

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение  
«СВЕРДЛОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

СВЕРДЛОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МУЗЕЙ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ



EFQM  
Recognized for excellence  
5 star - 2015



EUROPEAN  
ORGANIZATION  
FOR  
QUALITY  
Registered in ECO-Europe



От сибирской язвы до коронавируса.  
История борьбы с эпидемиями на Урале

**МАТЕРИАЛЫ  
ОДИННАДЦАТЫХ МИЗЕРОВСКИХ  
ИСТОРИКО-КРАЕВЕДЧЕСКИХ ЧТЕНИЙ**



**Красноуфимск  
24 декабря 2021 г.**

Министерство здравоохранения Свердловской области  
ГБПОУ “Свердловский областной медицинский колледж”  
Свердловский областной музей истории медицины  
Музей “Красноуфимская земская больница”

**МАТЕРИАЛЫ  
ОДИННАДЦАТЫХ МИЗЕРОВСКИХ  
ИСТОРИКО-КРАЕВЕДЧЕСКИХ  
ЧТЕНИЙ**

Тема: От сибирской язвы до коронавируса: история  
борьбы с эпидемиями на Урале

(Красноуфимск, 24 декабря 2021 г.)

Екатеринбург

2022

УДК 61+908

**Материалы Одиннадцатых Мизеровских историко-краеведческих чтений** - Екатеринбург: Свердловский областной музей истории медицины, 2022. - 224 с.

В сборнике опубликованы материалы Одиннадцатых Мизеровских историко-краеведческих чтений (Красноуфимск, 24.12.2021), посвященных истории борьбы с эпидемическими заболеваниями на Среднем Урале. В чтениях приняли участие сотрудники уральских музеев, преподаватели и учащиеся Свердловского областного медицинского колледжа, краеведы и историки медицины Урала.

## **СОДЕРЖАНИЕ**

### **РАЗДЕЛ 1. ИСТОРИЯ БОРЬБЫ С ЭПИДЕМИЯМИ НА УРАЛЕ**

Закорюкина Е. Б. (Красноуфимск, Госархив) Организация борьбы с эпидемиями в городе Красноуфимске – исторические параллели (20-е годы XX века и 20-е годы XXI века).....	8
Гиндуллина Д. М., рук. Ташкинова И. Г. (Красноуфимск, СОМК) Эпидемические заболевания на территории г. Красноуфимска и Красноуфимского уезда .....	17
Щупова А. О., рук. рук. - Печерина У. Г. (Краснотурьинск, СОМК) История борьбы с детскими эпидемиями на Урале.....	21
Галечина П. А., рук. - Колесникова М. В. (Екатеринбург, СОМК) Эпидемические заболевания на Урале: события, личности.....	26
Хлобыстова Т. Е. (Красноуфимск, СОМК, СОМИМ) Уральские эпидемии XIX – XX вв. Трахома .....	32
Манченко С. А. (Екатеринбург, СОМК) Холера. Черные страницы в истории.....	37
Ершова Д. К., рук. - Печерина У. Г. (Краснотурьинск, СОМК) Эпидемические заболевания на Урале. «Септическая ангин» ...	42
Стамикова Т. П. (Красноуфимск, СОМК, СОМИМ) «Контрреволюционная цинга» на Урале .....	47
Шапотайло А. В., рук. - Чернавских Е. Н. (Екатеринбург, СОМК). Народная медицина против эпидемий: обряды, гигиена, лечебные средства.....	51
Валова Е. Ю., рук. - Рыжакова Н. В. (Асбест, СОМК) Борьба с эпидемиологическими заболеваниями методами народной медицины с древнейших времен до наших дней .....	58
Богатырева Д. С., рук. - Логиновских А. А. (Ревда, СОМК) Борьба с эпидемическими заболеваниями методами народной медицины с древнейших времен до наших дней .....	65
Камаева И. Г., рук. - Карпухин М. Ю. (Екатеринбург, Аграрный университет) Возможности VOSviewer: обзор статей о применении лекарственных трав в борьбе с эпидемическими заболеваниями .....	72

Громов Ф. А., рук. - Черноухов Э. А. (Екатеринбург, УрГПУ) Роль курортов Урала в борьбе с эпидемиями.....	75
Логинова О. Н., Ястребкова Е. А., Рейхерд А. Е., рук. Тетерина С. В. (Ревда, СОМК). Уральские врачи-исследователи начала XVIII-XIX веков в борьбе с эпидемией сибирской язвы».....	82
Тхоржевская В. В. (Екатеринбург, СОМК, СОМИМ) Лечение и профилактика сибирской язвы в труде М. Л. Гамалеи «О сибирской язве и ее народном лечении» (1792) .....	85
Павлова С. Н. (Красноуфимск, СОМК, СОМИМ) Борьба красноуфимских врачей земского периода с эпидемиями .....	93
Юматова Е. О., рук. - Иванова Т. М. (Краснотурьинск, СОМК) Героическая борьба уральских медицинских работников земского периода с эпидемиями: события, личности .....	103
Воробьева Н. Р. (Красноуфимск, СОМК, СОМИМ) Красноуфимский уезд в борьбе с эпидемическими заболеваниями в годы Гражданской войны .....	108
Крутикова А. А., рук. Бабахова М. П. (Екатеринбург, СОМК) Эпидемии тифа на Урале в период гражданской войны .....	118
Алексейчик Л. Е. (Красноуфимск, Краеведческий музей) Состояние медицины и здравоохранения, а также борьба с эпидемиями в Красноуфимске и Красноуфимском уезде (до декабря 1923 г.), а затем в Красноуфимском районе в первые годы советской власти .....	125
Гаврилова Д. Д., рук. - Романова О. В. Вклад медиков Ревды в борьбу с эпидемиями в годы Великой Отечественной войны.....	134
<b>РАЗДЕЛ 2. БОРЬБА С ЭПИДЕМИЯМИ И РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ НА УРАЛЕ</b>	
Артемьева А. А. (Екатеринбург, СОМК, СОМИМ) Вклад санитарной службы Свердловской области в борьбу с эпидемическими заболеваниями в годы Великой Отечественной войны 1941 – 1945 гг. ....	140
Седых А. А., рук. - Черноухов Э. А. (Екатеринбург, УрГПУ) Развитие санитарии в Ирбитском уезде в последней трети XIX – начале XX вв. ....	143
Коряков А. М., рук. - Ефремова Т. В. (Красноуфимск, СОМК) Создание и развитие санитарной службы в г. Красноуфимске .....	150

Архипова С. Е., рук. - Мерзлякова О. Н. (Екатеринбург, СОМК) Загадочный «уральский синдром» в становлении санитарной и медицинской службы России .....	156
Мелещук О. А., рук. - Ломтатидзе О. В. (Екатеринбург, УрФУ) Физиотерапевтические методы для лечения и профилактики туберкулеза на Урале .....	160
Носова К. С., рук. - Ващенко И. В. (Красноуфимск, СОМК) Функционирование благотворительного и волонтерского движения Красного Креста в период эпидемий на Урале .....	166
<b>РАЗДЕЛ 3. ИСТОРИЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ НА УРАЛЕ</b>	
Спичак О. П., рук. - Иванова Т. М. (Краснотурьинск, СОМК) Как вакцинация изменила мир .....	174
Федосеев С. Ю. (Красноуфимск, СОМК) Как вакцинация победила «черную смерть»: мировой опыт и особенности оспопрививания на Урале.....	179
Акулова Е. Н., рук. - Каргаева М. В. (Сухой Лог, СОМК) Разработка пермскими медиками нового метода изготовления вакцины против сыпного тифа .....	186
Жукова А. А., рук. - Домбровский Р. Ю. (Нижний Тагил, СОМК) Создатель вакцины от тифа уральский профессор Алексей Васильевич Пшеничнов .....	190
Никонова П. М., рук. - Чернухина Э. М. (Нижний Тагил, СОМК) Современная профилактика заболеваний населения». Вакцины против COVID-19.....	193
Медведева Е. А., рук. - Рявкина А. Г. (Сухой Лог, СОМК) Роль фельдшера в вакцинации против COVID-19 в Пышминском городском округе.....	200
Михайлова Н. С. (Челябинск, ОКБ № 2) «Спутник» на передовой борьбы с коронавирусом .....	206
<b>РАЗДЕЛ 4. БОРЬБА С ЭПИДЕМИЕЙ COVID-19 В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ</b>	
Шитикова В. П., рук. - Ломтатидзе О. В. Внедрение экосистемных услуг в процессе реабилитации после COVID-19 .....	209
Малеев Н. О., рук. - Шестакова Н. В. (Красноуфимск, СОШ № 9) Тренд времени – маска медицинская .....	214

Фидер Ж. А. (Красноуфимск, районная больница) В одном строю на переднем фланге .....	220
Швецова Я. Е., рук. - Каргаева М. В. (Сухой Лог, СОМИМ) Врач с добрым сердцем .....	222

## **РАЗДЕЛ 1.**

### **ИСТОРИЯ БОРЬБЫ С ЭПИДЕМИЯМИ НА УРАЛЕ**

#### **ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С ЭПИДЕМИЯМИ В ГОРОДЕ КРАСНОУФИМСКЕ – ИСТОРИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ (20-Е ГОДЫ XX ВЕКА И 20-Е ГОДЫ XXI ВЕКА)**

Закорюкина Елена Борисовна,  
заведующая отделом использования  
архивных документов и НСА

*e-mail: Lz74@list.ru*

*ГКУСО «Государственный архив в г. Красноуфимске»  
г. Красноуфимск*

Сейчас Красноуфимск, как и весь мир, переживает пандемию коронавируса. Ровно сто лет назад на Урале, в том числе и в Красноуфимске, бушевали эпидемии тифа, холеры и др. инфекций.

В журнале заседаний Красноуфимского Уездного съезда Советов за 1920 г. значится «...Небывалая эпидемия который год свирепствует в Советской Республике появилась и у нас в Уезде и не смотря на усилия, которые употребляются по борьбе с ней эпидемия все растет и косит людей направо, и налево». [12:12]

Как свидетельствуют архивные записи 1920х годов, «королем» инфекций оставался тиф. По неполным данным, в России в 1918–1922 гг. тифом переболело более 9,7 млн чел. и от него умерло более 700 тысяч человек [8]. В исследовании Прохорова Б.Б., Горшкова И.В. (1999) число больных сыпным тифом в 1918-1920 гг. оценивалось в 25 млн. чел. [5:125]

В начале 2020 года в Россию пришла эпидемия новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV, COVID-19). На 10.12.2021 в России зарегистрировано 9925806 случаев коронавирусной инфекции. За весь период наблюдения в нашей стране от COVID-19 умерло 286004 человека.

С момента начала распространения заболевания и по 29.11.2021 подтверждено 6159 случаев COVID 19 и 3931 случай в Красноуфимском районе.

Целью нашего исследования было сравнение организации противоэпидемической работы на территории Красноуфимска и Красноуфимского уезда в двух изучаемых исторических периодах с разницей в 100 лет: 20-х годах XX века и в 20-х годах XXI века.

В работе использованы сведения из документов, находящиеся на хранении в ГКУСО «Государственный архив в г. Красноуфимске, правовые и нормативные документы доступные в справочно-поисковых системах «КонсультантПлюс», «Гарант», материалы официальных сайтов стопкоронавирус.рф и сайтов органов местного самоуправления.

Результаты исследования представлены в виде сравнительных таблиц.

**Таблица 1. Особенности организации противоэпидемической работы.**

20-е годы XX века	20-е годы XXI века
<p>«Для предупреждения развития эпидемии в 1921 году организован Эпидемический отряд из местного персонала, который командировался по Красноуфимскому уезду по мере необходимости» [19:24]. Например, с заданием развернуть заразный барак на 25 коек.</p> <p>Для широкого развертывания санитарной работы в каждом селе, на заводе и в прочих населенных пунктах сельским исполнкомом выбирались сельские санитарные старосты.</p> <p>«В 1921 г. в ведении Здравотдела находится 19 санитарных наблюдателей и 900 санитарных старост. В г. Красноуфимске организована Уездная Рабоче-санитарная комиссия из представителей Различных организаций.</p>	<p>Губернатор Свердловской области Е. Куйвашев 18.03.2020 создал и возглавил оперативный штаб по предупреждению возникновения и распространения коронавируса.</p> <p>В 2020 году организован в Красноуфимске межведомственный штаб по предупреждению, профилактике и принятию дополнительных мер по защите населения от новой коронавирусной инфекции, в состав которого вошли руководители города и района, учреждений здравоохранения, Роспотребнадзора, социальной политики, полиции и др.</p> <p>Эпидемиологическая тактика при COVID-19 включает:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- выявление больных, их своевременную изоляцию и госпитализацию;</li></ul>

На квартальных председателей возложены обязанности санитарных старост». [18:17]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- установление границ очага;</li> <li>- разобщение лиц, подвергшихся риску заражения;</li> <li>- проведение мероприятий в эпидемических очагах, медицинское наблюдение в течение 14 дней, назначение лечения;</li> <li>- дезинфекцию.</li> </ul>
---	---

**Таблица 2. Изоляция больных с целью сокращения количества заражаемых осуществлялась в заразных бараках, а сейчас на дому, в обсерваторе и инфекционном госпитале.**

20-е годы XX века	20-е годы XXI века
<p>«Появление в Уезде огромной тифозной эпидемии с массой больных, которых надо было класть в больницы, захватило нас совершенно не подготовленными к этой беде. Уезд с численностью населения в 350 тыс. человек имел для всех больных только 220 коек. Общими усилиями удалось развернуть до 1000 коек и дать приют больным».</p> <p>В докладе о деятельности Медицинского отдела Красноуфимского Уисполкома за 01.02.-01.05.1918 г сделан вывод:</p> <p>«Создание больниц, ...а заразных бараков особенно – является насущной необходимостью, почему вопрос этот должен быть поставлен и разрешен в первую очередь, конечно, здесь неизбежны большие расходы, но нужно помнить, что общественное</p>	<p>«Лицо, контактировавшее с больным COVID-19, должно находиться в изоляции (в обсерваторе, по месту жительства) не менее 14 календарных дней».</p> <p>[3]</p> <p>В 2020 году члены Штаба по борьбе с распространением НКВИ, совместно разворачивали в Красноуфимске обсерватор на площадке общежития Филиала Свердловского областного медицинского колледжа, и пункт временного проживания на площадке Спортивного комплекса Красноуфимского педагогического колледжа.</p> <p>Город и район с численностью 63000 чел. имеет 68 коек в инфекционном госпитале.</p>

здравоохранения самое выгодное предприятие: оно отпускает потребителям здоровье, а здоровье залог труда, т.е. того, что создает ценности». [16:144]	
---	--

Жителям с целью ограничения распространения вируса при нахождении в местах массового пребывания людей необходимо использовать индивидуальные средства защиты дыхательных путей (санитарно-гигиенические маски, респираторы), а также соблюдать дистанцию до других граждан не менее 1,5 метра (социальное дистанцирование). [4]

Одной из самых эффективных мер по борьбе с инфекциями является вакцинация, которая была обязательной уже 100 лет назад. Освобождались от вакцинации только определенные категории граждан.

**Таблица 3. Организация вакцинации.**

20-е годы XX века	20-е годы XXI века
<p>«Вводится в срочном порядке дивакцинация. Прививки являются обязательными для всего медицинского и санитарного персонала всех лечебных учреждений уезда, рабочих и служащих предприятий по изготовлению, хранению и даже съестных и пищевых продуктов, всех рабочих и служащих фабрик, заводов и промышленных предприятий, всех служащих и сотрудников советских учреждений, всех пассажиров дальнего следования». [11:30]</p> <p>«По уезду в 1921 г. командировался прививочный отряд, сотрудниками которого производились противохолерные и противобрюшные прививки». [19:24]</p>	<p>«С 1 октября 2021 г. введена обязательная вакцинация от коронавируса для ряда категорий работников (для работников сферы образования, государственных и муниципальных служащих, работников органов власти и местного самоуправления, работники здравоохранения, социальной защиты и социального обслуживания, работники многофункциональных центров, объектов транспортной инфраструктуры (автовокзалов, аэропорта), общежитий, музеев, выставочных залов и площадок, библиотек), в отношении жителей от 60 лет и старше, а также имеющих хронические заболевания». [4]</p>

**Таблица 4. Поощрение и мотивация вакцинированных не изменились за 100 лет.**

20-е годы XX века	20-е годы XXI века
Лица, у которых прививки вызывают реакцию, имеют право получить освобождение от занятий на 2 суток. [11:30]	Рекомендовано работодателям предусмотреть 2 выходных дня для лиц, прошедших вакцинацию, или дополнительные оплачиваемые дни к отпуску.

А вот за отказ от вакцинации предусматривались в начале прошлого века более строгие наказания.

**Таблица 5. Ответственность за отказ от вакцинации.**

20-е годы XX века	20-е годы XXI века
<p>«Лица, уклоняющиеся от прививок без означенных причин,увольняются от должности без удовлетворения за 2 недели пайком и окладом жалованья.</p> <p>Лица, не производящие дивакцинацию в текущем году не принимаются на службу ни в какие учреждения до представления удостоверения о производстве прививки или освобождении от таковой». [11]</p> <p>Были предусмотрены штрафы за отказ от прививки. Так, «Лица, подлежащие привитию ..., но не произведшие прививку и не предоставившие соответствующих удостоверений ... о болезнях, освобождающих от прививок, ... подлежат штрафу в размере 1000 рублей дензнаками 22 года. Штраф удерживается при выдаче жалования за август месяц и передается в соответствующие Фин. Отделы». [8:2]</p>	<p>«Работодатели определенных сфер деятельности вправе отстранить от работы или перевести на дистанционный режим работы сотрудников, не имеющих ни одной прививки - с 16 ноября, не имеющих законченного курса вакцинации - с 16 декабря 2021 г.» [4]</p> <p>В России пока не введены штрафы за отказ от вакцинации.</p>

У вакцинированных должен быть документ, подтверждающий прохождение вакцинации.

**Таблица 6. Документ подтверждающий прохождение вакцинации.**

20-е годы XX века	20-е годы XXI века
Удостоверения о дивакцинации выдавались заведующими врачебными участками или прививочными отрядами.	Документ, удостоверяющий личность гражданина, а также медицинский документ или QR-код, подтверждающий, что гражданину проведена профилактическая прививка против новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) либо что гражданин перенес новую коронавирусную инфекцию (2019-nCoV); или медицинский документ, подтверждающий наличие медицинских противопоказаний к проведению профилактической прививки. [4]

«Развитие эпидемии нельзя отнести к недостаткам Здравотдела и Здравотдел не скатерть-самобранка, которой бы можно было отдать те или иные распоряжения с тем, чтобы все сделалось как по щучьему велению. Причины развития тифа нужно искать глубже. ...одним увеличением коек бороться с тифом невозможно, нужно удаление причин его распространения. С тифом нужно бороться знаниями, санитарными мероприятиями, гигиеническими условиями жизни. Нужно уничтожить везде и всюду грязь. Только чистотой мы победим тиф» [17:122]. В обязательном порядке была организована санитарно-просветительская работа среди населения по проведению противоэпидемических мероприятий (лекции, беседы, плакаты, листовки).

**Таблица 7. Контроль за исполнением законодательства.**

20-е годы XX века	20-е годы XXI века
Надзор возлагается на санитарные комиссии по борьбе за чистоту и членов милиции. [11:30]	Надзор возлагается на Роспотребнадзор. Проводятся рейды мониторинговых групп с участием органов местного самоуправления и органов полиции

	по контролю за соблюдением ограничительных мероприятий в местах массового пребывания
--	--

**Таблица 8. Штраф за несоблюдение законодательства.**

20-е годы XX века	20-е годы XXI века
Предписывалось: соблюдать чистоту в помещениях и придомовых территориях, проводить дезинфекцию в общественных местах, бани должны были принимать максимальное количество населения, в прачечных белье следовало кипятить. Медперсонал должен был обо всех случаях информировать Санэпидподотдел. Лица, нарушившие санитарные постановления могли быть заключены под стражу до 2 недель или оштрафованы до 50000 руб. [9:3]	За нарушение действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий установлен ч. 2 ст. 6.3 КоАП РФ административный штраф от 15 до 40 тыс. руб. [1]  А если нарушение правил по неосторожности повлекло массовое заболевание ч. 1 ст. 236 УК РФ установлен штраф от 500 до 700 тыс. руб., или лишение права занимать определенные должности, или ограничение свободы или лишение свободы на срок до 2 лет. [2]

**Таблица 9. Информация о численности медицинского персонала.**

20-е годы XX века	20-е годы XXI века
Из доклада за 1920 г. Заведующего Уздравотдела «главным образом не хватает медицинского персонала. В уезде из 25 фельдшерских пунктов пустовали 12, работали 13, на которых имеется лишь только 2 врача (1 врач в городе и 1 в Уезде). [15]	По данным ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ» работает 111 врачей, в стационарах работают 55 врачей. И это катастрофически мало.

В ходе борьбы с инфекционными заболеваниями большую нагрузку несет медперсонал, работая без отдыха и подвергая себя опасности заражения. За что предусмотрены различные меры поддержки медицинских работников.

**Таблица 10. Меры поддержки медицинских работников в период эпидемии.**

20-е годы XX века	20-е годы XXI века
<p>В архиве хранится выписка из Декрета Народных Комиссаров от 1919 г., в которой указывается, что следует «...принимать все меры к облегчению тяжелой работы врачей и другого медицинского персонала, работающего с эпидемическими заболеваниями, для чего ... улучшить жилищные условия, ....относиться особенно осторожно к мерам, направленным к уплотнению квартир или переселению, ограничивая применение их лишь случаями крайней необходимости». [10:2]</p> <p>В указанный период в связи с ростом числа заболевших были предприняты попытки привлекать население к помощи медицинскому персоналу в условиях большой нагрузки. Так, в архивах хранится циркуляр, направленный Волисполкомам в марте 1920 г., предписывающий «... направить по 2 человека с волости, переболевших сыпным тифом, в распоряжение Отдела здравоохранения для прослушивания лекарских курсов и ухода за больными. В случае отсутствия желающих, направить означенное количество принудительным порядком» [14:35]</p>	<p>Медики, которые непосредственно работают с заболевшими коронавирусом, получают спецвыплаты.</p> <p>В апреле-октябре 2020 г. выплаты производились из расчета: врачам стационаров – 80 тыс. руб. в месяц, медсёстрам стационаров и врачам скорой помощи – 50 тыс. руб. в месяц, младшему медперсоналу – 25 тыс. рублей в месяц.</p> <p>С ноября 2020 года размер выплат определяется в зависимости от должности и характера работы из расчета за одну нормативную смену и составляет от 600 руб. до 3880 руб.</p> <p>Выплата начисляется из средств Фонда социального страхования</p>

Все кризисные явления в общественном здоровье наступают вследствие социально-экономических или военных катастроф. Они сопровождаются высокой инфекционной заболеваемостью, эмоциональными стрессами, повышенной смертностью. Руководство городов, регионов

и страны предпринимает все усилия для сохранения жизни и здоровья людей в условиях эпидемий и пандемий. И, как мы видим, за последние 100 лет мало что изменилось в управлеченческих и организационных решениях, направленных на борьбу с распространением инфекций.

#### **Список использованных источников:**

1. «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 N 195-ФЗ (ред. от 01.07.2021, с изм. от 09.11.2021) // [Электронный ресурс]. URL: <http://www.consultant.ru/>
2. «Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 01.07.2021) // [Электронный ресурс]. URL: <http://www.consultant.ru/>
3. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.05.2020 N 15 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»// [Электронный ресурс]. URL: <http://www.consultant.ru/>
4. Указ Губернатора Свердловской области от 18 марта 2020 г. N 100-УГ «О введении на территории Свердловской области режима повышенной готовности и принятии дополнительных мер по защите населения от новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)» (с изменениями и дополнениями) // [Электронный ресурс]. URL: <https://base.garant.ru/>
5. Прохоров Б.Б., Горшкова И.В. Кризисы общественного здоровья в России и СССР в XX веке // Мир России. 1999. N 4, С. 125-137.
6. Санитарно-эпидемиологическая деятельность в период Гражданской войны 1917-1922 годов. // [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosпотребnadzor.ru/region/history/gragdanskaya.php>
7. Шапошников Г.Н., Островкин Д.Л. Инфекционные заболевания на Урале в 1918–1920 гг. // Вестник уральской медицинской академической науки. 2018, Том 15, №3, С. 488–495.
8. ГА в г. Красноуфимске. Ф. 107. Оп. 1. Д. 16. Л.2.
9. ГА в г. Красноуфимске. Ф. 107. Оп. 1. Д. 9. Л.3.
10. ГА в г. Красноуфимске. Ф. 6. Оп. 1. Д. 12. Л.2.

11. ГА в г. Красноуфимске. Ф. 6. Оп. 1. Д. 171. Л.30.
12. ГА в г. Красноуфимске. Ф. 6. Оп. 1. Д. 38. Л.12, об.
13. ГА в г. Красноуфимске. Ф. 6. Оп. 1. Д. 40. Л. 3.
14. ГА в г. Красноуфимске. Ф. 6. Оп. 1. Д. 40. Л. 35.
15. ГА в г. Красноуфимске. Ф. 6. Оп. 1. Д. 42.
16. ГА в г. Красноуфимске. Ф. 6. Оп. 1. Д. 7. Л. 144 об
17. ГА в г. Красноуфимске. Ф. 6. Оп. 1. Д. 85. Л. 122
18. ГА в г. Красноуфимске. Ф. 6. Оп. 1. Д. 98. Л. 17
19. ГА в г. Красноуфимске. Ф. 6. Оп. 1. Д. 98. Л. 24 и Л.24 об.

## **ЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА КРАСНОУФИМСКА И КРАСНОУФИМСКОГО УЕЗДА**

Гиндуллина Д.М., студентка 4 курса

Ташкинова И.Г., руководитель

e-mail: tashkinovairina61@mail.ru

Красноуфимский филиал ГБПОУ «СОМК», г.Красноуфимск

Город Красноуфимск был образован в 1734 году. С 1781 года ему был присвоен статус уездного города Пермской губернии. Эпидемии инфекционных заболеваний не обошли стороной и нашу территорию.

В Красноуфимском уезде в конце XIX - начале XX веков регистрировались эпидемии натуральной оспы, скарлатины, тифа, холеры, кори, дифтерии и других инфекционных заболеваний. Основными причинами возникновения эпидемий являлись бедность и материальное неблагополучие населения, низкий уровень культуры, а также недоверие населения к медицинским работникам.

В конце XIX века, за неимением в Красноуфимской земской больнице, заразных отделений лечение проводилось на дому. В случаях эпидемий или массового заражения открывались заразные бараки. Для борьбы с массовыми инфекционными заболеваниями приглашались эпидемические отряды Пермского губернского земства.

До 1870 года на Красноуфимский и Кунгурский уезды был только

один врач. Под руководством этого врача в Красноуфимском уезде работали 6 фельдшеров. Таким образом, одной из значительных проблем медицинского обслуживания населения в земский период явилось отсутствие квалифицированных кадров. Это подтверждают архивные документы: «... Врач, фельдшер, две сестры милосердия выезжали на место возникновения эпидемии, развертывали заразные бараки, лечили больных, проводили дезинфекцию и прививки». «... в 1873 году в Красноуфимском уезде насчитывалось 152 545 жителей, их лечением занималось 2 врача и 26 фельдшеров». [5]

А эпидемии следовали одна за другой. Известны факты об эпидемии натуральной оспы. Смертность от этого заболевания была высокой, особенно детская. В то же время вакцинация населения проходила очень тяжело. В документах значится, что «осопрививанием занимались фельдшера, фельдшерицы, аптекарские ученики – так называемые осопрививатели». Но их было крайне мало, например, в 1871 году из 126 737 детей осопрививание сделано только 30-50 тыс. детей. Крестьянское население с недоверием относились к прививкам. «...При прививании предохранительной оспы... мать не дает..., бросает ребенка со словами: «Если хотите посадить ему осипицу, возьмите, хоть зарежьте его, и если только посадите, то возьмите ребенка к себе на пропитание, а я отрекаюсь от него, и он будет не мой ребенок, а ваш!» (Из отчета земского врача М. И. Мизерова за 1883 год).[2]

В период с 1880 по 1897 год в город не раз заносилась скарлатина. С 1881 года она приняла форму эпидемии. С сентября 1896 года эпидемия тянулась до 1898 года. Было зарегистрировано 452 случая, 56 случаев закончились летальным исходом. Много терпения, мужества нужно было медработникам в период эпидемии, так как одной из причин распространения инфекции явилось равнодушие населения, недопонимание необходимости соблюдения противоэпидемических мероприятий. Земский врач М. И. Мизеров писал, что «...от одного дома скарлатина расходилась на моих глазах, благодаря связям сватовства и кумовства, по различным концам города, и я был бессилен прервать ее дальнейший ход, так как полнейшее равнодушие красноуфимских жителей к санитарным условиям, полнейшая глухота ко всем просьбам врача, упорное сопротивление всем распоряжениям его, служили прекрасным путем для распространения эпидемии». Трудно было врачу убедить людей в важности тех мер, которые предпринимались во время эпидемии. Мизеров предлагает удалять здоровых людей от больных и

соприкасающихся с ними, кроме того, проводить основательную дезинфекцию скарлатинозного очага. Исследования Мизерова были опубликованы в «Сборнике Пермского земства» № 6 за 1898 год. (Пермь, 1899).[3]

Значение этого труда было огромно. В нем впервые на Среднем Урале подробно описана клиника заболевания, причины возникновения, противоэпидемические меры. Эта работа была необходима другим земским врачам и фельдшерам в их практической деятельности по борьбе с данным инфекционным заболеванием.

Неоднократно на территории нашего города вспыхивали эпидемии тифов. Основными причинами были слабое развитие медицины, нехватка дезинфицирующих средств, неблагополучное санитарное состояние водоемов. В 1919-1920 гг. в Красноуфимском уезде была зафиксирована эпидемия сыпного, брюшного и возвратного тифа. Так, в докладе о работе отдела здравоохранения от 20 января 1920 года значится: «...Небывалая эпидемия, которая год свирепствует в Советской Республике, появилась и у нас в уезде, и несмотря на усилия, которые употребляются по борьбе с ней, эпидемия все растет и косит людей направо и налево... Появление в уезде огромной тифозной эпидемии с массой больных..., захватило нас совершенно неподготовленными к этой беде...».[4]

При Красноуфимском уездно-городском отделе здравоохранения были созданы Чрезвычайно-уполномоченная комиссия по борьбе с тифом и Санитарная Тройка, которые вели активную деятельность: занимались разработкой мероприятий по борьбе с инфекционными заболеваниями, а также осуществляли контроль за исполнением принятых решений. Согласно их постановлениям, все граждане города были обязаны подвергнуться противотифозной вакцинации, домовладельцам вменялось в обязанность строгое соблюдение санитарных норм в местах проживания.

В 1930-е годы в Красноуфимске «остро-заразные» заболевания были причиной большого количества летальных исходов. Так, в 1931 году официально зафиксировано 194 случая смерти пациентов. Из них большая часть от сыпного и брюшного тифа. В связи с распространением этих инфекционных заболеваний Президиумом Красноуфимского районного исполнительного комитета издавались постановления по борьбе с эпидемиями. Согласно этим постановлениям, сельсоветы, колхозы, организации города были обязаны усилить снабжение горо-

жан продуктами питания, мылом, дезинфицирующими средствами, увеличить пропускную способность бани, устроив при каждой жаровой камеру и вошебойню. Больнице необходимо было мобилизовать весь медицинский персонал, прекратив предоставление отпусков; разбить город на участки, прикрепив к последним медработников и возложив на них персональную ответственность за распространение эпидемии.

В годы Великой Отечественной войны власти города и района уделяли большое внимание предупреждению возникновения очагов инфекционных заболеваний в связи с тем, что такие болезни, как сыпной тиф, могли быть завезены в Красноуфимск по железной дороге людьми, приезжающими со стороны фронта или из неблагополучных по заболеваемости районов. Врачи и общественность города организовывали ежедневный осмотр учащихся, рабочих на завшивленность, проводили рейды чистоты в общежитиях, индивидуальные и массовые беседы с населением. Но, несмотря на вышеперечисленные мероприятия, в 1946 г. в Красноуфимске произошла вспышка сыпного тифа. Причиной тому стала халатность дезинфекционного отряда. Согласно документу, тиф попал в Красноуфимск из соседнего Ачитского района и распространился по городу, потому что больного оставили на дому и не провели должным образом обработку его квартиры. В результате в течение двух дней вспыхнуло 4 очага сыпного тифа. И под подозрением было еще 8 случаев. Это при том, что в городе сложилась катастрофическая обстановка по нехватке мыла и дезинфекционных средств. В итоге 9 случаев заболевания были подтверждены официально, но не подлежали огласке. О чем свидетельствует надпись на документе «Не подлежит оглашению».[6]

К концу 40-х годов XX века в Красноуфимске было значительно снижено количество заболеваний сыпным тифом (для сравнения в 1933 г. – 102 человека, в 1949 г. – 9 случаев заболевания). В 50-е годы регистрировались единичные случаи тифа, но, тем не менее, в городе велась активная профилактическая работа по предупреждению болезни. В 60-е годы заболевания тифом в Красноуфимске и районе не регистрировались, но профилактические мероприятия планировались и обязательно воплощались в жизнь.

Изучение эпидемий прошлого - это напоминание нам о том, какой сложной и длительной была борьба с инфекциями на территории города Красноуфимска и Красноуфимского района. Мы победили оспу, скарлатину, тиф, и нам необходимо бережно относиться к своему здоровью и здоровью окружающих, чтобы победить современные инфекции.

## **Список литературы**

1. Журналы III очередного Красноуфимского уездного земского собрания и доклады Красноуфимской земской управы 1872 года. - Кунгур, 1873. – Текст : непосредственный.
2. Отчеты земских врачей о состоянии медицинской части в Пермском уезде за 1887 год. - Пермь : Типография Губернской Земской Управы, 1888. – 149 с.- Текст : непосредственный.
3. Мизеров, М.И. Об эпидемии скарлатины в г. Красноуфимске // Сборник Пермского земства 1898 год. - 1899. - № 6 // ГКУ СО «Государственный архив в г. Красноуфимске». Б/ф 2. Оп. 2 Д. 57
4. ГКУ СО «Государственный архив в г. Красноуфимске». Ф. №Р-6. Оп.1. Д. № 38. Л. 12.
5. ГКУ СО «Государственный архив в г. Красноуфимске». Б/ф. Опись 3. Д. 82. Л. 346 – 347
6. ГКУ СО «Государственный архив в г. Красноуфимске». Ф. № Р-20. Оп. 1. Д. 210. Л. 143.

## **ИСТОРИЯ БОРЬБЫ С ДЕТСКИМИ ЭПИДЕМИЯМИ НА УРАЛЕ**

Щупова А.О., студентка 1 курса  
Печерина У. Г., преподаватель

e-mail: ikkertUG@yandex.ru

Краснотурьинский филиал ГБПОУ «СОМК», г. Краснотурьинск

На рубеже XIX и XX вв. высокая младенческая смертность признана в России важной социальной проблемой. Общественное движение за спасение детских жизней видело решение этой проблемы в создании летних деревенских яслей и организации приютов для брошенных детей и сирот в форме «системы расселения», основанной на сочетании содержания жилья и патронажа. Насколько эффективной могла быть такая деятельность в условиях дореволюционного Урала?

