточной клинической подготовкой врачей и отсутствием навыков работы с МКБ-Х при выборе кода заболеваний [4, с. 117–122]. В последние годы в практику медицинских организаций активно внедряются медицинские информационные системы, позволяющие автоматизировать и, таким образом, повысить эффективность ряда рабочих процессов [5, с. 39–47]. Автоматизированные медицинские информационные системы для кодирования диагноза в соответствии с МКБ-Х являются перспективным решением проблемы неправильно закодированных диагнозов и с успехом применяются в

зарубежных странах [6, с. 67; 7, с. 104–135], однако в Российской Федерации пока не получили широкого применения.

Цель исследования – изучить особенности формулирования и кодировки по МКБ-Х клинического диагноза традиционным (ручным) и автоматизированным способом в различных отделениях многопрофильного стационара.

Проанализирована структура основных диагнозов, частота их встречаемости и процент ошибок при традиционном (ручном) и автоматизированном кодировании по МКБ-Х на урологическом, хирургическом и терапевтическом отделении № 2 Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве» за 12 месяцев (01.01.2019–31.12.2019). Для характеристики процесса традиционного (ручного) кодирования и оценки временных затрат специалисты, проводящие кодировку диагнозов, заполняли анкету с предложенными вариантами ответов. В анкетировании принял участие 231 специалист.

В Клиническом госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве» установлена автоматизированная система кодирования диагноза с применением формулировок МКБ-Х с модулем лексического анализа. Система имеет следующие технологические характеристики: операционная система семейства Linux, база данных FireBird, сервер среднего слоя GlassFish, Web-интерфейс Apache, алгоритмизация на языке Scala с последующей модификацией в Java-апплет, браузер на основе ядра «Хромиум», поименованные сервисы для связи клиентской части системы и сервера.

Для статистической обработки результатов использовался пакет прикладных программ Statistica 10.0. Количественные данные отображены в абсолютных значениях (n) и процентных долях (%). Для сравнения двух групп по количественным признакам применялся непараметрический критерий Манна-Уитни, достоверными считали различия при  $p < 0,05$ .



Рис. 1. Распределение частоты встречаемости диагнозов по группам в клиническом госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве» за 12 мес.

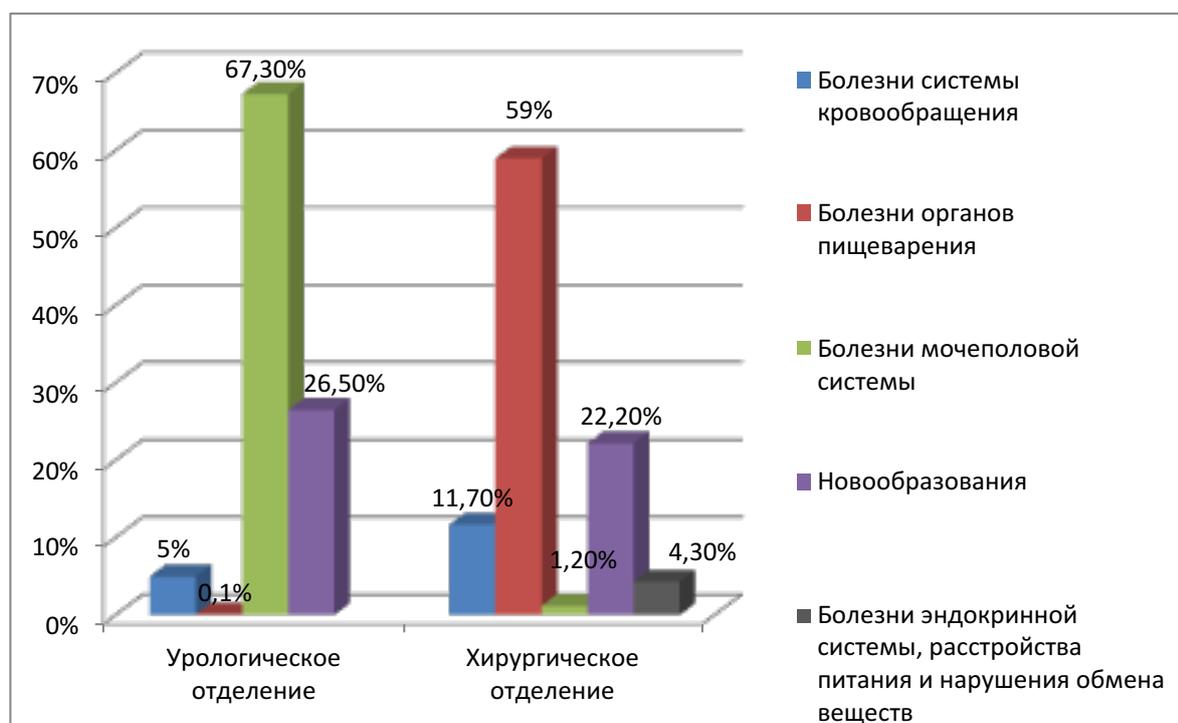


Рис. 2. Распределение частоты встречаемости диагнозов в урологическом и хирургическом отделениях клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве» за 12 мес.



Рис. 3. Распределение частоты встречаемости диагнозов в терапевтическом отделении № 2 клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве» за 12 мес.

За исследуемый период времени в Клиническом госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве» в соответствии с МКБ-Х было закодировано 17536 основных диагнозов, всего определено 495 разновидностей диагнозов. Распределение частоты встречаемости диагнозов по группам представлено на рис. 1.

Самыми распространенными основными диагнозами за изученный период были:

- эссенциальная (первичная) гипертензия (код I10, 1396 случаев);
- гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца с застойной сердечной недостаточностью (код I11, 979 случаев);
- остеохондроз позвоночника (код M42, 759 случаев);
- стенокардия (код I20, 566 случаев);
- вывих, растяжение и перенапряжение капсульно-связочного аппарата коленного сустава (код S83, 413 случаев).

В урологическом отделении за 12 месяцев

закодировано 977 основных диагнозов, в хирургическом отделении – 1385, в терапевтическом отделении № 2 – 812. На рис. 2 представлено распределение частоты встречаемости диагнозов по группам в урологическом и хирургическом отделениях.

Как видно из рисунка, структура диагнозов на урологическом и хирургическом отделениях отличалась. Так, на урологическом отделении 67,3% (658 случаев) закодированных диагнозов относились к группе болезней мочеполовой системы, в определении которых специалисты данного отделения ориентируются лучше всего и на их кодировку тратят всего несколько секунд. В то же время, основные диагнозы из рубрики «Болезни мочеполовой системы» на хирургическом отделении за год были представлены всего в 16 случаях (1,2%), что вызывало затруднения при присвоении им кодов МКБ-Х специалистами данного отделения. С другой стороны, болезни системы пищеварения на хирургическом отделении составили более половины закодированных диагнозов

(817 случаев, 59%), а в урологическом отделении – всего 1 случай за год (0,1%,  $p < 0,05$ ). В целом, на отделениях хирургического профиля имело место небольшое разнообразие закодированных диагнозов.

В терапевтическом отделении № 2 спектр диагнозов был более широким (рис. 3).

Около половины закодированных диагнозов составили болезни органов кровообращения (453 случая, 55,8%), вместе с тем в 117 случаях (14,4%) были закодированы заболевания органов пищеварения, в 48 случаях (5,9%) – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, в 35 случаях (4,3%) – новообразования, в 34 случаях (4,2%) – заболевания мочеполовой системы. Специалисты данного отделения были «знакомы» с большим числом диагнозов по сравнению с врачами урологического и хирургического отделений, поэтому лучше ориентировались в их кодировке.

Примерно половина опрошенных нами специалистов (47,6%, 110 человек) при осуществлении процесса кодирования диагноза ориентировались на подготовленную самостоятельно информацию о наиболее частых кодах МКБ-Х по профилю своего отделения. Результаты анкетирования специалистов, занимающихся кодировкой диагнозов, показали, что традиционное (ручное) кодирование одного диагноза занимает в среднем 9 минут, за день присвоение кодов МКБ-Х одному выписываемому пациенту занимает 5–15 минут, всем выписываемым больным – примерно 1 час. Автоматическое кодирование диагнозов занимает существенно меньшее время – в среднем, 1,5 мин. на один диагноз ( $p < 0,05$ ).

Большинство опрошенных специалистов (213 человек, 92,2%) указывают, что традиционное (ручное) кодирование хорошо знакомого, часто встречающегося на отделении диагноза, сопровождается значительно меньшими временными тратами по сравнению с кодированием незнакомой, редко встречающейся, «непрофильной» патологии (35 секунд против 9 минут,  $p < 0,05$ ). При этом даже при кодировании диагнозов по профилю отделения внутри одной рубрики МКБ-Х на нозологии, встречающиеся реже, также затрачивается больше времени. Кодирование незнакомых диагнозов чаще сопровождалось ошибками, а в некоторых случаях специалисты вообще не находили нужные заболевания в МКБ-Х. Частота

ошибок при традиционном (ручном) кодировании диагнозов составила 14,1% ( $n=2472$ ) против 1,5% ( $n=263$ ) при автоматизированном способе ввода кода заболевания ( $p < 0,05$ ).

Анализ ошибок при формулировании основного диагноза показал, что 80,5% (95% ДИ 79,4–81,6) случаев неправильно оформленных диагнозов обусловлены субъективными причинами, наибольший удельный вес среди которых имели нерубрифицированные и неверно рубрифицированные диагнозы (53,2%). В 14,6% (95% ДИ 13,6–15,6) случаев при выборе кода заболевания использовались малоинформативные термины, то есть вместо конкретной нозологии с собственным кодом в МКБ-Х применялись групповые понятия. Такой вариант ошибок был особенно характерен для кодирования «малознакомых» диагнозов. По данным анкетирования специалистов при шифровке диагноза лишь половина опрошенных (51,9%, 120 человек) использовали четырехзначные подрубрики МКБ-Х, направленные на уточнение этиологической структуры, анатомо-функциональных нарушений и других характеристик патологического процесса, позволяющих сформировать более полную и достоверную картину заболевания. В 10,6% (95% ДИ 9,7–11,5) случаев имело место несоблюдение алгоритма МКБ-Х, когда в диагнозах использовались термины и формулировки, противоречащие современной номенклатуре заболеваний и принципам МКБ-Х, в связи с чем, диагноз не удавалось закодировать. Только 67,0% специалистов (155 человек) учитывали изменения и дополнения кодов, блоков, рубрик и подрубрик МКБ-Х при шифровке диагноза. Неуточненная локализация и топография патологического процесса отмечены в 3,6% (95% ДИ 3,1–4,2) закодированных диагнозов. Другие причины неправильной формулировки основного диагноза составили 2,6% (95% ДИ 2,2–3,1).

Структура и частота встречаемости различных групп нозологий в соответствии с МКБ-Х варьируется в зависимости от профиля отделения. На узкоспециализированных отделениях спектр кодируемых диагнозов невелик, поэтому врачи таких отделений, сталкиваясь с малознакомыми диагнозами, испытывают значительные трудности при присвоении им кодов МКБ-Х, что приводит к неправильно закодированным диагнозам. В свою очередь, нерубрифицированные заключительные диагнозы расцениваются как неверно оформлен-

ные и не могут использоваться при обработке статистических данных [7, с. 39]. На отделениях терапевтического профиля структура основных диагнозов представлена большим количеством нозологий, в связи с чем, специалисты таких отделений лучше ориентируются в рубриках МКБ-Х и допускают меньше ошибок при кодировании заболеваний.

Результаты проведенного нами исследования согласуются с данными Сычугова Г.В. и соавт. [4, с. 117–122], которые показали, что основными причинами расхождения клинических и патолого-анатомических диагнозов являются субъективные факторы ( $73,1 \pm 7,2\%$ ), среди которых преобладает неправильная формулировка заключительного клинического диагноза [4, с. 121]. При этом наибольшие сложности при формулировании основного диагноза, независимо от профиля отделения, возникают при наличии у пациента коморбидных состояний, когда трудно выделить основное и сопутствующее заболевание [8, с. 18].

Сравнительный анализ традиционного (ручного) и автоматизированного процесса кодирования диагноза показал, что применение автоматизированной системы значительно сокращает время, затраченное на кодировку, и сопровождается существенно меньшим числом ошибок. Схожие результаты получены в исследованиях зарубежных авторов [6, с. 67; 9, с. 685–693; 10, с. 1468–1475]. Кроме того, автоматическая кодировка диагнозов позволяет практически полностью нивелировать субъективные причины неправильно оформленных диагнозов. Применение автоматизированной системы кодирования диагноза имеет большую практическую значимость, поскольку позволяет грамотно формулировать и кодировать клинический или патологоанатомический диагноз по алгоритму МКБ-Х в медицинских подразделениях различного профиля, что способствует получению достоверной статистической информации о заболеваемости и летальности.

В то же время следует отметить, что для внедрения автоматизированной системы поддержки кодирования диагноза в работу медицинских организаций необходимы определенные экономические затраты, а также эффективная программа обучения медицинского персонала принципам работы с МКБ-Х.

#### Выводы

Качество традиционного (ручного) кодирования диагноза по МКБ-Х во многом зависит от профиля отделения. Специалисты узкопрофильных отделений «знакомы» с меньшим количеством диагнозов по сравнению с врачами многопрофильных отделений, поэтому испытывают трудности при кодировке «незнакомых», непрофильных диагнозов, что обуславливает большое число ошибок при шифровке по МКБ-Х и не может обеспечить достоверность статистических данных, формирующих показатели заболеваемости и летальности. Автоматизированная система кодирования диагноза лишена данного недостатка и позволяет выполнять кодировку диагнозов из любых рубрик МКБ-Х с минимальными временными тратами и малым числом ошибок.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пузин С.Н. Принципы формирования врачебного заключения. Клинический диагноз / С.Н. Пузин, М.А. Шургая, С.С. Меметов и др. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – Т. 20. – № 1. – С. 46–49.
2. Зайратьянц О.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: справочник. 2-е изд., перераб. и доп. / О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 576 с.
3. Вайсман Д.Ш. Анализ влияния обучения врачей и внедрения автоматизированной системы на достоверность статистики смертности / Д.Ш. Вайсман // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 6. – С. 22–32.
4. Сычугов Г.В. Анализ неправильной формулировки заключительного клинического диагноза / Г.В. Сычугов, А.С. Дивисенко, И.Н. Шиман // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2016. – Т. 8. – № 1. – С. 117–122.
5. Незнанов А.А. Развитие классификации клинических диагнозов в медицинских информационных системах / А.А. Незнанов, Ю.В. Старичкова // Бизнес-информатика. – 2015. – № 2 (32). – С. 39–47.
6. Zhou L. Construction of a semi-automatic ICD-10 coding system / L. Zhou, C. Cheng, D. Ou, H. Huang // BMC Med Inform Decis Mak. – 2020. – № 20 (1). – P. 67.
7. Sonabend W.A. Automated ICD coding via unsupervised knowledge integration (UNITE) / W.A. Sonabend, W. Cai, Y. Ahuja et al. // Int J Med Inform. – 2020. – № 139. – P. 104–135.
8. Зайратьянц О.В. Современные требования к формулировке диагноза в соответствии с законодательством Российской Федерации и Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра / О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский, П.Г. Мальков // Судебная медицина. – 2015. – Т. 1. – № 4. – С. 14–20.
9. Rey G. Les données des certificats de décès en France: processus de production et principaux types d'analyse [Death certificate data in France: Production process and main types of analyses] / G. Rey // Rev Med Interne. – 2016. – № 37 (10). – P. 685–693.
10. Eckert O. Elektronische Kodierung von Todesbescheinigungen [Electronic coding of death certificates] / O. Eckert // Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. – 2019. – № 62 (12). – P. 1468–1475.