Что касается уральских губерний, то две из них - Пермская и Вятская - в дореволюционный период занимали первые места по уровню младенческой смертности в Российской империи. В журнале заседаний IX

съезда врачей и представителей Пермских губернских земств (1907) написано: «П. Н. Серебрянников показывает карту смертности в России, из которой видно, что Пермская область, сравнительно богатая, имеет самый высокий уровень детской смертности». Специальная секция съезда была посвящена проблемам борьбы с этой напастью. В отчетах его участников приводились катастрофические данные о детской смертности. В частности, доктор Н. А. Русских напомнил участникам секции заявление академика Германа о том, что смертность детей до 5 лет в нашей стране «ужасно высока», она близка к 44,5%. Спустя сто лет, по мнению Н. А. Русских, ситуация практически не изменилась. Чтобы преодолеть эту ситуацию, он рекомендовал «установить взгляд» на борьбу с младенческой смертностью «как на национальное дело». Врач И. А. Курдов, пытаясь объяснить причины этого бедствия на Урале, сказал, что «... собака похоронена в экономических условиях. Когда они улучшатся, крестьянин не будет радоваться смерти своего ребенка». Я. С. Давыдов, соглашаясь с ним, отмечал: «нигде жизнь не ценится так дешево, как в России».

В качестве особой организационной меры защитники жизни детей способствовали распространению яслей, особенно так называемых летних яслей-приютов в сельской местности. Отдавая детей в эти учреждения, крестьяне, конечно, не задумывались о проценте младенческой смертности. Для них было важно, чтобы их дети и дети соседей, помещенные в ясли, выжили. Общественным деятелям и врачам вплоть до Первой мировой войны нередко приходилось слышать вопрос: «Нужен ли нам в деревне питомник?» С цифрами отстаивали они необходимость этих учреждений.

Сомневающиеся считали, что «содержание питомника со специально обученным персоналом довольно дорого, и эти расходы не окупят небольших преимуществ, которые принесет питомник». В ответ на это доктор Ф. Гинзбург писал, что выгода, которую приносит питомник, окупает затраты на их содержание. «Подсчет прост. Фактически в статье расходов мы указываем сумму на содержание детской. Включим в приход стоимость лекарств и перевязочных материалов, которые земский врач тратит на лечение детских болезней, возникших в результате беспризорности детей; плюс убытки от пожаров, возникших по той же причине - отсутствия присмотра за детьми; и стоимость рабочих дней, которые, тем не менее, приходится терять многим крестьянским матерям, которые вынуждены, отказываясь работать, сидеть дома с переедаю-

щими или травмированными детьми».

Приходская опека, организовавшая в 1905 году ясли в селе Романовское Верхотурского уезда, также использовала очень простой принцип для расчета эффективности учреждения - затраты населения на уход за детьми. Выяснилось, что «польза от заведения ... неоспорима», если учесть, что если бы на каждого из воспитанников наняли специального человека, то это обошлось бы их родителям до 180 руб. почти два месяца. «Но о самом главном, - продолжил Ф. Гинзбург, - я еще не сказал; Я не учел ценность тех человеческих жизней, которые спасут ясли».

Пермское губернское земское управление в 1896-1897 годах подсчитало, что детская смертность в яслях составляла 2 %, а в целом по губернии - 35-40 %. Врачи, наблюдавшие в 1898 г. в яслях этого земства, отметили, что не только их здоровые дети прибавили в весе и стали «бодрее и бодрее», но и их больные сверстники, попавшие туда с кишечным расстройством, вскоре ожили и выросли.

В Красноуфимских яслях 80% детей прибавили в весе с 1/3 фунта до 5 фунтов, в Шадринских прибавили в весе 7 из 13 детей, в Пермских яслях 22 ребенка прибавили в весе и прибавили в весе. Только 10 из 140 «взвешенных» детей похудели в яслях.

Больше всего смертей произошло в приюте Верхотурского района (6 человек), в Ирбитском было 3 случая, в Пермском, Чердынском, Кунгурском, Соликамском - по одному. Это были младенцы первого года жизни, половина из которых были младенцами младше трех месяцев. За первые три года существования яслей Пермского губернского земства младенческая смертность составила 2,9 %. Благодаря существованию приютов в 1897–1901 гг. детская смертность от диареи в Ирбитском уезде Пермской губернии «по сравнению с предыдущими годами» снизилась на 43%.

«Общая смертность в яслях Малмыжского района, - гордо сообщил врач П. Ганзен, - была настолько ничтожна по сравнению с обычным процентом детской смертности в селе в скорбное время года». Из 786 детей, посещавших новое учреждение, 267 были грудными младенцами. Из них умерло всего восемь человек, что составило 3%. Однако обычно уровень детской смертности во время сбора урожая достигал 40–70%. «В целом в состоянии здоровья всех хронических и затяжных пациентов произошло значительное улучшение за 2 месяца пребывания в яслях», - продолжил он. Другой врач, А. А. Смородинцев, руково-

дивший детскими учреждениями Бирского уезда в 1899 году, убедился, что они успешно «защищают от летнего поноса, уносящего столько детей». «В деревнях, из которых они посещали ясли в Софиевке с 15 июля по 15 августа, - пояснил он, - в прошлом году умерло 26 детей, из них 16 - от диареи. В этом году за это время их всего 4... Я не хочу объяснять это резкое снижение смертности исключительно наличием яслей, - осторожно заметил врач, - но я считаю, что они тоже имели какое-то значение в этом счастливом явлении».

«Ниаких болезней, - сообщалось в Отчете о деятельности Ильинско-Чепецкого приюта Вятского уезда за 1903 год, - кроме 2-3 случаев легочной диареи, хотя в окрестных деревнях было много случаев кровавого поноса, даже со смертельным исходом, не только у детей, но и у взрослых».

Из детей, посещавших ясли в Горном щите Екатеринбургского уезда в 1907 г., умерли трое, не достигшие двухлетнего возраста, что составляло 10% от числа детей данной категории, в то время как во всем селе 26% дети этой возрастной группы погибли. Два года спустя соотношение смертей в яслях и в сельской местности составило 2:13.

В детском учреждении причиной смерти одного ребенка стал ракит, другого - грыжа. «Во время работы яслей, - с удовлетворением писал доктор Ф. Янковский о селе Ахметкина Стерлитамакского уезда в 1908 году, - и в яслях, и в селе не было ни одной смерти между детьми». Годом ранее выяснилось, что влияние летнего приюта в селе Петропавловск Уфимского уезда на физическое развитие школьников хорошее, а в селе Сафарово – отличное. Заболеваний в питомнике Курашимского завода в 1911 году «не наблюдалось», хотя в то время в самом селе была «эпидемия детской диареи с довольно высокой летальностью».

«Во всех отчетах отмечен факт значительного снижения детской смертности в селах, где открыты ясли», - писал доктор В. В. Шенгелидзе. Но этот факт, по его мнению, «было крайне сложно учесть, потому что «цифровые данные или нет, или описаны единичные случаи, когда ребенок из-за слабости или отсутствия родителей умирал в детской», к тому же, «больного ребенка обычно ... забирают из детской», и «его дальнейшая судьба не всегда известна».

В 1909 году Уральское отделение Союза по борьбе с детской смертностью расширило срок наблюдения за детьми из приюта в

селе Волковское Камышловского района, и выяснилось, что «двое из этих детей умерли, но уже через 7 и 10 дней после выхода из яслей по болезни».

Значительную роль в борьбе с детской смертностью играл Сиротско-воспитательный Верх-Исетский приют им. Петрова в Екатеринбурге. После полного перехода к «рассредоточенной системе» и упразднения в 1909 г. отделения сестринского ухода здесь младенческая смертность упала до 37,2%, а затем и до 33%. Общая смертность детей разного возраста в Петровском детском доме в 1909–1913 гг. составляла в среднем 12,3%. Этот показатель следует признать значительным достижением в непростой борьбе с высокой младенческой смертностью на Урале.

Опыт сельских деревенских яслей и закрытых учреждений по уходу за брошенными детьми и детьми-сиротами показал, что внедрение новых гигиенических и санитарных норм, внедрение рациональной культуры кормления и ухода за младенцами, создание педиатрической помощи натолкнулось на множество препятствий, потребовали от борцов за жизнь детей невероятных усилий, превратив их деятельность в беззаветное служение.

Однако этим учреждениям удалось доказать, что уровень детской смертности может быть снижен. Чтобы полностью решить проблему, необходимо было создать широкую сеть учреждений помощи детям. Дальнейшая история показала, что, несмотря на трудности Гражданской войны и послевоенного периода, импульс к институционализации детской благотворительности оказался устойчивым, поскольку в ней накопились научные исследования и потенциал длительного дореволюционного развития.

#### **Список литературы:**

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. *Детская смертность: тенденции, причины и пути снижения*. М., 2003.
2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. *Смертность детского населения России*. М., 2007.
3. Благотворительная Россия: История государственной, общественной и частной благотворительности в России. СПб., 1901. Т. 1, ч. 1.

# **ЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА УРАЛЕ: СОБЫТИЯ, ЛИЧНОСТИ**

Галечина П.А., студентка 2 курса

Колесникова М. В., руководитель

*e-mail: pgalechina@mail.ru*

*Фармацевтический филиал ГБПОУ «СОМК», г. Екатеринбург*

Во все времена существования человечества люди сталкивались с разными заболеваниями и пытались их побороть. Некоторые болезни удавалось победить сразу, а какие-то уносили миллионы жизней, но ни одна эпидемия еще не истребила человечество полностью.

На Урале погода непредсказуема. Летом может быть очень жарко, а зимой невыносимо холодно. От этих перепадов температуры страдает иммунная система людей. Организм ослаблен и подвержен инфекционным заболеваниям, которые легко передаются от одного человека другому.

Погодные условия – не единственная причина возникновения эпидемий. Наибольшее развитие эпидемий происходило вследствие социально-экономических потрясений или войн.

Выбранная нами тема является очень актуальной, так как эпидемические заболевания исследуются сразу в нескольких сферах жизни человека. Эпидемии прошлого наложили глубокий отпечаток на жизнь людей во время пандемии. Речь идет о влиянии эпидемий непосредственно на развитие всего мира. В настоящее время появился вирус COVID-19. Он стал началом пандемии – эпидемии, охватившей мир.

## **Сибирская язва**

В середине XVIII века сибирская язва была распространена по всему миру. Люди умирали, и никто не мог понять причины.

В июле 1756 года во время сильной эпизоотии в Петербургском уезде врачи указывали в рапортах: «Кажется де им, что опухоль у лошадей некоторое сходство имеет с опухолью, которая примечена у людей, и хотя они опасность описанной болезни не весьма великою ставят, однако рассудили всякую употребить предосторожность, дабы оное зло не могло распространиться далее». Больные изолировались, после умерших сжигались одежда и постель, заболевших животных выгоняли далеко в леса и поля, людям было запрещено к ним приближаться, падаль зарывали в глубокие ямы.

Первые сведения о заболевании сибирской язвой людей в Сибири относятся к 1748 году. Во второй половине XVIII века эпизоотия приходит на Южный Урал.

В 1786 году Сенат предложил Медицинской коллегии послать специальную комиссию в Челябинский округ для изучения болезни, причинявшей там большой урон людям и скоту. Коллегия выбрала для этой цели штаб-лекаря Степана Семеновича Андреевского (1760–1818).

В течение трех лет Андреевский изучает малоизвестное тогда заболевание, делая клинические наблюдения, проводит вскрытия умерших и даже проводит опыт заражения на самом себе. 18 июля 1788 года в Челябинске в присутствии лекаря и двух чиновников он привил себе сибирскую язву. Во время тяжелой болезни он сохранял сознание, продолжая записывать свои наблюдения. [6]

В 1787 году Андреевский написал сочинение о сибирской язве, но, к сожалению, оно до нас не дошло. Однако сохранилась печатная работа «Краткое описание сибирской язвы, содержащее предохранительные и врачебательные средства в пользу простого народа», изданная в 1796 году. Автор дает простые и понятные рекомендации: соблюдать жесткие карантинные методы, а при появлении заболевания у животных не разрешать торговлю скотом и запрещать снимать шкуру с больных животных. Эти рекомендации не потеряли своей актуальности и в наши дни. [5]

### **Холера**

Во второй половине XIX века санитарно-эпидемиологическое состояние Урала было достаточно тяжелым. Холера считалась одной из самых опасных инфекций вплоть до XX века. Известно, что эпидемии этой болезни наводили страх на человечество еще во времена античности. Иногда количество погибших достигало миллиона.

Холера – остшая кишечная, антропонозная инфекция, вызываемая бактериями вида *Vibrio cholerae*. Инфекция попадает в организм с зараженной пищей и водой. У некоторых людей заболевание протекает в легкой или даже бессимптомной форме. В других случаях при отсутствии лечения оно приводит к гибели больного в течение нескольких часов. При тяжелой форме холеры возникает сильное воспаление кишечника и рвота. Холера очень заразна. Она особенно опасна для детей и ослабленных людей.

Считалось, что основным способом предотвращения распространения холеры являлась полная изоляция в карантинах на границах России.

Нередко при вспышках холеры во внутренних областях России принять изоляционные меры не успевали.

Впервые в Оренбургскую губернию холера пришла в 1829 году через Хиву и Киргиз-кайсацкую степь. Распространению заболевания способствовали несколько факторов – сильная жара и низкий уровень санитарии в городе, в том числе – отсутствие канализации и слив нечистот в р. Урал. Вода для бытовых нужд также бралась из Урала. Зачастую ее даже не кипятили, особенно для стирки или мытья посуды.

Эпидемию объявили 21 сентября 1829 года в Оренбурге, а на 7 октября больными числились 465 жителей. Улицы Оренбурга опустели. В городе действовал жесткий карантин: из него никого не выпускали и в него никого не пускали. Однако это не мешало распространению заболевания по всей губернии. Чтобы снизить количество заболевших, в местностях, где было выявлено заболевание, закрывали сообщение. Было рекомендовано избегать больших скоплений людей. Требовалось вызывать врача при первых признаках болезни. Дома, а порой целые кварталы, в которых были обнаружены заболевшие, были оцеплены.

К 15 ноября новые случаи заболевания холерой в Оренбурге прекратились, карантин с города сняли. По оценкам историков, за это время заразились около 1100 человек, 200 из них скончались.

Таким образом, азиатская холера, занесенная с торговыми караванами на территорию Оренбургской губернии в 1829 году, оказалась неожиданным и страшным врагом. Несмотря на все предпринятые правительством меры, распространение холеры не удалось остановить. Болезнь вновь была зафиксирована в Оренбурге в 1831–1832 годах.

## Тиф

После отступления из Екатеринбурга войск под предводительством адмирала Колчака 15 июля 1919 года новой власти пришлось столкнуться с большими проблемами: преступностью, антисанитарией, нехваткой продовольствия и топлива. А в октябре в Екатеринбурге разразилась масштабная эпидемия тифа.

Тифом называли сразу несколько заболеваний, вызванных разными патогенами, но с одинаковыми симптомами. Одним из самых опасных был сыпной тиф, или «сыпняк». Переносчиком болезни были платяные вши. Для начала заболевания были характерны головная боль, озноб, лихорадка. После нескольких дней на коже появлялась пятнистая розо-

вая сыпь. У больного наблюдалось замедленное сознание, бессвязная и торопливая речь. Во время тяжелых эпидемий могло погибнуть около половины всех инфицированных.

Возвратный тиф передавался также через вшей, но отличался более легким течением и продолжительным течением. Лихорадка и другие острые симптомы заболевания повторялись несколько раз после коротких ремиссий, откуда и название.

Брюшной тиф передавался фекально-оральным путем. Основные симптомы – лихорадка, сыпь, резкое торможение, нарушение сознания, бред, галлюцинации [2].

С каждым днем зараженных становилось все больше:

Дата	Сыпной тиф	Возвратный тиф	Брюшной тиф	Другой тиф
15.11.1919 г.	810	422	147	-
25.12.1919 г.	2275	2326	10	1512
11.01.1920 г.	2638	2562	12	1143

Применялись различные методы борьбы с тифом: борьба с зашившенностью с помощью дезинфекции нательного и постельного белья, соблюдения правил личной гигиены. С 21 по 28 января 1920 г. в Екатеринбурге проводилась «Неделя борьбы с тифом»:

«Комиссия «Недели фронта» в целях борьбы с эпидемией решила пропустить через баню весь гарнизон города. В Екатеринбурге продезинфицировано и вымыто 30 учреждений. Поставлено в разных местах города 42 вошебойки. Вымыто за неделю и одето в продезинфицированное белье красноармейцев – 8302 человека. Субботничало в банях по стрижке и бритью красноармейцев – 11 парикмахеров. В лазаретах поставлены новые ванны 134 шт. и переменена солома. В «День чистоты» – 26 января было прочитано 13 лекций о тифе. На время недели в фойе городского театра была устроена санитарная выставка: «Заразные болезни и борьба с ними» [2].

В феврале значительно снизились темпы заражения, а для закрепления с 7 по 14 марта была проведена «неделя чистоты». Весь город очищали от нечистот. Тиф был побежден.

## **«Уральский синдром»**

В конце апреля – начале мая 1933 года на Урале вспыхнула эпидемия неизвестной болезни, которая характеризовалась огромной смертностью. Болезнь поначалу напоминала ангину, а затем приводила более половины больных к гибели. Эпидемия охватила почти сотню населенных пунктов, на Урал выезжали группы лучших специалистов, которые спорили о диагнозах. Случаи заболевания зафиксированы более чем в 80 населенных пунктах на территориях нынешних Челябинской, Свердловской и Тюменской областей.

Болезнь напоминала обыкновенную ангину – с резкого повышения температуры и покраснения горла. Однако следом в горле появлялись язвы, начинался некроз тканей, появлялось сильное кровотечение изо рта и носа. В течение 4-5 дней большинство заболевших умирали. В различных районах эпидемии смертность от заболевания составляла 65–80 %. Среди местных жителей появилась паника.

В конце июня врачам, наконец, удалось напасть на след. Проведя тщательное расследование и выяснив рацион пациентов, а также проведя эксперименты на мышах, медики пришли к выводу, что причиной вспышки стало испорченное зерно, но тогда это подтвердить не удалось. По совету врачей прошлогодний урожай запретили к употреблению, а из Москвы отправили продовольственную помощь, после чего новых случаев заболевания зафиксировано не было.

Однако спустя девять лет вспышка «уральской болезни» повторилась, на этот раз в Оренбургской области. Картина была аналогичной – на фоне неудовлетворительного питания многие люди стали заболевать «септической ангиной», смертность была не менее высокой, чем в 1933 году. Все пациенты ели прошлогоднее зерно [1]. На этот раз разбирательство было проведено досконально. В Чкалове (ныне Оренбург) была открыта специальная лаборатория для комплексного изучения опасного заболевания.

Вскоре после войны тайна смертельной «уральской болезни» была окончательно разгадана. Ей дали новое официальное название – алиментарно-токсическая алейкия. Причиной инфекции были токсичные плесневые грибы рода *Fusarium sporotrichiella*, которые активно размножалась на крупах, перезимовавших в поле. Попадая в организм вместе с испорченными злаками, эти грибы выступали сильнейшим ядом. Они уничтожили кроветворную систему и костный мозг. На последней стадии добавлялись некроз ткани и кровотечение.

## **Заключение**

Накопление и изучение материалов по истории эпидемических заболеваний на определенной территории имеют значительную ценность как теоретически, так и практически. Население на территории Урала пережило многочисленные эпидемии. Причины были самые разные: голод, нищета, плохие условия жизни и многое другое. На сегодняшний день ситуация обстоит куда лучше, чем в прошлом. Население Урала соблюдает нормы и правила личной гигиены. Рацион питания – немаловажная часть в сохранении здоровья. С развитием медицины и фармации люди могут поддерживать свое здоровье, принимать необходимые витамины и лекарства, а также периодически проводить обследования организма.

### **Список литературы:**

1. Тайна «уральского синдрома». Эпидемию неизвестной болезни расследовали более 10 лет [Электронный ресурс] – режим доступа: <https://life.ru/p/1320272> (Дата обращения: 03.12.21);
2. Город VS эпидемия. Екатеринбург и тиф. За 100 лет до COVID-19 [Электронный ресурс] – режим доступа: <https://www.labprir.com/post/20200414> (Дата обращения: 27.11.21);
3. Сибирская язва в Челябинске: как впервые было найдено лекарство от смертельной болезни — Наш Урал [Электронный ресурс] – режим доступа: <https://nashural.ru/article/istoriya-urala/sibirskaya-yazva-v-chelyabinske/> (Дата обращения: 30.11.21);
4. Эпидемии на Южном Урале. История длиной в 250 лет [Электронный ресурс] – режим доступа: <http://www.chelmuseum.ru/news/epidemii-na-yuzhnom-urale-istoriya-dlinoy-v-250-let/> (Дата обращения: 03.12.21).
5. Гайнуллин М. Заражение для лечения. Как в конце XVIII века Челябинск спасли от вымирания // Южноуральская панорама. 16.07.2018. [Электронный ресурс] – режим доступа: <https://up74.ru/articles/obshchestvo/103834/?> (Дата обращения: 03.12.21).
6. Васильев К.Г., Сегал А.Е. История эпидемий в России: Материалы и очерки. М.: Медгиз, 1960. 400 с.

# УРАЛЬСКИЕ ЭПИДЕМИИ XVIII- XIX ВВ. ТРАХОМА

Хлобыстова Т. Е., хранитель фондов

e-mail: muzeikzb@yandex.ru

Свердловский областной музей истории медицины,  
филиал ГБПОУ «СОМК», г. Красноуфимск

По переписи 1897 года, в Красноуфимском уезде Пермской губернии проживало 244 310 человек. Состав по языку: русские – 77,9 %, башкиры – 8,4 %, марийцы – 5,9 %, татары – 5,7 %, мещеряки и тептяри – 1,6 %. По социальному составу уезд был крестьянским.

Более 200 лет назад И. В. Протасов, Красноуфимский уездный врач с 1794 года по 1800 год, изучал условия жизни этих народностей и установил, что причина высокой заболеваемости глаз кроется в условиях быта. В 1801 году в своей работе «Наблюдение о чувалах и вежах», также направленной в Медицинскую коллегию, Протасов подробно рассматривает условия жизни башкир и татар, а также отопление и освещение их жилищ. Для отопления и освещения юрт зимой башкиры использовали чувалы – примитивные печи типа камина, которые топились беспрерывно.

Протасов считал, что яркий огонь чуvalа, сильная жара раздражали глаза сидящим возле него обитателям юрты. Летом около юрты башкиры устраивали небольшой сарай-вежу. В этом сарае жгли костер и готовили на нем пищу, а в холодные дни и ночи обогревались. Ни трубы, ни отверстия для дыма не было. Дым распространялся по всему сараю и сильно раздражал глаза. Протасов резко выступает против чуvalов и вежей. Он говорит о том, что башкир и татар надо научить делать русские печи.

Медицинская коллегия поблагодарила Протасова за исследование «Наблюдение о чуvalах и вежах» и попросила Пермское губернскоеправление выяснить, почему среди «инородцев» наблюдается высокая заболеваемость глаз. Пермское губернскоеправление не придумало ничего лучшего, как обратиться в Красноуфимский нижний суд. Туда направили копию работы Протасова и указ «велеть на месте дойти справедливейшим образом, сколько из иноверческих народов есть слепых и от чего точно оную (болезнь) получили». Такой же указ был направлен в Екатеринбургский, Шадринский и Осинский уезды. Вероятно, шла речь о трахоме, которая и сейчас у нас не полностью ликвидирована. Трахома - заразная болезнь, и,

следовательно, не только в системе отопления было дело. Но Протасов, по-видимому, был прав в том, что систематическое раздражение глаз на протяжении многих поколений могло способствовать повышению восприимчивости к трахоме среди этих народностей.[5:3]

Первые описания болезни датируются врачами Египта XV веком до н.э., она известна с античных времен. Трахома – это инфекционное заболевание глаз, вызываемое бактериями семейства хламидий. Название болезни происходит от греческого слова, обозначающего «неровный, шероховатый». Ведущая роль в эпидемиологии трахомы принадлежит низкому уровню санитарной культуры населения. Жители Красноуфимского уезда встречали врачей недружелюбно, избегали осмотров, предпочитали обращаться к знахарам.

Статистические данные, собранные в XIX в. врачами Рейхом и Миткевичем, указывали что трахоматозный процесс захватывает население всей России, в молодом возрасте призыва на военную службу, трахомой поражены уже от 5 до 10 %. Например, по расчету врача Красноуфимской больницы М. И. Мизерова, в 1896 году из 636 новобранцев от 36 до 63 должны были поступить в больницу для лечения трахомы. В Вятской губернии доктором Добросердовым в одной черемисской (марииской) деревне было найдено 100 % больных трахомой. [3:540]

Также М. И. Мизеров вспоминал, как в его детстве жители Артинского завода вереницами шли в Екатеринбург к доктору Миславскому лечиться «от волоса» в глазах. [3:541] Известный земский врач делает вывод, что «в настоящее время уничтожить трахоматозный процесс при существующих социально-экономических условиях населения невозможно», так как в домах общий «рукотерник» для всей семьи и приходящих, общие предметы быта (платки, подушки), скученность жизни в котах (шалашах), обычай здороваться с каждым встречным за руку.

Среди крестьянского населения Красноуфимского уезда, в особенности «инородческого», были распространены глазные болезни, преимущественно трахома. Особенно часто страдали от этого заболевания черемисы (марицы). О быстром развитии заболевания в марийских селениях свидетельствовало то, что значительное количество страдающих трахомой молодых черемисов, призываемых к исполнению воинской повинности, браковалось. Нередко встречались семьи, в которых все члены поголовно были больны глазами, и в их числе встречались совершенно слепые. [3:596]

Трахома как болезнь заразительная, при несоблюдении чистоты и опрятности, понятия о которых были чужды крестьянскому населению, свила себе прочное гнездо не только в инородческих селениях, но и проникла в русские деревни, особенно ближайшие к инородческим. [3:597]

Уральские земские врачи, хоть и относились серьезно к глазным заболеваниям и успешно их лечили, имея на своем попечении массу других больных и обширные врачебные участки, в разных местностях, в которых круглый год свирепствовали эпидемические болезни, при всем желании не могли уделять больше времени для лечения глазных болезней. В Красноуфимском земстве в 1896 году на службе состояло 7 врачей, 27 фельдшеров (2 земско-заводских), 3 акушерки-фельдшерицы, 4 акушерки, кроме того 1 оспопрививатель и 2 оспопрививательницы. Существенными трудностями в работе земских врачей были огромные размеры врачебных участков, разъездная система работы, полная непригодность приемных покоев.

Выписывать инструменты было большим риском, так как чаще всего в глухую провинцию высыпали поломанные и некачественные, без тщательной упаковки. Так, в частности, М. И. Мизеров дважды выписывал катаральные ножи и получал настолько негодные, что вынужден был останавливать операцию. Приказчики магазина, не имея понятия о тех строгих требованиях, которые предъявляются к этим инструментам при хранении, при получении их из-за границы часто раскладывали их в магазине с прочими инструментами, и таким образом тушили их. Натачивать же катаральные ножи в то время еще не умели, и инструмент, таким образом, становился негодным. [1:32]

Вопрос об организации «летучих отрядов» был поднят на Первом съезде русских врачей в 1885 году профессором хирургии Таубером, предлагавшим на летнее время посыпать студентов старших курсов под руководством преподавателя хирургии в глухую провинцию. Были разные мнения, спустя 10 лет вопрос остался открытым, хотя были хорошие отзывы о деятельности семи летучих отрядов.

В Пермской губернии Красноуфимское уездное земское собрание XXVII очередной сессии поручило управе ходатайствовать перед Попечительством Императрицы Марии Александровны о слепых о направлении в Красноуфимский уезд окулистического отряда. Попечительство командировало в уезд на шесть недель отряд, состоящий из ординаторов глазных клиник профессора Беляминова: докто-

ра медицины А. Н. Молодовского и врача Н. И. Бурцева.

Отряд разместили в здании двухклассной церковно-приходской школы, которая была расположена на миссионерском хуторе в центре инородческих селений, где трахома была наиболее распространена. Там же можно было расположить коечных больных.

Красноуфимская земская управа дополнительно назначила на время действия отряда приглашенного фельдшера Брынских, а также Серебренникова, Сыраева, Пономарева – тех фельдшеров, где на участках наиболее распространилась трахома, с целью ознакомить их с методами лечения этой болезни. Из врачей только Н. А. Пьянков пожелал пополнить запас знаний по офтальмологии. Также управа организовала питание медицинских работников и коечных больных.

В 1895 году, обсуждая меры борьбы против распространения трахомы, Красноуфимский медицинский совет постановил:

«1) просить уездное земское собрание об ассигновании средств на содержание особого командировочного фельдшера, который предварительно должен получить под наблюдением врача приемы и способы лечения трахомы, а затем уже будет командирован в те селения, где более развита болезнь глаз;

2) признать полезным поручить одному из врачей земства составить брошюру, в которой должно быть изложено поучение, как избегать заболевания трахомы, брошюру эту перевести на черемисский и татарский языки, а затем распечатать для бесплатной раздачи населению, где более эта болезнь развита, потому медицинский совет ходатайствовать перед уездным земским собранием об ассигновании 50 рублей на издание составленной брошюры». [2:650]

Прием больных начали 1 июня и закончили 14 июля 1896 года. За этот период отрядом принято 1200 амбулаторных больных и 151 коечный больной. Амбулаторные больные распределились по полу следующим образом: мужчин 581, женщин 619, в том числе детей 152, по сословиям: крестьян 1050, мещан 98, дворян 2, духовного звания 9, прочих сословий 41.

Неизлечимо больных слепых принято 136, распределились они следующим образом по полу: мужчин 80, женщин 56, в том числе детей 19. Всего было сделано 530 операций. По окончании работы отряда фельдшеру Брынских управа поручила составить именной список больных страдающих трахомой, для того чтобы систематически лечить их.

Земский врач И. К. Курдов на заседании земско-медицинского совета от 20 июля 1896 года отнесся к отрядам отрицательно, считая, что болезни глаз надо лечить постоянно и продолжительно. На губернских съездах врачей сделали выводы, что для дела важна постоянная врачебная помощь, а не «наездная». М. И. Мизеров тоже высказался против отрядов, считая, для успешной борьбы с глазными болезнями желательно увеличить состав врачей, предоставить врачам возможность пополнять свои знания по глазным болезням в университетских городах, делать прибавки к жалованию по 300 рублей тем врачам, которые будут заниматься глазными операциями. Спасение в борьбе с глазными болезнями не в «летучей» помощи, а в постоянной. [3:44]

На 8-м съезде врачей Пермской губернии в докладе отмечено, что Красноуфимская больница стеснена большим количеством испытуемых и трахоматозных новобранцев, и так как вопрос о приеме таковых по уездам недостаточно разработан, то комиссия полагает поручить бюро разработать этот вопрос по всей губернии. [4:344]

В 1900 году Красноуфимская земская управа, по ходатайству М. И. Мизерова, «разослала в волостные правления и сельские общества объявления о том, что с половины октября отчетного года до первого марта текущего года, по случаю переполнения больницы испытуемыми и трахоматозными новобранцами, больные в больницу приниматься не будут». [4:535] Такое явление подрывало практику посещения больницы земскими плательщиками на полгода.

М.И.Мизеров в отчете по Красноуфимской земской больнице за 1896 год приводил данные по количеству слепых на 10000 жителей. Например, в Северо-Американских Соединенных Штатах – 4, во Франции – 8,2, в России – 21, в Пермской губернии, по данным статистического комитета, – 20. [3:597]

Для уничтожения трахоматозного процесса земство должно было поднять грамотность при помощи народного образования, популяризации медицинских и гигиенических знаний, организации врачебной помощи населению (приобретение хирургических инструментов, обучение и увеличение штата врачей).

В современном мире вследствие заболевания трахомой (хроническим инфекционным кератоконъюктивитом) около 1,5 миллионов человек потеряло зрение. При отсутствии лечения происходит замещение конъюктивы и роговицы соединительной тканью, что неизбежно

ведет к слепоте. Заболеванию подвержены дети от 5 до 15 лет, люди старше 55 лет.

#### **Список литературы:**

1. Алексейчик Л. Е. *Матвей Мизеров*. Екатеринбург, 2013.
2. Журналы XXVI очередного Красноуфимского земского собрания 1895 года с докладами управы и комиссий. Красноуфимск, 1896.
3. Журналы XXVIII очередного Красноуфимского земского собрания 1897 года с докладами управы и комиссий. Красноуфимск, 1898.
4. Журналы XXXII очередного Красноуфимского земского собрания 1900 года с докладами управы и комиссий. Красноуфимск, 1901.
5. Селезнева В. Т. Штаб-лекарь И.В. Протасов. Пермь, 1962 .

## **ХОЛЕРА. ЧЕРНЫЕ СТРАНИЦЫ В ИСТОРИИ**

Манченко С.А., преподаватель

e-mail: sofkiopd@mail.ru

Фармацевтический филиал ГБПОУ «СОМК» г. Екатеринбург

В период современной пандемии становятся актуальными вопросы возникновения массовых инфекционных заболевания. Одно из инфекционных заболеваний, изменивших ход истории, была холера. Она оказала большое влияние на развитие той медицины, которая легла в основу медицины современного мира.

XIX век можно назвать веком холеры. Ведь шесть из семи крупных вспышек заболевания в России приходится на этот период. Большое влияние на предотвращение распространение инфекции оказали научные исследования лондонского врача Джона Сноу, который установил, что холеру вызывают загрязненные источники воды. В 1883 году Роберт Кох открыл вибрион холеры. Началась история борьбы с заболеванием.

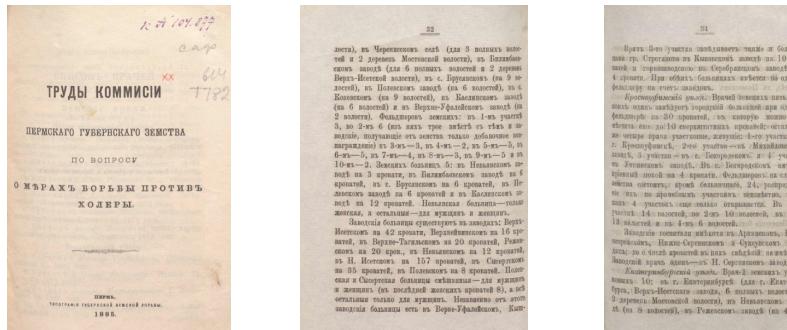
Очередная эпидемия холеры была зафиксирована в 1884 году в ряде населенных пунктов на территории Урала.

Исторические исследования в архивах Урала, поиск документов и свидетельств времени позволяют проследить этапы развития земской медицины Екатеринбургского уезда конца XIX века. Изучая эпидемиологическую ситуацию этого периода, можно отметить некоторые соци-

ально-экономические факторы, способствовавшие возникновению эпидемии холеры: развитие торговых и пассажирских перевозок, наличие густонаселенных населенных пунктов с плохими санитарными условиями, неконтролируемый сброс загрязненных бытовых, хозяйственных и промышленных сточных вод в водоемы, ухудшающий не только качество питьевой воды, но и вызывающий массовые инфекционные заболевания. Только благодаря опыту врачей и вовремя принятым противоэпидемическим мерам эпидемии холеры удалось избежать.

Первым шагом для предотвращения распространения инфекционных заболеваний стало введение Правил соблюдения санитарных мероприятий. В целях соблюдения санитарного режима во всех волостях уезда создавались Комитеты общественного здоровья. Для надзора за исполнением санитарных правил «приглашались местные священники, землевладельцы, учителя народных школ, становые приставы, волостные старшины и волостные писаря и другие лица, пользующиеся значением в волости. Комитеты были обязаны наблюдать за исполнением всех санитарных правил и обо всем замеченном сообщать местной управе и участковому врачу. Комитеты должны немедленно сообщать врачу о появлениях какой-либо повальной болезни на людях и животных, оказывая на месте всевозможное содействие».[1]

В 1885 году выходит в свет издание «Труды комиссии Пермского Губернаторского земства по вопросу о мерах борьбы против холеры» (рисунок 1), в котором населению предписывалось соблюдение ряда правил и ограничений общежития; меры профилактики и защиты от инфекционных заболеваний; порядок оказания медицинской помощи и надзора в населенных пунктах.



**Рисунок 1. «Труды комиссии Пермского Губернаторского земства по вопросу о мерах борьбы против холеры».**

Изучая данные по эпидемии холеры в Екатеринбургском уезде за 1884–1886 годы, представленные на IV съезде губернских врачей Пермской губернии (рисунок 2), можно обозначить картину организации земской медицины в уездах.



Уезд	Число врачей.
Осинский уездъ	4
Оханский	4
Чердынский	4
Соликамский	4
Кунгурский	4
Иргитский	4
Пермский	5
Верхотурский	5
Камышловск.	5
Красноуфим.	6
Шадринский	6
Екатеринбург.	8
Губернская больница	6
Привѣт душевно болни.	2
Итого	67

Рисунок 2. Пермский губернский съезд врачей. Материалы и протоколы.

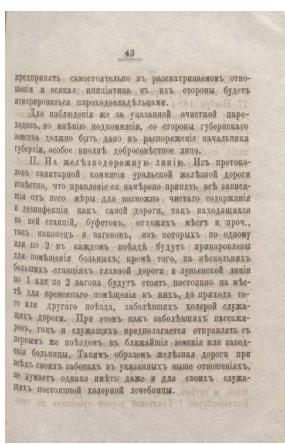


Рисунок 3. «Предписания по пароходному и железнодорожному транспорту».

Проводились санитарные осмотры и дезинфекция населенных пунктов, предприятий. «По всей губернии тотчас же сделать тщательные санитарные осмотры всех городов, многолюдных селений, фабрик, заводов, промышленных заведений, пароходных пристаней, постоянных дворов и трактиров и везде, где окажется необходимым, произвести строгую дезинфекцию».

Для точного представления о степени доступности врачебной помощи для населения участка, разделили селения и население участков по количеству первому поэму отнесены население участка, живущее на расстоянии от residence врача—1—30 вер., во втором поэму—30—60 вер., в третьем—60—100 вер., в четвертом поэму—население, живущее дальше 100 в., туда подразумевается следующие процентные отношения:

	1 поэма.	2 поэма.	3 поэма.	4 поэма.
Население	На расстоянии от 1 до 30 вер.	На расстоянии от 30 до 60 вер.	На расстоянии от 60 до 100 вер.	На расстоянии от 100 вер.
участков	от 1—30 вер.	от 30—60 вер.	от 60—100 вер.	далее 100 вер.
Селен. Илл.	Селен. Илл.	Селен. Илл.	Селен. Илл.	Селен. Илл.
1. Невьянск ул.	64%	62,9%	24,7%	12,9%
2. Балаковск.	73%	73,9%	26,5%	28,5%
3. Ревдинск.	47,6	59	41,2	31,6
4. Каменск.	34,	38,	65,4	61,3
5. Каменск.	21,6	50,6	73,4	49,6
6. Каменск.	77,	82,	25,7	17,5
7. Брусянск.	64,	86,	5,	63

Медицинская помощь населению была организована земствами по принципу территориальных участков. По данным 1886 года на одного врача в среднем приходилось около 25 тысяч жителей, а радиус врачебного участка не превышал 17–20 верст.

«На желѣзнодорожную линію. Изъ протоколовъ санитарной комиссіи уральской желѣзной дороги известно, что правленіе намерено принять все зависящія отъ него меры для возможно чистаго содержанія и дезинфекциі какъ самой дороги, такъ находящихся въ ней станцій, буфетовъ, отхожихъ местъ и проч., а также и пассажирскаго вагоннаго парка, изъ которыхъ въ одному изъ 2 вагоновъ будутъ стоять посты посты на ящикахъ для временнаго помѣщенія въ нихъ, до прихода тогъ или другого поѣзда, заѣзжихъ болѣзней, привозимыхъ холерой слѣдомъ за флагомъ. При этомъ заѣзжихъ пассажиръ, путь и служащихъ предполагается отправлять съ предупрежденіемъ о болѣзни въ здѣсь находящуюся больницу. Такими образомъ желѣзная дорога приѣздуемыхъ должна иметь даже и для своихъ саржинъ постоянной холерой лечебницу.

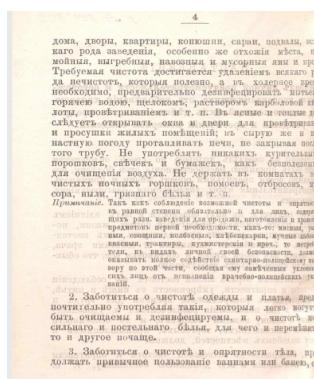
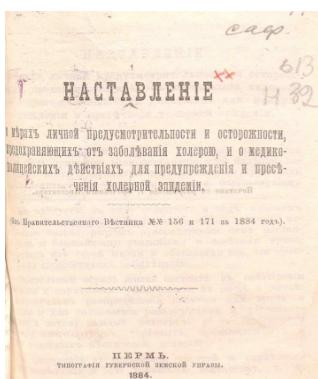
Особое внимание уделялось выявлению заболеваемости.

«Подкомиссия также находит крайне нужным просить всех врачей губернии, без исключения, начиная с апреля месяца, доставлять в уездные управы еженедельные сведения о сказанных выше заболеваниях с указанием числа, пола, возраста и местожительства больных».

На протяжении десятилетий в стране формировалась сеть противо-инфекционных учреждений, которые успешно функционировали долгое время.

Большая роль отводится профилактической работе с населением.

В брошюре «Наставления о мерах личной предусмотрительности и осторожности, предохраняющих от заболевания холерой, и о медико-полицейских действиях для предупреждения и пресечения холерной эпидемии» (1884 год, рисунок 4) приводится следующие предписания: «Содержать въ возможной чистоте и опрятности свои помещения и всю домашнюю обстановку, т. е. дома, дворы, квартиры, конюшни, сараи, подвалы, всякаго рода заведенія, особенно же отхожія места, помойныя, выгребныя, навозныя и мусорныя ямы. Требуемая чистота достигается удаленіемъ всякаго рода нечистотъ, которыя полезно, а въ холерное время необходимо, предварительно дезинфицировать мытьем горячую водою, щелокомъ, растворомъ карболовой кислоты, проветриваніемъ... Заботиться о чистотѣ воды для питья; не загрязнять и не допускать загрязненія источниковъ и водохранилищъ; не употреблять воду сомнительного качества, а во время холеры по возможности ограничить употребленіе сырой воды».



**Рисунок 4. «Насставления о мерах личной осторожности».**

Тщательно следили за состоянием школ, которые при первых признаках холеры закрывались на карантин.

Ежемесячно составлялись отчеты, публиковавшиеся в газете «Пермские губернские ведомости» (рисунок 5). Велась статистика заболевших. Благодаря вовремя принятым мерам число жертв оставалось минимальным.



І МІСЦІОНАЛЬНИЙ					
№ 47-му НЕРМОСИХІВ ГУБЕРНІСІХ ВІДНОСІСТЕЙ.					
1843 ГОДА.					
<hr/>					
О ході епідеміческої болезні холери в Пермській губернії.					
Прибуті відомо. Увер-					
состояло. по рівно. до. осталось.					
Съ появленія болезни въ					
губернії по 21 Октября	—	9076	8635	5316	127
Съ 13 по 21 Октябрь	—	4	4	4	—
Въ Екатеринбурзькому уѣзde	114	40	46	44	97
— Красноуфимському уѣзde	—	9	спадений недоставлено	—	9
— Галичинському уѣзde	4	—	4	—	—
— Оханському уѣзde	—	болезнь прекратилась			—
Итого по 29 Октября	127	40	30	11	406
Всего съ появленія эпідеміи по	—	—	—	—	—
29 Октября	—	9116	8635	5327	—

*Рисунок 5. Газета «Пермские губернские ведомости».*

Низкий уровень смертности по показателям документов указывал на относительно благополучную не только медицинскую помощь и меры, предпринимаемые властями по предотвращению распространения инфекции, но и на экологическую обстановку местности.

Подводя итог, можно утверждать, что к социально зависимым факторам можно отнести политику государства в отношении уровня жизни, питания, гигиены населения.

Изучение опыта борьбы с эпидемиями холеры привело к смене важных аспектов в деле организации медицинской помощи, эпидемиологических мероприятий, подготовке врачей.

## **Список литературы:**

1. Правила о соблюдении санитарных мероприятий в учреждениях общественного пользования и торгово-промышленных предприятиях округа. Санитарная книжка. Пермь: Пермское издательство, 1884. 44 с.
  2. IV Пермский губернский съезд врачей 1887 года. Доклады, материалы, протоколы. Пермь: Типография Губернской Земской Управы, 1887. 432 с.
  3. Труды комиссии Пермского Губернского земства по вопросу о

*мерах борьбы против холеры. Пермь: Типография губернского земской управы, 1885. 134 с.*

4. *О ходе эпидемической болезни холеры в Пермской губернии // Пермские губернские ведомости. № 47. 1847. 12 ноября.*
5. *О ходе эпидемической болезни холеры в Пермской губернии // Пермские губернские ведомости. № 64. 1848. 14 сентября.*

## **ЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА УРАЛЕ. «СЕПТИЧЕСКАЯ АНГИНА»**

Ершова Д.К., студентка 1 курса

Печерина У.Г., преподаватель

*e-mail: ikkertUG@yandex.ru*

*Краснотурьинский филиал ГБПОУ «СОМК», г.Краснотурьинск*

Эпидемия — прогрессирующее распространение инфекционного заболевания среди людей, значительно превышающее обычно регистрируемый на данной территории уровень заболеваемости и способное стать причиной чрезвычайной ситуации.

Человечество, начиная с древнейших времен и по сей день, не раз сталкивалось с заболеваниями эпидемического характера. Ученые и медики ежедневно изучают бесслучайное количество возбудителей инфекционных заболеваний, пытаясь найти способы борьбы с ними и методы лечения заболеваний, которые они вызывают.

«Тот, кто не помнит своего прошлого, обречен на то, чтобы пережить его вновь» сказал Джордж Сантаяна. Именно поэтому изучение эпидемий сегодняшних невозможно без накопления и изучения материалов прошлых вспышек эпидемических заболеваний. Знание истории эпидемиологии инфекционных болезней на определенной территории важны для здравоохранения не только теоретически, но и практически. Исследование условий возникновения заболеваний и роли социально-экономических и природных факторов в их распространении — основа для прогнозирования и построения плана противоэпидемических мероприятий. В прошлом история борьбы и ликвидации эпидемий в нашей стране освещалась только в рамках научно-публицистических работ, написанных врачами и специалистами, и то весьма ограниченно.

В начале XX века усилия медиков были направлены на чрезвычайные меры для борьбы с туберкулёзом, тифом и другими социальными заболеваниями. Начиная с середины 1920-х гг. государство взяло курс на планомерную работу; этому способствовало создание санитарно-эпидемиологических подотделов в региональных органах здравоохранения. В результате предпринятых мер за период 1924–1928 гг. на Урале удалось значительно снизить количество случаев заражения такими заболеваниями, как малярия, тиф и натуральная оспа. Однако с конца 1920-х гг. ситуация вновь осложнилась из-за проводимой руководством страны политики, направленной на форсированную индустриализацию и коллективизацию. Это время ознаменовано разработкой первого пятилетнего плана экономического и культурного развития СССР на 1928–1932 гг.

Были намечены меры по развитию здравоохранения, особо подчеркивалась важность ликвидации социальных и острозаразных заболеваний среди населения. Перед органами здравоохранения Урала ставилась задача в ближайшие два года повсеместно уничтожить оспу, преодолеть паразитные тифы, максимально снизить заболеваемость малярией и ликвидировать очаги брюшного тифа в крупных промышленных городах. Выполнять установки партийно-советского руководства органам здравоохранения уральского региона приходилось в сложных условиях. Эпидемическое состояние региона в конце 1920-х гг. значительно ухудшилось: это было связано с началом индустриализации и коллективизации, строительством промышленных «заводогигантов», переброской на местные территории большого количества спец-контингента и переселенцев. Все это привело к обострению положения с заразными болезнями и резкому росту заболеваемости среди населения. Наибольшие очаги заражений были установлены в районах спецпереселенцев — Надеждинск, Кизел, Чусовая, Каменск, Верхотурье, Магнитогорск.

Весной 1933 года на Урале вспыхнула эпидемия неизвестной болезни, отличавшейся огромной смертностью. Первые симптомы болезни были похожи на проявления ангины, но летальность составляла больше половины всех случаев заражения. Эпидемия охватила почти сто населённых пунктов, к карантинным мероприятиям были привлечены силы ОГПУ. На Урал отправляли группы лучших специалистов, которые до хрипоты спорили о возможных диагнозах. Окончательно разгадать тайну «уральской болезни» удалось лишь спустя десять лет.

Первые случаи заболевания были зафиксированы весной 1933 г. К

середине мая стало ясно, что речь идёт об эпидемии. Случаи болезни были зафиксированы в более чем 80 населённых пунктах на территории нынешних Челябинской, Свердловской и Тюменской областей.

Первые симптомы заболевания напоминали обычную ангину: резкое повышение температуры и покраснение горла. Но затем на слизистой ротоглотки появлялись язвы, переходящие в некроз тканей, начиналось сильнейшее кровотечение изо рта и носа. В течение следующих четырёх-пяти дней большинство заболевших умирали. Назначение специфического лечения осложнялось невозможностью поставить точный диагноз. Лечили только симптоматически, но эффекта от этого почти не было. В различных районах эпидемии смертность от неизвестного заболевания достигала 65-80%. Среди местных жителей началась паника.

На Урал в срочном порядке была командирована группа специалистов во главе с эпидемиологом профессором Львом Громашевским. Стараниями ОГПУ и железнодорожной охраны в районах эпидемии был установлен строгий карантин с полным запретом на въезд и выезд из населённых пунктов. Продажа билетов на поезда в этих районах была прекращена, составам запрещалось даже кратковременная остановка в них.

К концу июня 1933 г. было зафиксировано уже более 1300 случаев заражения и более 700 летальных исходов.

После осмотра заразившихся, Громашевский и помогавший ему специалист по чуме Сукнев, пришли к выводу, что угроза эпидемии отсутствует. Заболевшим был поставлен диагноз «цинга», а на совещании с местными врачами было заявлено, что необходимости в карантине нет. Эпидемию они связали с плохим продовольственным снабжением региона, так как в 1932–1933 годах в СССР произошёл продовольственный кризис, затронувший практически все регионы. По мнению профессоров, эпидемию можно было победить, всего лишь наладив продовольственное снабжение края.

Однако, врач из Бердюжской больницы (ныне Тюменская область) был не согласен с мнением приезжих коллег. Он был убеждён, что на Урале произошла вспышка инфекционной болезни. Им было произведено несколько вскрытий больных, однако обнаружить возбудителей заболевания ему так и не удалось.

Тем временем к делу подключились чекисты. Заместитель главы полномочного представительства ОГПУ по Уралу Минаев поставил вопрос об отзыве бригады столичных профессоров. Мотивировал он это

«контрреволюционной установкой» Громашевского и Сукнева. Минаев был не согласен с тем, что на основании диагноза «цинга» можно снять карантин, а высылкой продовольствия прекратить эпидемию.

Громашевский был отозван в Москву, но в то же самое время в Свердловск самолетом прибыл народный комиссар здравоохранения Михаил Владимирский. Он был убежден, что болезнь имеет инфекционный характер, поэтому карантинные меры считал оправданными. Однако, установить правильный диагноз все еще не удалось.

Первоначально у больных подозревали легочную чуму, особенно когда стало известно, что некоторые заболевшие употребляли в пищу крыс. Но эту теорию в свое время опровергли еще столичные профессора. Второй версией была дифтерия. У некоторых заболевших действительно присутствовали достоверные признаки этого заболевания, но у большинства умерших ее не обнаружили.

В середине июня эпидемия получила официальное название. «Уральскую болезнь» стали называть септической ангиной. Владимировскому с коллегами так и не удалось однозначно установить возбудителей заболевания. «Мы имеем дело с совершенно новым для нас заболеванием, изучение которого едва даже начато. Вопрос об этиологическом агенте требует дальнейших упорных исследований», — сообщили врачи в Москву.

Ситуация с заболеванием все же изменилась в положительную сторону. Специалистами не было получено достоверных доказательств того, что заболевание передается от человека к человеку, а инфекционная составляющая болезни оказалась завышеннной; в связи с чем были даны рекомендации о снятии строгого карантина.

Изучение болезни на этом не прекратилось, и в конце июня медикам удалось выяснить, что причиной заболевания могло стать употребление в пищу прошлогоднего зерна, которое «перезимовало» в полях.

Группой эпидемиологов были проведены исследования на мышах: им вводились инъекции с выжимкой прошлогодних злаковых культур. Большинство подопытных после введения препарата скончались. Тогда медики пришли к выводу, что версия об испорченном зерне была верной, но установить причину массового заражения на тот момент все же не удалось. По рекомендации врачей прошлогодний урожай было запрещено употреблять в пищу, а из Москвы таки отправили продовольственную помощь. После этого новых случаев заражений в том году

больше не фиксировалось. Бывшие же у власти в те годы чекисты, которым везде мерещились враги, возложили ответственность за произошедшее на офицеров, обвиняемых в участии в так называемой офицерско-фашистской организации, работавшей одновременно на финскую, германскую, польскую и японскую разведки. Их и обвинили в отравлении урожая ядовитыми веществами.

Однако через девять лет вспышка «уральской болезни» повторилась, но на этот раз в Оренбуржье. Картина заболеваемости полностью напоминала события прошлого — на фоне недостаточного питания люди начинали заболевать септической ангиной, смертность от которой была столь же высокой, что и в 1933 году. Все заболевшие употребляли в пищу прошлогоднее зерно.

На этот раз обвинять во всем вредителей не стали, а подошли к расследованию основательно. В Чкалове (ныне Оренбург) развернули специальную лабораторию для всестороннего изучения опасного заболевания.

Вскоре после окончания войны тайна смертельной «уральской болезни» была разгадана. Она получила официальное название — алиментарно-токсическая алейкия.

Специалистам удалось установить и причину эпидемии. Это были токсичные плесневые грибы рода *Fusarium sporotrichiella*, которые активно размножались на злаках, перезимовавших в поле. Попадая в организм вместе с испорченными злаками, они действовали как сильнейший токсин: разрушали кроветворную систему и костный мозг, на финальной стадии вызывая некроз тканей и массивные кровотечения.

После выяснения возбудителя врачам удалось найти и эффективные методы лечения: переливание крови, антибактериальная терапия и ударные дозы витаминов В и С. В большинстве случаев эти меры спасали больного от смерти. Благотворное влияние оказывало и назначение питания, богатого белками, клетчаткой и витаминами, это сокращало число летальных исходов заболевания.

Также было установлено, что опасные для жизни состояния возникают только после длительного употребления в пищу пораженных грибком злаков.

Самым надежным способом защиты от инфекции стал полный отказ от употребления в пищу перезимовавших в поле пшеницы, гречихи, ячменя, проса, ржи и других злаков.

В масштабах всего Советского Союза была проведена мощная про-

филактическая кампания (вплоть до подомового обхода) с разъяснением опасности добавления этих злаков в пищу.

После успешной разгадки тайны «уральской болезни» и разработки профилактических мер болезнь была практически побеждена. С 1940-х годов в СССР больше не фиксировалось серьёзных случаев эпидемии алиментарно-токсической алейкии.

### **Список литературы**

1. Горфин Д. В. Санитарное обслуживание населения СССР в 1917–1945 гг. // Современные вопросы теории, истории и организации здравоохранения. Вып. 2. М., 1965.
2. Хозяйство Урала. Свердловск, 1933. № 1–2.
3. Е. Антонюк. Тайна «Уральского синдрома».

## **«КОНТРРЕВОЛЮЦИОННАЯ» ЦИНГА НА УРАЛЕ**

Стамикова Т. П.,

специалист по экспозиционно-выставочной работе

*d*

*e-mail: muzeikzb@yandex.ru*

*Свердловский областной музей истории медицины,  
филиал ГБПОУ «СОМК, г. Красноуфимск*

В конце апреля – начале мая 1933 года на Урале зафиксированы первые случаи неизвестной и очень опасной болезни. К середине мая стало понятно, что речь идет о настоящей эпидемии. Заболевшие проживали в более чем 80 населенных пунктах на территории нынешних Челябинской, Свердловской и Тюменской областей. К концу июня было зафиксировано уже более 1300 случаев болезни, более 700 заболевших скончались.

Болезнь начиналась как обыкновенная ангин — с резкого повышения температуры до 38–39 градусов и покраснения горла. При осмотре врач обнаруживал грязно-бурые налеты на миндалинах, которые большей частью не удавалось снять. На коже во многих случаях появлялись пурпурные или темно-синие пятна и множественные кровоизлияния. Очень важным признаком заболевания было резкое падение количе-

ства белых кровяных шариков, доходящее до 1000 и менее в 1 куб. см. крови больного. Затем в горле появлялись язвы, начинались некроз тканей, сильное кровотечение изо рта и из носа. В течение четырех-пяти дней большинство заболевших умирали. В различных районах эпидемии смертность от заболевания оценивалась в диапазоне от 65 до 80%. Среди местных жителей началась паника. Силами ОГПУ и железнодорожной охраны в районах эпидемии был установлен строгий карантин с полным запретом на въезд и выезд из населенных пунктов.

Изначально никакого специфического лечения не было, неясно было даже, что это за болезнь. Весной 1934 года Наркомздравом на Урал были посланы научно-исследовательские бригады под руководством выдающегося эпидемиолога, будущего академика Льва Васильевича Громашевского. В бригады вошли известные профессора и доценты Давыдовский, Талалаев, Зильбер, Скворцов, Штейншнейдер, Добрейцер, Бессонова, Бравая, Кост, Лисс, Кестнер, Чернохвостов, Белкина и др. Работы этих бригад в процессе изучения выявили ряд фактов, проливающих свет на это заболевание, поражавшее врачей стремительностью своего течения, высокой летальностью и бесплодностью терапевтического вмешательства.

В опубликованной 1934 году статье Р. М. Бравой «О септической ангине» сообщается: «Эпидемиологический материал показал, что нет никаких оснований считать «септическую ангину» заразительной болезнью, так как никто из медперсонала, например, этой ангиной не заболел. Заболевание носит резко выраженный семейный характер, но не домовой, так как две семьи, живущие в одном доме, имеющие самый тесный бытовой контакт, но разные условия питания в одной семье дают несколько заболеваний, а во второй семье – ни одного».

Ученые пришли к выводу, что причиной заболевания являлся поразивший СССР в 1932–1933 годах голод. Больным они поставили диагноз «цинга» и на совещании с местными врачами заявили, что никакой необходимости в карантине нет, а эпидемия вызвана очень плохим продовольственным снабжением региона. Местное население питалось преимущественно хлебными суррогатами. По мнению профессоров, достаточно было наладить продовольственное снабжение края, чтобы эпидемия пошла на спад.

С ними не согласился врач из Бердюжской больницы (ныне Тюменская область), который был убежден, что на Урале произош-

ла вспышка инфекционной болезни. Он произвел несколько вскрытий больных, но так и не смог обнаружить возбудителя болезни. Подвергшись остракизму со стороны коллег, он покончил с собой.

Тем временем в дело вступили чекисты. Заместитель главы полномочного представительства ОГПУ по Уралу Минаев потребовал выслать сеющих смуту московских профессоров обратно в столицу. «В связи с явно контрреволюционной установкой Громашевского и Сукнева — требования на основании диагноза «цинга» снятия карантина, высылки продовольствия, с которой, по их мнению, эпидемия прекратится, поставил вопрос об отзыве бригады», — доносил Минаев в Москву.

Громашевский, вызвавший недовольство местных властей, был отправлен обратно в Москву. В то же самое время самолетом в Свердловск прибыл народный комиссар здравоохранения Михаил Владимирский. Нарком был убежден, что болезнь имеет инфекционный характер, поэтому карантинные меры оправданы.

В середине июня «уральская болезнь» наконец получила официальное название. Ее стали называть септической ангиной. Комиссии Владимира так и не удалось однозначно установить возбудителей болезни. «Мы имеем дело с совершенно новым для нас заболеванием, изучение которого едва даже начато. Вопрос об этиологическом агенте требует дальнейших упорных исследований», — сообщили врачи в Москву.

В остальном ситуация была скорее положительной. Инфекционная составляющая болезни оказалась преувеличенной, специалистам не удалось найти никаких подтверждений того, что болезнь передается от человека к человеку. В связи с этим было рекомендовано снять строгий карантин.

Проведя тщательное расследование и выяснив рацион питания заболевших, они пришли к выводу, что причиной заболевания могло быть прошлогоднее зерно. «В анамнезе больных «септической ангиной» часто отмечается питание мукою из перезимовавших злаков. Все это заставляет думать об алиментарном происхождении заболевания, которое правильнее назвать а л и м е н т а р н а я а л ейкия, чем «септическая ангина», — пишет в упомянутой статье зав. кафедрой организации здравоохранения Центрального института усовершенствования врачей Р. М. Бравая.

Группа эпидемиологов провела исследования на мышах. Всем им делались инъекции с выжимкой прошлогодних злаков. Большинство подопытных животных от этих инъекций скончались. Медики однознач-

но пришли к выводу, что причиной стало испорченное зерно. Однако установить причину тогда не удалось. По совету врачей прошлогодний урожай был запрещен к использованию, а из Москвы была направлена продовольственная помощь, после чего новых случаев болезни не фиксировалось. Чекисты же заподозрили во всем присутствия вредителей.

В 1937 году в Свердловской области был арестован ряд офицеров, которые на допросах признались в участии в так называемой офицерско-фашистской организации, работавшей одновременно на финскую, германскую, польскую и японскую разведки. На них также возложили ответственность за отравление урожая ядовитыми веществами в 1933 году.

Однако через девять лет вспышка «уральской болезни» повторилась, на этот раз в Оренбуржье. Картина полностью напоминала предыдущую — на фоне недостаточно удовлетворительного питания многие люди начали заболевать септической ангиной, смертность была не менее высокой, чем в 1933 году. Все заболевшие употребляли в пищу прошлогоднее зерно.

На этот раз винить все на вредителей не стали, а разобрались в вопросе основательно. В Чкалове (ныне Оренбург) была развернута специальная лаборатория для всестороннего изучения опасной болезни.

Вскоре после войны тайна смертельной «уральской болезни» наконец была разгадана. Ей дали новое официальное название — алиментарно-токсическая алейкия. Специалистам удалось установить причину эпидемии. Это были токсичные плесневые грибки рода *Fusarium sporotrichiella*, которые активно начинали размножаться на злаках, перезимовавших в поле. В большинстве случаев отравление наступало у человека спустя 2–6 недель после употребления в пищу перезимовавшего зерна. Это отравление постепенно приводит к подавлению деятельности костного мозга, что ведет к падению количества белых кровяных шариков, обезоруживает организм. На финальной стадии добавлялись некроз тканей и кровотечения.

Для лечения септической ангины для больных организовывались врачебно-питательные пункты, проводились анализы крови на лейкоцитоз. Больным назначалось усиленное питание, богатое витаминами животного происхождения, витамин С, дрожжи, а также сульфидин и никотиновая кислота для улучшения кровотворения.

Но самым надежным способом защититься от болезни был отказ от употребления в пищу перезимовавших в поле пшеницы, гречихи, яч-

меня, проса и других злаков. В масштабах всего Советского Союза была проведена мощная профилактическая кампания (вплоть до подомового обхода) с разъяснением опасности добавления их в пищу.

С окончательной разгадкой тайны «уральской болезни» и разработкой профилактических мер болезнь была практически побеждена. С 1940-х годов в СССР больше не фиксировалось серьезных случаев эпидемии алиментарно-токсической алейкии.

#### **Список литературы:**

1. Антонюк Е. Тайна «уральского синдрома» // LIFE.[Электронный ресурс]. URL: <https://life.ru/p/1320272?ysclid=l42a710djb> (дата обращения 11.12.21).
2. Бравая Р. М. О «септической ангине»// Советская клиника. 1934. № 3–4. С. 516–520.
3. Кейлин С., доцент, уполномоченный Свердловского облисполкома. За санитарное благополучие тыла // Ленинский путь (Красноуфимск). 1943. 17 февраля.
4. Шакlein И., заведующий Свердловским облздравотделом. Септическая ангина // Газета «Ленинский путь» (Красноуфимск). 1944.

## **НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА ПРОТИВ ЭПИДЕМИЙ: ОБРЯДЫ, ГИГИЕНА, ЛЕЧЕБНЫЕ СРЕДСТВА**

Шапотайло А.В., студентка 1 курса

Чернавских Е.Н., руководитель

e-mail: shap-an@yandex.ru

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»,  
г.Екатеринбург

Занимаясь вопросами истории народной медицины, всегда сложно соотнести ее с каким-то определенным времененным периодом истории страны. Еще сложнее указать на время возникновения рецептов, гигиенических традиций и обрядов, культуры питания и быта. Серьезные исследования этого вопроса стали проводиться со второй половины XIX – начала XX века. И ученые отмечали, что на большей части территории Российской Империи до XVIII века не было никакой медицины, кроме на-

родной, а затем она существовала в тесном переплетении с приказной, заводской и земской. (Т. Ф. Успенский «Медико-топографическое описание Екатеринбургского горного округа», Н. П. Загоскин «Врачи и врачебное дело в старинной России», Г. И. Попов «Русская народно-бытовая медицина»).

Такую же картину описала Т. Ю. Шестова: «До XVIII в. медицина в России и на Урале была предназначена для обслуживания царского двора или местной уральской знати – землевладельцев и представителей администрации. Что касается массы населения Урала, то оно обходилось знахарями, травниками, костоправами, шаманами, бахши и т. д. К этому времени сложились традиции народной медицины, которая оказала заметное влияние на медицину и систему здравоохранения в последующие века». [10; 39]

Первые упоминания об эпидемиях: «моровом поветрии», «моровой язве», «черном море» появились еще в древних летописях, которые фиксируют сам факт массового заболевания, и «Домострое», где содержатся рекомендации по личной гигиене и обобщенные медицинские знания середины XVI века. Первые эпидемиографические произведения относятся к XVIII веку. Их авторы уже объединили описание процесса распространения болезни и меры по борьбе с ней (А. Ф. Шафонский «Описание моровой язвы, бывшей в столичном городе Москве с 1770 по 1772 гг.»).

Как писали К. Г. Васильев и А. Е. Сегал в своей книге «История эпидемий в России», основой системы рациональных противоэпидемических мероприятий «служил многовековой опыт народной медицины и безусловное признание заразительности – «прилипчивости» эпидемических болезней» [1; 64].

Об опасности эпидемий говорит сам язык народной медицины: «лихоманка», «хворь», «кумоха», «чернуха», «гнетучка», «низовка», «мыт», «лепуха», «горланка» - вот несколько синонимов различных инфекционных заболеваний. Название им давались, как правило, по одному из наиболее яких симптомов болезни.

В.Я. Темpling в работе «Народная медицина русского населения Западной Сибири XIX века» выделяет наиболее неблагоприятное в эпидемическом плане время: весна, лето и осень. «Весной и осенью распространялись лихорадки, «горячки», дифтерит, различные простудные заболевания, летом - дизентерия и другие кишечные инфекции, сибирская язва, холера». [9 ;92] И в большинстве случаев крестьяне справлялись с заболеваниями самостоятельно, с помощью средств народной медицины.

Причины болезни, согласно народной медицине, могут быть как естественными (тяжелый труд, возраст, недоедание, переохлаждение), так и сверхестественными (сглаз, порча, происки злых духов, наказание за нарушение традиций или религиозных норм). Например, С. А. Куковякин в своей работе «История народной медицины северо-востока Европейской России» пишет, что согласно верованиям крестьян Сарапульского уезда Вятской губернии «вследствие необъяснимых причин ветер может стать «дурным». Дурным ветром объясняли многие инфекционные заболевания. Болезнь, принявшая характер эпидемии, в регионе определялась как «поветрие». «Дурной» может стать и роса. Так, от дурной росы, попавшей на плоды и овощи, по мнению сарапульских крестьян, может возникнуть холера». [4; 11]

Подход к лечению таких «поветренных» болезней был разным. Как рациональным, основанным на лекарственных свойствах растений и соблюдении норм гигиены, так и иррациональным. Как отмечал в своей работе «Медицина Древней Руси» М. Мирский: «обладавшую вековым опытом народную медицину, важную и нужную саму по себе, выработавшую традиционные и во многом рациональные методы, следует отличать от знахарства (хотя и здесь было кое-что полезное, в частности, по использованию дикорастущих трав и других растений). Знахарство – и тогда, и в последующем, вплоть до нашего времени, – включало как непременный атрибут различные заговоры, мало изменявшиеся по сути своей в течение столетий, но всегда исключавшие применение каких-либо материальных средств». [7; 15]

По сути своей заговоры были пожеланиями, подкрепленными просьбами о помоши к предкам, духам, языческим божествам или христианским святым. М. Мирский приводит такой пример народного средства против холеры: «Напиши несколько записок ниже следующего содержания, и прилепи их в доме, по одной над каждой дверью и окном. Тот дом бывает охраняем Богом от болезни холеры. Молитва: “Иисус Христос с нами уставися, вчера и ныне и днесъ, той же и во веки веков. Христос ненависти прогоняет, Христос в сем доме вездесущий у твоих раб, всегда и ныне и присно. Аминь» [7; 15].

Кроме заговоров, к таким же иррациональным средствам лечения «повальных» болезней относится и создание оберегов: «В Уржумском уезде Вятской губернии, «чтобы лихорадка не приходила, хранили в домах: 1) кобылье родильное место, 2) подвязывали в матице в кошеле ужа, 3) какую-нибудь морскую рыбу, 4) христосное яйцо». [Куковякин].

Коми-пермяки опоясывались по голому телу лыком. У марийцев «одним из самых распространенных оберегов «от болезней» являлась рябина, которую носили с собой и вешали в доме» [4; 27].

Сильное впечатление производит народный способ излечения больного на последней стадии холеры: «Когда холерный больной уже начинает холодеть, к его ступням приставляют горячий самовар, от которого не бывает ожогов ввиду состояния больного. Если самовара нет, то приставляют что-нибудь очень горячее из металла, например, утюг, чугунок и пр., обернув их тряпкой. Обычно больной от этого засыпает через несколько минут; дыхание его становится ровнее, на лице появляется пот. Просыпаясь, он чувствует жжение от горячего металла, что указывает на улучшение состояния». [8; 567].

К рациональным средствам борьбы с эпидемиями относится прежде всего строгая изоляция заболевших. В Вятской губернии «крестьяне» не ходят в те дома, где есть заразные больные». В Орловском уезде больным «татарской оспой» (сифилисом) запрещалось питаться вместе с семьей, они ели из отдельной посуды, а в Котельническом уезде «соседи чуждаются и бояться ходить в те дома, где есть такой больной и брать что-либо от них». [4; 27]

Иногда изоляция больных сопровождалась специальными обрядами, например «опахиванием». Специальной бороздой отгораживали дома заболевших. «С помощью опахивания в начале эпидемий изолировали отдельные дома «там, где появилась болезнь». Практиковалось опахивание и целых селений с целью не допустить болезнь из соседних деревень». Обряд проводился ночью или ранним утром, либо в полной тишине, либо под специальные песни. Тянуть соху против солнца могли девушки или вдовы, одетые в белые рубахи, без платков и поясов, с распущенными волосами.[4; 27-28]

В Вятской губернии существовал специальный обычай «дружбы с болезнью», который С. А. Куковякин сравнивает с примитивной вакцинацией: «крестьяне ходят нарочно с ребятами к осененным больным и парят их одним и тем же веником». [4; 27]

В своей работе «Основы борьбы с эпидемиями в допетровской Руси» Н. Я. Новомбергский отмечает также, что кроме изоляции больных, существовали обычаи окуривания и вымораживания помещений, специальные правила похорон погибших от болезни (быстрое погребение) и павшего скота (глубокое захоронения вне поселения, не снимали

шкуры, мясо не продавали).