### REFERENCES

1. Puzin S.N., Shurgaya M.A., Memetov S.S. and al. Principles of formation of medical opinion. Clinical diagnosis. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya* [Medical and Social Examination and Rehabilitation], 2017. vol. 20, no. 1, pp. 46–49 (in Russian).
2. Zayrat'yants O.V., Kakturskiy L.V. *Formulirovka i sopostavlenie klinicheskogo i patologoanatomicheskogo diaznozov: spravochnik* [Formulation and Comparison of Clinical and Pathologic Diagnoses: Handbook]. Moscow, Medical News Agency, 2011. 576 p. (in Russian).
3. Vaysman D.Sh. Analysis of the impact of physician training and implementation of an automated system on the validity of mortality statistics. *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko* [Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health], 2015, no. 6, pp. 22–32 (in Russian).
4. Sychugov G.V., Divisenko A.S., Shiman I.N. Analysis of incorrect formulation of final clinical diagnosis. *Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta im. I.I. Mechnikova* [Bulletin of the I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University], 2016. vol. 8, no. 1, pp. 117–122 (in Russian).
5. Neznanov A.A., Starichkova Yu.V. Development of classification of clinical diagnoses in medical information systems. *Biznes-informatika* [Business informatics], 2015, no. 2 (32), pp. 39–47 (in Russian).
6. Zhou L., Cheng C., Ou D., Huang H. Construction of a semi-automatic ICD-10 coding system. *BMC Med Inform Decis Mak*, 2020, no. 20 (1), p. 67.
7. Sonabend W.A., Cai W., Ahuja Y. and al. Automated ICD coding via unsupervised knowledge integration (UNITE). *Int J Med Inform*, 2020, no. 139, pp. 104–135.
8. Zayrat'yants O.V., Kakturskiy L.V., Mal'kov P.G. Modern requirements for the formulation of the diagnosis in accordance with the legislation of the Russian Federation and the International Statistical Classification of Diseases of the 10th revision. *Sudebnaya Meditsina* [Forensic medicine], 2015, vol. 1, no. 4, pp. 14–20 (in Russian).
9. Rey G. Death certificate data in France: Production process and main types of analyses. *Rev Med Interne*, 2016, no. 37 (10), pp. 685–693 (in French).
10. Eckert O. Electronic coding of death certificates. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2019, no. 62 (12), pp. 1468–1475 (in German).

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

*Берсенева Евгения Александровна* – заведующая кафедрой организации здравоохранения и управления качеством, РАНХиГС при Президенте России; научный руководитель, Национальный институт качества Росздравнадзора; руководитель научного направления, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, Москва, Российская Федерация;

e-mail: eaberseneva@gmail.com

ORCID: 0000-0003-3481-6190

Author ID 55554758300

*Дмитрий Михайлов* – докторант, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация;

e-mail: mdudoc@mail.ru

ORCID: 0000-0002-9526-8610

Author ID 653759

## AUTHORS

*Evgeniya Berseneva* – Head of the Department of Health and Quality Management, Russian Academy of National Economy and Public Administration under the President of Russia; Scientific Director, National Quality Institute; Head of Scientific Direction, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Moscow, Russian Federation;

e-mail: eaberseneva@gmail.com

ORCID: 0000-0003-3481-6190

Author ID 55554758300

*Dmitry Mikhailov* – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD in Medicine, Moscow, Russian Federation;

e-mail: mdudoc@mail.ru

ORCID: 0000-0002-9526-8610

Author ID 653759

УДК 614.254

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.014

## ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Якушин М.А.<sup>1</sup>, Горенков Р.В.<sup>1</sup>, Яроцкий С.Ю.<sup>1</sup>, Васильева Т.П.<sup>1</sup>, Макарова Е.В.<sup>1</sup>,  
Алленов А.М.<sup>1</sup>, Решетникова П.И.<sup>1</sup>, Спасенникова М.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

### Ключевые слова:

врач старшего трудоспособного возраста, профессиональные компетенции врачей, когнитивные нарушения, синдром профессионального выгорания.

### Аннотация

Во врачебном сообществе находит свое отражение общая тенденция демографического старения населения. Главной «мишенью» возрастных изменений являются когнитивные функции: восприятие, внимание, мышление, память, умственная работоспособность. Эти функции являются базовыми для врачебной деятельности. Возрастное ослабление когнитивных функций приводит к снижению лечебно-диагностических возможностей врача, врачебным ошибкам. В статье прослежено влияние когнитивных нарушений на уровень врачебных компетенций. Вместе с тем пролонгация профессиональной медицинской деятельности является важнейшей мерой компенсации дефицита врачебных кадров, который наблюдается во многих странах и в России. По достижении 65-летнего возраста врачам рекомендуется проведение тестирования на предмет выявления когнитивных нарушений. В случае выявления когнитивных расстройств рекомендуется комплексное обследование, а также медико-социальная экспертиза для определения рационального порядка трудовой деятельности. Ведущим способом предотвращения возрастного отставания у врачей является непрерывное самообразование. Разработка комплекса обучающих, методических и оздоровительных мероприятий, тормозящих влияние инволютивных процессов, является важным вектором развития современного здравоохранения и требует всесторонней поддержки.

## ORGANIZATION OF COMPREHENSIVE SUPPORT FOR THE PROFESSIONAL ACTIVITY OF AGING DOCTORS

Yakushin M.A.<sup>1</sup>, Gorenkov R.V.<sup>1</sup>, Yarotsky S.Y.<sup>1</sup>, Vasilieva T.P.<sup>1</sup>, Makarova E.V.<sup>1</sup>, Allenov A.M.<sup>1</sup>,  
Reshetnikova P.I.<sup>1</sup>, Spasennikova M.G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

### Keywords:

aging doctors, professional competence of doctors, cognitive disorders, professional burnout syndrome.

### Abstract

The general trend of demographic aging of the population is reflected in the medical community. The main "target" of age-related changes are cognitive functions: perception, attention, thinking, memory, mental performance. These functions are basic for medical practice. Age-related weakening of cognitive functions leads to a decrease in the therapeutic and diagnostic capabilities of a doctor, and medical errors. The article traces the influence of cognitive impairments on the level of medical competence. At the same time, the prolongation of professional medical activity is the most important measure to compensate for the shortage of medical personnel, which is observed in many countries and in Russia. After age 65, clinicians are advised to test for cognitive impairment. In case of detection of cognitive disorders, a comprehensive

examination is recommended, as well as a medical and social examination to determine the rational order of work. Continuous self-education is the leading way to prevent age lag among doctors. The development of a complex of educational, methodological and health-improving measures that inhibit the influence of involutive processes is an important vector for the development of modern health care and requires comprehensive support.

Тенденция демографического старения населения находит отражение и во врачебном сообществе [1, с. 36–44]. В США с 1974 года количество врачей старше 70 лет увеличилось на 374%; каждый четвертый (23%) врач в США – старше 65 лет [2, с. 89–100]. В некоторых регионах России доля врачей 55+ приблизилась к половине; каждый пятый российский врач – старше 60 лет [3, с. 967–971; 4, с. 303–307].

Подобная закономерность связана с глобальными процессами, происходящими в мире, главные из которых – повышение продолжительности жизни за счет усиления приоритета здорового образа жизни, успехов в лечении заболеваний, ранее считавшихся неизлечимыми. Помимо множества позитивных последствий (увеличение продолжительности жизни, расширение возможностей самовыражения, пролонгация профессиональной деятельности) постарение врачебного сообщества обуславливает ряд негативных явлений:

- главной «мишенью» возрастных изменений являются когнитивные функции (восприятие, внимание, мышление, память, умственная работоспособность). Как раз эти функции являются базовыми для врачебной деятельности<sup>1</sup>. Возрастные изменения могут способствовать профессиональному ослаблению и ухудшению показателей деятельности (снижение результативности лечебно-диагностической работы, врачебные ошибки);

- среди врачей становится больше лиц, страдающих несколькими хроническими и, как правило, коморбидными заболеваниями (например, хроническая ишемия мозга и артериальная гипертония).

Врач, как и любой человек, подвержен влиянию инволютивных процессов. Около 76% врачей имеют хронические заболевания; в структуре врачебной заболеваемости преобладают болезни системы кровообращения (27,9%), органов пищеварения (20,8%), болезни костно-мышечной системы (20,2%) [5, с. e7702; 6, с. 153–160].

<sup>1</sup> URL: [https://www.researchgate.net/publication/325289340\\_Ageism\\_in\\_the\\_Health\\_Care\\_System\\_Providers\\_Patients\\_and\\_Syste](https://www.researchgate.net/publication/325289340_Ageism_in_the_Health_Care_System_Providers_Patients_and_Syste)

Общеизвестно, что нагрузка на церебральные функции современного врача год от года увеличивается. Ежегодно только на отечественном фармакологическом рынке появляется до 500 новых лекарств. Совершенствуется, и, вместе с тем, усложняется медицинская техника, лечебно-диагностическое оборудование. Выпускники медицинских институтов, вливаясь в медицинское сообщество и молодые врачи, имеющие высокую компьютерную грамотность, легко справляются с этими IT-новшествами. Врачам старших возрастных групп, часто имеющими слабую компьютерную грамотность, освоить нововведения значительно сложнее. Особенно трудно перестроиться и влиться в новый, более интенсивный ритм профессиональной деятельности после 60 лет. Постоянно меняющиеся требования в регламентации работы, нередко противоречивые, не только не облегчают работу, но и подчас ставят стареющего врача в тупик. Чувствуя некую ущербность, по сравнению с молодыми коллегами, лучше подготовленными к работе с современными технологиями, пожилые врачи избегают коллегиального обсуждения важных проблем, неохотно посещают образовательные мероприятия и, подчас, вынужденно игнорируют внедряемые технологии.

Когнитивные расстройства в легкой и умеренной степени наблюдаются у 15% населения старше 60 лет и у 20% старше 70 лет, в том числе, среди врачей [7, с. 175–181; 8, с. 676]. Наиболее распространенными последствиями нарастающих когнитивных нарушений у врачей являются неправильная интерпретация данных обследования, нарушения в оформлении медицинской документации [9, с. 2164–2173]. В течение 5 лет у 55–70% умеренные когнитивные расстройства нарастают, что может являться препятствием пролонгации профессиональной деятельности [7, с. 175–181].

Эксперты Всемирной организации здравоохранения выделяют несколько факторов, оказывающих влияние на врачебную квалификацию в пожилом возрасте (снижение способности к ком-

плексному взгляду на больного, способности к обучению и самообучению и др.) [10, с. 98–105]. Крупномасштабное (более 700 тысяч наблюдений в трех тысячах лечебных учреждений) исследование ученых Гарвардского университета показало, что коэффициент смертности среди пациентов, чьими лечащими докторами являлись пожилые специалисты, выше, чем среди тех, кто лечился у более молодых врачей. Среди пациентов, которых лечили доктора в возрасте до 40 лет, уровень смертности составил 10,8%, в возрасте 40–49 лет – 11,1%, в возрасте 50–59 лет – 11,3%, в возрасте старше 60 лет – 12,1%. По мнению авторов, в основе выявленного тренда, возрастное снижение ассоциативного мышления и профессиональных навыков. По мнению экспертов, единственным способом предотвращения возрастного отставания является непрерывное самообразование<sup>2</sup>.

Б.А. Спасенников считает этот вывод некорректным [11, с. 70–79]. По его мнению, высокая смертность больных у «возрастных», более опытных врачей связана с тем, что они чаще занимаются лечением наиболее сложных в лечебно-диагностическом плане пациентов, что определяет высокие показатели смертности таких больных. Доказательством этого является разница в показателях смертности пациентов у врачей разного опыта, но одного возраста. Более опытный хирург оперирует, например, ножевые раны печени, что определяет высокую смертность его пациентов (76,7%), а менее опытный хирург такого же возраста производит, например, лишь аппендэктомию в ходе дежурства, что сопровождается низкой смертностью (2,43%) среди его пациентов. То есть смертность больных зависит от большого количества факторов, среди которых возраст врача не является определяющим, главным.

Подтверждением этого являются иные свидетельства успешной профессиональной деятельности врачей в преклонном возрасте. По данным Мичиганского университета у 71% хирургов в возрасте 60–64 года и у 38% в возрасте старше 70 лет отклонений в когнитивной сфере не наблюдается, что позволяет продолжать хирургическую практику в полном объеме [12]. В таких аспектах профессиональной деятельности как профессиональные эмпатия и сострадание к пациентам, пожилые врачи показывают лучшие результаты по сравнению с молодыми коллегами. Анализ 1342 посещений врачей-офтальмологов и нейроофт-

<sup>2</sup> URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31996212/>

тальмологов показал, что наименьшее количество претензий получали врачи в возрасте старше 70 лет. Для врачей в возрасте 41–50 лет риск получить жалобу от пациента был в 1,73 раза, а для врачей в возрасте 31–40 лет – в 2,36 раза выше [13, с. 17–18; 14, с. 95].

Постоянный контакт с больными людьми определенным образом влияет на психику врача. Дезадаптивные и аффективные нарушения встречаются у 40–85% пожилых врачей. Анализ закономерностей старения работников Национальной системы здравоохранения, проведенный Британской медицинской ассоциации (далее – ВМА) подтвердил связь возрастной коморбидности у пожилых врачей с повышенным уровнем стресса, влияние которого становится «обременительным для гармоничного жизненного баланса, вредит здоровью и благополучию» [6, с. 153–160]. Такие расстройства требуют комплексной реабилитации. Одним из выводов комиссии ВМА является необходимость принятия дополнительных мер поддержки пожилых докторов<sup>3</sup>.

Распространенность психических расстройств у пожилых врачей достигает 27%, что в значительной степени превышает средний показатель для данной возрастной группы (18%) и сближает врачей с особой категорией населения – безработными, среди которых уровень психических расстройств составляет 30%<sup>4</sup>. Достаточно часто у врачей диагностируется депрессия, тревожные расстройства, различного рода зависимости, проблемы с межличностными отношениями [9, с. 2164–2173].

Взаимосвязь психических и соматических расстройств у врачей прослежена также отечественными учеными. В исследовании Читинской медицинской академии зафиксирована тенденция роста сердечно-сосудистых заболеваний у врачей-терапевтов, имеющих тревожные и иные невротические нарушения. Это дает основание предполагать, что некоторые хронические заболевания у врачей могут иметь психосоматическое происхождение [15, с. 21–26].

Врачебная деятельность относится к категории профессий, подверженных профессиональному выгоранию. Синдром профессионального выгорания (далее – СПВ) имеет четкую возрастную зависимость и достигает «клинического расцвета»

<sup>3</sup> URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12377689/>

<sup>4</sup> URL: <https://www.cppph.org/wp-content/uploads/2016/02/AMA-Council-on-Medical-Education-Aging-Physician-Report-2015.pdf>

в период завершения профессиональной карьеры [16, с. 152–159]. Под влиянием психогенных факторов, источником которых является чрезмерная нагрузка из-за низкой оплаты труда и необходимости совместительства, неудовлетворенности результатами своего труда и результатами лечения, недовольством и агрессивным поведением родственников больных, а также немотивированными претензиями со стороны администрации лечебно-профилактического учреждения, у врача постепенно накапливается негативизм к своей работе, пациентам и руководству, который может достигать степени невозможности выполнения профессиональных обязанностей [17, с. 22–23; 18, с. 368–370; 19, с. 179–180; 20, с. 61–67]. Важную роль в формировании СПВ играет стаж; после 20 лет работы вероятность развития СПВ значительно возрастает [21, с. 129–134].