В народной медицине сибирских крестьян большое значение в лечение эпидемических заболеваний имели органические и минеральные средства. Молоко и отвары на его основе использовали при скарлатине, молоко с шалфеем при коклюше. Сыворотка и простокваша помогали при лихорадке, сливки – при оспе, топленое масло с дегтем – при лечении скарлатины. [9; 97]

Сибирскую язву – настоящий бич сибирских крестьян, лечили нашатырем и известью-кипелкой, сулемой, скипицаром. Для избавления от оспы использовали керосин, при лихорадке – пороховой настой. Популярные средствами были кости мамонта, медвежьи зубы, лисье сало, рыбий жир. Для лечения чирьев использовали тараканов [9; 99].

При появлении сибирской язвы проводился целый комплекс мероприятий. «Прежде всего, разводились костры дымокуры, у всех ворот, ведущих в соседние деревни и на поскотину. К ним относились бережно, никаких отбросов в них не кидали. Наблюдали за кострами пожилые люди, известные своей добропорядочностью. По вечерам, на закате солнца, к кострам выходили молодые люди и стреляли из ружей в сторону от деревни, отпугивая болезнь. Конские черепа вывешивались на кольях городьбы, окружавшей селенье, главным образом около ворот, ведущих в поле, лес; помимо этого, вешал череп в пригоне каждый крестьянин. Завершающим и самым ответственным действием обережения было «взятие скота в круг». В ночь скот выгонялся на поскотину и специально приглашенный знахарь совершал обряд, состоявший в обходе стада, чтении магических формул, окуривании скота земляным ладаном. Обряд проводился редко, как правило, при реальной угрозе эпизоотии, по специальному решению сельского схода». [9; 109]

Исследователи народной гигиены отмечают, что представления о профилактике инфекционных болезней и сохранении здоровья прослеживаются как в размещении самих поселений (рядом с проточной водой), так и в свадебных, похоронных и родильных обрядах, правилах личной гигиены: «стрижка и бритье волос на голове, бороде, умывание, купание, мытье в бане, содержание в чистоте своей одежды и обуви, а также отказ от ношения чужой». [5; 11]

Соблюдение гигиены было характерно для поселений разных этнических групп. Вот как Л.М. Кадырова описывает жизнь сибирских татар Омского Прииртышья: «Обязательным условием здорового обра-

за жизни у татар были бытовое и ритуальное умывание, стирка белья, одежды и их полоскание. Аулы обычно располагались возле водоемов, сибирские татары предпочитали воду проточного водоема. Как и башкиры они проверяли воду, давая ее лошадям. Кипятили белье со щелоком. Мыло делали в домашних условиях. Лицо, руки вытирали полотенцем, а обеденный стол тряпкой». [3; 8]

Применение продуктов растительного и животного происхождения для лечения инфекционных заболеваний, зависело, как от местности, так и от религиозных норм и верований проживающего населения. Так сибирские татары лечили оспу и тиф горячим коровьим маслом. Л.М. Кадырова отмечает, что «В целом лечебные средства растительного происхождения в народной медицине сибирских татар представляли собой постоянный, не слишком разнообразный состав видов растений. Большинство из используемых в лечебных целях растений имели универсальное пищевое, профилактическое и лечебное значение». [3; 17]

Для приготовления лекарств использовались сосна, можжевельник, береза, шиповник, малина, пижма, полынь, тесчелистник, подорожник, конский щавель.

Полынь как средство против инфекционных болезней ценилось и на юге России. «В особом почете на Руси была полынь. Она часто употреблялась при лихорадках: «...кого трясовица долго держит, тем приятии сок пельни, подсыпив сахаром по рассуждению, и избавлен будет...» [6; 77]

Сильный жар также можно снять с помощью горчицы – на Кубани ей смазывали подошвы ног и спину. При «трясце уздравливает» омела – донские казаки готовили из нее отвар и парились в нем [6; 75-76]

Говоря о народных лекарственных средствах, нельзя не вспомнить о чесноке. «Тако ж кто бы чеснок ял з вином отерши любо умывал бы, увесь смрад и то, что гинет около яснь, уздравливает, и зубом помогает, и лихое поветря от человека отгонит». Чеснок широко использовали для предохранения от моровых поветрий, смазывая чесночным соком в смеси с уксусом тело здоровых людей или давая жевать чеснок и держать во рту... В народной лечебной практике кубанских казаков чеснок употребляли при гриппе, сибирской язве, лихорадке; чеснок ели и прикладывали к нарываем». [6; 76-77]

Приписывали чесноку и мистические свойства – его запаха боится нечистая сила. Поэтому при «повальных болезнях» крестьяне, проживающие на территории современной Удмуртии, носили чеснок на кресте.

Прекрасным бактерицидным средством считается аир обыкновенный. Народный лечебник советует жевать его корневища во время эпидемий инфекционных заболеваний. [8; 182]

Традиции и методы народной медицины до сих пор востребованы. Многочисленные лечебники занимают заметное место на полках магазинов. А социологическое исследование, проведенное в 2006 г. среди жителей северо-восточного региона Европейской России показало, что 74,5% взрослого населения этой местности используют для профилактики и лечения заболеваний методы народной медицины. Наиболее распространенная причина такой приверженности - семейные традиции. [5; 12]

### **Список литературы:**

1. Васильев К.Г., Сегал А.Е. *История эпидемий в России.* М., 1960. 378 с.
2. Иностранные о древней Москве: Москва XV-XVII веков. М.: Столица, 1991. 342 с.
3. Кадырова Л.М. *Народные медицинские знания сибирских татар Омского Прииртышья (конец XIX-XX вв.). Автorefерат//* М., 2004 [Электронный ресурс] URL: [https://new-disser.ru/\\_avtoreferats/01002622211.pdf](https://new-disser.ru/_avtoreferats/01002622211.pdf)
4. Куковякин С.А. *История народной медицины северо-востока Европейской России.* Palmarium Academic Publishing, 2013. [Электронный ресурс] URL: <https://libcat.ru/knigi/nauka-i-obrazovanie/istoriya/396019-sergej-kukovyakin-istoriya-narodnoj-mediciny-severo-vostoka-evropejskoj-rossii.html>
5. Куковякина Н.Д. *История народной медицины северо-восточного региона Европейской России. Автorefерат диссертации//* М., 2008. [Электронный ресурс] URL:<https://roim.historymed.ru/upload/iblock/290/2906f90011c021a1f48e610f04ff3a5c.pdf>
6. Малахова А.С., Малахов С.Н. *Традиции древнерусского врачевания в народной медицине кубанских и донских казаков.* Известия ВГПУ, Воронеж: 2014, № 8. 74-79 с.
7. Мирский М., Богоявленский Н. *Медицина Древней Руси.* М., Родина, 2018. 416 с. [Электронная версия 210 с.]
8. Полная энциклопедия народной медицины. Т.1. М.: Олма-Пресс, 1998. 752 с.
9. Темплинг В. Я. *Народная медицина русского населения Западной*

10. Шестова Т.Ю. Становление и развитие здравоохранения Урала в XVIII - начале XX вв. Автореферат. // Курган, Курганская областная университетеобразовательный центр [Электронный ресурс] URL: <https://www.dissertcat.com/content/stanovlenie-i-razvitiye-zdravookhraneniya-urala-v-xviii-nachale-xx-vv>

## **БОРЬБА С ЭПИДЕМИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЕТОДАМИ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ С ДРЕВНЕЙШИХ ВРЕМЕН ДО НАШИХ ДНЕЙ**

Валова Е. Ю., студентка 2 курса

Рыжакова Н.В., руководитель

e-mail: nina.ryzhakova.84@mail.ru

Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК»

г. Асбест

Заразные заболевания поражали обитателей нашего региона с незапамятных времен. Древние люди сталкивались с опасными микробами в питьевой воде, продуктах питания, окружающей среде. Порою вспышка заболевания могла уничтожить небольшую группу людей, но это продолжалось до тех пор, пока люди не стали объединяться в популяции, что дало возможность инфекционным заболеваниям становиться эпидемиями, которые, в свою очередь, могли перерастать в пандемии.

**Эпидемия** – это массовое, прогрессирующее во времени и пространстве в пределах определенного региона распространение инфекционной болезни людей, значительно превышающее обычно регистрируемый на данной территории уровень заболеваемости. Эпидемия, как чрезвычайная ситуация (ЧС), обладает очагом заражения и пребывания заразившихся инфекцией людей или территорий, в пределах которых в определенных границах времени возможно заражение людей и сельскохозяйственных животных возбудителями инфекционной болезни.

Начиная с V века и до наших дней, возникало большое количество эпидемий и пандемий, например, чума, холера, оспа, «испанка» и др.

При возникновении очага инфекционного заражения на поражен-

ной территории вводится карантин или обсервация. Постоянные карантинные мероприятия осуществляются также таможнями на государственных границах.

Карантин – это система противоэпидемических и режимных мероприятий, направленных на полную изоляцию очага заражения от окружающего населения и ликвидацию инфекционных заболеваний в нем. Вокруг очага устанавливается вооруженная охрана, запрещаются въезд и выезд, а также вывоз имущества. Снабжение производится через специальные пункты под строгим медицинским контролем.

Обсервация – это система изоляционно-ограничительных мероприятий, направленных на запрет въезда, выезда и общеподвижения людей на территории, объявленной опасной, усиление медицинского наблюдения, предупреждение распространения и ликвидацию инфекционных заболеваний. Обсервация вводится при установлении возбудителей инфекции, не относящихся к группе особо опасных, а также в районах, непосредственно соприкасающихся с границей карантинной зоны.

Еще медицине Древнего мира были известны такие методы борьбы с эпидемиями, как удаление заболевших из города, сжигание вещей больных и умерших людей, животных (например, в Ассирии, Вавилоне), привлечение переболевших к уходу за больными (в Древней Греции), запрещение навещать больных и совершать с ними обряды (на Руси). Только в тринадцатом веке в Европе начинают применять карантин. Для изоляции прокаженных были созданы 19 тыс. лепрозориев. Больным запрещалось посещать церкви, пекарни, пользоваться колодцами. Это помогло ограничить распространение лепры по Европе.

На данный момент карантин и обсервация - самые надежные способы борьбы с эпидемиями. Обычно сроки карантина и обсервации устанавливают, исходя из длительности максимального инкубационного периода заболевания. Его исчисляют с момента госпитализации последнего больного и окончания дезинфекции.

Первая чумная пандемия – чума Юстиниана (по имени императора Византии, в годы правления которого пандемия свирепствовала с наибольшей силой), ориентировочно датируемая 531 - 580 гг. н. э., продолжалась около 50 лет. Она свирепствовала в странах, прилегающих к Средиземному морю.

Это тяжелое заболевание не утратило своей опасности и в наши дни. Так, в 2010–2015 годах в мире чумой заболели 3248 чело-

век, из них 584 погибли. Чаще всего заболевание встречается в Перу, Демократической Республике Конго и на Мадагаскаре.

**Чума** – это острая природно-очаговая, склонная к эндемическому распространению трансмиссивная инфекция, проявляющаяся лихорадкой, тяжелой общей интоксикацией и геморрагически-некротическим воспалением в лимфатических узлах, легких и других органах. Начало заболевания, как правило, острое, внезапное. После сильнейшего озноба температура поднимается до 38 – 39 °С, иногда и выше. Отмечается сильная головная боль, чувство разбитости, мышечные боли, рвота. Лицо и конъюнктивы глаз покрасневшие. Выражение лица страдальческое, губы сухие. Язык увеличен в объеме, покрыт белым налетом («меловой язык»). Увеличение и сухость языка делают речь больного невнятной.

Больные возбуждены, нередко развивается бред, они вскакивают с постели, стремятся убежать.

В этот период люди защищались от эпидемии по-разному, например:

- бегство из зараженной местности - в Средневековье врачи советовали населению переезжать на окраины городов, жить в домах со сниженной влажностью, вдалеке от скотомогильников, кладбищ, водоемов с грязной водой;

- во время эпидемий чумы в России на улицах и площадях разжигали огромные костры (эта мера практиковалась до середины XIX века). Основным практическим мероприятием по борьбе с чумой считалось очищение воздуха посредством огня: разжигали костер или окуривали дымом трав и специй дома для того, чтобы «разогнать зараженный воздух»;

- личная гигиена - в Средние века людям рекомендовали постоянно носить с собой платки с душистыми травами, нюхать ладан. Также люди носили с собой чеснок, который якобы защищал от нечистой силы. Большой известностью он пользовался в Древнем Египте, Древнем Риме и Древней Греции. В Средние века чеснок использовался как предохранительное средство от чумы. Парацельс считал его специфическим средством при борьбе с чумой. В старинных русских лечебниках имеются указания о предохранительном действии чеснока при чуме.

**Настойку из чеснока готовили так:** 40 г чеснока заливали 100 г воды, настаивали в закрытом сосуде, принимали по 10 капель 2 - 3 раза в

день за 30 минут до еды. Для предупреждения заболевания чумой сжигали растение розмарин, которое обладает дезинфицирующим свойством. Использовали также можжевельник для этой цели.

Во время эпидемий чумы в Средние века уничтожали кошек и собак, которые считались разносчиками заразы.

Народные целители прикладывали к чумным опухолям спелую, разрезанную пополам свеклу. Считалось, что если вовремя начать лечение, то можно спасти больного пациента.

Отвар корней бадьяна китайского также применяли в древности для лечения чумы. Заваривали 4 ч. л. 1 стаканом кипятка. Принимали по 3 ст. л. 3 раза в день.

«Уксус четырех воров» («марсельский уксус») был смесью уксуса, трав, специй и чеснока, сильный запах которого, как считалось, предотвращал чуму.

**Маска в виде клюва.** Не зная, как на самом деле распространяются болезни, средневековые врачи полагали, что их вызывают гнилостные запахи больных. Маску-клюв набивали душистыми травами и специями, чтобы очистить воздух, которым они дышали. Некоторые из докторов при осмотре больных держали во рту чеснок.

В настоящее время основное значение в лечении чумы имеют антибиотики. Их назначают в больших дозах. При чуме эффективны: стрептомицин, тетрациклины, левомицетин, рифампицин.

Еще одной страшной эпидемией была эпидемия холеры. Это острое кишечное заболевание, которое в истории человечества имело 7 ярких вспышек и унесло жизни около 40 млн. человек.

В современном мире холера уже не представляет той опасности, какую представляла раньше, однако до сих пор регистрируют отдельные случаи и даже вспышки этой эпидемии в развивающихся странах, особенно во время массовых стихийных бедствий, например, при землетрясениях. Так, во время начавшейся в октябре 2010 года эпидемии на Гаити число заболевших превысило 819 тыс. и по состоянию на 2018 г. от болезни погиб 9781 человек.

**Холера** — это острое инфекционное диарейное заболевание, которое представляет особую опасность для людей. Оно вызывается бактериями *Vibrio cholerae*. Бактерии поражают слизистую оболочку кишечника, нарушая работу пищеварительного тракта. При отсутствии

адекватного лечения болезнь может в короткие сроки привести к обезвоживанию, появлению судорожного синдрома и смерти.

Причины возникновения эпидемий ограничены. К примеру, обнаружена зависимость распространения холеры от солнечной активности, из шести ее пандемий четыре связаны с пиком активного солнца. Эпидемии возникают также при стихийных бедствиях, вызывающих гибель большого числа людей, в странах, охваченных голодом, при крупных засухах, распространяющихся на больших территориях.

Для борьбы с холерой врачи прошлых веков рекомендовали: кипятить воду перед ее употреблением, ограничить общение с «заразными», не использовать посуду, белье, которыми пользовались больные, а также:

- при первых признаках заболевания дать в больших количествах в горячем виде настой укропа, настой мяты, настой ромашки и полыни (в равных количествах), просто горячую воду;
- пить молоко, сваренное с семенами укропа;
- во время эпидемий полезно добавлять лук в пищу, готовить суп из лука с добавлением соли, перца, уксуса;
- при заболевании рекомендовалось сразу выпить не менее трех стаканов горячего навара цикория обыкновенного (стебель, листья и цветки мелко изрубленные). На стакан кипятка брать чайную ложку сухой травы. После употребления навара больной сразу укладывается спать и просыпается в лучшем состоянии;
- в старинных русских лечебниках-травниках имеются указания о предохранительном действии чеснока.

Во время эпидемии холеры чеснок также применяли издавна в Германии и Франции. Например:

- сок чеснока назначают по 15 капель с молоком 3 раза в день. Можно использовать настойку чеснока, которую готовят из расчета 40 г чеснока на 100 г водки.
- хорошо для подкрепления сил давать еще красное вино, так как в нем много танина, останавливающего размножение холерных вибрионов.
- при небольших судорогах больных рекомендовалось растирать камфорным спиртом или настойкой спирта на стручковом перце, а при сильных — добавлять в ванну горчицу;

- пить каждые 10 мин. по глотку раствор березового угля: в 10 стаканах кипяченой воды растворить столовую ложку с верхом порошка угля, хорошо взболтать и пить. Иногда добавляли в раствор коньяк, спирт или водку;

- настойка березовых почек. На бутылку водки брали полбутылки почек, настаивали в течение месяца, употребляли по одной рюмке через каждый час до прекращения рвоты.

**Туберкулез** сопровождает человечество на протяжении тысячелетий. Характерные для него изменения тканей обнаруживаются в человеческих останках, относящихся примерно к 5000 году до нашей эры (период неолита), и в египетских мумиях. В Древней Греции болезнь называли фтизой, этимология этого слова указывает на истощение. В таком же написании название перекочевало и в английский язык (*phthisis*), а в России было дословно переведено как чахотка.

Туберкулезом называют хроническое инфекционное бактериальное заболевание, вызванное возбудителем *Mycobacterium tuberculosis complex* (в народе более известном как палочка Коха), а когда-то туберкулез называли чахоткой. Больные действительно чахли на глазах, многие умирали. Лечение этого заболевания и в наше время остается сложной задачей. Оно требует комплексного подхода, немало времени, сил и терпения. Но сегодня туберкулез излечим. С 2000 по 2019 год медикам удалось спасти от опасного заболевания 60 миллионов человек.

В Средние века больным туберкулезом назначались препараты, в которых содержались золото и серебро, медь и свинец, ртуть и сера, мышьяк и йод, висмут и кальций, фосфор, стрихнин, белладонна и опий. Их лечили чаульмугровым маслом, рыбьим жиром, собачьим салом, молоком ослиц, различными смолами и бальзамическими веществами. Широко использовались растения и травы - чеснок, редька, лук, хрень, тысячелистник, зверобой, отвар винных ягод и миндаля, «грудной чай» из мать-и-мачехи. Однако эффективное лечение больных туберкулезом стало реальностью только с середины XX века, когда появились антибактериальные противотуберкулезные препараты.

2020 год поставил мир перед новым испытанием – **пандемией коронавируса (COVID-19)**. Опасность пришла из Китая. Первый больной был зарегистрирован в провинции Хубэй ещё 17 ноября 2019 года. 27 декабря 2019 года была зарегистрирована вспышка болезни, вызванной коронавирусом. К концу месяца было зарегистрировано уже 180

инфицированных. В январе 2020 года Китай закрыл город Ухань. К концу месяца соседние с Китаем страны, в частности, Россия, закрыли границы. Многие страны рекомендовали своим гражданам воздержаться от поездок в Китай, а прибывших из Китая граждан помещали на обязательный двухнедельный карантин.

Проблема коронавируса волнует почти каждого человека на планете. Пандемия ворвалась в нашу жизнь стремительно. Человечество не было к ней готово. Опасность ковида обусловлена тяжелыми последствиями для человека и быстрой распространностью вируса.

Самым эффективным методом для борьбы с любой инфекцией, являются средства личной защиты. Использование средств индивидуальной защиты, например, антисептиков, является важным фактором предотвращения инфекционных заболеваний.

Несмотря на то, что методы, применяемые в народной медицине, зачастую наносили и наносят тяжелый вред здоровью человека, за свою многовековую историю народная медицина накопила множество ценных сведений о естественных, природных методах оздоровления и располагает рядом действительно лечебных средств, многие из которых с успехом применяются научной медициной и по сей день. Таковыми, к примеру, являются наперстянка, горицвет, ландыш, ревень, хинная корка, женщина, китайский лимонник, чеснок, зверобой, ромашка, полынь, подорожник, шиповник, черника, брусника, горчицы, иглоукалывание, прижигание и др.

Таким образом, современный арсенал лечебных средств обязан не только научной, но и народной медицине; научная медицина берет из тысячелетнего опыта народной медицины все ценное, рациональное, очищая ее от разнообразных мистических наслоений. Народная медицина подготовила почву для развития научной медицины и продолжает питать ее по сей день.

#### **Список литературы:**

1. Исторический опыт борьбы с эпидемиями // Охрана труда в России, 2001-2022. [Электронный ресурс]. URL: <https://ohranatruda.ru/news/898/587495/> (дата обращения 12.01.2022)
2. Эпидемии и методы борьбы с ними // Allbest, 2000-2021. [Электронный ресурс]. URL: [https://revolution.allbest.ru/medicine/00294936\\_0.html](https://revolution.allbest.ru/medicine/00294936_0.html) (дата обращения 12.01.2022)
3. Как люди раньше спасались от эпидемий // Septolit.ru.

- [Электронный ресурс]. URL: <https://septolit.ru/blogs/novosti/kak-lyudi-ranshe-spasalis-ot-epidemij> (дата обращения 12.01.2022)
4. Энциклопедия традиционной и нетрадиционной медицины // Библиотекарь. Ру. Медицинская энциклопедия. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.bibliotekar.ru/med/med14-31.htm> (дата обращения 12.01.2022)
  5. Лечение холеры народными средствами и методами // medn.ru, 2022. [Электронный ресурс]. URL: <https://medn.ru/statyi/sbornik-retseptov-narodnoy-meditsinyi-2/holera.html> (дата обращения 12.01.2022)

## **БОРЬБА С ЭПИДЕМИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЕТОДАМИ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ С ДРЕВНЕЙШИХ ВРЕМЕН ДО НАШИХ ДНЕЙ**

Богатырева Д.С., студентка 3 курса

Логиновских А.А., руководитель

e-mail:[dasha.bogatyreva2428@mail.ru](mailto:dasha.bogatyreva2428@mail.ru)

Ревдинский центр медицинского образования ГБПОУ «СОМК»,  
г. Ревда

Народная медицина возникла с появлением человека – более 2 миллионов лет назад в период коллективного врачевания (знахари, шаманы). Основана на эмпирическом опыте, распространена повсеместно. На Руси издавна развивалась народная медицина. Народных врачевателей называли лечцами. О них говорится в «Русской Правде» – древнейшем русском своде законов.

Свои лечебные познания и секреты лечцы передавали из поколения в поколение, от отца к сыну в так называемых «семейных школах». Большой популярностью пользовались лекарства, приготовленные из растений: полыни, крапивы, подорожника, бодяги, листьев березы, можжевеловых ягод, а также лука, чеснока, хрена, березового сока и др. Известны были целебные свойства уксуса и медного купороса, скрипидара и селитры, «серного камня» и мышьяка, серебра, ртути других минералов. Среди лекарств животного происхождения особое место занимали мед, сырая печень тре-

ски, кобылье молоко. Впоследствии опыт народной медицины был обобщен в многочисленных травниках и лечебниках [4].

Русская медицина вплоть до XIX века была слабо развита, а врачи – привилегией богатых. До появления земских врачей люди лечились народными методами [5].

Развитие торговых связей и нарушение экономической замкнутости отдельных районов страны в значительной степени способствовали быстрому распространению инфекционных болезней; частые «глады» подготавливали почву для возникновения эпидемий. В древнерусских летописях содержатся многочисленные указания и о «морах», то есть возникавших на территории древней Руси эпидемиях.

В 1092 году в русских летописях зафиксирована крупная эпидемия в Полоцке, которая была вызвана, как полагали современники, происками нечистой силы. Люди боялись покидать жилище: «Если кто выходил из дома, чтобы посмотреть, тотчас невидимо уязвляем бывал бесами язвою и оттого умирал, и никто не осмеливался выходить из дома». [11].

В истории человечества нет другой такой инфекционной болезни, которая приводила бы к столь колossalным опустошениям и смертности среди населения, как чума. Временами распространение заболевания носило характер эпидемий. Известно 3 пандемии чумы (юстианинова чума, великая чума («черная смерть»), и третья пандемия 1895 года) [1]. Начиная XIV века, чума многократно посещала Россию [2].

Иван грозный сумел наладить карантинные мероприятия во время чумы 1654 года. Чумные дома и дворы сжигали вместе с вещами. Покойников отвозили подальше. Главными средствами дезинфекции были огонь, вода и мороз. Также применялось известное на Руси издревле окуривание домов дымом от сжигания можжевельника и полыни. Даже самые важные государственные послания вскрывались на границе, их содержание диктовалось через огонь и записывалось чиновником. Оригинал сжигали, копию доставляли адресату. Деньги промывали в концентрированном растворе уксуса. Людям в средневековые рекомендовали постоянно носить с собой платки с душистыми травами, нюхать ладан. Также люди носили с собой чеснок, которого якобы боится нечистая сила [8] (рецепт настойки чеснока: 40 г чеснока заливают 100 г водки, настаивают в закрытом сосуде, принимают по 10 капель 2-3 раза в день за 30 мин до еды).

Именно во время второй пандемии чумы на докторах появилась

знаменитая маска с клювом, ставшая одним из символов средневековья. Клюв наполняли ароматными цветами и травами для защиты от миазмов и делали отверстия, чтобы не задохнуться. Экипировка (плащ, перчатки, сапоги) не давала гарантий, но помогала защититься от заражения. Для предупреждения заболевания чумой сжигали растение розмарин, которое обладает дезинфицирующим свойством. Использовали также можжевельник для этой цели.

Во время эпидемий чумы в средние века уничтожали кошек и собак, которые считались разносчиками заразы. Народные целители прикладывали к чумным опухолям свеклу, спелую, разрезанную пополам. Если рано начать лечение, то можно спасти больного. Отвар корней бадьяна китайского также применяли в древности для лечения чумы [10].

О необходимости соблюдать элементарную гигиену, не забывать мыть руки и лицо в те годы не говорили. Купание, особенно зимой, в Западной Европе во времена Средневековья было не принято, поэтому европейские государства пострадали больше русских княжеств, где сохранялась традиция по воскресеньям ходить в баню и париться до изнеможения. Мытье горячей водой, по меньшей мере, предотвращало размножение чумных блох [11]. Мытье в бане сопровождалось обязательной сменой белья, так как «чистое мытие и частое переменение платия вшам множится не дает» («Вертоград», XVII век).

Было известно на Руси и употребление мыла, по крайней мере, в лечебнике XVI века хвалят одну траву, потому что пена от нее исходит, как от мыла [1]. Доктора рекомендовали ставить в комнаты блюдечки с молоком, ибо оно якобы впитывает бациллы, ночевать в конюшнях – мол, дыхание животных очищает. В домах разводили пауков, поскольку считалось, что они поглощают чумной яд. Вследствие такой «мудрости» жители страдали и от паучьих укусов [11].

Народная медицина издавна применяла различные средства для лечения холеры. Из лекарственных растений употребляли дикий цикорий. Рецепт: на 1 стакан кипятка брали 1 ч. л. сухой травы и заваривали, как чай. Выпивали сразу 3 стакана горячего настоя. Затем больного согревали, укутав. Народные лекари прикладывали к ступням больного нагретые металлические предметы (обернув тряпкой). Использовался лекарственный сбор из мяты, ромашки и полыни, взятых в одинаковых пропорциях, который заваривали и давали пить вместо чая. Также использовался горячий настой на укропе, солод. Рецепт: 10 ч. л. сухого со-

лода кипятить в 1 л воды, процедить, подсластить, обильно поить им больного. Раствор березового угля дают пить по глотку каждые 10 мин.

Для предупреждения холеры во время эпидемии рекомендовали носить на животе пояс из красной шерсти или фланели – это должно было уберечь от заболевания. Во время эпидемии холеры издавна в Германии, Франции и на Руси чеснок применяли для лечения холеры [10].

Современник тех событий А. С. Пушкин писал, что с холерой пытались бороться, как с простудой или отравлением, для чего пили молоко с маслом [12].

Русские крестьяне в конце XIV века во время эпидемий холеры и падежа скота опахивали по кругу свою деревню — верили, что так болезнь не сможет войти в нее [13].

Население Сибири обращалось за помощью от оспы к шаманам или убегало в глухую тайгу, покидая свои стойбища. Считая оспу каким-то злым божеством, сибирские жители с целью запугать ее ставили перед входом в жилища натянутые луки со стрелами или, чтобы обмануть ее, выжигали на лицах ямки - подобие осппенных рубцов.

Против оспы в народной медицине применяли инокуляцию (прививку). «Мокрый способ» состоялся в том, что у детей в возрасте от 1 года до 7 лет брали несколько осппенных струпьев, клали их в стеклянный, наполненный водой сосуд, куда помещали также кусочек чистой ваты. Затем в эту вату завертывали кручинку сухого мускуса, и вкладывали мальчикам в левую ноздрю, а девочкам в правую ноздрю. По «сухому» способу вдували через серебряную трубочку в ноздрю ребенка порошок из высущенных осппенных струпьев.

Прививали оспу и другими способами. Это делалось так: покупали или брали у больных легкой формы оспы «осппенную материю», пропитывали ею тряпочку и затем прибинтовывали к различным участкам тела. При первых признаках лихорадки повязку снимали, а больного кормили для облегчения высыпания медом, не употребляя при этом ничего другого. В результате большинство легко переносило привитую оспу [1].

В нашу страну вакцинация против оспы пришла из Англии. Чтобы подать пример подданным, привили себе оспу Императрица Екатерина Великая и ее сын Павел. С тех пор прививки от оспы проводились повсеместно, но обязательными стали только в 1919 году.

В русских летописях прямых и достоверных сведений о малярии нет. О распространенности малярии в России косвенно свидетельству-

ет тот факт, что почти во всех «травниках» и «лечебниках» упоминались «трясовицы». Среди народных лекарств упоминается, например, корень хины. В другом рукописном травнике XVIII века говорится о лечении окуриванием. В этом же травнике отдельная глава посвящена тому, как «комаров побить» [1].

В настоящее время люди используют ряд средств для повышения иммунитета, которые относятся к категории «народная медицина», и они могут оказать действенную помощь в борьбе с распространением инфекционных заболеваний, в том числе и COVID-19. Например, при эпидемии вирусных заболеваний рекомендуется обильное теплое питье – это обязательная мера в симптоматическом экспресс-лечении. Лучше начать с морса из ягод (малина, смородина, брусника, калина). Можно залить замороженные ягоды кипятком, растолочь их ступкой и процедить через сито. Необходимо выпивать не менее 2 литров жидкости – теплую воду с лимоном, чай с медом, отвар цветков липы, настои ромашки и других лекарственных растений. Тертый корень имбиря является отличным дезинфицирующим, согревающим и тонизирующим средством. Его можно добавлять в чай, готовить на его основе настои и отвары. Также можно использовать чеснок, отжав сок из нескольких головок, затем смешать его с медом в пропорции один к одному и принимать это средство по одной столовой ложке два раза в день. Хорошо помогают эфирные масла эвкалипта, чайного дерева, можжевельника, гвоздики, применяемые ингалятором.

Как противопростудное средство, например, при гриппе, применяют: горчицу: сухой порошок горчицы насыпают перед сном в носки для прогревания, либо парят ноги в горячей воде с растворенной в ней горчицей.

Народная медицина существует как область традиционных знаний в неразрывной взаимосвязи с национальной культурой. У каждой народности, нации сложился свой арсенал народных способов лечения, который связан с их традициями и верованиями [3].

В настоящее время существует множество лекарственных средств для лечения различных заболеваний. Многие болезни, вызывавшие эпидемии на Руси, остались в прошлом. Несмотря на развивающуюся доказательную медицину в нашей стране народная медицина признается и активно используется населением, и приносит свои как положительные, так и отрицательные плоды. В начале XXI века возникает парадокс: чем более развивается альтернативная медицина, находятся

новые способы борьбы с ранее неизлечимыми болезнями, происходит прорыв современных технологий, тем все больше людей в мире обращаются к истокам, прибегают к народным средствам лечения от самых простых до смертельных болезней.

В основе народного лечения с испокон веков лежало применение трав, растений. Экология была намного безопасней и травы не содержали в себе такого количества ядов и токсинов, тяжелых металлов, как в наши дни.

К сожалению, большинство серьезных проблем со здоровьем фитотерапия решить не в состоянии. Как правило, люди прибегают к лечению травами при недостатке средств, при незнании и непонимании серьезности своего заболевания. Тем самым они затягивая болезнь, усугубляя ее. Немалую роль играет в продвижении «бабушкиных рецептов» Интернет. Часто люди, зайдя на первый попавшийся сайт, слепо следуют рецептам и рекомендациям неких «Марф», «Настасий» и других, не задумываясь о том, что эти статьи пишут люди исключительно для наживы, не имея элементарного медицинского образования и опыта лечения. Тем самым они запускают и усугубляют необратимые процессы в своем организме, когда даже хирургическое вмешательство квалифицированных докторов не в силах изменить ситуацию.

К очевидным плюсам народной медицины относятся:

- невысокая стоимость и доступность;
- доверие к народным средствам, проверенным веками;
- основу многих лекарственных препаратов составляют травы;

К минусам применения народной медицины можно отнести:

- неконтролируемая, а порой и смертельная доза применения;
- незнание совместимости тех или иных лекарственных трав друг с другом, которые могут привести к возникновению новых заболеваний;
- длительность лечения, что недопустимо в случае необходимости хирургического вмешательства.

Поэтому к лечению любого заболевания нужно подходить комплексно, используя как медикаментозные способы, так и народные средства, под строгим наблюдением квалифицированных специалистов.

### **Список литературы:**

1. Васильев К. Г., Сегал А. Е. История эпидемий в России. М.: Медгиз, 1960.
2. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник / В. И. Покровский, С.Г. Пак, Н. И. Брико, Б. К. Данилкин. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
3. Соколов И. И., Степанов В. В. Народная медицина - наука и традиционное знание. СПб, Гидрометеоиздат, 2001.
4. Медицина в средневековой Руси. Медицина в древнерусском государстве (IX—XIV вв.) // Apteka.uz [Электронный ресурс] URL: [https://apteka.uz/arch/tom\\_1/medicina\\_v\\_srednevekovoy\\_rusi\\_medicina\\_v\\_drevnerusskom\\_gosudarstve\\_\(ix-xiv\\_vv\\_\)](https://apteka.uz/arch/tom_1/medicina_v_srednevekovoy_rusi_medicina_v_drevnerusskom_gosudarstve_(ix-xiv_vv_))
5. Эпидемии Древней Руси // Лукинский. Живая история. Яндекс-дзэн. [Электронный ресурс] URL: <https://zen.yandex.ru/media/rubez/epidemii-drevnei-rusi-5b8667414e6bec00ae07c92d>
6. Как люди раньше спасались от эпидемий // Seprolit.ru [Электронный ресурс] URL: <https://septolit-ru.turbopages.org/septolit.ru/s/blogs/novosti/kak-lyudi-ranshe-spasalis-ot-epidemij>
7. Инфекционные заболевания. Народные методы лечения. // Санитарно-эпидемиологические службы России. URL: [Электронный ресурс] <http://rosoblses.ru/infektsionnye-zabolevaniya/narodnye-metody-lecheniya/narodnye-sredstva-ispolzuemye-pri-lechenii-chumy.html>
8. Уксус, лавровый лист, лягушки. Чем лечились в Европе при эпидемии чумы? // Аргументы и факты. [Электронный ресурс] URL: [https://aif-ru.turbopages.org/aif.ru/s/society/history/uksus\\_lavrovyy\\_list\\_lyagushki\\_chem\\_lechilis\\_v\\_evrope\\_pri\\_epidemii\\_chumy](https://aif-ru.turbopages.org/aif.ru/s/society/history/uksus_lavrovyy_list_lyagushki_chem_lechilis_v_evrope_pri_epidemii_chumy)
9. Как на Руси боролись с эпидемиями // Блог Юрия Просолупова. [Электронный ресурс] URL: <https://yurijprosolupov.ru/interesnye-fakty/kak-na-rusi-borolis-s-epidemiyami/>
10. Глушкова М. Выгнать болезнь и испугать смерть: как крестьяне боролись с эпидемиями в конце XIX века // НОЖ. [Электронный ресурс] URL: <https://knife.media/disaster-rituals/>
11. Повесть временных лет [Электронный ресурс] URL: [https://m.tululu.org/bread\\_55204\\_174.xhtml](https://m.tululu.org/bread_55204_174.xhtml)

# **ВОЗМОЖНОСТИ VOSVIEWER: ОБЗОР СТАТЕЙ О ПРИМЕНЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ТРАВ В БОРЬБЕ С ЭПИДЕМИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Камаева И.Г., магистрантка 1 курса

Карпухин М. Ю., руководитель

*e-mail: mrdlal@bk.ru*

*Уральский государственный Аграрный университет,  
г. Екатеринбург*

На Земле произрастает более 400 тысяч различных видов растений, из них около 18 тысяч в России, свыше 200 из которых являются биологически активными [2]. Биологически активные вещества – это вещества, определяющие терапевтическую ценность лекарственных растений [5, 6].

Первые сведения о лекарственных растениях относятся к 6 веку до нашей эры. Отцом фитотерапии принято считать Диоскорита (1 век до нашей эры), автор труда *Materia medica* «Лекарственные вещества». Он описал более 600 растений и указал их применение в медицине. Данные Диоскорида использовали многие врачи Средневековья – Гален, Авиценна. В честь Галена, который разработал методы экстракции активных веществ из растений названа целая группа препаратов – галено- вые препараты (это бальзамы, настойки, настои, мази) [3].

Самый известный русский травник и лечебник – «Изборник Святослава» (1073-1076 гг.), в нем описан ряд лекарственных растений, а также лечебник «Мази» (12 век), который составила внучка Владимира Мономаха. В 1581 г. в Москве была основана «Аптекарская изба», которая организовывала сбор лекарственных растений, а при Петре 1 по его приказу во всех крупных городах создавались «аптекарские огороды», которые служили базой для поставки лекарственного сырья в казенные аптеки. Таким образом, за- кладка фитотерапии как науки шла в России начиная с X века [4].

Новгород и Псков чаще других подвергались заражению, так как имели постоянные торговые связи на Западе. Был и другой путь: одна из наиболее тяжелых эпидемий, бушевавшая в 1351-1353 годах, пришла, согласно псковской летописи (ПСРЛ. Т. В. Псковская и Софийская летописи. СПб., 1851 - прим. ред.), «из Индейских земли», то есть по Волге вместе с персидскими и астраханскими купцами [4].

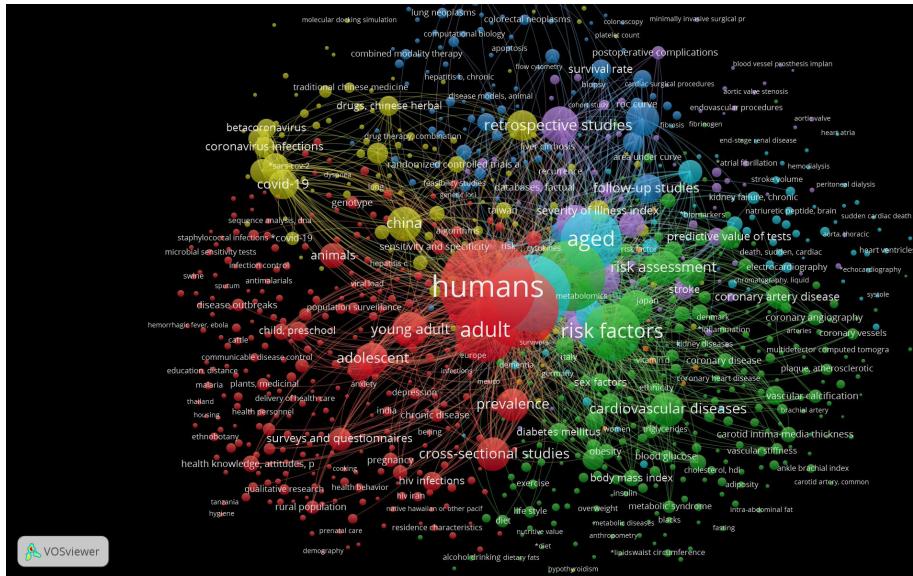
Древние традиции фитотерапии на Руси подтверждаются археологическими раскопками, которые говорят о том, что древние предки слав-

вянских народов – скифы, не только собирали дикорастущие виды, но и уже имели опыт выращивания наиболее ценных лекарственных растений. В отличие от других народов славяне, кроме травянистых растений, широко использовали в лечении и древесные виды растений, такие как береза, боярышник, ель, липа, сосна, можжевельник и др.

По данным сайта PubMed.gov англоязычной текстовой базы данных медицинских и биологических публикаций с 2016 по 2021 год лавинообразно увеличивается число публикаций об использовании лекарственных трав в лечении или реабилитации пациентов после эпидемических заболеваний (последние публикации связаны с COVID -19).

Для визуализации данных и классификации данных используется программа VOSviewer. Эта программа помогает проводить библиометрический анализ в изучаемой предметной области. Для библиометрического анализа была собрана выборка, источником для которой выступила база данных «Scopus» и тестовая выгрузка из Научной электронной библиотеки - PubMed.gov, которая была проанализирована с помощью программы «VOSviewer», позволяющей проводить кластеризацию и сетевой анализ библиометрической информации [1].

Было проанализировано 1010 статей в контексте более широкой сферы «эпидемиологические заболевания» (epidemic diseases), с использованием таких ключевых слов как «лекарственные травы» (herbal treatment methods), «народная медицина» (traditional medicine folk). Именно эти ключевые слова формируют «идентичность» данной междисциплинарной области. С использованием инструментария «VOSviewer», был проведен анализ ключевых слов, в результате чего была осуществлена оценка интенсивности использования одного термина с другим. Был составлен специальный тезаурус (442 термина), чтобы объединить похожие термины и устраниТЬ опечатки в ключевых словах. Для построения наукометрической карты мы взяли только те ключевые слова, которые встречаются в выборке не менее 15 раз, сознательно исключая термины запроса, поскольку они присутствуют почти во всех документах и искажают кластеризацию. Таким образом, окончательный выбор ключевых слов состоит из 364 терминов. Визуализация результатов представлена на рис., где размер объекта отражает его общую силу связей («total link strength»), а ширина линий – силу связи («link strength») между двумя терминами.



*Рис. Библиометрическая карта публикаций в предметной области «Применение лекарственных трав в борьбе с эпидемическими заболеваниями» с использованием VOSviewer.*

Анализ позволяет выделить несколько кластеров, которые можно условно обозначить как «Человек - возраст» «Заболевания - факторы риска», «Вирусы – медицина», «Лекарственные растения». Интерпретация кластеров основана на встречающихся в них ключевых словах, однако, следует отметить, что данное разделение довольно условно, поскольку и кластеры, и термины взаимосвязаны. Используя детальный анализ кластеров можно проследить актуальные тематические направления, а также выявить междисциплинарные связи.

Таким образом, VOSviewer является специальной программой, при помощи которой исследователи могут визуализировать карты наук. При помощи VOSviewer можно строить карты как по ключевым словам, так и по авторам на основе ко-цитирования (co-citation) или библиографического сочетания (bibliographic coupling). В нашей работе мы построили библиометрическую карту по ключевым статьям. Из этой карты видно (см. рис.), что использование лекарственных трав при лечении и профилактике эпидемиологических заболеваний применяются в основ-

ном на взрослых людях, чаще всего это заболевания связанные с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

#### **Список литературы:**

1. *Van Eck N. J., Waltman L. Software survey: VOSviewer, a computer program for bibliometric mapping //scientometrics. 2010. Vol. 84. №. 2. P. 523-538.*
2. Имескенова Э.Г., Татарникова В.Ю. Методические указания к проведению учебно-полевой практики по ботанике. Для студентов очного обучения агрономического и технологического факультетов - Улан-Удэ: 2010. – 31с.
3. История медицины/ Сост.: Н.Х. Шарафутдинова, Т.В. Лукманова, А.У. Киньябулатов, М.Ю. Павлова. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2016. – 192 с.
4. Латфуллин И.А. Краткая история медицины. Казань: Изд-во Казанского ун-та, 2018 – 172 с.
5. Турищев С.Н. Основы фитотерапии. – М.: изд-во «Русский врач», 1999. – 128 с
6. Хелдт, Г.-В. Биохимия растений [Электронный ресурс] / Г.-В. Хелдт; пер. с англ. – 2-е изд. (эл.). – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014. – 471 с. – URL: <http://znanium.com/bookread2.php?book=477773>

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И РАНЕННЫХ ВОИНОВ В ВОДОЛЕЧЕБНИЦЕ «КЛЮЧИ» В 1914–1916 ГГ.**

Громов Ф.А. магистрант 1 курса

Черноухов Э.А., д.и.н., руководитель

e-mail: ggfee@mail.ru

Уральский Государственный Педагогический Университет,  
г. Екатеринбург

Ключевские минеральные источники, расположенные поблизости от старинного уральского села Ключи (с 1662 г., после постройки церкви, также называемое Златоустовское), имеют богатую и насыщенную историю, уходящую корнями в XVIII век.

Первый наиболее весомый вклад в развитие курорта внес врач Суксунского завода Александр Петрович Щербаков (1834-1869), молодой выпускник Казанского университета [4]. В 1862-1868 Гг. он провел большую работу по открытию водолечебницы в Ключах. Благодаря его стараниям в 1865 году был построен закрытый курортный зал. Тогда же Щербаков обнаружил большие запасы лечебной грязи в Суксунском пруду, а в Красном Яру нашел соляно-щелочные воды. В следующем году врач впервые применил лечение с помощью кумыса и аппарата для сгущения воздуха. [7:18-20]

В 1867 году доктор Щербаков открыл в Суксуне кумысо-воздухо-минерально-лечебное заведение [7:22], на Ключевских водах побывало 167 человек как из близ лежащих, так и из отдаленных городов России [7:18-20]. Но в 1869 году в возрасте 35 лет создатель курорта скончался от туберкулеза [4], и приток отдыхающих резко уменьшился [7:19].

Инициатива в эксплуатации Ключевских минеральных вод при отсутствии четкой медицинской организации переходит в руки предпринимчивых местных крестьян, а с 1900 г. – Красноуфимского уездного земства, которое дважды (в 1900 и 1913 гг.) арендовало курорт на 12 лет, взяв на себя обязательства по благоустройству источника [7:18-20]. В брошюре «Целебные силы Урала», изданной в 1916 г., сообщалось: «Больных в Ключах каждое лето перебывает в среднем не одна сотня. Большинство их – крестьяне, мелкие торговцы, духовенство. Результатами почти все они очень довольны. Но, если хороши эти результаты даже при современных примитивных условиях лечения, то каковы бы они были при других, более культурных и более удовлетворительной обстановке! До сих пор в селе не озабочились разбить даже садика, где больные могли бы отдыхать. А ведь ежегодно местные крестьяне зарабатывают на больных весьма приличные деньги» [2:5]

В разных источниках местность описывается или как живописная, или в следующих выражениях: «Местность вблизи источников ничего особенного не представляет. Скорее угнетает своей дикостью и запущенностью. По берегам речки сваливают отбросы конопли, костриги, солому. Тут же постоянно пасется домашний скот и гуси с утками. Воздух особенно в сырую погоду издает сильный запах сероводорода и очень неприятен для вдыхания. У подножия холма вытекает еще несколько минеральных источников с содержанием сероводорода. Источники эти служат местом водопоя скота» [5:54].

В.А. Весновский упоминает о «массе ключей» (до 100), впадающих в р. Иргину, из которых «многие минеральные и при том различного состава, есть железистые и соляные, но, главным образом, сернистые». Особо выделяет он в этом отношении два сернистых источника – Ильинский и Александровский, вытекающие с южной стороны горы Городище (Волчиха). При этом воды первого источника служили для внутреннего употребления, а второго – для наружного (ванн). Возле Ильинского источника был выстроен павильон, где больные пили воду и прогуливались в ненастные дни [1:24].

Во «Врачебно-санитарной хронике Пермской губернии» за 1915 г. упоминаются 10 минеральных Ключевских источников. Указано, что по минерализации и содержанию сероводорода наиболее выделяются источники под номерами 1, 2 и 3, превосходящие многие заграничные сернистые источники в этом отношении [3:742].

«Вода Ключевского источника прозрачна, светла и бесцветна, на вкус она горька и несколько солоновата, с незначительным запахом тухлых яиц (сероводорода). Выпитая на тощий желудок, в количестве 2-3-х стаканов, она производит тяжесть и жжение под ложечкой, скоро однако сменяющихся бодрым расположением духа. Если после выпитой воды совершать мочион, то появляется отрыжка с запахом гнилых яиц, чувствуется тяжесть и головокружение, выделение мочи увеличивается, появляется обильный пот с сероводородным запахом, на большинство пользующихся водами он действует послабляюще. После прогулки является потребность во сне, который бывает крепким. После сна больной встает свежим бодрым и веселым» [2:4-5].

Целебные свойства воды были подтверждены многократными химическими анализами, первый из которых был проведен в XVIII в. знаменитым путешественником И.И. Георге, и были активизированы в связи с началом Первой мировой войны, когда возникла необходимость организации водолечения раненых воинов. В книге «Целебные силы Урала»] В.А. Весновский отмечал: «Великая Отечественная (т. е. Первая мировая – Г.Ф.) война вызвала, в связи с массою больных и раненных воинов, много разговоров и проектов о приведении в порядок уральских курортов. Однако всем им не суждено было осуществиться, так как местных средств на это дело не оказалось, а казна их не отпустила. Единственным хорошим последствием «курортных разговоров» 1915 года было пробуждение интереса к целебным средствам Уральского края и, как результат этого интереса, несколько попыток на-

чать научную разработку вопроса об уральских минеральных источниках». По этому поводу Уральское общество любителей естествознания в Екатеринбурге издало труд о минеральных водах Урала, а санитарный врач Р.А. Егоровская прочла подробный доклад по этому поводу на особом совещании по выработке мероприятий для борьбы с эпидемиями в связи с обстановкой военного времени, Совет Пермского губернского земства высказал пожелание о производстве анализов минеральных вод Пермской губернии [2:2].

Летом и осенью 1915 г. в химической лаборатории бактериологического института Пермского губернского земства были произведены анализы многих Ключевских и Суксунских источников минеральных вод [3, с. 742], в том числе, и трёх главных Ключевских источников, водами которых пользуются в лечебных целях [8, с. 796]. При этом Суксунский источник № 3, по содержанию сероводорода самый крепкий из Суксунских, сопоставим лишь с самым слабым Ключевским источником [3, с. 742]. Также были исследованы в лечебных целях и Суксунские сернистые грязи, находящиеся в двух верстах от источников, представляющие собой «зыбкое торфяное болото» с высоким содержанием сероводорода [3, с. 742-743].

На момент 1915 года Ключевые источники № 1, 2 и 3 были «обделаны в виде колодцев с помпами и закрыты одним общим зданием». Также упоминается «источник № 4, несколько удаленный от первых, устроен так же, как они, и прикрыт отдельной будкой. [...] Остальные источники представляют ничем не защищенные небольшие углубления» [3:742].

В 1913 г., через год по истечении первого арендного срока, Красноуфимское уездное земство повторно взяло источники в аренду на 12 лет. Как сообщает исследователь Т.А. Ладыгина, «с этого момента земство берет курс на организацию правильного научно обоснованного курортного лечения, что приобрело особую актуальность в связи с началом Первой мировой войны. В 1915 году Пермская губернская управа вынесла ряд постановлений по лечению минеральными водами и кумысом больных и раненых воинов в Пермской губернии. На земле, принадлежащей Красноуфимскому земству, для больных и раненых воинов было выстроено здание водолечебницы на 50 человек и приобрело имущество для ее оборудования, медицинский персонал командирован Губернской управой». Работы по постройке лазарета были продолжены в 1916 году, когда был выстроен одноэтажный летний барак на 50 человек и кухня, расширена и отре-

монтирована имеющаяся «ванница». [5:53] Медицинский персонал лазарета состоял из врача, фельдшерицы и двух сестер милосердия. При этом врач совмещал с лечебной работой хозяйственную и даже канцелярскую. Лазаретная прислуга состояла из кухарки, ее помощницы, краульщика и двух сиделок [8:798].

Согласно Ладыгиной, ссылающейся на журналы Красноуфимского Уездного Земского Собрания за 1917 г., «в сезон 1 июня-1 августа 1916 г. серными Ключевскими источниками (койкой и теплом в земском помещении при источниках и «ванницами») пользовались 101 человек – 49 мужчин и 52 женщины. Ванны после каждого пользования ополаскивались и мылись сиделками. По прочности и опрятности постройки при лечебнице находились в удовлетворительном состоянии. Однако вследствие большого наплыва больных помещений оказалось недостаточно» [5:54].

В условиях такого скопления ослабленных лишениями и болезнями людей даже небольшие отклонения от санитарных норм могли стать источником распространения заразных заболеваний. Поэтому озабоченность врачей вопросами гигиены была неслучайна. В 1916 г. Н.Н. Третьякова-Фивейская отмечала: «В маленьком бревенчатом бараке находится кухня и две комнаты для сестер милосердия и прислуги. Прачечной нет, а т. к. в селе никто не брался стирать лазаретное белье, то приходилось выжидать солнечных дней и стирать белье под открытым небом. Прачечную начинали строить в одно время с лазаретом, но по неизвестным причинам постройка остановилась. Лазарет мог пользоваться старым амбаром и погребом богадельни. Погреб – самого примитивного устройства и снега долго держать не может. Это обстоятельство создавало больших затруднения для хранения мяса, молока и других продуктов» [8:798].

Из отчета врача Н.Н. Третьяковой-Фивейской за лето 1916 г. мы видим, что «Ключи» в этот период обслуживаются параллельно две больших группы больных – земские (вероятно, инвалиды, т. к. речь идет о богадельне) и отправленные в лазарет на лечение раненые: «Лазарет состоит из двух деревянных бараков, выстроенных в апреле месяце прошлого года. Большой барак, в котором находятся палаты для больных, кабинет для врача и комната для аптечки, построен из половинчатых бревен. Света и воздуха достаточно. В бараке имеется 7 печей голландского типа. С ванным отделением лазарет соединяется посредством закрытого коридора. Палата, примыкающая к коридору, при составлении плана лазарета предназначалась для потельной комнаты, но т. к.

она не соответствовала этой цели, то и служила только проходной комнатой и уборной для больных. Ванное отделение лазарета находится в одном помещении с ванницей бесплатной земской водолечебницы-богадельни. Такое устройство представляет много неудобств. Во-первых, существует только один котел для нагревания воды для того и другого отделений. Раньше котел обслуживал только богадельню, а нынешнее лето он должен был обслуживать и лазарет, открытый на 50 коек. Не пришлось очень сильно страдать от этого недостатка только потому, что вместо 50 в лазарете за лето было только одиннадцать больных солдат. Во-вторых, неудобство было также и в том, что в ванницу богадельни стекалось очень много больных, не помещающихся в богадельне, а по некоторым причинам живущих в крестьянских избах. За отсутствием особых комнат-раздевален вся верхняя одежда: полушибки, кафтаны, пимы и проч., складывались в коридоре, соединяющем лазарет с ванницей, и могли служить источником инфекции» [8:797-798].

Само водолечение проходило так: «вода накачивалась сначала в куб и подвергалась нагреванию, а в это время в ванны накачивали холодную воду. Внутри ванницы вдоль стены проведены деревянные желоба с отверстиями над каждой ванной, по которым вода и стекает в ванны. Горячая вода разливалась в ванны ведрами. Температура воды измерялась фельдшерицей.» «Ванны деревянные все одного типа и почти все одного размера, что мешало некоторым больным большого роста достаточно погружаться в воду. Из ванн вода спускается через отверстия, просверленные на дне ванн и полу, в находящуюся рядом с ванницей канаву. Стока нет, и вода всасывается в землю» [8:798-799].

Таким образом, в годы Первой мировой войны исследование уральских источников минеральных вод и расширение курортов признается одной из важных задач военного времени, но при недостаточном финансировании решается лишь частично. Это приводит к трудностям соблюдения санитарных норм при том, что контингент больных был расширен за счет эвакуированных воинов. В годы Первой мировой войны Ключевские минеральные воды обслуживали одновременно две группы лечащихся – обитателей бесплатной земской богадельни и раненых и больных воинов, эвакуированных с полей сражений. Названные группы пациентов могли являться источником взаимного заражения из-за тесного их соседства с наличием общих помещений как вследствие заносов инфекционных заболеваний с фронта, так и вследствие несоблюдения призреваемыми в богадельне инвалидами санитарных норм.

Отчеты свидетельствуют о справедливой озабоченности медицинского персонала такими дефектами в планировке больницы, как отсутствие прачечной, комнат-раздевален, специального стока для ванн, неудовлетворительным состоянием погреба для хранения продуктов, размещением уборной в проходной комнате и т. п. Так же развитию эпидемии могло способствовать общее антисанитарное состояние местности, которое отмечают как врачи, так и публицисты этого периода. В условиях военного времени и недостатке финансирования ликвидировать эти недочеты было весьма затруднительно, поэтому они оставались источником постоянной угрозой для проживающих на курорте.

#### **Список литературы:**

1. Весновский В.А. Путеводитель по курортам Урала. Екатеринбург: тип. «Уральской жизни», 1902. 117 с.
2. Весновский В.А. Целебные силы Урала. Пермь: Электро-типогр. губерн. земства, 1916. 20 с.
3. Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1915. № 11-12.
4. Желтышева Р. Щербаков Александр Петрович // Пермская краевая медицинская библиотека. [Электронный ресурс]. URL: [http://pkmbic.com/?page\\_id=11156](http://pkmbic.com/?page_id=11156)
5. Ладыгина Т.А., Волкова Н.И. Вклад Красноуфимского земства в развитие курорта «Ключи» Пермского края // Материалы VII Мизеровских историко-краеведческих чтений. Екатеринбург: Свердловский областной музей истории медицины, Красноуфимск: Музей «Красноуфимская земская больница», 2017. С. 48-56.
6. О кунгурском восстании 1703 г. // DrevLit.Ru. Библиотека древних рукописей. [Электронный ресурс]. URL: <http://drevlit.ru/index.php>
7. Притяжение «Ключей». Пермь: Книжная площадь, 2011. 139 с.
8. Третьякова-Фивейская Н.Н. Отчет о Ключевском курортном лазарете за лето 1916 г. // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. № 11-12. С. 795-805.

# **УРАЛЬСКИЕ ВРАЧИ-ИССЛЕДОВАТЕЛИ НАЧАЛА XVIII-XIX ВЕКОВ В БОРЬБЕ С ЭПИДЕМИЕЙ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ**

Логинова О. Н., студентка 2 курса,

Ястребкова Е. А., студентка 2 курса ,

Рейхерд А. Е., студентка 2 курса

Тетерина С. А,руководитель

*e-mail: tsa96@mail.ru*

*Ревдинский центр медицинского образования ГБПОУ «СОМК»,  
г. Ревда*

Прошло более двух веков с тех пор, как 18 июля 1788 года, врач из Санкт-Петербурга Степан Андреевский совершил в Челябинске подвиг, о котором сегодня знают медики всей планеты.

Челябинск был основан в 1736 году как крепость для охраны границ Российской государства от набегов кочевников. И только 21 февраля 1828 г. во исполнение царского указа, продублированного Оренбургским губернатором, в городе была открыта первая больница. В ней было 10 коек, возглавляя больницу и единственным врачом в ней был Василий Григорьевич Жуковский.

В 1786 году в Челябинск была направлена медицинской коллегией Сената экспедиция в связи с «неизвестной болезнью в Челябинском округе», уносившей жизни людей и крупного рогатого скота. В состав экспедиции входили лекарь 27-летний Степан Семенович Андреевский и подлекарь Василий Григорьевич Жуковский. Исследуя эту болезнь на Южном Урале, Андреевский предположил, что болезнь заразная. Для доказательства своей гипотезы он считал необходимым поставить достоверный опыт, который бы ни у кого не вызывал сомнения.

18 июля 1788 года Степан Андреевский сходил в церковь на утреннюю молитву. Вернувшись, он пригласил к себе в дом городничего фон Шейгофера, судью Оловянникова и, конечно же, своего верного товарища и коллегу подлекаря Василия Жуковского. В присутствии этих трех человек он ввел себе сыворотку. Отважный лекарь заразил себя бациллами сибирской язвы из карбункула умершего животного.

Зараженный материал он нанес на надрез в области локтя, замотал руку и стал ждать. И пока еще был в сознании, сам вел записи: как

протекала болезнь, как реагировал организм, что он чувствовал. Все это необходимо было для того, чтобы проверить гипотезу о заразности сибирской язвы. И он решился проследить весь процесс от начала и до конца. Желательно, конечно, до выздоровления...

Через некоторое время у отважного исследователя наступили «расстройство и помешательство мыслей, соединенные с превеликим страданием». И тогда «скорбный листок», как тогда называлась современная «история болезни», стал заполнять Василий Жуковский, наблюдая за тем, как организм его отважного коллеги отчаянно боролся со страшной болезнью. Одновременно он осуществлял лечение Степана Андреевского. По счастью, болезнь продолжалась недолго, и молодой организм взял свое – Андреевский вскоре пошел на поправку.

Этим самозаражением Степан Андреевский убедительно доказал заразную и зоонозную природу сибирской язвы, то есть возможность передачи заболевания человеку от больных животных. Это научное открытие имело огромнейшее значение. Андреевский своим опытом почти на столетие опередил выводы зарубежных ученых Ричарда Коха и Луи Пастера, в 1876–1877 годах поведавших миру о способах культивирования бациллы антракс (сибиризированной палочки). Лишь после этого началось всестороннее экспериментальное изучение сибирской язвы.

Но все это будет через столетие. А пока подробный отчет с результатами своего опыта Андреевский посыпает в Академию наук. Основная идея: болезнь поражает животных, в основном крупный рогатый скот, от них может передаваться человеку при непосредственном контакте с больным животным. От человека к человеку болезнь не передается. Основным способом борьбы с ней является уничтожение больного скота, поэтому туши умерших от болезни животных нужно сжигать, а пепел зарывать в могильники.

Степан Андреевский совместно с Василием Жуковским активно просвещали своих современников, знакомя с характером инфекции, которая оказалась на редкость живучей: спорам сибирской язвы не страшны ни вечная мерзлота, ни кипячение. Молодые врачи трудились над мерами предупреждения распространения этой болезни. Благодаря их открытиям эпидемии сибирской язвы удалось предотвратить.

В 1787 году Андреевский написал сочинение о сибирской язве, но, к сожалению, оно до нас не дошло. Однако сохранилась печатная работа «Краткое описание сибирской язвы, содержащее предохранительные и

врачевательные средства в пользу простого народа», изданная в 1796 году. Автор дает простые и понятные рекомендации: соблюдать жесткие карантинные методы, а при появлении заболевания у животных не разрешать торговлю скотом и запрещать снимать шкуру с больных животных. Самое замечательное в этой книге, что все рекомендации эти не потеряли своей актуальности и в наши дни. Так же в книге впервые появился термин «сибирская язва» и было приведено полное описание симптомов и течения болезни.

После своего выздоровления Андреевский вернулся в Санкт-Петербург, где сделал блестящую медицинскую карьеру. В 1789 г. ему было присвоено звание штаб-лекаря, он был С 1792 года Андреевский был назначен членом медицинской коллегии и с этого времени принимал активное участие в разработке ряда вопросов организации медицинского дела в стране. В 1804–1807 годах – директор С.-Петербургской медико-хирургической академии. Затем сменил медицинскую деятельность на административную, став губернатором Астраханской губернии.

Василий Григорьевич Жуковский, несмотря на уговоры переехать в Санкт-Петербург, так и остался жить в Челябинске, получив звание штаб-лекаря. Что же его удержало? Долгое время историки и краеведы недоумевали, мучаясь вопросом, почему же он так странно поступил. При этом сам Жуковский всегда делал акцент на том, что его оставили здесь именно для борьбы с сибирской язвой. Но лечил он, конечно, и от других болезней. Причем лечил в покоях своего дома, а к лежачих пациентов посещал сам. Современники так писали о первом челябинском враче: «Василий Григорьевич сумел заслужить в своем городе и целом уезде всеобщую любовь и уважение, заслужил своею неподкупною добросовестностью и полною готовностью быть полезным каждому... Городские жители называли Василия Григорьевича «батюшкой» и шли в его дом, как в родственный всем...»

И лишь совсем недавно удалось установить причину, которая оказалась вполне житейской, но весьма судьбоносной: петербургский лекарь женился на челябинке. Оставшись, он продолжал лечить жителей города, в том числе и от сибирской язвы. Сохранились документы, из которых видно, как Жуковский подробно описывал диагноз, как поражены органы, называет имена конкретных жителей Челябинска, кого он вылечил от сибирской язвы. Он воспитал четырех замечательных сыновей, ставших людьми выдающимися. Двое из них уехали в Санкт-

Петербург и стали сенаторами. Третий сын стал известным искусствоведом, четвертый – гражданским губернатором Оренбурга.

После смерти Жуковского его дом с мезонином продолжал оставаться неофициальным культурным центром уездного города. В 1917 году в здании расположился городской комитет РСДРП. В начале XXI века дом (практически полностью реконструированный) передали Челябинскому концертному объединению, и теперь он красуется по адресу ул. Труда, 88, напоминая нам о подвиге первых челябинских врачей-первоходцев.

#### **Список литературы:**

1. Гайнуллин М. Заражение как способ лечения. Как в конце XVIII века Челябинск спасли от вымирания // Южноуральская панорма. 16.07.2018. [Электронный ресурс]. URL: <https://up74.ru/articles/obshchestvo/103834/>?
2. Ко Дню рождения Челябинска музей рассказывает о лекаре Степане Андреевском. 11.09.2020. [Электронный ресурс]. URL: [http://kultura174.ru/Publications/news\\_culture\\_city/OnPrint?id=16703](http://kultura174.ru/Publications/news_culture_city/OnPrint?id=16703)
3. Палкин Б. Н. Русские госпитальные школы XVIII века и их воспитанники. М: Медгиз, 1959. 270 с.

## **ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ В ТРУДЕ М. Л. ГАМАЛЕИ «О СИБИРСКОЙ ЯЗВЕ И ЕЕ НАРОДНОМ ЛЕЧЕНИИ» (1792)**

Тхоржевская В. В., зав. сектором

e-mail: somim@yandex.ru

Свердловский областной музей истории медицины, филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Екатеринбург.

«Пишу сие не с тем, что будто б взял высокомерие истребить оные бедствия; но может быть сим моим соотчичам услужу, что от заразы спасаться могут; или искуснейшие и ученейшие мужи из моего замечания что-нибудь найдут: ибо мне известно, что посылаемы были от государственной Медицинской Коллегии о исследовании сего

*зла; и соображая о свойствах болезней, из маленьких замечаний, как капля родит ручей, а из сих реки, выведут правила, которым следя многие народы от сих бед, издавна здесь существующих, а особенно от Сибирской язвы, исцеляться могут, которых правил ныне мы не имеем, а если бы и ничего не сыпалось в моих замечаниях к сему полезному, то я себя ободряю, что подам случай к лучшему исследованию сих бед, и сим Сибирякам желаю служить».*

#### *М. Л. Гамалея «О сибирской язве и ее народном лечении»*

Книга пермского врача-хирурга штаб-лекаря Михайло Гамалея «О сибирской язве и ее народном лечении» примечательна во многих отношениях. Во-первых, это первая книга, выпущенная типографией при Пермском Наместническом правлении в 1792 году. Во-вторых, издание освещает одну из самых актуальных для своего времени медицинских тем – инфекционное заболевание, наносившее огромный урон крестьянскому хозяйству, угрожавшее жизни крестьян. В-третьих, исследование является ценным историческим источником по методам лечения и профилактики инфекционных заболеваний в конце XVIII века.

Сибирская язва была известна на Руси еще во времена создания первых русских летописей, где она упоминается под названиями «пострел», «змеиный пострел» (молниеносная форма болезни), «огненных веред», или «огневик» (карбункулезная форма) или кроется за общим наименованием «моровых поветрий», «лихих поветрий» и т. п. Также в летописях имеются упоминания об эпизоотиях: «мор на скот», «коровья смерть», «скотский падеж». Название «сибирская язва» появляется лишь в 1780-х годах, хотя клинические симптомы этой болезни описаны русскими врачами на много лет раньше.[2:204]

«В России сибирская язва существует постоянно. Это наша своего рода национальная болезнь... главную роль играет нищета умственная и физическая в обширном смысле этого слова», – писал В. Святловский в статье «Сибирская язва и ее отношение к современной культуре вообще и к здоровью армии в частности» в 1891 году.

Об острой актуальности книги о сибирской язве свидетельствуют следующие факты. Проф. А. И. Метелкин в очерке «Формирование русской эпидемиологической мысли в историческом процессе изучения сибирской язвы» сообщает, что «лишь за последнее столетие существования царской России в ней зарегистрированы особенно сильные эпи-

зоотии сибирской язвы в следующие годы: 1807, 1811, 1821, 1826, 1827, 1829, 1830, 1834, 1836, 1840, 1853, 1857, 1864, 1867, 1868, 1869, 1870–1880, 1890, 1896, 1898, 1901, 1903, 1906, 1910». Он отмечает, что распространение сибирской язвы связано с развитием животноводства в России. Так, только в 1864 году в одной Европейской России погибло 90 000 животных, в 1875 году лишь в Сибири пало около 100 000 лошадей, а в 1870–1880 годах потери от сибирской язвы оценивались в 90 млн золотых рублей. [4]

В книге Б. Н. Палкина о русских госпитальных школах XVIII века приводится список из 23 рукописей российских врачей на тему сибирской язвы, написанные за 40 лет с 1758 по 1798 год. И это, не считая опубликованных исследований, таких как «Краткое описание сибирской язвы, содержащее предохранительные и врачевательные средства, в пользу простого народа» челябинского штаб-лекаря С. С. Андреевского [1] (1796) и книга М. Л. Гамалеи «О сибирской язве и ее народном лечении» [3], которой посвящена эта статья (1792).

**Михаил Леонтьевич Гамалея (1749 – 1830)** – штаб-лекарь, проработавший в Пермской губернии в течение 20 лет. Первый оператор (хирург) Пермской врачебной управы (1797–1800). Один из первых в России исследователей сибирской язвы.

Родился в Полтавской губернии в казацкой семье. Первоначальное образование получил в Киевской духовной академии, затем по предложению киевского лекаря Федосеева в 1769 году поступил учеником в медицинскую школу при С.-Петербургском сухопутном госпитале. В 1771 году получил звание подлекаря и служил в разных полках. В 1778 году в Санкт-Петербурге успешно сдал экзамен на звание лекаря.

Еще будучи подлекарем, начал свои научные исследования. В 1776 году им переведена на русский язык книга Эйзена «Легчайший способ прививания оспы»; в дальнейшем он послал в коллегию еще два сочинения об оспе, написанные на основании собственных наблюдений. Признав его научные заслуги, медицинская коллегия в 1780 году присвоила ему звание штаб-лекаря. В том же году по личной просьбе его перевели на гражданскую службу и назначили уездным лекарем в Оханск. М. Л. Гамалея тщательно изучал медико-санитарные условия и заболеваемость в уезде.