Сформированный СПВ наблюдается у 22% врачей. У подавляющего большинства врачей с подтвержденным СПВ выявляются разнообразные нервно-психические нарушения, среди которых доминируют повышенная раздражительность (39%); кардиалгии (27%); лабильность артериального давления (33%); расстройство аппетита (35%); иные психовегетативные нарушения (39%). У врачей пожилого возраста достоверно чаще встречаются нарушение сна (25%) [20, с. 61–67].

Синдром профессионального выгорания может оказаться благоприятной почвой для формирования эйджизма. Эйджизм базируется на комплексе стереотипов неприятия психофизиологических особенностей стареющего организма [22, с. 315–321]. Проявлением эйджизма в медицинской сфере являются случаи нежелания или отказа со стороны молодых пациентов лечиться у врачей пенсионного возраста. В исследовании по изучению «идеального образа доктора» установлено, что большинство пациентов непротивительны к полу доктора (89%) и в то же время имеют предпочтения относительно его возраста, считая оптимальным возраст 30–40 лет.

Возможный риск врачебных ошибок, вызванных возрастным снижением профессиональных навыков, определяет в ряде стран применение предупредительных мер в виде медицинских осмотров с оценкой когнитивных функций по достижении врачом возраста 65 лет (в России такой практики нет). В некоторых зарубежных клини-

ках практикуется обязательное тестирование пожилых докторов, которое включает в себя оценку моторики, координации и времени реакции, других когнитивных функций, состояния физического здоровья. Калифорнийский университет Сан-Диего разработал программу скрининга здоровья врачей общей практики (старшая возрастная группа) с целью выявления проблем физического и ментального здоровья. Программа включает в себя анкетированный опрос, физикальный осмотр, скрининг когнитивных функций при помощи компьютерного теста MicroCog, который позволяет выявить когнитивные нарушения на ранней стадии [14, с. 95; 23, с. 737–752]. Целесообразность тестирования на предмет выявления когнитивных расстройств по достижении врачом 65 лет поддерживают многие зарубежные эксперты [12; 23, с. 737–752]. Тестирование проводится не только на добровольной основе, но и в обязательном порядке, если доктор необоснованно перенаправляет пациентов к другим специалистам, становится невнимательным при оформлении медицинской документации, имеет проблемы со зрением, слухом, не контролирует тремор рук [9, с. 2164–2173].

Суммируя вышесказанное, можно заключить, что высокий уровень психического напряжения негативно влияет на психоэмоциональное состояние врачей, способствует формированию коморбидных состояний. Возрастные инволютивные процессы снижают профессиональные компетенции врача. Врачи позднего трудоспособного, а также пенсионного возраста, нуждаются в дополнительных мерах поддержки здоровья.

Научным коллективом Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко совместно с ГБУЗ МО МОНИКИ имени М.Ф. Владимирского в рамках научно-исследовательской работы «Научное обоснование путей развития организационных технологий здоровьесбережения населения» разработан комплекс мероприятий, направленных на укрепление здоровья и пролонгацию профессиональной деятельности врачей старших возрастных групп. Предлагаемые меры, по сути, являются своеобразным «расширением» комплекса мероприятий федерального проекта «Старшее поколение». Мы считаем, что повышенное влияние факторов риска определяет необходимость постановки врачей с выявленными хроническими

заболеваниями, начиная с 55 лет (далее Целевая группа), на диспансерный учет.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения России от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» каждому врачу Целевой группы должна быть определена группа диспансерного наблюдения в соответствии с персональным профилем morbidity. Особое внимание следует уделить когнитивным расстройствам. Поскольку основными факторами, определяющими формирование когнитивного дефицита, являются ишемические церебральные расстройства, в перечень профилактических мероприятий для Целевой группы должны быть включены меры по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе, исследование параметров системной гемодинамики (далее – СГД), как эффективный способ ранней профилактики артериальной гипертонии. В обязательном порядке проводятся мероприятия по профилактике альтернативных факторов риска (курение, гиподинамия, избыточный вес, дислипидемия, гипергликемия, дефицит витамина B<sub>12</sub> и фолиевой кислоты, гипер- или гипотиреоз). При наличии у врача Целевой группы артериальной гипертонии, церебральной ишемии, хронической сердечной недостаточности, различных психосоматических заболеваний, организуется мониторинг соответствующих показателей с последующим подбором терапии.

По достижении 65-летнего возраста врачам Целевой группы рекомендуется проведение тестирования на предмет выявления когнитивных нарушений с использованием шкалы MMSE (краткая шкала оценки психического статуса) и (или) теста Мока. При мотивированном отказе от обследования рекомендуется самодиагностика с использованием опросника самооценки памяти (McNair и Kahn<sup>5</sup>).

В случае выявления когнитивных расстройств врачу Целевой группы рекомендуется комплексное обследование, а также медико-социальная экспертиза для определения рационального порядка трудовой деятельности (облегченный график работы с исключением дежурств в ночное время, выходные и праздничные дни; по возможности, монопрофильный прием и др.).

## Выводы

Большинство врачей Целевой группы обладают большим клиническим опытом, вследствие чего к ним часто обращаются за помощью молодые коллеги. Однако их практические навыки параллельно нарастающим когнитивным расстройствам постепенно регрессируют и, в конце концов, перестают соответствовать требованиям, регламентированным профессиональными стандартами. Разработка комплекса обучающих, методических и оздоровительных мероприятий, тормозящих влияние инволютивных процессов, является важным вектором развития современного здравоохранения и требует всесторонней поддержки.

---

<sup>5</sup> URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28512089/>

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Улумбекова Г.Э. Доступность и качество медицинской помощи в Российской Федерации. Методы оценки и сравнение показателей с развитыми странами / Г.Э. Улумбекова // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – № 4 (10). – С. 36–44.
2. Elwood R.W. MicroCog: assessment of cognitive functioning / R.W. Elwood // *Neuropsychol Rev.* – 2001. – Vol. 2. – № 11. – P. 89–100.
3. Dellinger E.P. The Aging Physician and the Medical Profession: A Review / E.P. Dellinger, C.A. Pellegrini, T.H. Gallagher // *JAMA Surg.* – 2017. – Vol. 10. – № 152. – P. 967–971.
4. Drag L.L. Cognitive functioning, retirement status, and age: results from the Cognitive Changes and Retirement among Senior Surgeons study / L.L. Drag, L.A. Bieliauskas, S.A. Langenecker, L.J. Greenfield // *J. Am. Coll. Surg.* – 2010. – Vol. 3. – № 211. – P. 303–307.
5. Ahuja A.S. The impact of artificial intelligence in medicine on the future role of the physician / A.S. Ahuja // *PeerJ.* – 2019. – № 4. – Vol. 7. – e7702.
6. Durning S.J. Aging and cognitive performance: challenges and implications for physicians practicing in the 21st century / S.J. Durning, A.R. Artino, E. Holmboe et al. // *J. Contin. Educ. Health Prof.* – 2010. – Vol. 3. – № 30. – P. 153–160.
7. Яковлева Н.В. Коррекция дезадаптивных нервно-психических состояний у врачей среднего и пожилого возраста / Н.В. Яковлева, Ю.В. Силина, А.А. Арефьев и др. // *Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта.* – 2012. – № 2 (84). – С. 175–181.
8. Kappers A. Three Lectures on Neurobiotaxis and Other Subjects, Delivered at the University of Copenhagen / A. Kappers // *JAMA.* – 1929. – Vol. 92. – № 8. – P. 676.
9. McCabe D.P. Aging reduces veridical remembering but increases false remembering: neuropsychological test correlates of remember-know judgments / D.P. McCabe, H.L. Roediger 3rd, M.A. McDaniel, D.A. Balota // *Neuropsychologia.* – 2009. – Vol. 47. – № 11. – P. 2164–2173.
10. Говорин Н.В. Синдром эмоционального выгорания у врачей / Н.В. Говорин, Е.А. Бодагова // *ГОРЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ.* – 2016. – № 1 (3). – С. 98–105.
11. Спасенников Б.А. К истории Первой городской больницы Архангельска (конец XVIII–начало XX века) / Б.А. Спасенников // *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко.* – 2018. – № 1. – С. 70–79.
12. Golomb J. Clinician's manual on mild cognitive impairment / J. Golomb, A. Kluger, P. Garrard, S. Ferris. – London: Science Press Ltd, 2001. – 56 p.
13. Lee L. The aging physician / L. Lee, W. Weston // *Can. Fam. Physician.* – 2012. – Vol. 58. – № 1. – P. 17–18.
14. Moore I.N. Screening Older Physicians for Cognitive Impairment: Justifiable or Discriminatory? / I.N. Moore // *Health Matrix.* – 2018. – Vol. 28. – Iss. 1. – P. 95.
15. Бодагова Е.А. Психическое здоровье врачей разного профиля / Е.А. Бодагова, Н.В. Говорин // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2013. – № 1. – С. 21–26.
16. Апчел В.Я. Профессиональное выгорание у медицинских работников / В.Я. Апчел, В.Г. Белов, В.И. Говорун и др. // *Вестник Российской Военно-Медицинской академии.* – 2008. – № 2. – С. 152–159.
17. Захаров В.В. Когнитивные расстройства без деменции: классификация, основные причины и лечение / В.В. Захаров // *Эффективная фармакотерапия.* – 2016. – № 1. – С. 22–23.
18. Пашенко М.В. К проблеме эмоционального выгорания у врачей / М.В. Пашенко, В.А. Куташов // *Молодой ученый.* – 2015. – № 23. – С. 368–370.
19. Cooney L. Cognitive Testing of Older Clinicians Prior to Recredentialing / L. Cooney, T. Balcezak // *JAMA.* – 2020. – Vol. 2. – № 323. – P. 179–180.
20. Fathy C.A. Association Between Ophthalmologist Age and Unsolicited Patient Complaints / C.A. Fathy, J.W. Pichert, H. Domenico // *JAMA Ophthalmol.* – 2018. – Vol. 136. – № 1. – P. 61–67.
21. Белов В.Г. Патогенетические детерминанты психосоматических расстройств при артериальной гипертензии с синдромом профессионального выгорания / В.Г. Белов, Ю.А. Парфенов, С.А. Парфенов и др. // *Вестник Российской Военно-Медицинской академии.* – 2010. – Т. 2. – С. 129–134.
22. Гизатулина Г.М. Образ идеального врача в представлении пациентов: эмпирическая типология пациентов / Г.М. Гизатулина, Ю.С. Мурзина // *Психология субкультуры: феноменология и современные тенденции развития: Материалы международной научной конференции.* – Москва: РГГУ, 2019. – С. 315–321.
23. Harada C.N. Normal cognitive aging / C.N. Harada, M.C. Natelson Love, K.L. Triebel // *Clin. Geriatr. Med.* – 2013. – Vol. 4. – № 29. – P. 737–752.

## REFERENCES

1. Ulumbekova G.E. Availability and quality of medical care in the Russian Federation. Methods of assessment and comparison of indicators with developed countries. *Menedzhment kachestva v sfere zdravoohraneniya i social'nogo razvitiya* [Quality Management in Healthcare and Social Development], 2011, no. 4 (10), pp. 36–44 (in Russian).
2. Elwood R.W. MicroCog: assessment of cognitive functioning. *Neuropsychol Rev.*, 2001, vol. 2, no. 11, pp. 89–100.
3. Dellinger E.P., Pellegrini C.A., Gallagher T.H. The Aging Physician and the Medical Profession: A Review. *JAMA Surg.*, 2017, vol. 10, no. 152, pp. 967–971.
4. Drag L.L., Bieliauskas L.A., Langenecker S.A., Greenfield L.J. Cognitive functioning, retirement status, and age: results from the Cognitive Changes and Retirement among Senior Surgeons study. *J. Am. Coll. Surg.*, 2010, vol. 3, no. 211, pp. 303–307.
5. Ahuja A.S. The impact of artificial intelligence in medicine on the future role of the physician. *PeerJ.*, 2019, vol. 7, no. 4, e7702.
6. Durning S.J., Artino A.R., Holmboe E. et al. Aging and cognitive performance: challenges and implications for physicians practicing in the 21st century. *J. Contin. Educ. Health. Prof.*, 2010, vol. 3, no. 30, pp. 153–160.
7. Yakovleva N.V., Silina Yu.V., Arefiev A.A. et al. Correction of maladaptive neuropsychiatric states in middle-aged and elderly doctors. *Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta* [Scientific notes of the Lesgaft University], 2012, no. 2 (84), pp. 175–181 (in Russian).
8. Kappers A. Three Lectures on Neurobiotaxis and Other Subjects, Delivered at the University of Copenhagen, *JAMA*, 1929, vol. 92, no. 8, pp. 676.
9. McCabe D.P., Roediger H.L.3rd, McDaniel M.A., Balota D.A. Aging reduces veridical remembering but increases false remembering: neuropsychological test correlates of remember-know judgments. *Neuropsychologia*, 2009, vol. 47, no. 11, p. 2164–2173.
10. Govorin N.V., Bodagova E.A. Burnout syndrome in doctors. *GORZDRAV: Novosti. Mneniya. Obuchenie. Vestnik VSHOUZ* [GORZDRAV: News. Opinions. Training. VSHOUZ Bulletin], 2016, no. 1 (3), pp. 98–105 (in Russian).
11. Spasennikov B.A. On the history of the First City Hospital of Arkhangelsk (late 18th-early 20th centuries). *Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko* [Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health], 2018, no. 1, pp. 70–79 (in Russian).
12. Golomb J., Kluger A., Garrard P., Ferris S. *Clinician's manual on mild cognitive impairment*. London, Science Press Ltd, 2001. 56 p.
13. Lee L., Weston W. The aging physician. *Can. Fam. Physician*, 2012, vol. 58, no. 1, pp. 17–18.
14. Moore I.N. Screening Older Physicians for Cognitive Impairment: Justifiable or Discriminatory? *Health Matrix*, 2018, vol. 28, iss. 1, p. 95.
15. Bodagova E.A., Govorin N.V. Mental health of doctors of different profiles. *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya* [Social and Clinical Psychiatry], 2013, no. 1, pp. 21–26 (in Russian).
16. Apchel V.Ya., Belov V.G., Govorun V.I. and al. Professional burnout in medical workers. *Vestnik Rossijskoj Voenno-Medicinskoj akademii* [Bulletin of the Russian Military Medical Academy], 2008, no. 2, pp. 152–159 (in Russian).
17. Zakharov V.V. Cognitive disorders without dementia: classification, main causes and treatment. *Effektivnaya farmakoterapiya* [Effective pharmacotherapy], 2016, no. 1, pp. 22–23 (in Russian).
18. Pashchenko M.V., Kutashov V.A. On the problem of emotional burnout in doctors. *Molodoj uchenyj* [Young scientist], 2015, no. 23, pp. 368–370 (in Russian).
19. Cooney L., Balczak T. Cognitive Testing of Older Clinicians Prior to Recredentialing. *JAMA*, 2020, vol. 2, no. 323, pp. 179–180.
20. Fathy C.A., Pichert J.W., Domenico H. et al. Association Between Ophthalmologist Age and Unsolicited Patient Complaints. *JAMA Ophthalmol.*, 2018, vol. 136, no. 1, pp. 61–67.
21. Belov V.G., Parfenov Yu.A., Parfenov S.A. et al. Pathogenetic determinants of psychosomatic disorders in arterial hypertension with professional burnout syndrome. *Vestnik Rossijskoj Voenno-Medicinskoj akademii* [Bulletin of the Russian Military Medical Academy], 2010, vol. 2, pp. 129–134 (in Russian).
22. Gizatulina G.M., Murzina Yu.S. The image of the ideal doctor as seen by patients: empirical Patient flatness. *Psichologiya subkul'tury: fenomenologiya i sovremennye tendencii razvitiya: Materialy mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii* [Subculture Psychology: Phenomenology and Modern Development Trends: Materials of the International Scientific Conference], Moscow, Russian State University for the Humanities, 2019, pp. 315–321 (in Russian).
23. Harada C.N., Natelson Love M.C., Triebel K.L. Normal cognitive aging. *Clin. Geriatr. Med.*, 2013, vol. 4, no. 29, pp. 737–752.