С 1790 года переведен на должность городского лекаря в Пермь. В 1792 году, обобщив свои многочисленные наблюдения, издает кни-

гу «О сибирской язве» – одно из первых русских руководств, посвященных этой проблеме. При образовании врачебных управ в 1797 году М. Л. Гамалея был назначен оператором Пермской управы. В этой должности он провел большую работу по изучению заболеваемости среди рабочих на уральских заводах. В 1799 году вместе с другими врачами Пермской губернии (И. Протасовым и др.) составил руководство для сельских врачей, оставшееся неизданным.

В 1800 году переведен инспектором в Тульскую врачебную управу. Проработав в Туле 30 лет, он сделал много для внедрения оспопрививания в губернии, по изучению профессиональных заболеваний на тульских заводах. Пользовался большой известностью как опытный акушер и блестящий хирург. Умер в Туле в 1830 году. [5:210]

За время 12-летней службы в урало-сибирском регионе Михайло Леонтьевич, по собственному утверждению, дважды объехал Тобольскую и Пермскую губернии, и знал местные проблемы не понаслышке.

В книге он приводит многочисленные примеры из собственной практики. Например, «Екатеринбургской округи Пермского Наместничества в селе Щелкунском в месяце июле все, кто только лошадей лечил, хоронил или ехал, заразились, а всех зараженных одиннадцать человек, девять мужчин и две женщины, из коих четыре человека померли. Первой 16 лошадей хоронил, заболел и на другой день помер. Двое его сыновей омывая тело умершего, через два дня померли. Четвертый лечил лошадей, делая припарки, заразясь, через двое суток умер. Другие страданием господина Доктора Фелкнера спаслись, имея иные карбункулы, двое горячкою, один с морушками, и девка имела обширную опухоль отек, или флегмон называемую в медицине, о чем свидетельствуюсь на господина Доктора Фелкнера. Сии случаи довольно доказывают, что прилипчива сия болезнь, и должно осторожно обходиться со скотом. От людей же точно прилипчива».

В первой части книги Гамалея говорит о важности ее издания, приводит интересные аргументы: «Сибирь разделена на округи, назначены и в отдаленном народе пекущиеся люди о здоровье человеческом; но по великой обширности округи, простирающейся в ином месте до 500 верст расстоянием по дороге, не могут успевать. Когда в одной стороне помогает, много могут помереть в другой. Кажется, что всего бы удобнее предписать правила, чтобы могли сами себе помочь».

— обыватели друг другу. Всего удобнее, чтобы такие преподать в волостные суда, при которых находятся пищики. Иные, читая при волостных старшинах и сотниках, могут толковать, чтобы, в котором десятке или сотне кто заболел такою болезнью, имели готовые средства, и при том знали бы осторожности».

То есть Гамалея предлагает привлечь грамотную часть населения для отслеживания распространения заразных заболеваний и оказания медицинской помощи силами самих обывателей. Для организации такой общественной самопомощи требовалось иметь под рукой понятные и четкие указания относительно употребления общедоступных средств для лечения сибирской язвы и профилактики распространения эпидемий.

Начинает он с классификации форм сибирской язвы, описывая две разновидности болезни — «первобытную» (первый зараженный, считалось, что сибирскую язву вызывают укусы кровососущих насекомых) и «воздорившуюся» (от больного человека или животного).

При заражении М. Л. Гамалея прежде всего предлагает «подать части чувства и яд уничтожить». Он рекомендует употреблять спиртовые, летучие средства и «которые гнилости противятся», в частности, смесь нашатырного и камфарного спирта с добавлением табака. Тут же приводятся домашние рецепты приготовления спиртов: «Спирты делать можно самим простым образом: нашатырный, взяв один фунт нашатыря истертого, два фунта извести капельки мелко истертой, положить в кувшин узкогорлый, или кубышку попросту, в нее влить штоф вина горячего или спирту простого, все это хорошо смешать деревянной лопаткой и, взяв другой кувшин, в который бы первого кувшина горло плотно войти могло, смазать оба кувшина тестом, из ржаной муки замешанным, и сверх теста завязать пузырем говяжьим. Для этого сделать печку, в которую сверху вмазать большую корчагу плоскую, лучше чугунную, но в нужде глиняную; в эту корчагу насыпать песку, а в песок поставить первый кувшин боком, чтобы до половины вошел в песок, вниз класть уголь, а другой кувшин пониже положить боком: уголья класть раскаленные до жару по немногу так, чтобы только горшок согревался. Так продолжать сутки. На другие сутки, прибавив более жару, и умножать до тех пор, чтобы горшок таким горячим был, чтобы рука не терпела и продолжать так сутки. На третьи сутки опять убавлять исподволь, пока горшок простынет. На четвертые сутки снять и раскупорить нижний горшок, а спирт вылить в штоф и закупорить крепко». Затем приводится рецепт камфарного спирта.

Средство рекомендовалось употреблять до созревания нарыва, который затем вскрывался «самым острым ножичком (ланцетом) разрезывать до больного; карбункул же в нескольких частях проколоть до живого: то есть до тех пор ножик или ланцет запущать, покуда больной почувствует боль, и кровь покажется; после того употребить припарки, подобно как в антоновом огне». В качестве заживляющего используются припарки из «трав разводительных с уксусом». «Положив несколько вина, травы же здесь употребить везде в Сибири растущие, как божье дерево Абротаним<sup>1</sup>, душица Ориганум<sup>2</sup>, Богородская трава Серлиллум<sup>3</sup>, тысячечильник Танацетум<sup>4</sup>, и табак Нигоциана табакум<sup>5</sup>, Полынь Абзинтиум<sup>6</sup>. Всех этих трав положить по равной части, а табаку половину». Лекарство варилось, а затем смоченные в нем сложенные вдвое суконки накладывались на специальную мазь.

Состав мази: еловая сера (смола, выступившая на поверхность стволов из естественных трещин, морозобоин или искусственных надрезов, но только полностью затвердевшая), яичный желток, нашатырь. Накладывалась на нащипанные ниточки из чистой веточки. Также применялся калач с дегтем, деготь или нашатырь. Процедура проводилась до очищения раны, после чего использовали для заживления еловую серу с воском и растительным маслом. Так лечили «первобытную» горячку.

Для «возродившейся» язвы было разработано другое лечение. Первыми симптомами этой формы заболевания были головная боль, слабость, пациент «находился как в угare, чувствовал тоску». Рекомендовалось прежде всего очистить желудок, трижды вызывав рвоту. Для этого давали пациенту большое количество воды с подсолнечным маслом, щекотали в горле, заложив два перста, «пером гусиным верхушкой, обмочив в постное масло».

После этой процедуры больного укладывали в постель, тепло укрывали и обильно поили настоями полыни (Божье дерево), чабреца (трава Богородская) «до тех пор, чтобы пот сделался», затем давали смесь, содержащую 30 капель нашатырного спирта и соляной кислоты, разве-

<sup>1</sup> Полынь лечебная «божье дерево». *Artemisia abrotanum*.

<sup>2</sup> Душица обыкновенная. *Origanum vulgare*.

<sup>3</sup> Богородская трава (тимьян ползучий, чабрец). *Thymus serpillum*.

<sup>4</sup> Пижма обыкновенная. *Tanacetum vulgare*.

<sup>5</sup> Табак никотиновый. Никотиана табакум (*Tabacum*).

<sup>6</sup> Полынь горькая. *Artemisia absinthium L.*

денные в двух ложках холодной воды. И далее больной пил кислое питье: холодноватую воду с уксусом (понемногу и почаще), настой клюквы или квас. В случае сильной головной боли прикладывали к голове чистый платок, смоченный уксусом, такие же компрессы накладывались «под пазухи и в пахи».

При появлении «бубонов» вместо указанного лекарства употребляли «лук печеный, смешав с табаком, и давать спирту нашатырного 30 капель два раза в день по утру и вечеру» «Табак в сей болезни дознанное лекарство», - пишет штаб-лекарь Гамалея. Советует делать примочки из смеси нашатырного, камфарного спиртов с табаком по вышеприведенному рецепту.

При появлении симптомов «антонова огня» (гангрены) употребляли известковую воду, смешанную в равных пропорциях с камфорным спиртом. И вновь приводится рецепт изготовления в домашних условиях известковой воды: «взяв извести-кипелки, то есть немоченой, налить теплою водою, наливая понемногу, а когда известь распустится вся мелко, прибавляя воды столько, чтоб вода была как густое молоко, смешав, и поставить в теплое место и, когда отстоится, то тихонько слить и употреблять куда надобно». При почернении раны, черные места надрезали до крови и делали припарки, как указано выше, с табаком, полынью, душицей и чабрецом, сваренными в не очень крепком уксусе или квасе, добавляли «вина простого» (водки) и прикладывали к больному месту. На раны также в этом случае клали деготь или мазь из нашатыря с табаком.

Был выработан комплекс средств для предотвращения распространения эпидемии. Были рекомендованы меры безопасности при контактах с больными животными и людьми:

- при работе с больными животными надевались рукавицы, смазанные дегтем;
- животных надо было «весь по ветру», чтобы зараза не передалась через воздух;
- после контактов с зараженной скотиной следовало мыться холодной водой, руки мыть уксусом и квасом, переменить платье;
- производить окуривание «не из навозу», но из сырого елового, соснового и всякого дерева, или поверх дерева класть сырую траву или дерн;
- во время эпидемии помещения следовало окуривать уксусом (приводится рецепт уксуса: «корчагу или горшок в ведро сусла пивного

налить в глиняный кувшин, и положить в него замешанный на дрожжах пивных колобок из ячной муки, в то же время положить мелу толченого две ложки, и, закупорив, поставить в теплое место на печку на 12 суток, но чтобы жарко не было») или квасом;

- особенно тщательно окуривать помещение, где больной лежал или умер, а также сараи, где болела и умерла скотина.

Для окуривания употреблялся уксус и специальные курительные порошки (приведен рецепт порошка: «две части еловой серы, и третью горючей серы, к сему нужна и селитра, но буде селитры нет, довольно и сих»). «Я держусь чем простее, тем лучше окуривать покой, и вымывать холодною водою, а лучше с уксусом», – прибавляет автор.

В книге приводятся рекомендации по предотвращению возникновения эпидемий, которые не утратили актуальности и в наши дни: «Дворы осенью и весной чистить, назначить другое (т. е. дополнительное – ВТ) место, куда больную скотину отлучать можно от здоровой», «буде падет скотина, глубоко зарывать».

При уходе за больным сибирской язвой человеком М. Л. Гамалея советует изолировать его, насколько возможно, от окружающих, «кроме кто бы подал пить». Помещение часто окуривать уксусом. Ухаживающему за больным следует «часто мыть руки, и платье опрыскивать уксусом, часто мыть и курить порошками, как показано выше, не сидеть подле больного, а подале, выходить часто на двор». В случае смерти пациента, «голыми руками не прикасаться, а в кожаных рукавицах, и по обыкновению мыть тело в рукавицах холодною водою, и во гроб класть тоже, куря беспрестанно порошками», не позволяя родне целовать покойного. Тем, кто случайно коснулся покойного, следует «тотчас платье скинуть, даже до рубашки, а надеть другое, а то в воде выполоскать и особливо повесить, а после нескольких дней окуривать».

Автор признает, что в передовой медицинской науке этого периода имеются более эффективные средства: «Я сии вещи описываю употреблять для того, что везде почти находятся. Для знающих же лечение в эдаких случаях много средств есть самых полезнейших, как в припарку класть виноградное вино и корку Хины<sup>7</sup>, в мазь по куда очистится тоже корку Хины в порошки и нашатырь и другие полезнейшие, к наполнению раны многие бальзамы, и к заживлению

<sup>7</sup> Хинное дерево, *Chinchona*.

средства многие, которыми Медицинские книги полны». Он не перечисляет в книге эти средства, поскольку перед ним стояла другая задача: научить далеких от медицины жителей Урала и Сибири предотвращать и лечить сибирскую язву, не допускать разрастания очагов этой опаснейшей болезни до уровня крупных эпидемий. И с этой задачей Михайло Леонтьевич Гамалея справился.

#### **Список литературы:**

1. Андреевский С. С. *Краткое описание сибирской язвы, содержащее предохранительные и врачевательные средства в пользу простого народа, выбранное из основательных примечаний и опытов в Медицинскую коллегию посланных*. С-Петербург: Типография государственной медицинской коллегии, 1796. 104 с. [Электронное издание] URL: <https://vivaldi.nlr.ru/bx000018081/view/?#page=84>
2. Васильев К.Г., Сегал А.Е. *История эпидемий в России: Материалы и очерки*. М.: Медгиз, 1960. 400 с.
3. Гамалея М. Л. *О сибирской язве и ее народном лечении*. Пермь, 1792.
4. Метелкин А. И. *Формирование русской эпидемиологической мысли в историческом процессе изучения сибирской язвы* // Васильев К.Г., Сегал А.Е. *История эпидемий в России: Материалы и очерки*. М.: Медгиз, 1960. С. 353–370.
5. Палкин Б. Н. *Русские госпитальные школы XVIII века и их воспитанники*. М.: Медгиз, 1959. 272 с.

## **БОРЬБА КРАСНОУФИМСКИХ ВРАЧЕЙ ЗЕМСКОГО ПЕРИОДА С ЭПИДЕМИЯМИ**

Павлова С. Н., заведующая сектором

e-mail: muzeiKZB@yandex.ru

Свердловский областной музей истории медицины,  
филиал ГБПОУ «СОМК», г. Красноуфимск

Поиск причин распространения эпидемических болезней явился одним из важнейших направлений в деятельности русских врачей кон-

ца XIX – начала XX веков. Решающими факторами возникновения эпидемии определялись два: наличие живого возбудителя и совокупность социально-экономических условий жизни населения.

Эпидемии были настоящим бедствием не только для бедных, но и для зажиточных людей. Смерть от инфекционных болезней составляла в разные годы 30–40 % общей смертности.

Любопытный отрывок из книги Александра Новикова о жизни крестьян в старорусской деревне дает возможность понять причины и болезней, и эпидемий. «Прежде чем говорить о земской медицине, хочется возобновить в памяти своей и читателя те ужасные условия, при которых эта медицина призвана функционировать. Один из укоренившихся предрассудков о нашем народе состоит в том, что он необыкновенно здоров и силен. Между тем, если походить по дворам, то редкую семью найдешь здоровой. Что же касается женщин, то больны, за редким исключением, все.

А стоить заглянуть и в крестьянскую избу. Большею частью, семиаршинная, из тонкого леса, плохо подбитая, со щелями в палец, пропускающими снег и мороз, от которых укрываются, обваливая избу навозом. Окно в две четверти ширины и в три четверти вышины об одной раме (вторая ведь не по средствам). Потолок рукой достанет всякий, а высокий человек чуть головой не заденет.

Теперь еще половина изб топится по-чernому, – а видал ли всякий деревенский житель, что это значит? Это значит, что утром, когда то-пят, в верхней половине избы стоить непроглядный дым, выходящий в щели или в особое отверстие, а большею частью в открываемую для сего дверь. Обитатели ложатся в это время или садятся на пол, чтобы не наглотаться дыму. Холод несет в дверь двадцатиградусный. Кончилась топка, все закрывается, – а в избе становится жарко, как в бане. К утру вода часто опять замерзает. От дыма потолок и стены покрыты черным налетом, висящим иногда в виде сосулек.

Тут живет семья душ в восемь: и старик со старухой, и сын женатый, и девка, и ребяташки. Тут едят, спят на соломе; тут бабы рожают, прядут и ткут; тут ребятам надо уроки готовить; тут теленок, ягната, иногда поросыта, куры. Тут вонь невыносимая, тут свет от коптилки, т.е. лампы без стекла, а то и вовсе нет света, когда не на что купить керосину.

Мне приходит на ум ужасная ирония какого-то заграничного писателя, удивлявшегося выносливости нашего скота, который переносит

жизнь в крестьянской избе!» [1]

Он же акцентирует внимание на антигигиенических условиях, пишет о том, что «мыло – роскошь богачей».

Особенное значение в развитии эпидемии имело неполноценное питание. Человек, в рационе которого нет сбалансированного наличия белков, жиров и углеводов наиболее подвержен разным инфекционным болезням. А вот как питалась крестьянская семья: «Щи пустые, т.е. горячая вода с плавающей в ней капустой и ложкой конопляного масла, вареный картофель и пшенная каша – это их обыденная пища. Молоко далеко не везде, да и только для детей; мясо к праздникам, курица на Рождество и на Пасху. Часто нет картофеля, нет каши: тогда один черный хлеб. Неурожай – и хлеба нет». О каких тут витаминах и разнообразном питании может идти речь? Очень тесной была связь между эпидемиями и неурожайными годами.

Вот они настоящие причины развития эпидемии – голод, нищета, антисанитарные условия жизни населения. Именно их наличие давало обществу людей со слабым иммунитетом, истощенных изнурительным трудом в связи с борьбой за выживание.

Лишь отдельные годы выдавались относительно спокойными, обходились без эпидемий. Так в Журнале Красноуфимского уездного земского собрания за 1876 г. читаем: «В настоящем отчетном году ни холеры, ни других эпидемий, благодаря Богу, не было, исключая оспы, воспалительных и других спорадических болезней» [2]

Рассмотрим роль медицинских работников в борьбе с эпидемиями.

Созданный М.И. Мизеровым медицинский Совет стоял на страже сохранения здоровья, но проблем в организации его работы было немало.

В силу своей недостаточной грамотности население представляло собой поле для развития болезней, которые имели тенденцию перерастать в эпидемии. Мешали и предрассудки. Так жители Иргинского завода Красноуфимского уезда считали, что для предупреждения болезни полезно «съесть трижды девять милостынь Христа ради», выпрошенных у одиноких хозяев. А как долго верили, что от оспы может спасти только парение в бане, но никак не оспопрививание!

Тяжелым, если говорить о наличии эпидемий, был 1882 год. Инфекционные заболевания наблюдались в каждом медицинском участке. В прежние годы, как отметил М.И. Мизеров, мелкие эпидемии протекали незаметно (было меньше врачей). «Сейчас, – говорит доктор, – будем

давить эпидемии в начальном периоде развития». Он не только фиксирует все эпидемии, но предлагает конкретные меры в борьбе с ними.

Самой крупной эпидемией в 1882 г. была **скарлатина**. Она распространялась в Саргу, Крылово, Кадачниково, Карги. Из Суксунна – в Советино, Сысково, Ключи, Опалихино, Комельково, Журавли и Морозково. Наблюдалась она и в селениях Кленовском, Бисертском и Уткинском участках; в Артинском районе – в деревнях Соколята, Бугалыш и Сажино; в Богоявленском районе – в волостях Богоявленской, Мостовой, Алтыновской. Количество скарлатинных больных было 591, из них умерли 56. Процент смертности – 9,5%.

**Тиф** появлялся в разных районах уезда, но сильного эпидемического характера не имел. Он был замечен в Колмаково, в Манчаже, в Артинском, Нязепетровском заводах, в Суксунском районе. Всего болело 539 человек, умерло 49. Процент смертности – 8,9%

Эпидемия **кори** была в Уткинском, Бисертском, Саранинском заводах. Начало эпидемии в Красноуфимске и в Суксунском участке. Всех заболевших 134 человека, умерли 5. Процент смертности – 3,7%.

Эпидемия **натуральной оспы** наблюдалась в Криулино, в Соболях, в Красноуфимске.

Эпидемия **заушницы** (эпидемический паротит, свинка) наблюдалась в Александровском заводе, Каргинском и Суксунском участках.

Главные препятствия, с которыми приходилось сталкиваться врачам:

1. Общее непонимание важности мер, которые предлагались при эпидемиях.
2. Почти полная невозможность отделить больных людей от здоровых, т.к. свободных изб в деревне нет.
3. Несвоевременность уведомления врача об эпидемии.

М. И. Мизеров подчеркивал: «Трудно изменить веками сложившийся взгляд на эпидемии. Мы можем менять взгляды людей через простые беседы врачей, фельдшеров, дельных учителей, священников; способствовать развитию более правильного взгляда на заразительные болезни, на способы их распространения и на средства предохранения от них. Не можем в каждой деревне выделить отдельное помещение на случай эпидемии, но своевременно извещать врачей обязаны! При появлении эпидемии при существующей практике местный староста

уведомляет волостноеправление, которое в свою очередь уведомляет Земскую Управу, а та участкового врача. При такой системе участковый врач, живущий за 20–30 верст от места эпидемии часто узнает о ней через 2–3 недели, и это неудивительно при нашей разбросанности уезда, при выжидании почтовых дней и т. д. Еще хуже, когда об эпидемии узнает урядник, он доносит местному становому, становой в полицейское управление, полицейское управление в управу, и управа, наконец, уведомляет участкового врача. Здесь я не говорю уже о том, что урядник какую-нибудь заушницу, своевременно наблюданную врачом, крестит страшным дифтеритом и тем делает много шума на пустом месте (в Каргах).

Теперь, когда в каждом участке есть фельдшер, необходимо вменить в обязанность местным начальникам сельских обществ при первых проявлениях заразной болезни немедленно уведомлять своего участкового фельдшера, который явившись на место, при действительно заразной болезни, немедленно уведомляет участкового врача. Сельский староста, в свою очередь, просит вменить в непременную обязанность жителям подведомственного ему селения уведомлять его немедленно о появлении болезни, при которой будет замечена заразительность. Чтобы это распоряжение в местной сельской власти не осталось пустым предписанием, подвергать их в случае нежелания выполнять данное постановление, известной законной ответственности. Было бы необходимо для первоначального уведомления участкового фельдшера о заразных больных известного селения давать обывательскую лошадь, так как часто врач или фельдшер не приглашаются к больному только потому, что некому пригласить: больной лежит в постели, хозяйка не может бросить его и ребятишек, а родственники часто следуют правилу « брат брату сосед». При таком условии эпидемия не протекала бы скрытно под носом врача (как ныне оспа в Криулино), и врач не был бы в таком положении, в какое я попал в прошлом году, когда приехал в маленькую деревню Карзи, где горячка забралась в каждый пятый дом, а местный писарь, на просьбу указать дома в деревне, где есть или были больные горячкой, сказал: «Горячки здесь нет», и тут же скрылся».[3]

Часто первоначальной причиной появления эпидемии был занос заразы из другой местности.

В 1885 г. М.И. Мизеров докладывал Земскому собранию о том, что «из уезда часто привозят тифозных больных, сюда же поступают заболевшие новобранцы. Специального помещения для этих больных в

больнице до сих пор не было. Поэтому тифом заболела не только прислуга, но и другие больные».[4] Матвей Иванович на этом же заседании поставил вопрос о постройке барака для эпидемических больных согласно общего больничного плана, в чем ему было отказано. И только в 1887 г. был построен Павильон для заразного отделения, где лечились женщины и мужчины с инфекционными заболеваниями, но позднее он был передан для родильного отделения. После этого маленький домик выстроили под горой на скорую руку за 500 рублей в виду угрозы холеры в 1891 г. Он был предназначен для летнего периода, но лечились здесь и зимой (резкие колебания температуры привели к тому, что у многих тифозных началось воспаление легких, некоторые от этого осложнения и умирали). С 1894 г. дом был приспособлен под зимний. В павильоне имелось 2 сообщающиеся между собой комнаты. Отсутствовали ванная комната, помещение для прислуги, клозет. Здание было рассчитано на 5 кроватей. Сам по себе барак к началу XX века был настолько ветхий, что дыры в крыше пришлось закрывать лиловыми лубками. Земское собрание приговорило его к сносу.

Из-за малого количества кроватей в этом здании больные сифилисом лежали вместе с терапевтическими больными. Сифилис, в основном, заносили пимокаты, плотники и каменщики из Вятской, Костромской и Нижегородской губерний.

Только в 1910 г. врач Э. М. Сенкевич представил проект здания для заразных больных на 15 кроватей с четырьмя изоляционными помещениями – для тифозных, скарлатинных, рожистых и больных с неопределенными формами. И только в 1913 г. было закончено строительство двух заразных бараков и завершена кладка стен дезинфекционной камеры. На постройку очередных заразных бараков при больнице за 1915 г. израсходовано 2728 рублей 87 копеек.

М. И. Мизеров привел статистические данные по распространению скарлатины в Красноуфимске с 1880 по 1897 гг. В течение 18 лет скарлатина заносилась в город не раз. Но ограничивалась единичными случаями, и только в 1896 г. она приняла характер эпидемии. С сентября 1896 г. она тянулась до апреля 1898 г.

Завез ее мальчик из Ювинской волости. Именно тогда Матвей Иванович Мизеров сказал: «На моих глазах благодаря всем традициям сватовства и кумовства, эта зараза распространяется по Красноуфимску». Всех заболевших было 452 чел. Это 7 % от числа всех

жителей. (В городе проживало 6 427 чел.). Во время эпидемии смерть последовала в 56 случаях.

По итогам этой эпидемии М. И. Мизеров написал научный труд «Об эпидемии скарлатины в городе Красноуфимске». «Это колossalный труд, в котором впервые в Пермском крае так подробно описана клиника заболевания скарлатиной, причины возникновения заболевания, противоэпидемические меры, которые принимались в то сложное время». [5]

При появлении эпидемий врачи сталкивались лицом к лицу с опасностью для жизни.

Так, 1900 г. был трудным для больницы из-за эпидемии тифа. Только вылечили всех пациентов, заболел ухаживающий за больными служитель Блаженков, а потом сиделка Сивинских. Трудно было отыскать нового служителя, выручил один из выздоравливающих. До 7 ноября в больнице пролечились 1452 человека (вспыхнула эпидемия среди учеников промышленного училища). За год в больнице сменилось 30 служителей. В 1900 г. умер фельдшер больницы Венедикт Дормидонтович Филиппов. Заразился тифом, слег 16 июля, а 30 июля умер в возрасте 30 лет.

В журналах 32 очередного Красноуфимского уездного земского собрания за 1903 г. читаем: «Ежегодные жертвы непосильного труда медицинского персонала сказывались на их здоровье, в 1901 г. тяжело заболела акушерка Ломоносова (процесс в легких), она осталась на содержании родителей. М.И. Мизеров добился для нее единовременно пособия в 200 рублей».[6]

Немало тревог вызывало еще одно эпидемическое заболевание – **оспа**. В каждом медицинском участке работало по 7 оспопрививателей. С 1870 г. по 1885 гг. было привито 20 669 детей, т. е. в год в среднем около 1000 человек, этого было крайне недостаточно ввиду громадного населения уезда: к 1885 г. – 23 000 жителей (для сравнения: за 1913 г. 15 оспопрививательницами сделано 12 130 прививок). Оспопрививание проводилось насильственно и самоуправно в присутствии волостного правления. Родители часто платили оспопрививателям хлебом, холстом, деньгами только за то, чтобы они не ставили прививки оспы детям. (Не будем забывать о том, что прививка считалась «печатью Антихриста»).

Здесь уместно вспомнить «деятельность» уездного лекаря Ивана Петровича из «Губернских очерков» М. Е. Салтыкова-Щедрина: «Иван Петрович умудрился сделать оспопрививание доходной для себя ста-

тьей. Даже прожженный подъячий с завистью говорит: «Кажется пустая вещь – оспопрививание, а он и тут сумел найтись. Придет, бывало и разложит все эти аппараты: токарный станок, пилы разные, подпилки, сверла, наковальни, ножи такие страшнейшие, что хоть быка ими резать, как соберет на другой день баб с ребятами – и пошла вся эта фабрика в действие: ножи точат, станок гремит, ребята ревут, бабы стонут, – хоть святых вон выноси. А он себе важно так похаживает, трубку покуривает, к рюмочке прикладывается, да на фельдшеров покрикивает: «Точи вострее!» Смотрят глупые бабы да пуще воют. «Смотри-ка ведь совсем ребенка-то изведет ножищем-то. Да и сам-то, вишь, пьяный какой!» Повоют-повоют, да и начнут шептаться, а через полчаса, смотришь, и выйдет все одно решение: даст кто целковый – ступай домой». А приехав домой, Иван Петрович аккуратно посыпал донесение о количестве привитых детей».[7]

Конечно, такие инциденты зависели от личных качеств врача и от общей организации дела. Уверена, что в нашем уезде ничего подобного М.И. Мизеров не допускал.

Всегда остро стояла проблема качества прививочного материала. Это было главным препятствием к успешному оспопрививанию. Выписка Красноуфимской земской управой лимфы от столичных дрожистов не удовлетворяла потребности, так как присылаемая материя зачастую оказывалась некачественной. Телячья оспа, присылаемая из Оспенного института Губернской управы, также не всегда была пригодна к привитию. [8] В 1875 г. был произведен опыт привития оспы теленку в Красноуфимской больнице под руководством врача Ущаповского, но желаемого результата не дал. С 1880 г., по инициативе М. И. Мизерова, ежегодно при Красноуфимской земской больнице устраивался временный телятник для получения противооспенной вакцины. Из него снабжались лимфой и детритом участковые фельдшеры и оспопрививатели, которые потом проводили оспопрививание по старинному методу «с руки на руку». То есть лимфа из пустулы привитого ребенка переносилась на прививаемого или предварительно снималась на стекло, а затем прививалась.

Постепенное усовершенствование оспенной материи законоомерно сказалось на последующих более существенных успехах в оспопрививании.

Несмотря на то, что при Красноуфимской больнице ежегодно устра-

ивался временный телятник, недостаток в оспенной материи сохранялся. Так, Шлипер, врач западного участка (резиденция в с. Богородском), отмечал, что детрита и лимфы недостаточно. Поэтому он заявил о необходимости построить в участке свою ферму для разведения телят.

Система вознаграждения за оспопрививание неоднократно менялась: то заключалась в выдаче определенного постоянного жалования, то в плате за каждого успешно привитого. Первоначально для оспопрививателей было установлено постоянное жалование в размере 80 рублей в год и вознаграждение за успешное привитие оспенной материи в размере 15 рублей в год. Затем труд оспопрививателей стал оплачиваться отдельно: за каждую прививку он получал по 50 копеек. Такой метод оплаты приводил к злоупотреблениям: списки привитых составлялись неверно, а контроля за деятельностью оспопрививателей не было.

В 1875 г. ввиду необходимости сбережения средств земства, управа решила уменьшить плату за оспопрививание до 25 копеек, находя, что оспопрививателями в Красноуфимском уезде состоят исключительно фельдшеры, и так получающие за свои труды «довольно приличное жалованье».

В 1896 г. было принято решение о приглашении на должность оспопрививательниц сестер милосердия из обчины Красного Креста.[9]

Определенные успехи в деле оспопрививания в уезде, конечно же, были достигнуты, но многие вопросы так и не были решены. Усилий земских врачей было недостаточно, так как в России не было закона об обязательном оспопрививании. Окончательно победить эпидемии оспы удалось только в советское время.

Несмотря на все старания земских врачей, отдельные вспышки разных болезней и эпидемии никуда не исчезали. Ярмарки, базары, религиозные праздники способствовали их широкому распространению.

Врач Псаломщиков ко всем имеющимся мерам предложил расширить деятельность участковых санитарных попечителей, устроить в каждом фельдшерском участке санитарную комиссию из энергичных жителей и снабдить их известными правами.

М.И. Мизеров одобрил это предложение, добавив, что «было бы полезно санитарных попечителей выбирать обществом на волостном сходе и считать их такими же официальными лицами, как старосту, волостного судью и пр.»

В дополнение к большой работе по борьбе с инфекционными заболеваниями, которую вели М.И. Мизеров и другие врачи

Красноуфимского уезда, Матвей Иванович постоянно вел санитарный надзор за школами, заботился о распространении гигиенических знаний и о проведении санитарных мероприятий. На III съезде Пермских врачей он сделал сообщение «Общая характеристика санитарной обстановки школ Красноуфимского уезда».

Работу по предупреждению и лечению заразных болезней продолжил и Э. М. Сенкевич. В качестве примера возьму его наблюдения за один год. Так в 1909 г. он отмечает, что заразные болезни наблюдались у 20184 больных, что составило 11,7% общего числа больных (в 1908 г. – 9,2%. Паразитарные болезни – более 19000, т. е. 13,5% только чесотка наблюдалась в 15000, т. е. 10,7%). Малярия была зарегистрирована в 4355 случаях. Много больных ею наблюдалось в Бисертском, Артинском и Ключевском участках.

В 1910 г. была угроза холеры. Выполняя предписание г. Пермского губернатора от 12 июля 1910 г. за № 3848 медицинские работники сделали все необходимое: учредили наблюдательно-предохранительные пункты, в Красноуфимске признали необходимым иметь помещение для барака за счет города, в села и училищному начальству были разосланы письма относительно мер предосторожности. Разосланы дезинфекционные средства. К счастью, наблюдался только один нетяжелый случай в Нязепетровском заводе, о чем доложил доктор Бортновский.

Несмотря на то, что борьба с инфекционными заболеваниями не всегда приносила желаемые результаты из-за глубоких социально-экономических корней этих болезней, земским врачам надо отдать должное: они делали все от них зависящее, а земская медицина сыграла прогрессивную роль в развитии медицинской помощи жителям сельской местности. Опыт российской общественной медицины был рекомендован для использования в системах здравоохранения различных стран мира. Врачебный участок как единица организации медицинской помощи населению остается актуальным и в наши дни.

### **Словарь.**

**1. Спорадические болезни** - это болезни, уровень которых в стране или местности обычен для данной инфекционной болезни.

**2. Дрогист** - торговец аптекарским или москательным товаром.

### **Список литературы:**

1. Новиков А. Записки земского начальника. Санкт-Петербург: тип. М.М. Стасюлевича, 1899. (электронная библиотека)
2. Журналы Красноуфимского земского собрания за 1875 г. С-Петербург: Типография Ф. Х. Гордина, 1876.
3. XIII очередного Красноуфимского уездного собрания. Кунгур: Типография Н. Зубарева и комп., 1883.
4. Протоколы Красноуфимского земско-медицинского совета. Красноуфимск: Типография В. П. Тиханова, 1887.
5. Алексейчик Л. Е. Матвей Мизеров. Екатеринбург, 2013.
6. Журналы 32 очередного Красноуфимского уездного земского собрания за 1903.
7. Салтыков-Щедрин М. Е. Губернские очерки. Устинов: Удмуртия, 1985.
8. Журналы V очередного Красноуфимского земского собрания сентябрьской сессии 1874 г. С.-Петербург: Типография Ф. Х. Гордина, 1876.
9. Журналы Красноуфимского уездного земского собрания 1897 г. Красноуфимск: Типография Н. Н. Левиной, 1898.

## **ГЕРОИЧЕСКАЯ БОРЬБА УРАЛЬСКИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗЕМСКОГО ПЕРИОДА С ЭПИДЕМИЯМИ: СОБЫТИЯ, ЛИЧНОСТИ**

Юматова Е.О., студентка 2 курса

Иванова Т.М., руководитель

e-mail: [umatova.liza2611@gmail.com](mailto:umatova.liza2611@gmail.com), [ivushka1957@mail.ru](mailto:ivushka1957@mail.ru)

Краснотурьинский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Краснотурьинск

Земства — выборные органы местного самоуправления (земские собрания, земские управы) в Российской империи в 1864—1919 годах на уровне губернии, уезда и (с 1917 года) волости. Земская реформа 1864 г., как и другие реформы царствования Александра II, была вызвана необходимостью включения миллионов бывших крепостных крестьян в гражданскую жизнь страны.

До введения земств в Российской империи, по данным Медицинского департамента МВД (1856 г.), в 54 губерниях насчитывалось 494 больниц в губерниях и уездах, находящихся в ведении приказов общественного призрения. Пропускная способность больниц, ввиду малочисленности коек, была невелика (в 1856 г. через все больницы Российской империи по официальным данным, прошли 312 423 человека, из которых умерло 31 995 человек, т. е. каждый десятый больной).