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

*Якушин Михаил Александрович* – ведущий научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, доцент, Москва, Российская Федерация; e-mail: yakushinma@mail.ru  
ORCID: 0000000311981644  
Author ID 847669

*Горенков Роман Викторович* – ведущий научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: rogorenkov@mail.ru  
ORCID: 0000-0003-3483-7928  
Author ID 840535

*Васильева Татьяна Павловна* – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: vasileva\_tp@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-3605-8592  
Author ID 636042

*Макарова Екатерина Владимировна* – научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: rue-royal@inbox.ru  
ORCID: 0000-0003-3767-8475  
Author ID 889913

*Алленов Андрей Михайлович* – научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: allenovandrey@yandex.ru  
ORCID: 0000-0001-8144-9421  
Author ID 756371

*Решетникова Полина Игоревна* – лаборант-исследователь, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: essentions@mail.ru  
ORCID: 0000-0003-1454-3842

*Яроцкий Сергей Юрьевич* – научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: lahmadg@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-8880-1771  
Author ID 1092046

*Спасенникова Марина Геннадьевна* – ведущий научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, доцент, Москва, Российская Федерация; e-mail: mspasennikova@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-4713-0238  
Author ID 883202

## AUTHORS

*Mikhail Yakushin* – Leading Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Docent, Moscow, Russian Federation; e-mail: yakushinma@mail.ru  
ORCID: 0000000311981644  
Author ID 847669

*Roman Gorenkov* – Leading Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: rogorenkov@mail.ru  
ORCID: 0000-0003-3483-7928  
Author ID 840535

*Tatyana Vasilyeva* – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: vasileva\_tp@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-3605-8592  
Author ID 636042

*Ekaterina Makarova* – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD. in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: rue-royal@inbox.ru  
ORCID: 0000-0003-3767-8475  
Author ID 889913

*Andrey Allenov* – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD. in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: allenovandrey@yandex.ru  
ORCID: 0000-0001-8144-9421  
Author ID 756371

*Polina Reshetnikova* – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: essentions@mail.ru  
ORCID: 0000-0003-1454-3842

*Sergey Yarotskiy* – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: lahmadg@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-8880-1771  
Author ID 1092046

*Marina Spasennikova* – Leading Researcher, N.A. Semashko National Research Institute for Public Health, Ph.D. in Medicine, Docent, Moscow, Russian Federation; e-mail: mspasennikova@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-4713-0238  
Author ID 883202

УДК 616.31-082-036.21:[616.98:578.834.1 KORONAVIRUS](571.620)

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.015

## ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ)

Гончар В.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, г. Хабаровск, Российская Федерация*

### **Ключевые слова:**

организация стоматологической помощи, стоматологическая поликлиника, стоматология, врач-стоматолог, коронавирус, пандемия.

### **Аннотация**

Статья посвящена особенностям организации государственной стоматологической помощи в условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Автором обозначены медико-социальные и экономические проблемы, которые возникли в повседневной деятельности стоматологических учреждений в период пандемии. Акцентируется внимание на новых вызовах при организации стоматологической помощи: приостановка деятельности, вынужденный простой, самоизоляция медицинских работников и пациентов, социальная дистанция. На этом фоне отмечены организационные изменения, а именно скачек развития информационных технологий в медицинских организациях, включая различные сервисы по удаленной записи на прием, регулирование потоков пациентов, администрирования, выдачи листов нетрудоспособности и рецептов в форме электронного документа, а также дистанционного обучения и профессиональной подготовки специалистов. Подчеркивается роль соблюдения инфекционной безопасности при организации оказания стоматологической помощи.

## ORGANIZATION OF DENTAL CARE UNDER THE CONDITIONS OF THE SPREAD OF NEW CORONAVIRUS INFECTION (ON THE EXAMPLE OF THE KHABAROVSK KRAI)

Gonchar V.V.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Postgraduate Institute for Public Health Workers, Khabarovsk, Russian Federation*

### **Keywords:**

organization of dental care, dental clinic, dentistry, dentist, coronavirus, pandemic.

### **Abstract**

The article is devoted to the peculiarities of the organization of state dental care in the context of the spread of a new coronavirus infection (COVID-19). The author identifies medical, social and economic problems that arose in the daily activities of dental institutions during a pandemic. Attention is focused on new challenges in the organization of dental care: suspension of activities, forced downtime, self-isolation of medical workers and patients, social distance. Against this background, organizational changes were noted, namely, leaps in the development of information technology in medical organizations, including various services for remote appointment, regulation of patient flows, administration, issuance of certificates of incapacity for work and prescriptions in the form of an electronic document, as well as distance learning and professional training of specialists. The role of compliance with infectious safety in the organization of dental care is emphasized.

Пандемия внесла коррективы в повседневную деятельность стоматологических медицинских организаций, поставила перед руководителями новые задачи, которые не были предусмотрены всей предшествующей историей деятельности отечественной стоматологической службы [1].

В связи с введением на территории Хабаровского края ограничительных мероприятий, установленных в связи с введением режима повышенной готовности в условиях распространения новой коронавирусной инфекции, на основании нормативно-правовых документов<sup>1</sup>, было приостановлено оказание плановой стоматологической помощи, в том числе проведение всех профилактических осмотров, диспансеризации, за исключением заболеваний и состояний, требующих оказания медицинской помощи по профилю «стоматология» в неотложной форме. К случаям, требующим неотложного вмешательства, были отнесены острые инфекционные заболевания полости рта, воспалительные поражения, системная инфекция, выраженное или длительное кровотечение, боль, не купируемая приемом анальгетиков, выполнение стоматологических процедур по медицинским показаниям перед другими неотложными процедурами, а также травмы зубов или челюстно - лицевые травмы [2, с. 49–53; 3, с. 39–44]. Оказание неотложной помощи лицам, пребывающим на карантине, в режиме изоляции, было организовано силами специализированных бригад. Была доведена до сведения медицинских работников информация по списку услуг, определяющих понятие «неотложная» стоматологическая помощь, регламент клинического приема пациента при оказании ему стоматологической помощи. Гражданам рекомендовалось воздержаться от посещений мест массового скопления людей, поликлиник, досуговых мероприятий, находиться в режиме самоизоляции, для части работающего населения были установлены «нерабочие дни».

В этот период была организована исключительно удаленная запись на прием пациентов (телефон, интернет) с проведением дистанционного

<sup>1</sup> Постановление Правительства Хабаровского края от 26 марта 2020 г. № 97-пр «О мероприятиях по предупреждению распространения новой коронавирусной инфекции на территории Хабаровского края». – URL: [https://laws.khv.gov.ru/pdf/пп\\_00097\\_26032020\\_000.pdf?v=0,1085439](https://laws.khv.gov.ru/pdf/пп_00097_26032020_000.pdf?v=0,1085439); Распоряжение Министерства здравоохранения Хабаровского края от 01 апреля 2020 г. № 367-р «О введении временных ограничительных мер в краевых государственных бюджетных учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную специализированную помощь по профилю «стоматология». – URL: <https://zdrav.khv.gov.ru/node/8014>

скрининга пациентов. Были созданы фильтры на входных группах учреждений, где проводилась процедура медицинской сортировки пациентов, целью которой являлось выявление и направление на лечение только тех пациентов, которые действительно нуждались в неотложной или экстренной помощи, а также убедиться в отсутствии симптомов инфекционного заболевания или риска контакта с источником заражения в анамнезе. В этой связи было организовано проведение термометрии всех лиц, входящих в помещение, где оказывалась медицинская помощь. Пациентам напоминали о необходимости гигиенической обработки рук по прибытии и во время нахождения в учреждении. Для этого были установлены в холлах медицинских организаций диспенсеры с дезинфицирующими средствами, проводился сбор эпидемиологического анамнеза, осуществлялся контроль социальной дистанции. Пациентам рекомендовалось оставаться в медицинской или немедицинской маске с момента прибытия в учреждение и до момента непосредственного оказания помощи. При выявлении пациентов с признаками респираторно-вирусных заболеваний, их маршрутизировали в соответствующие медицинские организации или домой, для вызова врача или бригады скорой медицинской помощи.

Персонал, выполняющий сортировку пациентов, соблюдал дистанцию не менее полутора метров между собой и пациентами. Работники регистратуры были защищены от потока пациентов перегородками, была возможность использовать лицевые щитки. Во время выполнения своих обязанностей все работники стоматологических учреждений носили медицинские маски на протяжении всей смены.

Для снижения загруженности зон ожидания и рассредоточения пациентов на расстояние не менее 1,5 метра друг от друга, был предусмотрен и составлен график работы специалистов таким образом, где был предусмотрен достаточный запас времени между посещениями. Пациенты должны были являться на прием без сопровождения, за исключением случаев, когда им требовалась помощь, но не более одного сопровождающего. Все пациенты и сопровождающие лица должны были предоставить контактные данные.

С целью создания кадрового резерва, проведено заочное обучение медицинских работников стоматологических организаций в виде интерак-

тивного модуля на Портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования<sup>2</sup> по краткосрочной дополнительной программе по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции COVID-19, сбору эпидемиологического анамнеза, мерам предосторожности во время пандемии [4, с. 6–14].

Была проведена работа по информированию населения, в том числе по каналам в социальных сетях, о рисках новой коронавирусной инфекции COVID-19, мерах индивидуальной профилактики, обращая внимание на необходимость своевременного обращения за медицинской помощью при выявлении первых симптомов респираторных заболеваний, соблюдение социальной дистанции, а также маршрутизация пациентов, находящихся на самоизоляции, на карантине, либо имеющих легкие формы коронавирусной инфекции и находящиеся дома, в случае необходимости получить стоматологическую помощь в неотложной форме.

Среди особенностей организации стоматологической помощи в условиях первой волны ограничительных мер была инвентаризация и оперативное создание неснижаемого запаса расходных материалов, включая средства индивидуальной защиты (далее – СИЗ), бесконтактные термометры, дезинфицирующие средства. Был значительно усилен контроль за использованием средств индивидуальной защиты, в том числе защитных экранов, очков, респираторов или масок медицинских, одноразовых шапочек и халатов, а также кожных антисептиков во время оказания медицинской помощи. Помимо этого, повышенное внимание администрации было направлено на соблюдение температурного режима, кратности проветривания, мероприятий по текущей дезинфекции, проведения обеззараживания воздуха с использованием бактерицидных облучателей и дезинфекции поверхностей, контроль концентрации дезинфицирующих средств в рабочих растворах.

Медицинские работники, не задействованные в оказании стоматологической помощи в экстренной форме, а также по причинам, независящим от работодателя и работника, не выходили на работу, а находились дома в режиме «вынужденного простоя». На период вынужденного невыхода на работу за ними сохранялась заработная плата в соответствии с нормативными документами. К сотрудникам старше 65 лет, чье нахождение на

<sup>2</sup> URL: <https://edu.rosminzdrav>

рабочем месте не являлось критически важным, применялся режим самоизоляции. Они имели возможность оформить листок нетрудоспособности удаленным способом «по карантину». Появился опыт организации работы сотрудников экономического блока удаленным способом.

В результате ограничительных мер количество пациентов, принятых по программе обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) в период первой волны пандемии уменьшилось более чем на половину по сравнению с аналогичными месяцами предыдущего года. В связи с фактической остановкой приема пациентов в отделениях платных услуг доходы медицинских организаций от приносящей доход деятельности значительно снизились.

Особенностью организации государственной стоматологической помощи являлось то, что заработная плата врачей-стоматологов ортопедов, ортодонттов, зубных техников и ряда других работников является сдельной и полностью зависит от объема оказанных платных услуг за текущий период. Это обстоятельство способствовало внесению стоматологической практики в перечень отраслей российской экономики в наибольшей степени экономически пострадавшей в результате ограничительных мер [5, с. 71–78], благодаря чему частные стоматологические организации смогли получить доступ к мерам государственной поддержки, однако на государственные стоматологические организации эти меры не были распространены. Тем не менее, были выделены финансовые средства в виде авансирования оплаты медицинской помощи фондом ОМС из расчета одной двенадцатой объема годового финансового обеспечения медицинской организации, без учета фактически выполненного объема медицинской помощи. Меры поддержки позволили не допустить задержку заработной платы сотрудникам, деятельность которых финансируется за счет средств ОМС. Имевшийся запас финансовых средств, его перераспределение позволило не допустить задержки выплат заработной платы медицинским работникам со сдельной заработной платой, исключить практику направления в оплачиваемые отпуска и увольнений сотрудников медицинских организаций, тем не менее, фонды заработной платы сократились.

В числе дополнительных текущих мер по предупреждению распространения коронави

русной инфекции, на основании новых санитарно-эпидемиологических правил<sup>3</sup>, в медицинских учреждениях ежемесячно стал проводиться инструктаж с медицинским и немедицинским персоналом по проведению дополнительных противоэпидемических мероприятий. В числе таких мер: дополнительная дезинфицирующая обработка всех поверхностей растворами эффективными при вирусных инфекциях, обеззараживание воздуха в помещении общего пребывания людей и ряд других мероприятий. Для обработки рук пациентов и персонала были приобретены кожные антисептики и дозаторы, которые были установлены во всех медицинских кабинетах, санитарных комнатах и холлах медицинских учреждений.

В числе организационной новации – организация специального поста на входе в лечебное учреждение и проведения входной бесконтактной термометрии пациентов. Лица с повышенной температурой тела, признаками ОРВИ в клинику не допускались и маршрутизировались в лечебное учреждение к участковому врачу или домой. Помимо этого – ежедневное проведение термометрии и опрос на наличие признаков ОРВИ при входе в стоматологическую организацию всех сотрудников (медицинских и немедицинских работников) с внесением результатов в журнал в произвольной форме. Сотрудники с повышенной температурой тела, признаками ОРВИ к работе не допускались. Указанные сотрудники подлежали осмотру врачом и изоляции. Кроме того, был разработан механизм информирования работодателя сотрудником о состоянии своего здоровья, а также лиц, проживающих вместе с ним, о возможных контактах с больными лицами или лицами, вернувшимися из другой страны или субъекта России.

В целях обеспечения проведения дезинфекционных мероприятий, согласно новых санитарно-эпидемиологических правил, объем закупки СИЗ, дезинфицирующих средств и кожных антисептиков значительно увеличился. Необходимо отметить, что произошло значительное удорожание СИЗ и дезинфицирующих средств по сравнению с предыдущими годами.

В числе текущих мер по снижению риска распространения инфекции являлись мероприятия

по снижению посещений пациентов клиники, связанные не только с получением непосредственно лечения, но и визитов с целью записи на прием. В этой связи, расширились возможности самостоятельной удаленной записи на прием к врачу в электронном виде, пациенты различных возрастных и социальных групп стали более активно использовать данные сервисы. Тем не менее, отсутствие у значительной доли пожилых граждан навыков работы с новейшими технологиями, «цифровой разрыв», приводил к тому, что для этой группы людей доступ к информации о защите от коронавируса, а также доступ к ряду услуг, в том числе к записи на прием к врачу, был ограничен.

Таким образом, в условиях пандемии были предприняты организационные, медико-социальные и экономические меры, направленные, главным образом, на создание условий, обеспечивающих снижение риска передачи COVID-19 в рамках стоматологического приема; обеспечение максимально безопасных условий для работы персонала и нахождения пациентов, сохранение трудового коллектива; обеспечение необходимого уровня заработной платы и динамики доходов сотрудников, выполнение взятых на себя обязательств по договорам и контрактам. Однако это привело к финансовым и архитектурным изменениям в организации стоматологической помощи. Пандемия стала менять повседневную деятельность стоматологической организации, стала устанавливать новые организационные практики и стандарты не только в области стоматологической помощи, но и в повседневной деятельности специалистов. На этом фоне нельзя не заметить скачек развития информационных технологий, включая различные сервисы по удаленной записи на прием, регулирование потока пациентов, администрирования, выдачу листков временной нетрудоспособности в форме электронного документа, а также дистанционного обучения и профессиональной подготовки.

<sup>3</sup> Постановление Главного санитарного врача России от 22 мая 2020 г. № 15 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» // Российская газета. – 2020. – № 115.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гончар В.В. Стоматологическая помощь на Дальнем Востоке России: организация и повседневная практика (1890–1991): монография / В.В. Гончар. – Хабаровск: Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, 2018. – 260 с.
2. Лучшева Л.Ф. Особенности оказания стоматологической помощи в период мероприятий по предупреждению распространения коронавирусной инфекции / Л.Ф. Лучшева, А.М. Хамадеева, О.Г. Рыбак, А.В. Федоров // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2020. – № 3. – С. 49–53.
3. Кузьмина И.Н. Коронавирусная инфекция COVID-19: особенности профилактики в стоматологической клинике / И.Н. Кузьмина, Н.К. Паздникова // DENTAL FORUM. – 2020. – № 3 (78). – С. 39–44.
4. Мурашко М.А. Организация оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 / М.А. Мурашко // Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 4. – С. 6–14.
5. Стародубов В.И. Оценка государственной политики в отношении отдельных вопросов функционирования здравоохранения в период распространения коронавируса COVID-19 / В.И. Стародубов, Ф.И. Кадыров, О.В. Обухова и др. // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 6. – С. 71–78.

### REFERENCES

1. Gonchar V.V. *Stomatologicheskaja pomoshh' na Dal'nem Vostoke Rossii: organizacija i povsednevnaia praktika (1890–1991): Monografija* [Dental care in the Russian Far East: organization and everyday practice (1890–1991) Monograph]. Khabarovsk, Postgraduate Institute for Public Health Workers, Khabarovsk, 2018. 260 p. (in Russian).
2. Luchsheva L.F., Hamadeeva A.M., Rybak O.G., Fedorov A.V. Features of providing dental care during the period of measures to prevent the spread of coronavirus infection. *Zdravooxranenie Dal'nego Vostoka* [Healthcare of the Far East], 2020, no. 3, pp. 49–53 (in Russian).
3. Kuzmina I.N., Pazdnikova N.K. Coronavirus infection COVID-19: features of prevention in the dental clinic. *DENTAL FORUM*. 2020, no. 3, pp. 39–44 (in Russian).
4. Murashko M.A. Organization of medical care for patients with a new coronavirus infection COVID-19. *Vestnik Roszdravnadzora* [Roszdravnadzor Bulletin], 2020, no. 4, pp. 6–14 (in Russian).
5. Starodubov V.I., Kadyrov F.I., Obukhova O.V. et al. Assessment of state policy in relation to certain issues of health care functioning during the spread of the COVID-19 coronavirus. *Menedzher zdravooxranenija* [Health care manager], 2020, no. 6, pp. 71–78 (in Russian).

**ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ**

*Гончар Владимир Владимирович* – заместитель главного врача, стоматологическая клиника «Стомадент-ДВ», Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, доктор медицинских наук, Хабаровск, Российская Федерация; e-mail: goncharvv@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-0200-6719  
Author ID 300292

**AUTHOR**

*Vladimir Gonchar* – Deputy Chief Physician, Stomadent-DV Dental Clinic, Postgraduate Institute for Public Health Workers, Doctor habil. in Medicine, Khabarovsk, Russian Federation; e-mail: goncharvv@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-0200-6719  
Author ID 300292

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.016

## СТРАХОВАЯ ГРАМОТНОСТЬ КАК ЭЛЕМЕНТ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Абубакиров А.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

### **Ключевые слова:**

общественное здоровье, медицинская грамотность, страхование, медицинское страхование, страховая медицинская грамотность.

### **Аннотация**

В статье представлен обзор теоретических положений, определяющих понятия «медицинская грамотность» и «страховая медицинская грамотность» в системе современного научного знания и публикаций российских и зарубежных авторов. Определены основные содержательные элементы понятия «медицинская грамотность», дано авторское определение понятия «страховая медицинская грамотность» и ее место в системе медицинской грамотности. Медицинская грамотность определена как система компетенций, обеспечивающих жизнедеятельность человека, составными элементами которой являются содержательные компетенции и поведенческие. К содержательным компетенциям относятся: гигиеническая грамотность, санитарная грамотность, профилактическая грамотность, лечебная грамотность, реабилитационная (восстановительная) грамотность. Сделан вывод о том, что медицинская грамотность – это фундаментальная составляющая всех усилий по достижению здоровья и благополучия в современном обществе. Низкий уровень медицинской грамотности в целом и страховой грамотности в частности отрицательно сказывается на здоровье людей. Несмотря на то, что формирование компетенций в данной области знаний как критически важных детерминант здоровья продолжает расти, они не выступают объектом глубоких, масштабных научных исследований и практических действий в сфере общественного здоровья.

## INSURANCE LITERACY AS AN ELEMENT OF MEDICAL LITERACY OF THE POPULATION

Abubakirov A.S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

### **Keywords:**

public health, medical literacy, insurance, medical insurance, insurance medical literacy.

### **Abstract**

The article provides an overview of the theoretical provisions that define the concepts of «medical literacy» and «insurance medical literacy» in the system of modern scientific knowledge and publications of Russian and foreign authors. The main substantive elements of the concept of «medical literacy» are determined, the author's definition of the concept of «insurance medical literacy» and its place in the system of medical literacy are given. Medical literacy is defined as a system of competencies that ensure human life, the constituent elements of which are content and behavioral competencies. Content competencies include: hygiene literacy, health literacy, preventive literacy, medical literacy, rehabilitation (restorative) literacy. It is concluded that medical literacy is a fundamental component of all efforts to achieve health and well-being in modern society. Low level of medical literacy in general and insurance literacy in particular negatively affects people's health. Despite the fact that the formation of competencies in this area of knowledge continues

to grow as critical determinants of health, they are not the object of deep and large-scale scientific research and practical action in the field of public health.

Социально-экономические преобразования современного общества, а также достижения научно-технического прогресса, в том числе – в сфере здравоохранения и медицины, не влияют в глобальном плане на отношение людей к своему здоровью. Этот парадокс объясняется учеными как следствие двух разнонаправленных явлений: с одной стороны – социальное поведение, характерное для общества потребления, ориентируется на широко рекламируемые и поощряемые практики нездорового поведения, с другой – несмотря на масштабные информационно-агитационные кампании за здоровый образ жизни, практических системных инструментов в виде конкретных образовательных программ, консультаций и пр., способных дать знания в области здоровьесбережения и сформировать навыки их использования, являются крайне фрагментарными и недостаточными.

Особое место в структуре медицинской грамотности занимают компетенции в области медицинского страхования – как инструмента диверсификации финансовых рисков, связанных с затратами на лечение и восстановление. Страховая грамотность выступает важным элементом медицинской грамотности и является ее поведенческой частью.

Вопросам формирования медицинской грамотности населения как основы здоровьесберегающих компетенций посвящены работы российских (Масленниковой Г.Я., Оганова Р.Г., Симонян Р.З., Курносковой А., Сиднева И., Теклюк Р.В., Сергета И.В. и др.) и зарубежных (Serper M., Patzer R., Curtis L., Smith S., O'Conor R., Baker D., Wolf M. и др.) авторов.

Вопросам формирования грамотности населения в области медицинского страхования посвящены работы Зудина А.Б., Снегиревой Ю.Ю., Ананченко П.И. и др.

Цель исследования

Определить теоретические аспекты страховой грамотности как поведенческого элемента в системе медицинской грамотности населения.

Материалы и методы

При работе над темой на основе методов анализа и систематизации был проведен обзор науч-

ных публикаций российских и зарубежных авторов, а также официальных документов Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), посвященных исследованию дефиниций «медицинская грамотность» и «страховая грамотность» как основных элементов системы формирования здоровьесберегающего поведения и ответственного отношения граждан к своему здоровью.

Результаты исследования

Специалисты в области общественного здоровья отмечают, что в европейских странах практически половина взрослого населения имеет недостаточные знания, позволяющие им нести объективную ответственность за состояние своего здоровья. Как отмечается в издании Всемирной организации здравоохранения, отсутствие компетенций в области медицинской грамотности «приводят к выбору менее здоровых вариантов образа жизни, более рискованным формам поведения, более слабому здоровью, меньшей самостоятельности пациентов и росту случаев госпитализации. Они серьезно истощают кадровые и финансовые ресурсы системы здравоохранения. В то же время очень медленно принимаются на всех уровнях стратегические меры по преодолению кризиса ... грамотности населения» [1, с. 10].

В Оттавской хартии (1986) укрепление здоровья было определено как «процесс, дающий людям возможность влиять на свое здоровье и улучшать его. Для достижения полного физического, душевного и социального благополучия индивидуумы и сообщества должны быть в состоянии определять и реализовывать свои устремления, удовлетворять свои потребности и изменять или приспосабливаться к условиям окружающей среды. Здоровье, таким образом, видится как ресурс для повседневной жизни, а не как цель существования. Здоровье – это позитивная концепция, подчеркивающая важность социальных и личностных ресурсов, наряду с физическими возможностями. Поэтому укрепление здоровья – это задача не только сектора здравоохранения, необходимы усилия по формированию здорового образа жизни и, в более широком плане, всемерное повышение уровня общего благополучия людей»<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Оттавская хартия по укреплению здоровья, 1986. – URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/146808/Ottawa\\_Charter\\_R.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf)

Термин «медицинская грамотность» («health literacy» или «medical literacy»), вошедший в научный оборот в 1990-х годах, имеет широкий перечень определений, основная идея которых сводится к способности индивида понимать, правильно интерпретировать и использовать специализированную медицинскую информацию для поддержания и/или улучшения состояния своего здоровья.

Американские авторы определяют медицинскую грамотность как «когнитивные и социальные навыки, которые определяют мотивацию и способность индивидов получать доступ к информации, понимать и использовать ее таким образом, чтобы способствовать укреплению и поддержанию хорошего здоровья». Таким образом, медицинская грамотность выступает «важной конструкцией, которая инкапсулирует набор индивидуальных навыков управления здоровьем, преобладание которых связано с когнитивными функциями» [2, с. 1252].

В рамках 9-й Глобальной конференции по укреплению здоровья (21-24.11.2016, Шанхай, КНР) медицинская грамотность была признана «важной детерминантой здоровья, основой сохранения и укрепления здоровья, профилактики и контроля заболеваний, инвестиции в которую могут способствовать достижению ЦУР к 2030 году»<sup>2</sup>.

Таким образом, уровень медицинской грамотности обеспечивается последовательностью действий, непосредственно связанных со здоровьем:

1. Поиск необходимой информации по вопросам текущего состояния здоровья.
2. Принятие и осознание полученной информации по вопросам текущего состояния здоровья.
3. Правильная интерпретация полученной информации по вопросам текущего состояния здоровья.
4. Практическое использование полученной информации по вопросам текущего состояния здоровья.

По нашему мнению, говоря о гражданах, медицинскую грамотность следует рассматривать как систему компетенций, обеспечивающих жизнедеятельность человека, составными элементами которой являются содержательные и поведенческие компетенции. К содержательным

компетенциям относятся: гигиеническая грамотность, санитарная грамотность, профилактическая грамотность, лечебная грамотность, реабилитационная (восстановительная) грамотность. Поведенческую компетентность гражданина в области медицинской грамотности формируют его знания в сфере медицинского страхования.

Содержание каждого элемента в структуре медицинской грамотности представлены на рисунке 1.

Не вызывает сомнений факт, что не только здоровый образ жизни, но и уровень медицинской грамотности влияют на продолжительность жизни и показатели заболеваемости и смертности. Говоря об успехах реализации национального проекта «Здравоохранение», министр здравоохранения России Михаил Мурашко заметил: «Уровень медицинской грамотности населения у нас, по некоторым оценкам, тоже не очень высокий – в среднем 15–20%. Нужно понимать, что в целом медицинская грамотность и здоровьесберегающее поведение однозначно влияют на продолжительность жизни»<sup>3</sup>.

Важное место в системе медицинской грамотности занимает грамотность в области медицинского страхования, которую мы определяем как знание и практическое использование информации о возможностях компенсации рисков здоровья и покрытия расходов на лечение за счет соответствующих финансовых институтов. Страховая грамотность выступает поведенческой компетенцией гражданина, обуславливающей его поведение относительно потребления тех, или иных медицинских услуг, направленных на его здоровьесбережение.

В российской научной литературе определение понятия «страховая медицинская грамотность» отсутствует, как и отсутствуют работы по анализу уровня знаний граждан относительно их прав и возможностей в рамках системы обязательного и добровольного медицинского страхования. Поиск запросы в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ) с ключевыми словами, связанными с исследуемым понятием, выдают только публикации автора настоящей статьи [3; 4; 5]. Это говорит о том, что в российском научном пространстве проблемы повышения страховой медицинской грамотности населения имеют край-

<sup>2</sup> Шанхайская декларация по укреплению здоровья. – URL: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/ru/>

<sup>3</sup> Мурашко М. Медицинская грамотность и забота о здоровье помогут россиянам жить дольше. – URL: <https://tass.ru/nacionalnyye-proekty/8770687>



Рис. 1. Содержательные элементы системы медицинской грамотности граждан.

не недостаточную изученность.

В зарубежных публикациях грамотность населения относительно медицинского страхования нашла большее отражение. Так, например, ряд авторов данную дефиницию определяют как «степень, в которой люди обладают знаниями, способностями и уверенностью для поиска и оценки информации о планах здравоохранения, выбора наилучшего плана для своих собственных (или их семьи) финансовых и медицинских обстоятельств» [2, с. 1254].

Специалисты отмечают, что страховая медицинская грамотность – это элемент ответственности гражданина за свое здоровье, его способность не перекладывать заботу о себе на плечи государства, системы здравоохранения, семейного врача и пр., а активная позиция и умение принимать самостоятельные решения, направленные

на финансирование здоровьесбережения. «Хотя грамотность в области медицинского страхования частично совпадает с медицинской грамотностью, она отличается необходимостью понимания того, как структурируются пособия по медицинскому страхованию, а также понимания и оценки ответственности за совместное несение расходов. Как грамотность в области медицинского страхования, так и грамотность в области здравоохранения требуют знания медицинских услуг и состояния здоровья человека, а также умения использовать эту информацию для принятия решений», – отмечают Berkman N.D. с соавт. [6, с. 99].