Необходимо отметить, что по «Положению» 1864 г. оказание населению медицинской помощи не относилось к «обязательным» заботам земств, на них возлагались только хозяйственные вопросы обеспечения медицинской деятельности. Но земские деятели 80-х гг. XIX в. пишут о том, что уже с первых дней после введения «Положения» 1864 г. началась реорганизация медицинского дела.

В понятие «земский медицинский персонал» входили существенно отличающиеся по образованию и профессиональной специализации группы служащих по найму: врачи, фельдшеры, оспопрививатели, акушерки, повивальные бабки и др. В совокупности они составляли около четверти служащих по найму в земствах – около 37,5 тыс. чел. Земский врач в сельской местности был поставлен в такие условия, что поневоле должен был стать энциклопедистом, призванным не только лечить, но и предупреждать заболевания. Он рассматривался не только как врачеватель, но и как носитель общей и санитарной культуры в провинции. Являясь по характеру своей работы специалистом-универсалом, «мужицкий» (земский) врач должен был обладать знаниями не только во многих отраслях медицины, но и освоить способы приготовления наиболее часто встречающихся в медицинской практике лекарственных рецептурных форм.

Хотя многие земские врачи были обычными, ничем не выдающимися людьми, их труд вызывал большое уважение общества, поскольку требовал настоящего гражданского мужества. Работа в деревенской глухи, вдали от научных и культурных центров и привычных городских удобств, уже являлась актом подвижничества и самопожертвования. Земская служба не была перспективна (жалованье земского врача в начале службы составляло от 900 до 1500 руб. в год). В то же время необходимо отметить, что врачи и агрономы были наиболее оплачиваемыми специалистами. Среди земских служащих (сельские учителя редко получали больше 300 руб. в год, статистики – от 200 руб.).

Положение медицинских работников среднего звена было еще труднее. К началу ХХ в. (1904) на земской службе состояли 8 546 фельдшеров и акушерок. Среднее жалованье медицинских работников среднего звена составляло 250-300 руб. в год. Образовательный ценз фельдшеров постепенно повышался, поскольку губернские земства уделяли много внимания подготовке медицинских работников среднего и низшего звена.

Отличительной особенностью земских врачей как особой социокультурной группы являлось их активное участие в научной и общественной жизни страны. Земская медицина дала России много замечательных ученых: хирурги П. И. Дьяконов, В. Ф. Войно-Ясенецкий (впоследствии епископ Лука), психиатры В. П. Сербский, С. И. Штейнберг, В. И. Яковенко и многие другие.

Мы расскажем здесь о некоторых уральских врачах, об их вкладе в борьбу с эпидемиями на Среднем Урале:

#### **Кротова (Александрова) Елена Васильевна**

В 1884 году окончила медицинский факультет университета. В 1887-1890 годах работала земским врачом Режевского участка Екатеринбургского уезда вместе с мужем И. А. Александровым.

В 1892 году, после смерти мужа, погибшего от тифа, приехала в Камышлов. Причем она прибыла сюда по линии Красного Креста, в разгар эпидемии тифа, будучи матерью трех детей. Елена Васильевна сразу включилась в борьбу с эпидемией. Через Красный Крест она добивалась дополнительных поставок продуктов для голодающих – муки, круп, сухофруктов. И тем самым спасла много жизней. Однако в 1893 году заразилась тифом и скончалась. Самоотверженного врача хоронил весь город.

#### **Мизеров Матвей Иванович (1854 – 1913)**

Благодаря широкой известности доктора Мизерова Красноуфимская больница в земское время привлекла массу больных. Так, в течение 1897 года в больнице лечилось 1069 человек, в среднем ежедневно было занято 60-78 кроватей, хотя больница рассчитана только на 50 кроватей. Среднее количество амбулаторных больных - 67 человек в день. Часто неутомимому доктору приходилось принимать на себя на длительный срок обязанности городового и уездного врача.

С осени 1896 года в городе свирепствовала эпидемия скарлатины, во время которой Матвею Ивановичу приходилось работать с утра до

ночи - до 15 часов в сутки. Осенью, во время призыва новобранцев, работа длится чуть ли не круглые сутки. Больница была заполнена новобранцами, многие из которых болели трахомой. Таких пациентов оставляли в больнице до полного излечения.

Благодаря знаниям и опыту Мизерова, крестьянское население уверовало в пользу научной медицины и высоко ценило Матвея Ивановича как врача доступного, знающего, никому не отказывающего в помощи. Он сумел совместить в себе навыки хирурга, терапевта, акушера, гинеколога, окулиста. «Ласковый, понимающий своего пациента из деревни, не щадивший себя доктор Мизеров, вероятно, останется надолго идеалом врача для населения г. Красноуфимска и его уезда», — пишет о нем д-р А. М. Спасский.

Матвей Иванович также являлся хорошим организатором здравоохранения. Много энергии он затратил на создание Медицинского совета, строительство участковой больницы, защиту медицинского дела в уезде, в городе. Авторитет его в Красноуфимске не только как врача, но и как значимой для общества личности, не имел себе равного.

Обычно с раннего утра, сразу после завтрака, Мизеров объезжал город, навещая больных. После этого он делал в больнице обход по палатам, затем направлялся в амбулаторию и проводил прием. В обеденный перерыв Матвей Иванович часто рассказывал коллегам о случаях тяжелых заболеваний, об особенностях протекания той или иной болезни, о новостях в медицине и о повседневных нуждах больницы. По воспоминаниям Г. Х. Минина, все это способствовало укреплению сплоченности медицинского коллектива, повышению его интереса к работе.

Несмотря на то, что число врачей постепенно росло, в первые годы существования земств их катастрофически не хватало; за 20 лет (1870-1890 гг.) их число увеличилось в 3 раза, но в абсолютном выражении количество для России было ничтожным (1610 чел.). Поэтому до начала 90-х гг. ключевой фигурой земской медицины на селе оставался фельдшер. Об этом наглядно свидетельствуют статистические данные по земским губерниям: в 1890 г. фельдшерских пунктов было в два раза больше врачебных (1382 и 2701). На практике именно средние медицинские работники оказывали основной объем медицинской помощи крестьянам.

Постепенно закрепившееся участковое обслуживание сельского населения стало важным достижением земской медицины XIX века в России. Центром медико-санитарной помощи являлись сельские участ-

ковые больницы, обслуживающие жителей на прилегающей ограниченной территории. Однако даже участковый принцип обслуживания населения, наиболее оптимальный для российской глубинки, не мог решить все острые вопросы сельского здравоохранения, связанные с глубокими социальными проблемами.

До 1890 года земства не обязаны были участвовать в «попечении о народном здравии», это носило лишь рекомендательный характер. Огромную роль тогда играло просвещение народа в вопросах гигиены: неграмотное население по большей части не знал элементарных вещей, от чего постоянно случались эпидемии, уносившие тысячи жизней. Важным вопросом было развертывание больничной сети, отвечающей гигиеническим требованиям времени.

В Екатеринбургском уездном земстве первой была построена Большебрусянская земская больница. Прием пациентов начался в 1881 году. Но из-за отсутствия достаточного финансирования строительство продолжалось до 1889 года. Первым врачом был А. Ф. Закоружников, которому помогала земская акушерка А. Ф. Воеводина. Через приемный поход за первый год прошли 29 больных, полечившихся 651 день, пишет краевед А. Коровин. Нагрузка на вновь построенную больницу была очень большой: она обслуживала не только весь нынешний Белоярский район, но также территорию Асbestовский округа и часть Каменского района: от Бобровки до Покровского, от Асbestа до Сосновского. Около 54 тысяч населения. Больница же курировала работу фельдшерских пунктов в округе.

Строго распределения обязанностей между медработниками земских больниц тогда не было: слишком много пациентов приходилось на одного специалиста. В терапевтических отделениях, по свидетельству одного из земских врачей того времени, «заразные лежали среди незаразных, чистые оперированные – рядом с гнойными больными». Так называемая госпитальная гангрена была повсеместным бедствием.

В 1896 году Екатеринбургское земство решило, согласно новым правилам, устроить при Большебрусянской больнице заразное отделение. Больница также получила средства на постройку бани и прачечной, дезинфекционной палаты, в ней появились водопровод и канализация.

В Белоярском районе помнят добрым словом врача **Николая Зеленцова**, которому довелось бороться в 1889 году со свирепствовавшими эпидемиями тифа и оспы. Из 442 заболевших в тот год умерли только три, причем о болезни двух из них врач не был оповещен. Жители

с. Большебрусянское гордятся, что в больнице работал знаменитый хирург **Леонид Лепешинский**, в советское время ставший светилом уральской медицины. Запомнили люди и первую оспопрививательницу Пименову.

Несмотря на то, что история земской медицины в нашей стране сейчас активно исследуются, в ней по-прежнему остается еще немало белых страниц. Остается надеяться, что люди не забудут о героическом труде земских врачей и истории становления медицины в России и на Урале.

#### **Список литературы:**

1. Низамова Н. С. Эволюция системы земского здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы в Поволжском и Уральском регионах в период 19864-1917 гг. / Н. С. Низамова // Ученые записки государственного Казанского государственного университета. Серия: гуманитарные науки. / Набережночелнинский филиал Института экономики, управления и права. – Казань, 2008. – Вып. 1. – С. 100-106.
2. Побережников И. В. Общество в контексте модернизации: Урал во второй половине XIX – начале XX в. / И. В. Побережникова // Российская модернизация XIX – XX веков: институциональные, социальные, экономические перемены: сб. науч. ст. / Институт истории и археологии УрО РАН. – Уфа, 1997. – С. 37-60.
3. Попов А. Н. Краткий исторический очерк Пермской губернской Земской Александровской больницы. – Пермь: Электротипография губернского земства, 1914. – С. 6–7.
4. Черноухов Д. Э. Земско-медицинский сборник как источник по истории медицины Пермской губернии в 1870–1880-х гг. / Д. Э. Черноухов // Документ. Архив. История. Современность. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2019. – Вып. 19. – С. 250–259.

## **КРАСНОУФИМСКИЙ УЕЗД В БОРЬБЕ С ЭПИДЕМИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ГОДЫ ГРАЖДАНСКОЙ ВОЙНЫ**

Воробьева Н.Р., заведующая сектором

e-mail: muzeikzb@yandex.ru

Свердловский областной музей истории медицины, филиал ГБПОУ «СОМК», музей «Красноуфимская земская больница», г. Красноуфимск

Среди тяжелых невзгод, вызванных гражданской войной 1918–1921 гг., значительное место занимали голод, инфекционные болезни... В этой статье мы рассмотрим, как в этих условиях местные власти и медицинские работники боролись с заболеваемостью, какие находили решения и как их внедряли в жизнь.

В Государственном архиве г. Красноуфимска, в числе многих других, хранятся документы о работе Красноуфимского Уездного Исполнительного Комитета и Уездного Отдела здравоохранения за 1918–1921 гг. и последующие годы. На основании этих документов и некоторых других источников была написана данная работа.

Из указанных документов следует, что даже в военное время вопросы здравоохранения не были забыты. Власти понимали, что от уровня здравоохранения зависит благосостояние республики, страны в целом.

В 1918 г. в Красноуфимске состоялся 2-й общегородской Съезд Советов рабочих и крестьянских депутатов, где, в числе других, на рассмотрение выносился доклад секции по вопросам медицины и ветеринарии. После обсуждения был принят ряд постановлений, таких как: разработать сеть врачебных участков, открыть заразные бараки и родильные приюты, снабдить больницы необходимыми медикаментами и инструментом, выделить средства для постройки при городской больнице изолятора для нервнобольных, организовать лечение Ключевскими минеральными водами больных и раненых воинов, осуществлять контроль за работой оспопрививателей. Съезд утвердил право бесплатного лечения вводолечебницах с полным содержанием всех неимущих больных.

В августе 1919 г. образован Красноуфимский уездный Отдел здравоохранения (УздравОтдел), в ведении которого находилось 37 волостей: Агафонковская, Александровская, Алмазская, Алтыновская, Артинская, Афанасьевская, Ачитская, Богородская, Быковская, Верх-Суксунская, Енopaевская, Журавлинская, Златоустовская, Иргинская, Каргинская, Кленовская, Криулинская, Манчажская, Молебская, Мосинская, Мостовская, Ново-Златоустовская, Петропавловская, Покровско-Хуторская, Поташкинская, Рахмангуловская, Сажинская, Саранинская, Советинская, Суксунская, Сыринская, Тисовская, Тихоновская, Токтаревская, Торговинская, Уткинская, Ялымская.

УздравОтдел вел учет врачей, медицинского и фармацевтического персонала, разрабатывал мероприятия по предупреждению и борьбе с холерой, тифом, туберкулезом, женскими и другими заболеваниями.[1]

Согласно протоколу № 7 от 28 сентября 1919 г. состоялось заседание уездной медико-санитарной Комиссии, на котором присутствовали заведующая Красноуфимским Уездным Отделом Здравоохранения Садовникова, врачи Сенкевич и Сенкевич-Комлева, фельдшеры Нефедов, Минин и др., на котором обсуждалась тема эпидемий тифа и холеры. Исходя из этого, были приняты решения такие, как приобретение противотифозной вакцины, обустройство на ж/дорожных станциях помещений для временного изолирования заболевших, подготовка ж/д санитарных вагонов, проведение регулярных тщательных санитарных обработок всех ж/д вагонов, приобретение и создание запасов хлорной и негашеной извести. Указывалось на острый недостаток врачей и медицинского персонала. [2]

Постановление Совета Рабоче-Крестьянской Обороны от 10 декабря 1919 г. предлагает Народному Комиссариату Здравоохранения с целью учета и наиболее планомерного распределения и использования медицинского и фармацевтического персонала провести однодневную перепись на всей территории республики. Исходя из этого, Народный Комиссариат Здравоохранения разрабатывает подробную инструкцию по производству повсеместной однодневной переписи Медицинского персонала Р.С.Ф.С.Р., состоящего на гражданской службе и свободного от таковой службы.[3]

В декабре 1919 г. в Осинском уезде вспыхнула эпидемия сыпного тифа, стремительно обретающая угрожающий размах. В связи с этим Красноуфимский уездный Исполком (Исполнительный Комитет) предписывает оповестить население всех волостей Красноуфимского уезда о запрете любых поездок в Осинский уезд за исключением только неотложных командировок. Во избежание контактов населения волостей, граничащих с населенными пунктами Осинского уезда, предписывается волостным исполнительным комитетам на всех дорогах установить знаки, доски с предупреждающими надписями о запрете въезда в Осинский уезд.[4]

В 1920 г. Красноуфимская больница определена в качестве уездной. Медицинская помощь оказывалась жителям всего юго-западного региона (Ачитский, Нижне-Сергинский, Артинский, Красноуфимский районы и г. Красноуфимск). На территории уезда действовало четыре больницы: Артинская, Нижне-Сергинская, в Красноуфимске – Советская и детская больницы, а также «родительский покой» и аптека.

2 марта 1920 г., по материалам протокола № 12, состоялось засе-

дание Красноуфимского Уездного Исполнительного Комитета, на котором, в числе прочих, от Отдела Здравоохранения выступил уполномоченный представитель Чрезвычайной Комиссии по борьбе с тифом А. Кузнецов. Он говорил о заболеваемости в уезде, особо подчеркнув угрожающий рост заболеваемости тифом. Кузнецов привел данные, согласно которым, с октября 1919 г. на момент данного заседания смертность от тифа составляла 9 %. Также им были перечислены предпринятые меры против роста заболеваемости, в частности: была проведена агитационная неделя по борьбе с эпидемией тифа, увеличено число коек для больных. Указывалось и на недостатки, как то: нехватка медицинского персонала, дефицит хирургического инструмента, недостаточно частая смена белья у заболевших, малоэффективная работа Комитета по борьбе за чистоту (уже существовавшего на тот момент).

Выслушав доклад Кузнецова, заседание постановило: 1) предложить Чрезвычайной Комиссии по борьбе с тифом обследовать 22 имеющихся заразных барака, «чтобы они не являлись в будущем рассадниками эпидемии», и доложить о результатах; 2) поручить Исполкуму разработать постановление о приведении в надлежащий порядок всех бань, находящихся в городе; 3) довести данное постановление до всех домохозяек и потребовать его исполнения в течение четырех дней со дня опубликования. В случае его неисполнения применить строгие меры к виновным.

Месяцем позже, на очередном заседании Красноуфимского Уездного Исполнительного Комитета, вновь слушали доклад представителя Чрезвычайной Комиссии по борьбе с тифом А. Кузнецова. Он описал положение дел следующим образом: произведено обследование всех лечебных заведений, больниц и бараков в городе и уезде. Главная проблема заключается в нехватке медицинского персонала, дезинфицирующих средств и белья. Больные испытывают острый недостаток в продуктах питания (соли, сахаре, молоке и прочих), а также в мыле. То, что сыпной тиф заметно стал отступать, связано, в первую очередь, с наступлением летнего периода. Велика вероятность роста заболеваемости брюшным тифом, холерой и другими инфекциями.

Было постановлено: усилить работу Отдела здравоохранения в борьбе с эпидемиями, обратиться в губернские организации по вопросам снабжения необходимыми продуктами питания и другими недостающими материалами. [5]

В октябре 1920 г. состоялся VI Красноуфимский уездный Съезд

Советов, на котором от Отдела Здравоохранения был заслушан доклад А. Кузнецова. Там говорится, что в состав Уздревотдела на тот момент входили следующие подотделы: 1) лечебный; 2) фармацевтический; 3) санитарно-эпидемический; 4) охраны здоровья детей; 5) охраны материнства и младенчества; 6) экспертизы; 7) хозяйственный. По словам докладчика, «работа подотделов велась не так энергично, как хотелось бы, оттого что в значительной степени ощущается недостаток работников, который не устранен до настоящего времени. Работа лечебного подотдела за последние пять месяцев заключалась в том, что наводился порядок в лечебных заведениях, в т. ч. и в хозяйственном отношении. Производился ремонт, приобреталось всякого рода имущество, пополнялись ряды медицинских работников, в результате чего все фельдшерские пункты в настоящее время имеют фельдшеров. Медицинская помощь приходящим больным оказывалась в амбулаториях Красноуфимской больницы, в 13 амбулаторных врачебных участках и 23 фельдшерских пунктах». В период с 1 мая по 1 сентября 1920 г. было принято первичных и повторных больных 12 752 чел. За 13 месяцев таких больных было 338 146 чел. Медицинская помощь только в Красноуфимске и 2 участковых больницах оказывалась врачами, в остальных местах, из-за отсутствия таковых, - фельдшерами... Хирургическая помощь оказывалась больным исключительно в Красноуфимской больнице, а в уезде она ограничивалась областью малой хирургии....

Работа санитарно-эпидемического подотдела за отчетный период сводилась к работе по борьбе с «замирающей» тифозной эпидемией. Разгар эпидемии приходился на февраль, когда зарегистрировано было больных сыпным тифом 3 264 чел.

За отчетный период ход тифозной эпидемии представлен так, заболели:

	сыпным тифом, чел	возвратным тифом, чел.
<b>май</b>	1248	234
<b>июнь</b>	734	275
<b>июль</b>	368	212
<b>июль</b>	126	214
<b>Смертность составила 6,5 %.</b>		
<b>сентябрь (первые 3 недели)</b>	58	115

Тифозные больные помещались в бараки при участковых больницах и бараки при фельдшерских пунктах. В летние месяцы, не благоприятствующие развитию тифозной эпидемии, меры изоляции больных в бараки с производством дезинфекции белья/одежды и помещений свели к концу сентября сыпно-тифозную эпидемию к небольшому числу заболеваний.

Из других заразных болезней в указанный период большое число заболеваний приходилось на дизентерию – обычную летнюю болезнь, которая к концу сентября пошла на убыль.

Были отдельные случаи заболевания оспой, прививки против которой производились довольно энергично 23 оспопрививательницами. За 13 месяцев предохранительная оспа была привита около 800 детям и принимались меры по усилению этой работы. Меры просветительского характера по борьбе с эпидемическими заболеваниями принимались путем распространения литературы о заразных болезнях, устройства популярных лекций, которые читали два приглашенных лектора и некоторые фельдшеры уезда.

Для радикальной борьбы со вспышками эпидемических болезней решено создать в уезде санитарную организацию. Согласно этому плану, в каждом поселении от 100 дворов выбирается один санитарный староста, а из старост организуются волостные санитарные комиссии. Работа их была направлена к устраниению всех санитарных нарушений, в борьбе за чистоту и своевременному сообщению о подозрительных в плане заразности больных медицинскому персоналу. Работой старост и комиссий должен был руководить медицинский персонал и оплачиваемые санитарные наблюдатели.

Предполагалось, что в случае появления эпидемии подотдел спешно развернет при больничных бараках и 10 фельдшерских пунктах до 800 коек, а в случае необходимости при остальных фельдшерских пунктах будут открыто еще до 200 коек. Были приняты меры к получению новых дезинфекционных камер из расчета не менее одной на врачебный участок.

Съезд вынес ряд постановлений, направленных на борьбу с эпидемиями [6], после чего началась активная работа в волостях по выборам санитарных комиссий и санитарных старост. Заседания, посвященные этому вопросу, к примеру, состоялись в Афанасьевской волости (протокол № 38 от 6.10.1920 г.), в Ачитской волости (протокол № 56, 57 от

21.11. 1920 г.), в Мосинской волости (протокол № 16 от 17.11.1920 г.) и многих других волостях.[7]

В отчете о деятельности Уездного Отдела Здравоохранения за ноябрь 1920 г. указывается, что лечебным подотделом, как и в прошлые отчетные периоды, было обращено пристальное внимание на ремонт больниц и бараков, а также - на приведение в надлежащий порядок всех лечебных учреждений уезда. Предлагалось всем волостным Исполкомам предоставлять под лечебные учреждения удобные помещения.

В целях борьбы с венерическими заболеваниями указанным подотделом предлагалось во всех имеющихся больницах выделить по одной комнате для стационарного лечения больных. Кроме того, всем заведующим врачебными участками и фельдшерскими пунктами предложено обратить самое серьезное внимание и на амбулаторное лечение «венериков».

Также сотрудниками подотдела была выдвинута идея «в недалеком будущем созвать Съезд медицинских работников для выявления разных вопросов общего характера по медицине и санитарии. Для возможно широкого освещения всех вопросов всем фельдшерам предложено сообщить, какие вопросы им желательно поставить на обсуждение».

Санитарно-эпидемическим подотделом в ноябре 1920 г. организована уездная санитарная комиссия. Город разделен на кварталы, назначены председатели, несущие также обязанности санитарных старост. Кроме того, работали санитарные наблюдатели.

Уездная санитарная комиссия провела два заседания и вынесла следующие постановления:

- 1) о приведении в порядок прорубей;
- 2) о принятии мер, запрещающих свалки навоза и нечистот на берегах р. Уфы и старицы, в т.ч. – и на льду данных водоемов;
- 3) о постройке теплушек для полоскания белья;
- 4) об устройстве водоразборного крана в бывшем винном складе.

Все вышеуказанные постановления были переданы для исполнения Красноуфимскому Комхозу.

Представителями санитарно-эпидемического подотдела за истекший период были проверены на предмет соблюдения санитарных норм мыловаренный завод и его усадебное место, советская столовая, па-

рикмахерская, пекарни и другие частные дома, где требовался санитарный надзор. В результате организационных мер было «соорганизовано 19 санитарных комиссий, выбрано 131 человек санитарных старост. Санитарных наблюдателей к 1 декабря 17 человек. Санитарная комиссия организована также в Красноуфимском исправдоме. Для предупреждения распространения заболеваний сыпного и возвратного тифа принимаются меры к изоляции заразных больных и производством дезинфекции. В ноябре месяце подотделом открыты вновь заразные бараки в с. Афанасьевском и Быковском.

Всем оспопрививательницам предложено приступить к ревакцинации учащихся. Вакцинация, благодаря сложившемуся у населения убеждению не производить в зимнее время, проводится слабо. Для ознакомления населения с разного рода заболеваниями всем фельдшерам в порядке трудовой повинности вменено в обязанность чтение лекций и устройство бесед. Лекции предложено читать в амбулаториях, на митингах, спектаклях и разного рода собраниях».

В данном отчете приводится таблица эпидемических заболеваний за октябрь месяца 1920 г. (см. ниже)[9]

На 1921 год, согласно штатного расписания, в списках УздревОтдела значилось 52 медицинских работника. Из них: заведующий отделом – 1 чел., секретариат – 6 чел., бухгалтерия – 12 чел., хозяйственный подотдел – 9 чел., лечебный подотдел – 3 чел., санитарно-эпидемический подотдел – 3 чел., подотдел охраны здоровья детей – 3 чел., подотдел материнства и младенчества – 4 чел., подотдел медицинской экспертизы – 3 чел., фармацевтический подотдел – 6 чел.

В 1921 году на территории Красноуфимского уезда бушевали эпидемии холеры, сыпного тифа, брюшного тифа, возвратного тифа. Для борьбы с ними Отделом здравоохранения был организован специальный эпидемический отряд из медицинского персонала.

Борьба с заразными заболеваниями оставалась актуальной и велась напряженно. Недостаток медицинского персонала ощущался и в последующие годы. Изучая протоколы заседаний Красноуфимского уездного Исполкома за 1918–1923 гг., можно утверждать, что тема снабжения лечебных учреждений топливом, продуктами питания для больных, медикаментами, средствами дезинфекции стояла очень остро. Не оставались без внимания и места лишения свободы. Так, в феврале 1922 г. в Красноуфимский горздравотдел поступила копия Инструкции Губернской

Название участков	Тип	Сыпной брюшной			возвратный			Неопределен			Скарлатина			Дифтерия			Оспа			Рожа			Дизентерия			Испанка				
		3,	у,	3,	у,	3,	у,	3,	у,	3,	у,	3,	у,	3,	у,	3,	у,	3,	у,	3,	у,	3,	у,	3,	у,	3,	у,	3,	у,	
Красноуфимский	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	6	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Артинский	5	-	3	-	8	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ангтский	9	-	2	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Бисерский	2	-	4	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	23	-	35	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	
Богородский	-	-	19	-	81	-	20	1	-	-	-	-	-	14	4	37	-	40	2	32	-	84	-	-	-	-	-	-	-	
Ключевской	11	-	-	12	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-	3	-	2	-	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	
Михайловский	18	2	-	4	-	-	-	-	-	-	8	-	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Н-Серинский	-	-	-	21	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	5	-	46	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Нязепетровский	4	-	-	16	-	4	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Саранинский	Заболеваний нет																													
Сусуманский	9	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Уткинский	-	-	-	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	9	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Поташкинский	2	-	9	1	21	1	2	-	-	-	-	-	-	3	2	1	-	12	-	25	-	2	-	-	-	-	-	-	-	
Сылвенский	4	-	2	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Всего:</b>	<b>77</b>	<b>2</b>	<b>47</b>	<b>1</b>	<b>252</b>	<b>3</b>	<b>28</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>27</b>	<b>6</b>	<b>74</b>	<b>-</b>	<b>99</b>	<b>3</b>	<b>140</b>	<b>1</b>	<b>102</b>	<b>-</b>									

Чрезвычайной санитарной комиссии с описанием мер от заноса эпидемических заболеваний в места и из мест лишения свободы.[11]

Таким образом, и в тяжелые годы Гражданской войны органы исполнительной власти на территории нашего города и уезда совместно с Отделом здравоохранения, Военным Комисариатом находили возможности и предпринимали решительные меры в борьбе с эпидемическими заболеваниями.

**Список использованных источников:**

1. Государственный архив в г. Красноуфимске. Ф.Р-107. Оп.1.Д.3.С1-11.Д.6.Л.2.
2. Государственный архив в г. Красноуфимске. Ф № Р-6. Оп.1.Д.20.Л.6.
3. Государственный архив в г. Красноуфимске. Ф.№ Р-107. Оп.1. Д.1.Л.39.
4. Государственный архив в г. Красноуфимске. Ф.№ Р-6.Оп.1. Д.18.Л.3.
5. Государственный архив в г. Красноуфимске. Ф.№ Р-6.Оп.1. Д.18.Л.13-19.
6. Государственный архив в г. Красноуфимске. Ф.№ Р-6.Оп.1. Д.40.Л.23-26а.
7. Государственный архив в г. Красноуфимске. Ф.№ Р-6.Оп.1. Д.54.
8. Государственный архив в г. Красноуфимске. Ф.№ Р-6.Оп.1. Д.56.
9. Государственный архив в г. Красноуфимске. Ф.№ Р-6.Оп 1.Д.98.Л.21 об.
10. Музей истории медицины. «История больницы (от земства до наших дней.)» Г. Красноуфимск. С. 32–35.
11. Государственный архив в г. Красноуфимске. Ф.Р-107. Оп.1.Д.14.

# **ЭПИДЕМИИ ТИФА НА УРАЛЕ В ПЕРИОД ГРАЖДАНСКОЙ ВОЙНЫ**

Круткова А.А., студентка 2 курса

Бабахова М.П., руководитель

*e-mail: nastasya-krutikova@bk.ru*

*Фармацевтический филиал ГБПОУ «СОМК», г. Екатеринбург*

В период социальных потрясений резко возрастает угроза возникновения инфекционных заболеваний, перерастающих в эпидемии и своими масштабами грозящих существованию любого правления. За свою историю Россия прошла сквозь множество эпидемий, и власти прилагали разного рода усилия для борьбы с ними. Наиболее масштабные эпидемические заболевания XX века пришлись на эпоху гражданской войны. В это время власти использовали чрезвычайные мобилизационные меры по ликвидации масштабных острозаразных заболеваний.

На сегодняшний день эпидемическая ситуация на Урале и в целом по стране также весьма нестабильна. Изучать исторические традиции отечественной эпидемиологии необходимо для формирования основных противоэпидемических концепций на современном этапе развития России.

Эпидемия – это массовое и прогрессирующее распространение инфекционного заболевания в пределах определенной территории, характеризующееся тяжелым течением, высоким уровнем смертности и инвалидности, значительно превышающее обычно регистрируемый уровень заболеваемости за аналогичный период [1].

Россия, и Урал в частности, уже знакомы с трагическими последствиями, оставленными эпидемиями чумы, тифа, холеры и других крайне опасных заболеваний. История эпидемиологии знает немало эпизодов, подобных периоду гражданской войны.

Революция, Первая мировая война, гражданская война заметно ухудшили санитарно-эпидемиологическую ситуацию в России. Локальные очаги инфекционных заболеваний перерастали в эпидемии. Важнейшей проблемой России 1914–1922 годов стали эпидемии тифа, туберкулеза, малярии, чесотки, гриппа, дизентерии, холеры, педикулеза, кожных и венерических заболеваний. Нередко и социальная обстановка населения усугубляла эпидемиологическое положение в стране и, как следствие, могла являться дополнительным фактором

для распространения и без того смертельно опасных и крайне заразных заболеваний, которые уносили миллионы жизней. По масштабам и скорости заражения населения «лидером» среди инфекционных заболеваний стал тиф.

Термин «тиф» берет свое начало из древнегреческого языка и переводится как «туман», «помрачение сознания». Именно так когда-то называли группу острых инфекций, сопровождающихся лихорадкой, общей интоксикацией, расстройствами сознания и нарушением психики [2].

До начала XIX века под названием «тиф» подразумевали все состояния организма, сопровождающееся нарушениями психики на фоне лихорадки и интоксикации.

Совокупность инфекционных заболеваний под названием **эпидемический сыпной тиф** (вшивый, голодный, тюремный, военный тиф, лагерная лихорадка, классический сыпной тиф) вызывают внутриклеточные микроорганизмы риккетсии. Они названы в 1909 году в честь американского исследователя Ховарда Тейлора Риккетса, открывшего возбудителя «пятнистой лихорадки» Скалистых гор.

Инфекционную природу эпидемического сыпного тифа (заразительность крови больного) в 70–80-е годы XIX века доказал Осип Осипович Мочутковский в опыте самозаражения. Он ввел в разрез предплечья кровь больного сыпным тифом. Заболевание наступило на 18 день после заражения и протекало в тяжелой форме.

Возбудитель – *Rickettsia prowazekii* был открыт чешским естествоиспытателем Станиславом Провачеком в 1915 году.

**Брюшной тиф** относится к группе кишечных инфекций, характеризующийся язвенным поражением лимфатического аппарата тонкой кишки, циклическим течением, бактериемией, продолжительной лихорадкой, сыпью на коже, кишечными расстройствами, тяжелой интоксикацией организма. Возбудителем брюшного тифа является *Salmonella Typhi*, а источником возбудителя – больной человек или человек бактерионоситель.

В 1880 году Карл Жозеф Эберт немецкий бактериолог и патолог обнаружил паразитарные клетки в пейкеровых бляшках, селезенке и лимфатических узлах человека, умершего от брюшного тифа. Обнаруженный возбудитель получил название палочки Эбера. В 1900 году возбудителям брюшного тифа присвоено родовое название *Salmonella*. Классическое подробное описание брюшного тифа представил Сергей Петрович Боткин в 1868 году.

**Эпидемический возвратный тиф** (вшивый возвратный тиф, возвратная лихорадка, возвратный спирохетоз) – острое инфекционное заболевание, вызываемое боррелиями и характеризующееся острым началом, общей интоксикацией и приступообразной лихорадкой.

Возбудителем эпидемического возвратного тифа является *Borrelia recurrentis*. Источником инфекции при эпидемическом возвратном тифе служит больной человек в стадии лихорадки, в периферической крови которого находятся боррелии. Переносчиками являются вши рода *Pediculus* (платяная, головная и лобковая), которые становятся наиболее заразными с 6 по 28 день после кровососания.

Возвратный тиф впервые был описан под названием “пятидневная лихорадка с возвратами”. В 1808 году немецкий врач Отто Обермайер открыл возбудителя болезни и отнес его к группе спирохет [3].

В 1917 году Урал находился на границе тыла и фронта. Уже в конце 1917 – начале 1918 годов через него усилилась миграция беженцев, демобилизованных солдат и дезертиrov из зоны боевых действий в Сибирь. Как отмечено в документах тех лет, весной 1918 года на Урал стали возвращаться фронтовики, они завезли туберкулез, тиф, холеру и венерические заболевания, которые приобрели характер эпидемий. Так, на Урале сифилисом бывало заражено население целых деревень и заводских поселков [6].

Разумеется, ухудшение эпидемической обстановки обусловлено не только миграцией в Сибирь и разбушевавшимися на Урале военными действиями. Колossalные масштабы эпидемии объясняются и разрушениями, резким ухудшением жизненных условий, ветхостью санитарных сооружений в городах, низкой санитарной культурой населения, топливным и продовольственным кризисами, негативным эмоциональным фоном и постоянным возникновением стрессовых ситуаций.

Уже в 1918 году было зарегистрировано 141,6 тыс. больных сыпным тифом и 16,6 тыс. – возвратным, в 1919 году – 22240,8 тыс. и 227,9 тыс. соответственно. В 1920 году количество больных тифом стремительно увеличивалось: 2667, 5 тыс. и 1031,6 тыс. По известным данным, в России в 1918–1922 годах только этими двумя видами тифа переболело более 9,7 млн. человек [4].

Впоследствии советские ученые утверждали, что распространение инфекционных заболеваний в период гражданской войны связано с действиями белых. Николай Александрович Семашко – первый нарком

здравоохранения РСФСР (1918–1930), организатор и руководитель первой в стране кафедры социальной гигиены, в 1920 году писал, что в армиях Александра Васильевича Колчака и Александра Ильича Дутова до 80% личного состава было инфицировано тифом – при отступлении белые оставляли больных, создавая тем самым очаги инфекций.