Важность страховой медицинской грамотности для здоровьесберегающего поведения населения подчеркивают многие специалисты. В условиях коммерциализации рынка медицинских услуг достаточно сложно неподготовленному че-

ловеку ориентироваться между набором услуг, предоставляемым в рамках обязательного и добровольного медицинского страхования, между (условно) платными и бесплатными услугами. В конечном итоге, «страховая медицинская грамотность является фактором того, будет ли потребитель откладывать или избегать обращения за медицинской помощью из-за ее стоимости»<sup>4</sup>.

#### Заключение

Эффективность государственных и частных рынков медицинского страхования, а также систем обязательного (далее – ОМС) и добровольного (далее – ДМС) медицинского страхования во многом зависит от способности потребителей понимать сущность медицинского страхования и механизм его реализации, оценивать финансовые риски, связанные с лечением и восстановлением здоровья, принимать обоснованные решения относительно перераспределения денежных средств на поддержание своего здоровья.

Грамотность в области медицинского страхования является одним из факторов, которые могут определять, выбирают ли потребители подходящий план медицинского страхования и используют ли они его в своих интересах. Среда медицинского страхования сложна и требуется много работы для повышения ясности, доступности и удобства использования материалов и инструментов, предоставляемых потребителям, а также для снижения сложности структуры ОМС и ДМС, в которых потребители должны ориентироваться.

Медицинская грамотность – базовая основа любых предпринимаемых усилий, направленных на обеспечение здоровья населения и его благополучие. Низкий уровень медицинской грамотности в целом и страховой грамотности в частности отрицательно сказывается на здоровье людей. Несмотря на то, что формирование компетенций в данной области знаний как критически важных детерминант здоровья продолжает расти, они не выступают объектом глубоких, масштабных научных исследований и практических действий в сфере общественного здоровья.

---

<sup>4</sup> Dorn S. Implementing national health reform: A five-part strategy for reaching the eligible uninsured. – Washington, 2011: Urban Institute. – URL: <http://www.urban.org/publications/412335.html>

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Санитарная грамотность: убедительные факты. – Копенгаген: Европейское бюро ВОЗ, 2014. – 91 с.
2. Serper M. Health Literacy, Cognitive Ability, and Functional Health Status among Older Adults / M. Serper, R. Patzer, L. Curtis, S. Smith et al. // *Health services research*. – 2014. – № 49 (4). – P. 1249–1267.
3. Абубакиров А.С. Медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования: монография / А.С. Абубакиров, П.И. Ананченкова, Д.С. Амонова и др. – М.–Берлин: Директ–Медиа, 2019. – 168 с.
4. Абубакиров А.С. Практика реализации дистанционных образовательных проектов страховыми организациями в рамках обязательного и добровольного медицинского страхования (кейс-стади) / А.С. Абубакиров, А.Б. Зудин, Ю.Ю. Снегирёва // *Вестник Авиценны*. – 2019. – Т. 21. – № 4. – С. 577–583.
5. Абубакиров А.С. Курсы страховой грамотности как инструмент повышения информированности граждан относительно программ медицинского страхования / А.С. Абубакиров // *Костинские чтения: материалы III Международной научно-практической конференции*. – М.: ИИЦ АТиСО, 2020. С. 142–146.
6. Berkman N.D. Low health insurance literacy and health outcomes: An updated systematic review / N.D. Berkman, S.L. Sheridan, K.E. Donahue et al. // *Annals of Internal Medicine*. – 2011. – № 155. – P. 97–107.

### REFERENCES

1. *Sanitarnaya gramotnost': ubeditel'nye fakty* [Health literacy: convincing facts]. Copenhagen: WHO Office for Europe, 2014. 91 p. (in Russian).
2. Serper M., Patzer R., Curtis L. et al. Health Literacy, Cognitive Ability, and Functional Health Status among Older Adults. *Health services research*, 2014, no 49 (4), pp. 1249–1267.
3. Abubakirov A.S., Ananchenkova P.I., Amonova D.S. et al. *Medicinskaya pomoshch' v sisteme obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya* [Medical care in the system of compulsory medical insurance]. Moscow-Berlin, Direct-Media, 2019. 168 p. (in Russian).
4. Abubakirov A.S., Zudin A.B., Snegiryova Yu.Yu. The practice of implementing distance educational projects by insurance organizations within the framework of mandatory and voluntary medical insurance (case study). *Vestnik Avicenny* [Avicenna's Bulletin], 2019, vol. 21, no 4, pp. 577–583 (in Russian).
5. Abubakirov A.S. Insurance literacy courses as a tool for raising awareness of citizens about health insurance programs. *Kostinskie chteniya. Materialy III Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii* [Kostin readings. Materials of the III International Scientific and Practical Conference]. Moscow: IPC ALaSR, 2020, pp. 142–146 (in Russian).
6. Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E. et al. Low health insurance literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 2011, no. 155, pp. 97–107.

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Абубакиров Андрей Султангалеевич – аспирант, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: asabubakirov@yandex.ru  
ORCID: 0000-0003-0546-1714

### AUTHOR

Andrei Abubakirov – PhD-student, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: asabubakirov@yandex.ru  
ORCID: 0000-0003-0546-1714

# ЛИЧНОЕ МНЕНИЕ УЧЁНОГО

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.017

## COVID-19: УРОКИ ВАКЦИНАЦИИ

Спасенников Б.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Профессор, Москва, Российская Федерация

### Ключевые слова:

общественное здоровье,  
COVID-19, вакцинация, ко-  
вид-диссиденты.

### Аннотация

Пандемия коронавирусной инфекции проявила ряд нерешенных проблем общественного здоровья и здравоохранения. Большинство развитых мировых держав оказались не готовы к столкновению с этой инфекцией, проведению вакцинации. Статья посвящена проблемам вакцинации (COVID-19) в Российской Федерации. Исследование основано на междисциплинарной интеграции медицинского, психологического, правового и социологического знаний. Показан успех российской науки в создании соответствующих вакцин. Исследован комплекс причин отставания в вакцинации населения России в сравнении с многими другими странами. Описаны причины и условия возникновения антинаучной пропаганды, которая дезориентировала население в условиях пандемии. Показано, что государственная политика по разъяснению необходимости прохождения вакцинации уступает агитации «антипрививочников». Принцип выявленных предпочтений властных элит в отношении вакцинации в России проявляется минимально. Рассмотрены причины появления российских ковид-диссидентов (антиваксеры). Миллионы человек не готовы за короткий срок поменять свое отношение к здоровьесохранению, что предопределило проблемы вакцинации. Сформулированы пути изменения ментальности населения, связанной с антипрививочными настроениями. Предложено открыть российский рынок для соответствующих иностранных вакцин. Дано обоснование этому предложению. Подчеркнута значимость продуманной агитации за проведение вакцинации, пропаганды надлежащих санитарно-противоэпидемических мер, здоровьесбережения. Отмечен сложный аспект проблемы – вакцинация сельского населения. Показаны различные пути повышения эффективности иммунизации населения России. Сделан вывод о том, что только пропаганда научных знаний может обеспечить максимальную вакцинацию (ревакцинацию) в России.

## COVID-19: LESSONS OF VACCINATION

Spasennikov B.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Professor, Moscow, Russian Federation

### Keywords:

public health, COVID-19,  
vaccination, Covid dissidents.

### Abstract

The coronavirus pandemic has highlighted a number of public health problems. Most of the world states were not ready to face this infection. The article is devoted to the problems of vaccination (COVID-19) in the Russian Federation. Scientific work is based on the interdisciplinary integration of medical, psychological, legal and sociological knowledge. A complex of

reasons for the lag in vaccination of the population of Russia in comparison with other countries has been investigated. The reasons and conditions for the emergence of anti-scientific propaganda, which disorientated the population in the context of a pandemic, are described. State policy to explain the need for vaccination is inferior to campaigning for "anti-vaccination". It is shown that the principle of the revealed preferences of the ruling elites in relation to vaccination was almost not manifested. The reasons for the emergence of Covid dissidents are shown. Millions of people are not ready to change their attitude to health preservation in a short time. The ways of changing the mentality of the population associated with anti-vaccination moods have been formulated. It was propose to open the Russian market for foreign vaccines. The rationale for this proposal is given. The importance of well-thought-out campaigning for vaccination, promotion of appropriate sanitary and epidemiological measures, and health preservation was emphasized. Another difficult aspect of the problem is noted - vaccination of the rural population. Various ways of increasing the efficiency of immunization of the Russian population are shown. It is concluded that only the promotion of scientific knowledge can provide the maximum vaccination (revaccination) in Russia.

В статье представлено несколько цитат, которые позволяют понять сложность обсуждаемой темы. Начнем с самоцитирования: «Со второй половины 40-х годов советская гражданская и военная медицина готовилась к внешним военным угрозам с применением биологического (бактериологического), химического, ядерного (термоядерного) оружия, что требовало создавать и содержать в постоянной готовности структуры, способные в короткий срок развернуть сеть мобильных госпиталей для массового поступления пострадавших, пораженных, больных. Эти мобильные госпитальные базы должны были быть готовы к быстрому развертыванию, приему большого числа инфекционных больных, а также к диагностике и лечению пациентов с последствиями применения биологического (бактериологического) оружия. Считалось, что они должны иметь подготовленные кадры и надлежащее оборудование для диагностирования инфекционных заболеваний; иметь и постоянно поддерживать резерв коечного фонда, лекарственных средств и лабораторных мощностей; иные средства для организации помощи пострадавшим, пораженным и больным при чрезвычайных ситуациях военного и мирного времени. Для этого на протяжении полувека из государственного бюджета выделялись большие финансовые ресурсы, строилась система гражданской обороны, тесно связанная с гражданским здравоохранением, военно-медицинской службой, системой высшего и среднего специаль-

ного образования. Однако, пандемия COVID-19 показала, что такого потенциала у гражданской и военной медицины в нашей стране нет. После 70 лет подготовки к внешней агрессии с применением биологического (бактериологического) оружия, страна оказалась неподготовленной к чрезвычайной ситуации мирного времени» [1, с. 52–57].

Пандемия COVID-19 продолжает бушевать в России и мире<sup>1</sup>. При этом следует сказать, что, за редким исключением, на первом этапе в яму COVID-19 провалились почти все правительства в мире, как демократические, так и авторитарные/тоталитарные (при эпидемиях и пандемиях демократические страны имеют очевидное преимущество в интеллектуальных и финансовых возможностях; авторитарные/тоталитарные – в мобилизационно-организационном плане). Но не во всех странах, как в России, процесс спасения населения оказался делом преимущественно самих граждан на начальном этапе. Лишь немногие регионы страны, имеющие очень большие бюджетные ресурсы, существенно увеличили количество «ковидных» коек, медицинских работников (зачастую за счет массового привлечения врачей, среднего и младшего медицинского персонала из соседних регионов, что «обескровило» некоторые субъекты Российской Федерации, ухудшило в

<sup>1</sup> URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01323-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01323-4/fulltext);

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31867-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31867-5/fulltext).

них возможности предоставления населению необходимого объема и качества медицинской помощи).

Медицинская наука дает ответы, каким образом можно противостоять этой пандемии. Одно из ведущих направлений этого противостояния – вакцинация населения. Это было понятно многим профессионалам с первых дней развития сложной эпидемической обстановки, что предопределило работу по созданию вакцин, чем активно занимались ученые многих стран, в том числе и российские исследователи. Но создать вакцину еще мало, надо провести большую организационную работу по подготовке и проведению вакцинации населения, что включает пропаганду научных медицинских знаний. Именно последнее направление, по мнению автора, в нашей стране, к сожалению, отсутствовало на той стадии пандемии, на которой население должно было быть должным образом подготовлено к проведению вакцинации. Это предопределило повышенные показатели смертности населения России в 2021 году.

Напротив, в стране была развернута масштабная антинаучная пропаганда, которая дезориентировала население в условиях пандемии. Владимир Варфоломеев обобщил некоторые знаковые заявления вслед за которыми и последовала масштабная антинаучная пропаганда, во многом опирающаяся на эти псевдонаучные, безответственные выступления:

– «Массовые прививки от коронавируса не нужны – депутат Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, экс-глава Роспотребнадзора Геннадий Онищенко<sup>2</sup> (ИФ);

– Потенциал распространения коронавируса оценивается как низкий – начальник Центра инфекционных болезней Центральной клинической больницы Управления делами Президента России Георгий Сапронов<sup>3</sup> (ТАСС);

– Около 30 существующих медицинских препаратов уже лечат новый коронавирус – депутат Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, экс-глава Роспотребнадзора Геннадий Онищенко (Эхо Москвы);

– Завоз коронавируса в Российскую Федерацию возможен, но широкое распространение маловероятно – Роспотребнадзор (РИА);

– Новый коронавирус распространяется в сто раз медленнее, чем грипп – депутат Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, экс-глава Роспотребнадзора Геннадий Онищенко (ТАСС);

– Новый коронавирус является меньшей биологической угрозой, чем грипп – директор Института медицинской паразитологии Александр Лукашев<sup>4</sup> (ИФ);

– Назвать новый коронавирус особо опасным пока нельзя – эксперт Минздрава, вирусолог Герман Шипулин<sup>5</sup> (ТАСС)»<sup>6</sup>.

По мнению автора, после таких заявлений столь известных лиц повернуть (перевернуть) общественное мнение в противоположную сторону было весьма сложным, требующим значительных усилий.

Благоприятные условия зимы 2020/2021 годов способствовали затиханию первой волны. «Эффективность борьбы с первой волной пандемии определялась и профессионализмом, личными человеческими качествами значительной части медицинских работников России, работавших в «красных» зонах, их пассионарностью, а не деятельностью руководителей федеральной власти и федеральных органов управления здравоохранением» [1, с. 52–57]. Локдаун быстро свернули. Однако, в России (и очень немногих других странах) была создана одна, затем другая вакцина. То есть то, что зависело от ученых и врачей, а не от чиновников и пропагандистов, в нашей стране было сделано. Но, вместо подготовки к вакцинации, отдельные представители власти начали отрицать саму возможность катастрофической третьей волны, что привело к формированию в массовом сознании твердого убеждения: «Теперь-то вакцинироваться зачем?». Государственное управление не заметило, что электорат, верно голосующий на выборах, уже не верит тем, за кого голосует. Россияне традиционно не верят государству. Более

<sup>4</sup> Александр Николаевич Лукашев, врач-вирусолог, директор Института медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний имени Е.И. Марциновского (в составе Сеченовского университета), член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор РАН.

<sup>5</sup> Герман Александрович Шипулин, учёный-эпидемиолог и инфекционист, заместитель генерального директора по научно-производственной деятельности ФГБУ «ЦСП» ФМБА России.

<sup>6</sup> Варфоломеев В. Перечитывая старые новости про коронавирус... – URL: <https://echo.msk.ru/blog/varfolomeev/2873114-echo/>

<sup>2</sup> Геннадий Григорьевич Онищенко, врач-эпидемиолог, заслуженный врач России, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор.

<sup>3</sup> Сафонов Георгий Анатольевич, заслуженный деятель науки России, член-корреспондент РАН, доктор биологических наук, профессор.

того, российский народ не верит чиновникам от медицины также, как и всем остальным чиновникам. Дело «врачей-вредителей» аукнулось тем, что дети и внуки тех, кто поднимал руки на собраниях за «расстрелять врачей-отравителей», уже не верят в то, что бывает «честная власть», «хорошая медицина для народа». В коллективном подсознании появился пункт, который не предусматривает доверия кому-либо вообще из власти имущих. То, что понятно любому опытному практикующему психотерапевту, мудрому организатору здравоохранения (главному врачу), оказалось непонятным для многих представителей властной элиты. В таких условиях проведение агитации за вакцинацию нужно было поручать неформальным лидерам общественного мнения, которые (в свою очередь) верят в отечественную медицинскую науку, в доказательную медицину. Официальные и околовластные лица лишь отпугивают народ от вакцинации (ревакцинации). А чиновникам нужно запретить публично заявлять об очередной досрочной победе над Ковидом.

Понимая, как все сложно в эпидемическом плане, нужно было поручить неформальным лидерам общественного мнения сосредоточиться на пропаганде элементарных гигиенических норм, ограничительных мер и вакцинации. Вместо этого властные элиты делали популистские заявления. Вместо борьбы с обскурантизмом отдельных слоев населения, некоторые чиновники стали потакать ему. «Россия, особенно во время второй волны, была настоящим царством ковидной свободы, Меккой ковидоотрицателей и иконой антипрививочников. Европейский обыватель мог только мечтать о такой жизни – рестораны, театры, курорты. С.С. Собянин какое-то время портил этот пир русского духа своим занудством в Москве, но и он, в конце концов, построился в шеренгу<sup>7</sup>. Люди радовались, а власть все приписывала на свой счет, упиваясь дешевым успехом и поощряя опасные заблуждения»<sup>8</sup>.

И тут случилась третья волна, которую прогнозировали специалисты и бездумно отрицали чиновники от медицинской науки. Пассажиры ездили без масок (и, конечно, без перчаток) в метро, в автобусах, в кабине лифта<sup>9</sup>, а само слово

«вакцинация» вызывало сомнение у большинства граждан. Властная элита не сразу решилась признать наличие третьей волны, так как это означало признание официальной лжи об успешной Победе над ковидом. Народ стал возмущаться тем, что ему вновь запретили посещение ресторанов, одновременно разрешая поездки в переполненных вагонах метро, заполненных автобусах и трамваях, где нет понятия «социальное расстояние» в то время, когда миллионы людей едут на работу или с работы (при этом без права, выйдя из метро, зайти в поужинать в кафе или ресторан без QR-кода). Властные элиты вновь наступили на собственные грабли. А ведь в это время отечественные вакцины уже начали работать. Ничего не мешало существенно раньше начать вакцинацию, которой должна была предшествовать продуманная агитация, пропаганда надлежащих санитарно-противоэпидемических мер, здоровьесбережения. Вместо этого, предоставленные жизнью полтора года, властные элиты подпитывали шапкозакидательскими заявлениями обскурантизм, сеяли мифы и фейки об иностранных вакцинах-конкурентах, создавали у электората ложное ощущение эйфории от Победы над ковидом. Потом этим элитам пришлось бороться с ковид-диссидентами, которых они сами и породили. Однако систематическая агитационная кампания за прививки в первой половине лета 2021 года отсутствовала, в отличие от выступлений антиваксеров. Если в 2020 году, в период конституционной реформы, на телевидении агитационные ролики и скрытая реклама были представлены надлежащим образом, а инстаграммеры, имеющие большую аудиторию, работали «в поте лица своего», осваивая серьезные бюджеты, то ничего аналогичного в первой половине лета 2021 года не происходило, несмотря на формальное понимание властями значения вакцинации. Принцип выявленных предпочтений властных элит в отношении вакцинации почти не проявлялся. Ресурсы на продвижение темы вакцинации выделялись на федеральном уровне минимально.

Более того, пропаганда вакцинации (ревакцинации) была зачастую антинаучна, поэтому противоречива. Неудержимый поток сумбурной информации от медицинских и иных чиновников, псевдоученых, не способствовал проведению воздушно-капельной атмосфере, – одно из наиболее угрожаемых мест в плане заражения коронавирусной инфекцией. Из всех вариантов лифта (жилой дом, государственное учреждение, бизнес-центр и др.) наиболее опасно пользоваться лифтом в поликлинике, где идет концентрация больных по объективным причинам.

<sup>7</sup> Автор не разделяет эту точку зрения и выражает поддержку усилиям Сергея Семеновича Собянина по противодействию пандемии в Москве.

<sup>8</sup> URL: <https://cont.ws/@russky.parlament/2027209>

<sup>9</sup> Замкнутая, непрветриваемая кабина лифта в многоэтажном доме, где в мизерном объеме стоят здоровые и больные, в единой

цинации (ревакцинации). Сначала они говорили, что повторно заболеть коронавирусной инфекцией невозможно. Потом признали, что возможно. Эти же лица заявляли, что прививка поможет не заболеть повторно. Позже признали, что это не так. Далее чиновники убеждали, что эффективность прививки близка к 100%. Объективная действительность показала, что нет (хотя профессионалам это было очевидно изначально). В последующем чиновники и псевдоученые заявляли, что те, кто болевают после прививки, не успели выработать иммунитет. Но среди заболевших были пациенты, кто привился пару месяцев назад. Затем чиновники заявили, что иммунитет будет держаться минимум год, а то и два. При этом якобы повторная вакцинация будет бесполезна. После этого эти же чиновники сказали, что иммунитет держится меньше и ревакцинация возможна. В итоге заявили, что повторная вакцинация должна быть раньше и всенепременно. Все эти объяснения чиновников от медицины, псевдоученых, останавливали население от того, чтобы пойти и сделать прививку. После подобных заявлений около медицинских чиновников граждане легко поддаются слухам, сплетням и местечковым мифам. В результате, к сожалению, в вопросах вакцинации люди охотнее доверяют шарлатану в интернете или бабушке у подъезда. Ковид-диссидентство не навязывалось извне, оно было естественной реакцией на путанные заявления властей.

Российский режим, называемый политологами авторитарным, оказался неспособен своевременно реализовать правильные решения, основанные на научном понимании объективной действительности. Одно дело назначить министром здравоохранения России (или министром здравоохранения Московской области) даму, не имеющую медицинского образования, но умеющую «правильно» направлять финансовые потоки и сокращать инфекционные (и другие «лишние») койки или целые больницы; утвердить ректорами (или деканами) медицинских вузов (или факультетов) ученых-биологов, не знакомых с пальпацией и аускультацией, дифференциальной (или топической) диагностикой и пациентоориентированной терапией, не знакомых с разницей между факультетской и госпитальной терапией, но послушно выполняющих волю, сформулированную сверху<sup>10</sup>. Совсем другое дело – быстро и эффективно

<sup>10</sup> В период первой волны пандемии стало очевидным, что эти ректоры (деканы), к сожалению, не имеют профессионального,

принимать и реализовывать решения, связанные с санитарно-противоэпидемическим режимом, создания надлежащей производственной базы по производству необходимого количества вакцины для своей страны и государств, готовых ее приобрести, а также для стран, традиционных союзников России, которые нуждаются в нашей гуманитарной фармакологической помощи в условиях пандемии. К научно обоснованным решениям и их эффективной реализации правящая элита оказалась, к сожалению, неподготовленной.

Вероятно, пропагандировать научные знания не входит в Стратегию национальной безопасности. Очень удобно управлять народом, который слепо верит, что М. Олбрайт планирует «отрезать» у России Сибирь в пользу США, а принцесса Диана зверски убита в результате заговора Букингемского дворца. Дать научное медицинское обоснование вакцинации (также, как ранее, дать научное правовое толкование конституционной реформы или научное экономическое объяснение повышения пенсионного возраста), сложно, а таких сложностей чиновники не любят, так как сами подчас не понимают суть происходящего. Поэтому научное медицинское просвещение заменили на привычное: «Вакцинируйтесь или закроем!», «Вакцинируйтесь или уволим!». «Тащить и не пущать» в отечественной истории реализуется с большим опытом и рвением, нежели попытаться дать ответ на общественный запрос: «Объясните, почему?». Принуждение к вакцинации, вместо объяснения ее причин, привело к противодействию больших масс населения, привыкших даже в XXI веке продолжать верить в слезы<sup>11</sup> и чипи-

врачебного авторитета у студентов (и преподавателей), не являются лидерами в возглавляемых ими медицинских вузах (факультетах). Они оказались обычными чиновниками от образования и науки, которые не способны повести за собой студенчество в сложной эпидемиологической ситуации к больным в «красную зону». Ректором (деканом) медицинского вуза (факультета), по мнению автора, может быть только клиницист, имеющий профессиональный, врачебный авторитет в медицинской среде.

<sup>11</sup> В научной литературе многократно описывалось (Маркова С.В., Киценко О.С. и др.), как в России в периоды эпидемий инфекционных заболеваний православные верующие совершали языческие ритуалы (например, в Воронежской губернии женщины опахивали село по околице, чтобы «оградиться» от холеры). Более того, подчас православные священники (например, в Саратовской губернии) выступали с призывами совершить такие языческие действия в период эпидемии. На фоне сложных социально-экономических процессов конца XX–XXI вв. суеверие вновь нарастает среди наиболее социально незащищенных слоев населения, пытающихся найти спасение у шарлатанов, а также в причудливом единении религиозных обрядов и языческих ритуалов. Особенно ярко, к сожалению, это проявилось в пандемию COVID-19.

рование<sup>12</sup>. Уже более чем столетие (с октября 1917 года) усилия государства по подавлению критического мышления дают свои плоды. Значительная часть населения уже не оперирует необходимой системой суждений (анализ информации, интерпретация явлений, оценка событий, последующее составление объективных выводов), а государство не готово (или не хочет) научить этому. Поэтому процесс вакцинации населения России существенно отстает от многих цивилизованных стран, своевременно создавших (или закупивших) вакцины. Это отставание, помимо вышеуказанного, определялось рядом других факторов.

Во-первых, государство в последнее столетие самыми разными способами систематически обманывало своих граждан. Поэтому в условиях пандемии, когда государство повело себя вполне разумно, слишком много людей сочло это очередным обманом. Они поверили заявлению: «Лидер ЛДПР Владимир Жириновский не исключил, что вирус может быть провокацией с целью обогащения фармацевтических корпораций (ТАСС)»<sup>13</sup>. У людей в сложной ситуации не оказалась основной доверять государству, которое «наступило на собственные грабли». Оно не смогло представить разумных объяснений, что это не очередное шулерство с облигациями государственного займа или залоговыми аукционами, а «игра по правилам», в интересах людей. Отсюда государству нужно сделать вывод, что время обманывать народ прошло. Нужно начинать всегда «играть по правилам».

Во-вторых, граждане России считают охрану здоровья государственной функцией, они не готовы принимать экономическую ответственность за свое здоровье. Поэтому многие изначально ждали, что в условиях пандемии государство должно материально стимулировать вакцинацию чем-то вроде массовых лотерей с машинами и квартирами (или как минимум бесплатной раздачей плюшек на пунктах вакцинации). С.С. Собянин и А.Ю. Воробьев это поняли и реализовали, но, к сожалению, с большой задержкой во времени. Значительная часть глав субъектов Российской Федера-

<sup>12</sup> Убеждение отдельных лиц в злонамеренном чипировании (через вакцину) с целью воздействия на людей, по сути своей, достаточно близко к параноидному бреду воздействия, что требует соответствующих лечебно-диагностических мероприятий в отношении лиц, страдающих идеями чипирования. Вместо этого происходит открытое индуцирование бредовых идей «чипирования» в интернет-пространстве.

<sup>13</sup> Варфоломеев В. Перечитывая старые новости про коронавирус... – URL: <https://echo.msk.ru/blog/varfolomeev/2873114-echo/>

ции, вероятно, это так и не поняла. Отсюда вывод: понимание российской (постсоветской) ментальности – обязательное условие занятия важной государственной должности. Позже на федеральном уровне был предложен оплачиваемый выходной день лицам, прошедшим вакцинацию. К сожалению, это предложение, по мнению автора, было весьма запоздалым. Отдельная экономическая льгота должна быть предоставлена неработающим пенсионерам (вплоть до продовольственного пайка. Нельзя забывать об уровне крайней бедности и нищеты среди неработающих пенсионеров. Впрочем, об уровне бедности в России вообще не стоит забывать, планируя те или иные социально значимые мероприятия). С приходом в Россию третьей волны коронавируса «температура» общества стала довольно быстро повышаться, нужно осознать это и «назначить жаропонижающее» в виде экономической заинтересованности в вакцинации (ревакцинации).

В-третьих, стандартные телепропагандисты потеряли привычные свои козыри, почувствовали себя неуверенно. Они уже не могли заявить, что опять «англичанка гадит», так как вирус пришел из «братского» Китая, а не из Соединенного Королевства. В Великобритании уже было привито свыше 55% населения, когда в России – лишь 15%. Телепропагандисты уже не могли заявить, что «либералы саботируют» вакцинацию, так как большинство представителей так называемой «либеральной общественности» (студенты, аспиранты и профессора лучших московских и питерских вузов, успешные журналисты, молодые бизнесмены и пожилые правозащитники, то есть самая энергичная и образованная часть общества) оказались на пунктах вакцинации среди первых<sup>14</sup>, в то время как государственники искали «иностранных агентов, подливающих коронавирус в колодцы» и рассуждали о «чипировании». Стандартные телепропагандисты оказались не готовы говорить разумные вещи, основанные на научном знании. Отсюда вывод: телепропаганди-

<sup>14</sup> Вероятно, наиболее образованная часть общества сразу осознала, что COVID-19 негативно влияет на мозг человека. Об этом, в частности, свидетельствует не только потеря обоняния и вкуса (поражение черепно-мозговых нервов) у больного с коронавирусной инфекцией. Больше всего от коронавируса страдает способность к абстрактным логическим рассуждениям, планированию и концентрации внимания. После выздоровления пациента его когнитивные способности не восстанавливаются, к сожалению, до прежнего уровня. Именно этот факт, вероятно, более всего насторожил представителей либеральных взглядов, оставив равнодушными к нему чиновников-государственников.

стам нужно учиться говорить то, что предполагает здравомыслие. В условиях пандемии на телеэкране уже давно должны быть врачи<sup>15</sup>, спокойно и аргументированно говорящие о том, как с помощью вакцинации (ревакцинации) сохранить свое здоровье, здоровье своих родителей, близких. Вместо этого официозные СМИ начали массированный троллинг иностранных вакцин-конкурентов, не понимая, что тем самым они подрывают и доверие к российским препаратам, усиливают позиции антиваксеров. Тем более, что скорость создания отечественных вакцин, а также непрозрачность данных об их клинических испытаниях вызывали подозрения даже у тех слоев населения, кто в принципе был за научное решение проблемы, за вакцинирование. Именно в это время появились интернет-мемы «скороспелая вакцина», «случайный спутник»<sup>16</sup> и др. В это время нужно было предоставить слово создателям этих вакцин, показать их лица, рассказать о их заслугах в отечественной науке, приоритетах российской медицины. Однако экраны российских телевизоров были заполнены, к сожалению, совсем другими лицами и другими темами<sup>17</sup>.

Пропаганда вакцинации (ревакцинации) должна учитывать советскую и постсоветскую ментальность с низкой степенью ценности своей жизни и жизни окружающих. Именно эта ментальность определяет, что несмотря на установленный диагноз сахарного диабета, наши люди питаются картошкой с белым хлебом, сладким чаем с конфетами; при тромбозах вен нижних конечностей считают избыточным покупать и принимать современные антикоагулянты по назначению врача, покупать и носить компрессионное белье; садятся

<sup>15</sup> Автор говорит о врачах, а не о лицах, сделавших эфир медицинских телепередач способом фармакологической рекламы либо привлечения пациентов в свои собственные частные медицинские организации.

<sup>16</sup> Автор считает ошибочным решение назвать вакцину «Спутник V», так как Первый Советский Спутник сегодня уже не кажется символом прогресса. Он был таковым несколько десятилетий назад, во второй половине прошлого века. Что касается «V», то он, вероятно, больше напоминает миру об известном жесте У. Черчилля в сомнительный период мировой истории, нежели о советской науке. Регистрационное наименование (Гам-КОВИД-Вак) вызывает у некоторой части населения большее доверие. К сожалению, не все люди понимают, что «Гам-КОВИД-Вак» и «Спутник V» – одна вакцина.

<sup>17</sup> Проблема не в том, что некий актер во время вручения премии «ТЭФИ», выступил нигилистически по отношению к санитарно-противоэпидемическим мерам в Москве. Проблема в том, что зал, заполненный московской элитой, аплодировал этому воинствующему нигилизму и историческому невежеству. Вероятно, это свидетельствует о личностной незрелости некоторой части творческой и околовластной тусовки.

пьяными за руль или «сидят в телефоне» за рулем и др. Миллионы человек не готовы за короткий срок поменять свое отношение к здоровьесохранению. Поэтому пропаганда медицинских знаний должна быть одновременно наступательной и аккуратной, меняя подобную ментальность, что имеет огромное значение и в рамках вакцинации (ревакцинации), и в рамках здоровьесбережения, увеличения продолжительности жизни населения России.

Повторим, обязательным условием эффективной медицинской пропаганды является понимание российской (постсоветской) ментальности, что должно быть основано на научном знании социологии медицины, клинической психологии. Истоки социальных девиаций «сопротивления вакцинации», как правило, обнаруживаются не столько в пандемии, то есть бедствии народа, сколько в иррациональном поведении самой власти. Где-то глубоко в общественном подсознании находится патологическое желание «назло папе отморожу уши» (вариант: «назло власти не пойду вакцинироваться»). Эти девиации поведения нужно исправлять на основании понимания клинической и социальной психологии, пограничной психопатологии, овладения приемами социальной психотерапии.

Когда необходимость широкой вакцинации и ревакцинации стала весьма очевидной, мы продолжали слышать от ряда ньюсмейкеров спорные заявления, что поголовная вакцинация нужна, но нарушает права человека. На наш взгляд, приоритетным является право на жизнь и здоровье, что обеспечивается массовой вакцинацией, ревакцинацией, соблюдением многих санитарно-противоэпидемических мер. Вместо этого в разгар пандемии проводились массовые мероприятия без ношения масок и без соблюдения социальной дистанции (например, праздник «Алые паруса» в Санкт-Петербурге). Зачем нужно было столь демонстративно игнорировать санитарно-противоэпидемические нормы? Выпускники школ и их родители из этого праздника сделали один вывод: «Опасность ковида – надуманная, а в прививках особого смысла нет».

При этом антинаучная пропаганда антиваксеров продолжалась рядом популярных СМИ<sup>18</sup>. Особое беспокойство вызывает систематическая антипрививочная пропаганда, работающая с стилем «последних новостей»: «В городе Н. гражданка

<sup>18</sup> URL: [https://echo.msk.ru/blog/vit\\_petrov/2875596-echo/](https://echo.msk.ru/blog/vit_petrov/2875596-echo/)

А-ва умерла после применения вакцины Z». При этом не указывается причина смерти, не приводятся хронические (или острые) заболевания, которыми страдала А-ва. Не учитывается и тот факт, что всегда есть определенное количество пожилых, ослабленных пациентов, которым сделали инъекцию вакцины, имеющих различные заболевания, влияющие на иммунную систему<sup>19</sup>. Поэтому прививка не может всегда действовать должным образом. Заранее прогнозировать такой результат со 100% вероятностью невозможно. При этом недостаточно пишется и говорится о том, что массовая вакцинация эффективна, что в ряде странах, где вакцинировано большое количество населения, пандемия сводится к минимуму, что вакцины на порядок снижают вероятность умереть в случае заболевания коронавирусной инфекцией, уменьшаются количество и выраженность осложнений. Но, позитивной информации о вакцинации в СМИ минимум. Иногда создается ложное впечатление, что де юре политические элиты за вакцинацию, но де факто они «антипрививочники»<sup>20</sup>. Представители власти настолько равнодушны к антиваксерам, что создается странное впечатление, что в одной из «башен Кремля» засели ковид-диссиденты, не осознающие эпидемическую ситуацию в стране<sup>21</sup>. Чтобы рассеять это впечатление, власти необходимо сделать многое. Например, целесообразно открыть рынок для альтернативных, иностранных вакцин (назовем их условно «Файзер», «АстраЗенека», «Модерна» и «Джонсон»), прошедших третью, клиническую фазу испытаний, сертификацию Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) и Европейского агентства медицинских препаратов (далее – ЕМА); четвертую клиническую фазу во время вакцинации. Разработчики этих вакцин исследуют сообщения о возможных побочных явлениях (которые мониторируются на привитом

<sup>19</sup> К сожалению, значительная часть населения после получения первой порции вакцины «Спутник V» забывает о санитарных нормах, перестает носить маску (либо носят ее неправильно, закрывая только рот), очки (с корригирующими или простыми стеклами), перчатки; перестает тщательно мыть руки, обрабатывать телефон и соблюдать иные гигиенические нормы. Заражение подчас происходит в период между получением первой и второй порции вакцины, клиника заболевания развивается после получения второй порции вакцины.

<sup>20</sup> Чиновники, не прошедшие вакцинацию, нарушающие санитарно-противоэпидемические нормы, должны немедленно лишаться постов. Вспомним руководителя министерства здравоохранения Великобритании, который был отправлен в отставку после нарушения норм социальной дистанции на рабочем месте.

<sup>21</sup> Государственная политика по разъяснению необходимости прохождения вакцинации уступает агитации «антипрививочников». Кто и что за этим стоит мы, вероятно, осознаем позже.

населении), публикуют прозрачную и полную информацию об эффективности и безопасности препаратов, а также производственном процессе. Эти данные постоянно оцениваются независимыми экспертными институтами, что представлено в большом количестве научных публикаций. К сожалению, многие не доверяют именно отечественным вакцинам, а не вакцинации вообще. Они аргументированно объясняют свою позицию тем, что российские вакцины, не прошли принятую во всем мире третью клиническую фазу перед началом производства, не прошли сертификацию ВОЗ, а также лицензирование ЕМА; не прошли четвертую фазу. Общество не информируется о побочных эффектах, не исследуются некоторые факты, о которых становится известно врачам после вакцинации прикрепленного населения<sup>22</sup>. Отсутствует надлежащее наблюдение за привитыми группами. Нет объективных данных об эффективности и безопасности препаратов, а также производственном процессе, что исключает объективную оценку независимыми экспертными институтами<sup>23</sup>. Слишком долго население приучали к тому, что предпочтительны импортные медикаменты, а не российские дженерики. Импортозамещение<sup>24</sup> в этой сфере не работает должным образом. Разница между эффективностью, побочными эффектами большого количества импортных и отечественных лекарственных препаратов слишком очевидна. Для достижения целей вакцинации нужно исходить из приоритета права граждан на жизнь и здоровье. Политические аспекты вакцинации импортными вакцинами отдельных категорий граждан можно и нужно проигнориро-

<sup>22</sup> Подчас создается ложное впечатление, что эффективность и побочные эффекты российских вакцин относятся к сведениям, содержащую государственную тайну, а научное обсуждение этих проблем – измена Родине. Поэтому, вероятно, вместо научно обоснованной информации идет дезинформация.

<sup>23</sup> Возможно, к моменту публикации статьи некоторые из этих проблем будут уже решены.

<sup>24</sup> По мнению автора, закрытие российского рынка для качественных фармакологических товаров, как и качественных (и недорогих) продовольственных товаров, по мотивам мести «коллективному Западу», – проявление тяжелых проблем бессознательного у отдельных представителей властной элиты. Нежелание открыть российский рынок для польских яблок и вакцины «Файзер», немецкой свинины и вакцины «АстраЗенека», итальянского сыра и вакцины «Модерна» и многое другое – не столько абсурдная месь «коллективному Западу» за то, что привитые «КовиВак» (или «Спутник V») отдельные московские чиновники (или их близкие) не имеют легальной возможности выезжать в страны Евросоюза без обязательного карантина (что несколько затрудняет привычный уикэнд в Лондоне, Ницце, Женеве или Венеции), сколько нанесение необратимого ущерба определенной части своего собственного народа, который ни в чем не виноват.

вать в этой ситуации. Не нужно забывать и о том, что покупать/получать импортные вакцины будет весьма ограниченное число лиц с сверхбольшими (зачастую нетрудовыми) доходами<sup>25</sup>. Большинство же населения России не сочтет нужным расходовать свои весьма скромные трудовые доходы на импортные вакцины, полагая, что государство обеспечивает граждан отечественной вакциной бесплатно<sup>26</sup>.

При этом следует помнить, что вакцинация – обязательный элемент противостояния пандемии. Обязательный, но не принудительный. К сожалению, подчас при вакцинации пропускают наличие заболеваний, при которых вакцинация ограничена (например, патология печени, почек и др.). Необходимо соотносить угрозу заболевания коронавирусной инфекцией и угрозу обострения основного заболевания. Но, вероятно, чиновники от медицины, администрация медицинских организаций требуют от врачей «не искать противопоказания», «направлять на вакцинацию всех».

Другая проблема, тесно связанная с вакцинацией, заключается в том, что врачи первичного звена недостаточно знают особенности фармакотерапии соматической патологии при проведении вакцинации<sup>27</sup>. Значительная часть участковых терапевтов, проводящих осмотр лиц перед вакцинацией, плохо ориентируется в этих вопросах. В результате после вакцинации может возникать обострение основного заболевания, что вызывает негативное отношение к вакцинации со стороны близких пациента. Вопросы фармакотерапии при проведении вакцинации должны совершенствоваться, исследоваться, подробно отражаться в действующих протоколах лечения.

К сожалению, почти никто из врачей, участвующих в проведении вакцинации, а также

<sup>25</sup> Некоторая часть высших государственных чиновников, высшего менеджмента государственных корпораций, криминальных авторитетов, коррумпированных судей и сотрудников правоохранительных органов, депутатов разного уровня, «звезд» шоу-бизнеса и других представителей российской политико-экономической элиты, которые не верят в свой народ, в российскую науку, отечественную медицину и фармакологию. Их число ничтожно.

<sup>26</sup> Не нужно преувеличивать эффективность и импортных вакцин. Вакцины Пфайзер и Модерна, которые давали почти полную защиту от заражения первоначальным штаммом, в случае Дельты защищают, вероятно, всего на 40%.

<sup>27</sup> Например, при сложной сочетанной патологии в виде аутоиммунного заболевания, сердечно-сосудистой и легочной патологии. Как следует сочетать лечение этой патологии с проведением вакцинации, как изменяется доза и порядок назначения иммуносупрессоров, антикоагулянтов, других лекарственных препаратов, чтобы не осложнить течение основных заболеваний. Зачастую больной не получает ответа на свои вопросы.

участковых врачей, не объясняет, как следует себя вести после вакцинации, не дает рекомендаций по поствакцинальному поведению. На наш взгляд, в течение пяти недель после инъекции первой порции вакцинации (при двухэтапной вакцинации) рекомендуется избегать повышенных (избыточных, необычных) физических и психических нагрузок. Это следует учитывать и обычному человеку, которому рекомендуется на этот период уменьшить фитнес-активность, и спортсмену, которому не рекомендуется участвовать в соревнованиях в этот период, уменьшив интенсивность тренировок. В этот же период нужно обратить особое внимание на «здоровое питание» и объем потребляемой жидкости.

Отдельный сложный аспект проблемы – вакцинация сельского населения. Количество небольших деревень, где единственным представителем российского здравоохранения является фельдшер, а ближайшая участковая больница, где единственный (и главный) врач – стоматолог, перегруженный вызовами к больным с инсультами, колото-резанными ранами, гипертоническими кризами, алкогольными психозами, стенокардией, преждевременными родами, расположена в 2–3-х часах езды по грунтовой дороге (в 2019 году Росстат отмечал, что примерно четверть сельских населенных пунктов не имели связи по дорогам с твердым покрытием с сетью дорог общего пользования). Вряд ли население этих деревень поедет на районном автобусе 4–5 часов в центральную районную больницу (а затем столько же часов обратно) лишь для вакцинации. «Ситуацию спасает лишь небольшой уровень социальных контактов в сельской местности, удаленность от городов. Пандемия COVID-19 пока оказывается наиболее значимой для городского населения («болезнь городов»)» [1, с. 52–57]. Вакцинация сельского населения актуализируется, вероятно, лишь после максимальной вакцинации городского.

#### Заключение

Один из главных уроков вакцинации – необходимость изменения ментальности населения, становления и развития пропаганды научных знаний, здоровьесберегающих технологий. Но, научные знания не могут быть выборочными. Нужно пропагандировать научные знания во всех областях науки (клинической медицины и социальной психологии, макроэкономики и конституционно-го права, социологии и политологии, во многих

других областях). Только это поможет изменить «нигилистическую» ментальность россиян, обезоружить антиваксеров. Но, готова ли политическая элита к замене «льющейся» с экранов телевизора пропаганды на просвещение, подлинно научные знания?

«Один из главных уроков пандемии COVID-19 в 2020–2021 гг. (которая еще не завершилась) в том, что в России востребованы институциональные преобразования, а также существенные инвестиционные вложения в медицинскую науку, медицинское вузовское и послевузовское образование, медицинскую инфраструктуру, что по-

зволит предотвращать, своевременно выявлять и реагировать на новые угрозы инфекционных заболеваний. Медицинская наука и органы управления здравоохранением должны продолжать разработку стандартов (протоколов) оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени» [1, с. 52–57], продолжать исследовать вопросы иммунизации, спасающей тысячи жизней. Иммунизация – одно из самых действенных и затратоэффективных мер в области здравоохранения. Другого пути остановить коронавирусную инфекцию (COVID-19), кроме вакцинации, сегодня нет.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Спасенников Б.А. Пандемия COVID-19: некоторые уроки / Б.А. Спасенников // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 4. – С. 52–57.

#### REFERENCES

1. Spasennikov B.A. COVID-19 pandemic: some lessons. *Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko* [Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health], 2020, no. 4, pp. 52–57 (in Russian).

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Спасенников Борис Аристархович – доктор медицинских наук, доктор юридических наук, профессор, Москва, Российская Федерация;  
e-mail: borisspasennikov@yandex.ru  
ORCID: 0000-0002-5668-6457  
Author ID 441681

#### AUTHOR

Boris Spasennikov – M.D., Doctor habil. in Medicine, J.D., Doctor habil. in Law, Professor, Moscow, Russian Federation;  
e-mail: borisspasennikov@yandex.ru  
ORCID: 0000-0002-5668-6457  
Author ID 441681

# ДЛЯ ЗАМЕТОК



БЮЛЛЕТЕНЬ  
НАЦИОНАЛЬНОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА  
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ имени Н.А. СЕМАШКО

Номер № 3. 2021 год.

---

Редактор и переводчик М.Г. Спасенникова.  
Верстка С.Б. Спасенников.

Подписано в печать 12.08.2021 Тираж 500 экземпляров.