В свою очередь, в литературе белых эмигрантов в возникновении эпидемий винили большевиков. Писали о том, что бойцы Красной армии видели, что врачи не сочувствовали советской власти и, якобы, давали бойцам не «выздоравливающее лекарство», а лекарство смерти: «красные бойцы уезжали в лазареты с наганами для того, чтобы и на фронте медицины изжить недостатки» [5]. На сегодняшний день с уверенностью можно утверждать, что разносчиками инфекционных заболеваний являлись обе воюющие армии, поскольку неблагоприятная эпидемическая обстановка имела место быть на всей территории России.

Летом 1918 года гражданская война настигла и Урал, эпидемии стали массовыми и масштабными. Транссибирская магистраль в ходе гражданской войны стала путем распространения инфекций на Урал и в Сибирь. О тех событиях вспоминал современник: «Целые вагоны вымирают от тифа. Врача ни одного. Медикаментов никаких. Целые семьи в бреду. Вдоль дороги трупы. У станций штабеля трупов» [7].

К концу осени 1918 года эпидемии молниеносно распространялись по Уралу и обернулись серьезной проблемой для населения. В Екатеринбурге первые случаи заражения тифом были зафиксированы в начале января 1919 года, к концу месяца число заболевших приближалось к нескольким сотням, и эпидемическая обстановка в городе была объявлена неблагополучной. Антибольшевистские правительства стремились создать новую систему здравоохранения, базирующуюся на дореволюционных началах.

При областном уральском правительстве создавались санитарно-медицинские отделы и комитеты, главными задачами которых были восстановление городских, частных и земских медицинских учреждений и привлечение медицинского персонала к охране здоровья и лечению населения. Для осуществления масштабных мероприятий, региональные органы власти не имели материальных возможностей.

На местах было принято решение о расширении инфекционных отделений и палат, об и открытии новых инфекционных бараков. Многие лечебные учреждения были перепрофилированы под временные «за-

разные бараки», сократилось количество кабинетов, оказывающих терапевтическую, хирургическую и иную медицинскую помощь. Через союзные миссии завозились в города средства дезинфекции общества Красного Креста, вакцины, перевязочные материалы. Повсеместно строили новые бани для помывки военных гарнизонов, на вокзалах открывали дезинфекционные пункты [8].

Весной 1919 года городскими властями было принято решение в ограничении массовых гуляний и многолюдных празднований, балов и собраний населения. При острой необходимости закрывались образовательные и культурно-развлекательные учреждения, создавались инфекционные отряды, которые направлялись в очаги эпидемий, занимаясь лечением заболевших. К началу лета 1919 года стало ясно, что этих мер недостаточно, все больницы и инфекционные бараки переполнены, принимать заболевших они уже не могли.

Летом 1919 года на Среднем Урале власть перешла в руки красных. При этом победа над эпидемиями стала приоритетной целью, поскольку именно на вторую половину 1919 года пришлась новая волна инфекционных заболеваний.

Летом и осенью 1919 года создаются новые советские органы здравоохранения в губерниях, уездах и волостях края. Эпидемии и голод вынудили местные власти прибегнуть к чрезвычайным мерам. Во-первых, было принято решение о создании в освобожденных от белых территориях Урала, на базе губернских и уездных отделов здравоохранения чрезвычайных органов по борьбе с эпидемиями: чекатифов (чрезвычайных комиссий по борьбе с тифом) и чекахолов (чрезвычайных комиссий по борьбе с холерой). В их состав входили все лечебные учреждения гражданского, военного и железнодорожного ведомств. Чекатифы и чекахолы устанавливали и осуществляли жесткие мобилизационные меры по борьбе с эпидемиями.

Власти всех губерний должны были обеспечить проведение мобилизации медицинского персонала для осуществления противоэпидемических мер. Невзирая на классовую принадлежность или службу в белой армии врачи, медсестры, санитары по путевкам чекатифов переводились в инфекционные бараки и палаты, инфекционные отряды, эвакопункты на станциях железных дорог. Все аптеки были срочно национализированы, лекарства распределялись централизовано, по решению отделов здравоохранения.

Население также должно было принимать участие в улучшении эпидемической обстановки. По решениям чекатифов, местные власти привлекали жителей к вывозу мусора, подвозу дров и продовольствия к больницам, к вывозу трупов и кремированию умерших.

Все крупные железнодорожные станции были оснащены эвакопунктами, сотрудники которых контролировали проведение санитарной обработки у гражданских пассажиров и военнослужащих. Солдаты и офицеры всех воинских эшелонов проходили обязательную помывку, им выдавалось чистое белье, грязное подлежало санитарной обработке. Железнодорожные составы перед отправлением и по прибытию на конечную станцию подвергались дезинфекции. Солдат Красной Армии прививали против тифа, холеры, оспы.

Исключительный случай в истории уральских железных дорог произошел в ноябре 1919 года. Чтобы уменьшить распространение сыпного тифа, на линиях Челябинск – Пермь, Челябинск – Уфа, Пермь – Екатеринбург и некоторых других было прекращено пассажирское движение на четыре месяца.

Предпринятые жесткие ограничительные меры власти большевиков привели к снижению темпов роста заболеваемости. К весне 1920 года на Урале наблюдалось улучшение эпидемической обстановки: уменьшение количества заболевших и умерших от инфекционных заболеваний [9].

Но это временное улучшение длилось недолго. В 1921 году страну захлестнула новая волна эпидемий. Так, в Пермской губернии в 1922 году заболеваемость тифами выросла в 2 раза по сравнению с 1920 годом, а в Уфимской за один год (с июня 1921 по июль 1922 годов) количество больных выросло в 20 раз.

После окончания военных действий на регион обрушился катастрофически тяжелый социально-экономический кризис, повлекший за собой голод и обострение и без того неблагоприятной эпидемической обстановки. Для борьбы с ростом эпидемических заболеваний уральские власти вновь прибегли к чрезвычайным методам – мобилизации медицинского персонала, усилинию дезинфекционного режима, расширению прививочной кампании. Уральские медики к этому времени уже имели богатый опыт по борьбе с эпидемиями. К концу 1923 года заболеваемость инфекционными болезнями пошла на спад.

Эпидемическая ситуация на Урале в период гражданской войны протекала по тем же схемам, что и в целом в стране. Сравнивая проти-

воэпидемическую тактику белых и красных, можно проследить сходство принимаемых мер в условиях ожесточенного военного конфликта. Открытие новых инфекционных отделений в больницах и перепрофилирование лечебных учреждений под инфекционные, создание эвакопунктов, инфекционных отрядов, строительство общественных бань, запрет на проведение массовых мероприятий и т. п.

Одним из главных отличий большевиков в борьбе с эпидемиями было применение чрезвычайных мер, создание «чекатифов» и «чекахолов». Тяжелые времена требовали принятия этих радикальных решений. Благодаря такому жесткому подходу, полностью соответствующему политике военного коммунизма, удалось добиться эффекта – снизить темпы заболеваемости. Но самой главной помощью в борьбе с эпидемиями являлась политическая и социально-экономическая стабильность.

#### **Список литературы:**

1. Билич Г., Зигалова Е. Популярная медицинская энциклопедия. – 2018 [Электронный ресурс] – URL: [https://bookmos.ru/components/com\\_jshopping/files/img\\_products/populyarnaya-medicinskaya-enciklopediya-2018-978-5-98811-514-4.pdf](https://bookmos.ru/components/com_jshopping/files/img_products/populyarnaya-medicinskaya-enciklopediya-2018-978-5-98811-514-4.pdf) (дата обращения 18.11.2021 г.)
2. Большой энциклопедический словарь [Электронный ресурс] URL: <https://rus-big-enc-dict.slovaronline.com/> (дата обращения 19.11.2021 г.)
3. Микробиология / Под ред. В. Т. Емцева. Москва: Издательство Юрайт, 2019.
4. Государственный архив Свердловской области. Ф. 47. Оп. 1. Д. 9.
5. Островкин Д.Л., Инфекционные заболевания на Урале в 1918-1920 гг. //Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2018. – Т. 15. – №. 3. – С. 488-495.
6. Государственный архив Свердловской области. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18.
7. Агалаков А., Эпидемия тифа во время русской Гражданской войны [Электронный ресурс]. – URL: <http://s30116489994.mirtesen.ru/blog/43936484277/Epidemiya-tifa-vo-vremya-russkoy-Grazhdanskoy-voyny> (дата обращения: 26.11.2021)
8. Шапошников Г.Н., Эпидемии на Урале 1918-1920 гг. и меры противоборствующих властей по борьбе с ними //История меди-

*цины и образования города Перми – три века служения людям.*  
– 2019. – С. 54-62.

9. Журавлева В.А., *Смертность городского населения Урала от инфекционных заболеваний в 1920–1923 гг. //HUMANITARIAN SCIENCES IN SIBERIA.* – 2018. – С. 44.

## **СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, БОРЬБА С ЭПИДЕМИЯМИ В КРАСНОУФИМСКЕ И КРАСНОУФИМСКОМ УЕЗДЕ (КРАСНОУФИМСКОМ РАЙОНЕ - С ДЕКАБРЯ 1923 ГОДА) В ПЕРВЫЕ ГОДЫ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ**

Алексейчик Любовь Евгеньевна, ст. науч. сотрудник

e-mail: suzevaluba@mail.ru

МБУ «Красноуфимский краеведческий музей»  
ГО Красноуфимск

С 23 по 30 мая 1918 года в Красноуфимске состоялся II-ой уездный съезд Советов. На съезде присутствовало 76 делегатов, которые представляли 53 волостных Совета. На съезде обсуждались очередные задачи Советской власти в области земледелия, промышленности и транспорта, создания отрядов Красной гвардии, народного образования и здравоохранения.

В том числе на рассмотрение II-го уездного съезда Советов рабочих и крестьянских депутатов выносился доклад секции по вопросам медицины и ветеринарии. После обсуждения были вынесены следующие постановления:

- уездному комиссариату здравоохранения разработать сеть врачебных участков, устроить заразные бараки, родильные приюты, снабдить больницы инструментами, медикаментами;

- выделить средства для постройки при городской больнице изолятора для нервнобольных;

- организовать лечение Ключевскими минеральными водами больных и раненых воинов;

- предоставить право бесплатного лечения в водолечебницах с полным содержанием всех неимущих;

- осуществлять контроль за работой оспопрививателей.

Красноуфимский уездный отдел здравоохранения был образован в августе 1919 года после освобождения Красноуфимского уезда Красной Армией от белогвардейских войск.[1] Его компетенция распространялась на 37 волостей: Агафоновскую, Александровскую, Алмазскую, Алтыновскую, Артинскую, Афанасьевскую, Ачитскую, Богородскую, Быковскую, Верх-Суксунскую, Енапаевскую, Журавлинскую, Златоустовскую, Иргинскую, Каргинскую, Кленовскую, Криулинскую, Манчажскую, Молебскую, Мосинскую, Мостовскую, Ново-Златоустовскую, Петропавловскую, Покровско-Хуторскую, Поташинскую, Рахмангуловскую, Сажинскую, Саранинскую, Советинскую, Суксунскую, Сыринскую, Тисовскую, Тихоновскую, Токтаревскую, Торговицкую, Утинскую, Ялымскую.

Красноуфимский уездный отдел здравоохранения вел учет врачей, медицинского и фармацевтического персонала, разрабатывал мероприятия по предупреждению и борьбе с холерой, сыпным и брюшным тифом, туберкулезом и др. желудочно-кишечными заболеваниями.

В этот период на территории уезда действовало 4 больницы: Артинская, Н. Сергинская; на территории Красноуфимска: Советская больница, детская больница, родильный покой, аптека. Уезд был разделен на 10 медицинских участков: Артинский, Ачитский, Богородский, Бисертский, Михайловский, Нижне-Сергинский, Саранинский, Суксунский, Уткинский, Ключевской.[2]

Согласно штатного расписания на 1921 год в отделе здравоохранения значилось 52 сотрудника: заведующий отделом, секретариат – 6 человек, бухгалтерия – 12 человек, хозяйственный подотдел – 9 человек, лечебный подотдел – 3 человека, санитарно-эпидемический подотдел – 2 человека, эвакуационный – 3 человека, подотдел охраны здоровья детей – 3 человека, подотдел материнства и младенчества – 4 человека, медицинской экспертизы – 3 человека, фармацевтический – 6 человек.

В декабре 1923 года в связи с реорганизацией местного управления и упразднения губерний, уездов и волостей, Красноуфимский уездный отдел здравоохранения был ликвидирован. Его функции были переданы отделу здравоохранения исполкома Красноуфимского районного Совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов.[3 ]

20-24 января 1920 года в Красноуфимске состоялся 4-ый уездный съезд Советов. С докладом о состоянии здравоохранения выступил то-

варищ Кузнецовых. Докладчик отмечал, что весь медицинский персонал работал по борьбе с эпидемиями.

Также он сообщил, что Красноуфимский уезд до революции был одним из наименее развитых уездов Пермской губернии по состоянию здравоохранения и медицинского обслуживания населения. Больниц было мало, и уезд с населением 350 тысяч человек имел для всех больных 220 коек. Оборудованы больницы были плохо, а за годы войны пришли в полный упадок, старый инвентарь износился, новый еще не получен. В гражданскую войну лечебные учреждения эвакуировались как красными, так и белыми войсками. В результате в них не осталось ни белья, ни одеял, ни утвари, ни хирургических инструментов.

**В уезде вспыхивали эпидемии тифа**, появилась масса больных, которых требовалось госпитализировать. За послевоенных полгода заболело 2574 человека. К ним добавились 1340 заболевших из местного воинского гарнизона, у которого не было своего госпиталя, и еще больные принимались с железной дороги.

На первых порах удалось обзавестись кое-каким бельем, одеялами из половиков, раздобыть койки. Работа по обеспечению бельем пошла энергичнее, когда в начале декабря была получена для отдела мануфактура в количестве 25 тыс. аршин. Также надо было направлять продовольствие с таким трудом доставляемое Упрдоркомом (*уездным продовольственным комитетом - прим. Л.А.*), заботиться о том, чтобы больные не мерзли от холода из-за недостатка дров, которых леском не мог подвозить в достаточном количестве.

Еще труднее было организовывать лечение в больницах уезда. Продовольственный кризис сказывался на их работе еще острее, чем в городской больнице. «Керосиновый голод» сменился хлебным, хлебный - мясным. Общими усилиями удалось развернуть в уезде до 1000 коек и дать приют больным.

Крайне трудной задачей для уездного отдела здравоохранения было обеспечение уезда медицинским персоналом. В 1919 году был один врач в городе и один в уезде. Из 25 фельдшерских пунктов приставали 12. Все просьбы о присылке врачей и фельдшеров из центра оставались безуспешными, были присланы только один врач и одна женщина-фельдшер, которые вскоре заболели и участия в работе не принимали. На работу в городскую и участковые больницы принимали ротных фельдшеров, не состоявших на воинской службе.

Для обслуживания заразных бараков брались находившиеся в уезде сестры милосердия. Пополняемые таким образом ряды медработников сильно редели вследствие заболевания сыпным тифом. За 4 месяца сыпным тифом переболели 15 фельдшеров, 11 акушерок и сестер милосердия.

**В начале 1920 года в уезде разразилась эпидемия тифа**, которая началась с заводских волостей, где остро стоял вопрос с продовольствием, а затем распространилась на крестьянские волости.

Эта эпидемия внесла в работу отдела здравоохранения такие осложнения, что при недостатке медицинского персонала и хозяйственной разрухе, работа его практически сводилась на нет. Почти совершенно прекратились хирургические операции. Помощь венерическим больным, которых было много, оказывалась только амбулаторно. Родильные приюты, в которых остро нуждался весь уезд, еще не открывались из-за отсутствия белья и оборудования. По целым месяцам в больницах не было самых необходимых лекарств. Еще хуже обстояли дела с перевязочными материалами и медицинскими инструментами - например, в больнице на 50 человек был один термометр.[4]

В 1921 году для оказания медицинской помощи населению уезд был разбит на 7 врачебных участков и 17 фельдшерских пунктов. В каждом врачебном участке имелись участковые больницы и постоянные заразные бараки, а в некоторых фельдшерских пунктах были открыты временные заразные бараки. По статистическим данным за период с апреля по ноябрь 1921 года, первичных больных было 88140, повторных – 84715, всего – 172855 человек. Тогда как больничных коек в городе и уезде было – 527, инфекционных – 20.

Летом 1921 года лечебным подотделом был открыт курорт в Б. Ключах, детский санаторий для туберкулезных детей в деревне Межевой и организовано кумысолечение на дому, для чего была произведена частичная мобилизация молочных кобылиц. В детском санатории находилось 20 детей. Условия, в которых они находились, были неудовлетворительные. Дом, реквизированный для санатория, был мал. Питание было нормальное. Ощущался недостаток в персонале - необходима была сестра-воспитательница со специальной подготовкой, подыскать которую не удавалось.

Курортным лечением в Б. Ключах пользовалось в 1921 году 164 человека. Для отбора больных была организована специальная комиссия,

преимущество отдавалось рабочим и крестьянам.

Чувствовался острый недостаток врачей. Не хватало самых необходимых лекарств: жаропонижающих, йода и др. В лечебной лаборатории, при больнице, изготавляли сложные фармацевтические препараты.

Большая работа летом 1921 года была проведена по сбору лекарственных трав. Требовалось собрать 24 вида лекарственных растений в общем количестве около 220 пудов в сухом виде. А всего по уезду собрано было и доставлено на городские склады здравотдела и губсоюза 585 пудов.

В обязанности санитарно-эпидемического отдела входила забота об улучшении санитарно-гигиенических условий жизни рабочих и крестьян. Особое внимание было обращено на качество источников водоснабжения, так как вода может служить рассадником многих инфекционных заболеваний. Было проведено обследование колодцев.

**В результате успешной борьбы с эпидемией сыпного и возвратного тифа** многие временные бараки в июле были закрыты. Заведующим участками и фельдшерскими пунктами было предложено произвести ремонт бараков, чтобы они были всегда готовы к открытию на случай появления новой эпидемии.

**С апреля по октябрь 1921 года больных тифом было 1073, с наступлением холодов количество заболеваний тифом увеличилось.** В начале июня появились случаи заболевания холерой, которая была занесена переселенцами. Медицинскому персоналу были сделаны противохолерные прививки. В июле стала распространяться эпидемия желудочно-кишечных заболеваний.

В ведении подотдела охраны материнства и младенчества находились 4 патронажа и 5 яслей. Детей до трехлетнего возраста в этих учреждениях было 268 человек. Очень плохо обстояло дело со снабжением их продовольствием. На детей выдавали по 7 футов овсяной муки на месяц, поэтому питались в основном картофелем. Плохое питание вызывало болезни среди детей, а также высокую детскую смертность. Из-за отсутствия теплой одежды детей не отпускали на улицу. Кормящие матери не получали пайка, поэтому не в состоянии были кормить своих детей, что заставляло их нести детей в ясли.[5]

Заместителем заведующего здравотделом в конце 1921 года в Красноуфимске был фельдшер Минин Григорий Харлампиевич, 1876 года рождения, закончивший Пермскую фельдшерскую школу.[6]

## **Список медицинских работников, работавших в 1919-1922 гг. в больницах города и уезда:**

1. Сидоров Павел Семенович, 1889 года рождения, врач Артинского завода, участник 1-ой Мировой войны, в 1918 году окончил Казанский университет.
2. Ермолин Алексей Петрович, 1893 года рождения, врач-венеролог села Богоявленское, заведующий детской больницей. В 1918 году окончил медицинский факультет Томского университета.
3. Хрусталев Арсений Иванович, 1886 года рождения, врач-терапевт, заведующий Красноуфимской больницей. В 1916 году окончил Московский университет, участник гражданской войны.
4. Неизвестных Вера Васильевна, 1882 года рождения, санитарный врач, заведующая Ключиковским и Суксунским врачебными участками. Окончила Московский университет в 1918 году.
5. Синельникова Надежда Владимировна, 1889 года рождения, врач-терапевт, заведующая детской больницей. Окончила Юрьевский университет в 1916 году.
6. Хрусталева Раиса Андреевна, 1894 года рождения, специалист по внутренним болезням. Ординатор Красноуфимской больницы. Окончила Екатеринбургский университет в 1922 году.
7. Сенкевич Эмиль Марианович, 1880 года рождения, врач-хирург городской больницы. Родился в Варшаве, окончил варшавский университет в 1907 году, участник гражданской войны.[ 7]
8. Садовникова Елизавета Дмитриевна, 1868 года рождения, врач-окулист Красноуфимской больницы, стаж работы 20 лет, окончила Петроградский университет.
9. Колесников Андрей Александрович, 1858 года рождения, врач-терапевт, стаж работы 32 года. Окончил Казанский университет в 1888 году.
10. Раскина Розалия Израиловна, 1895 года рождения, врач-терапевт, стаж 1 год. Окончила Московский университет.
11. Сенкевич Александра Захаровна, 1874 года рождения, врач-терапевт, стаж работы 13 лет, окончила Петроградский университет.
12. Браверман-Гашбург София Марковна, 1893 года рождения, зубной врач, стаж работы 6 лет.
13. Гальпери Анна Ароновна, 1897 года рождения, зубной врач, стаж 3 года.

14. Прохоров Иван Антонович, 1873 года рождения, фельдшер, стаж работы 20 лет, окончил Пермскую фельдшерскую школу.

15. Прохоров Аверьян Антонович, 1883 года рождения, фельдшер, стаж работы 10 лет.

16. Минина Мария Ивановна, 1876 года рождения, сестра милосердия, стаж работы 20 лет, получила подготовку в Пермской общине сестер милосердия.[8]

Этот список можно продолжить. По данным городского отдела здравоохранения, кроме врачей и фельдшеров в него включены были акушерки, медицинские сестры, общее количество которых в этот период было около 110 человек.

В 1923 году Красноуфимский уезд был преобразован в Красноуфимский район Кунгурского округа, который в 1930 году был ликвидирован и передан в Свердловский округ Уральской области, а с 17 января 1934 года – Свердловской области.

Из доклада Красноуфимского райисполкома в мае 1924 года мы узнаем о трудностях в работе городской больницы. Крыши на больничных корпусах протекали, необходимо их было починить, требовалось также переложить 20 печей, особенно плохое их состояние было в хирургическом отделении. Белье в больнице было только мужское, женского не было, имелась острая необходимость в простынях, матрасах, халатах. Не хватало перевязочного материала. Посуды и кухонной утвари почти не было. При больнице было только 5 кроватей для родильниц. Детская больница находилась в более удовлетворительном состоянии. Питание в среднем обходилось по 15 копеек в день на больного.

Саранинский фельдшерский пункт – единственный на территории Красноуфимского РИКа (*Районного исполнительного комитета - прим. Л.А.*), также испытывал нужду в инструментах, медикаментах.

Из эпидемий в этот период свирепствовала малярия, число больных которой в мае 1924 года составило 609 человек, периодически появлялась скарлатина, в Саранинском фельдшерском пункте было отмечено 5 случаев натуральной оспы. В домах, где была обнаружена инфекция, объявлялся карантин, после которого производилась дезинфекция всего помещения. Всего за май было сделано 29 дезинфекций.

Водоснабжение осуществлялось из городского колодца, воду из которого развозили в бочках. С наступлением весны появились случаи дизентерии, главным образом среди детей. В мае всего по району было заре-

гистрировано 18 случаев этой болезни. Всем санитарным наблюдателям в пределах Красноуфимского района были разосланы подробно разработанные инструкции о принятии санитарно-гигиенических мер на местах.

В первые годы Советской власти организовывались целые компании по борьбе с тем или иным инфекционным заболеванием. Так, 16-18 декабря 1922 года был проведен «противотуберкулезный трехдневник». Проект этого мероприятия включал следующее: в городе был организован Уездно-городской комитет противотуберкулезного трехдневника в составе представителей исполнкома, угорздрава (*Уездно-городского отдела здравоохранения - прим. Л. А.*), упрофбюро (*Уездного профсоюзного бюро - прим. Л. А.*), укома (*уездного комитета - прим. Л. А.*). Это была комиссия по борьбе с туберкулезом, в которую входили и врачи. За эти три дня была проведена кампания по сбору денег для организации противотуберкулезных мероприятий.[9]

Коллективная борьба с эпидемиями не была для красноуфимцев чем-то новым. Еще в 1919 году, после отступления белогвардейцев, исполному городского Совета пришла телеграмма от В. И. Ленина. В ней сообщалось о решении Совета Обороны развернуть в Красноуфимске, как и в некоторых других городах, «санитарный городок» для борьбы с эпидемиями.[10]

Вскоре в городе были развернуты противотифозные госпитали: в здании женской гимназии – для военных, в городском училище – для гражданских больных.

По мере укрепления социалистического строя наблюдался прогресс в области медицинского обслуживания и здравоохранения. Это отмечалось на 9-ом Красноуфимском районном съезде Советов, проходившем 24-28 декабря 1934 года. Число коек за годы 2-ой пятилетки увеличилось в городской больнице со 130 до 170. Были открыты и оборудованы клиническая и зуботехническая лаборатории, физиотерапевтический кабинет. При вендинспансере был создан стационар на 10 коек.

Но, несмотря на эти изменения к лучшему, эпидемическое и санитарное состояние Красноуфимского района продолжало оставаться крайне неудовлетворительным. Поэтому этот съезд Советов постановил:

1. В целях улучшения работы по оздоровлению города и района предложить новому составу РИКа в течение 1935 года пересмотреть расположение врачебных и фельдшерских участков.

2. Ликвидировать эпидемические заболевания (тиф, оспа, малярия, желудочно-кишечные инфекции).

В деле организации медицинской помощи на селе провести следующие мероприятия:

а) открыть вновь 4 врачебных участка в Русском Потаме, Тисе, Н. Иргинске, Н. Саране;

б) организовать 5 акушерских пунктов с родильными комнатами;

в) организовать 5 здравпунктов со средним медицинским персоналом: в совхозе сортсемтреста, в совхозе лекарственных трав, при Ачитской МТС, Красноуфимской МТС и селекционной станции;

г) открыть в районе при колхозах 15 сестринских пунктов первой помощи.

3. Организовать в районе скорую помощь, в 1935 году планировали просить Облздравотдел о выделении санитарной машины для района.

4. Все имеющиеся врачебные и фельдшерские участки в 1935 году снабдить велосипедами и собственным транспортом.

В городе в это время планировали провести водопровод до городской больницы, установить рентгеновский кабинет, открыть и оборудовать при электросветолечебнице водо- и грязелечебницу.

В области улучшения санитарного состояния города Красноуфимска и Красноуфимского района необходимо было осуществить следующие мероприятия:

а) в 1935 году закончить строительство общественной бани;

б) оборудовать механизированную общественную прачечную деzinфекционной камерой;

в) обеспечить город и район водоснабжением соответствующим правилам санитарии и гигиены;

г) провести в 1935 году районный конкурс на лучший и чистый колхоз, колхозную избу.[11]

Планировали также усилить борьбу с нарушителями санитарного состояния города и села.

#### **Список использованных источников и литературы:**

1. Резолюции II-го Красноуфимского общегородского съезда Советов рабочих и крестьянских депутатов. Красноуфимск, 1918. С. 41.
2. Государственный архив в г. Красноуфимске. ф.107, оп.1, д.3, л.11.

3. Государственный архив в г. Красноуфимске. ф.41, оп.1, д.8, л.26.
4. Государственный архив в г. Красноуфимске. ф.6, оп.1, д.53., л.15
5. Государственный архив в г. Красноуфимске. ф.6, оп.1., д.111., л.85
6. Государственный архив в г. Красноуфимске. ф.107, оп.1, д.4, л.2.
7. Государственный архив в г. Красноуфимске. ф.107, оп.1, д.2, л.2.
8. Государственный архив в г. Красноуфимске. ф.107, оп.1, д.4, л.2.
9. Государственный архив в г. Красноуфимске. ф.107, оп.1, д.17, л.7.
10. Красноуфимск / Под ред. Л. С. Зеленцова, С. И. Ладыгина, Н. М. Жочкина. Свердловск, 1970. С. 30.
11. Государственный архив в г. Красноуфимске. ф.41, оп.1, д.247, л.122.

## **ВКЛАД МЕДИКОВ РЕВДЫ В БОРЬБУ С ЭПИДЕМИЯМИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

Гаврилова Д. Д., студентка 1 курса

Романова О. В., руководитель

E-mail: romanova\_olgaviktorovna@mail.ru

ГБПОУ «СОМК», г. Ревда

Исторический опыт свидетельствует о том, что войны неизбежно сопровождались развитием опустошительных эпидемий – этих спутников войны, уносивших нередко значительно больше жертв, чем применение оружия. И все-таки во время Великой Отечественной войны не было массового развития эпидемических болезней. Конечно, большая роль в этом принадлежала противоэпидемическим и общим оздоровительным мероприятиям, проводимым медиками.

С началом войны большое значение приобрела разносторонняя, хорошо организованная и регулярно проводимая система противоэпидемических мероприятий. Одними из первых и неотложных задач медицинской службы Красной Армии в то время стали формирование противоэпидемических частей и учреждений, разработка и издание руководящих материалов по противоэпидемическому и гигиеническому

обеспечению войск.

В общей системе противоэпидемического обеспечения действующей армии и в тылу страны одно из важнейших мест принадлежало организации и последовательному проведению комплекса целенаправленных противоэпидемических мероприятий для борьбы с наиболее актуальными в данный период и в конкретном районе заболеваниями, такими как сыпной и брюшной тиф, дизентерия, малярия и другие.

В резко изменившихся условиях быта и труда личного состава войск и населения возросла роль гигиенических мероприятий. Огромное значение получили разработка и осуществление санитарного надзора за питанием и водоснабжением войск. В связи с возможной угрозой возникновения эпидемии сыпного тифа важнейшее значение приобрело банно-прачечное обслуживание. Были разработаны и стали применяться сывороточно-вакциные препараты. В условиях военного времени изменились порядок и организация изоляции, диагностика и лечение инфекционных больных, а также методы работы в эпидемических очагах. Следует отметить, что форма и методы проведения противоэпидемических мероприятий, а также структура противоэпидемических учреждений и частей совершенствовались всю войну.

Медицинские работники г. Ревда принимали участие в борьбе с инфекциями и эпидемиями во время Великой Отечественной войны.

**Зинатулина (Борисова) Антонина Алексеевна**, имеющая за плечами образование фельдшера в Барнауле, в феврале 1942 года была призвана в ряды Красной Армии. В Сибирском военном округе она получила направление в инфекционный госпиталь Омска, где должна была приступить к работе в качестве старшей медсестры. В начале апреля госпиталь выехал на Карельский фронт.

В Мурманск поезд прибыл рано утром. На вокзале железнодорожные служащие сказали, что нужно быстрее разгружаться, так как ровно в 8 часов прилетят бомбить немцы. В эшелоне находилось все оборудование и 17 лошадей с телегами. Так как мужчин было всего 20 человек, то большая часть работы выпала на долю девчонок.

Место под госпиталь было отведено на 5-м км мыса Мишуков, в сопках. Ночами госпитальные работники копали землю и строили землянки, а днем спали – так было теплее. Первого мая они приняли приюту, а 15 числа в госпиталь уже поступили первые пациенты. Это были больные сыпным тифом, дизентерией. Среди них встречались и ранен-

ные (подлечившись в инфекционном госпитале, они, если нуждались в дальнейшем лечении, направлялись в хирургический госпиталь, который находился поблизости).

В сентябре 1942 года госпиталь был направлен на Западный фронт. Позже он вошел в состав первого Белорусского фронта и был развернут в Городне Черниговской области.

Тоня работала там медсестрой приемного покоя. Больных сыпным тифом поступало по 60 и более человек. Размещали их в частных домах. Несмотря на то, что работникам были сделаны прививки против сыпного тифа, 4 медсестры все-таки заболели.

В декабре 1943 года госпиталь передислоцировался в Речицу. А девушку оставили в Городне фельдшером автомобильной части. Путь бригады лежал через Гомель, Бобруйск, Барановичи, Брест, Варшаву на Берлин. Когда немцы были выбиты из Рейхстага, Тоня поставила на нем свою подпись «Борисова из Барнаула».

Уволилась в запас старший лейтенант медицинской службы А. А. Зинатулина (Борисова) только в ноябре 1953 года. 9 лет спустя приехала в Ревду. Трудилась в городской больнице №1. Награждена медалями «За оборону Советского Заполярья», «За освобождение Варшавы», «За взятие Берлина», «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», орденом Отечественной войны.

**Соляникова Антонина Семеновна** в 1941 году поступила в школу медицинских сестер г. Ревда, по окончании сразу была направлена на работу в эвакогоспиталь. Раненые эшелонами поступали в уральские города, Антонина помогала выгружать бойцов из вагонов и отправлять в госпиталь, выполняла назначения врача, делала уколы. Перевязки тяжелобольным пациентам ей помогали делать санитарки, так как маленькой медсестре не по силам было переворачивать раненых. Возила солдат на колясках в баню, где их мыли санитарки.

Умелую медсестру заметили и отправили в г. Тулу учиться на санинструктора. После окончания курса Тоня попала в г. Лихвин недалеко от фронта. Работы было непочатый край, ведь после оккупации немцев имелась угроза распространения всевозможных инфекций. Санинструкторы делали подворные обходы, выявляли педикулез и температурящих больных. При необходимости направляли их в больницу.

Когда на вооружении санитарных инструкторов появились дезкамеры, работать в городе стала легче, и специалистов стали направлять

в районы для борьбы с инфекциями. В первую очередь они проводили обработку в воинских частях, а потом уже вели работу среди местных жителей.

В 1943 году Антонину Семеновну распределили в г. Костюковка Гомельской области. Работала в инфекционном отделении, где лечились больные от сыпного и брюшного тифа, а затем в хирургическом отделении.

В послевоенные годы Антонина Семеновна работала в медсанчасти Средуралмедзавода, затем старшей медицинской сестрой в Ревдинской поликлинике городской больницы № 1. Награждена медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» [1:35]

**Турапова Лидия Михайловна** в сентябре 1940 г. поступила учиться в Ревдинскую школу медсестер. Учились вечером, а днем работала санитаркой в хирургическом кабинете поликлиники.

Когда началась война, было принято решение ускорить выпуск школы, и в июне 1942 года Лидия получила документ об окончании и квалификацию медицинской сестры. Два оставшихся летних месяца девушка работала в эвакогоспитале № 3104 палатной медсестрой. Большой объем работы приходился на ночь: стирала использованные бинты, кипятила, сушила, скатывала, чтобы утром их можно было использовать в перевязочной, делала тампоны, строгала палочки и на них накручивала вату.

В сентябре 1942 года Лиде принесли повестку из военкомата. Явившись туда, она увидела всю свою сестринскую группу. Их отправили в Тулу. Здесь старших девушек мобилизовали на фронт, а тем, кому не было 18 лет, оставили в городе.

«Отправляли нас с обследованием деревень и сел, которые располагались недалеко от Тулы и Ясной Поляны. Все было сожжено. Мы делали жителям прививки. В апреле направили в распоряжение дезстанции. Каждой девушке выделили участки. На предприятиях этих участков мы травили крыс». [1:36]

После войны Турапова Л. М. трудилась в городской больнице № 1 г. Ревды. Занималась и общественной работой. Награждена многочисленными грамотами, имеет медали «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» и «Ветеран труда».

**Мирошкина Мария Александровна** в 1941 году поступила в школу медицинских сестер. Утром училась, а вечером проходила практику в

эвакогоспитале г. Ревды.

«9 сентября 1942 года наш курс отправили в Тулу. В Одоевском районе мы выявляли больных желтухой, чесоткой, ставили детям прививки от дифтерии, раздавали мыло и мазь от вшей. Особенно ужасное положение было на той территории, которая когда-то была оккупирована немцами.

В 1943 году меня перевели в госпиталь № 1710 г. Свердловска, где я работала в «челюстном» отделении. Позже трудилась в урологическом отделении госпиталя № 414 перевязочной, потом – операционной сестрой.

В 1947 году вернулась в Ревду, работала в яслях. Общий стаж составляет 45 лет. Имею медали «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» и «Ветеран труда». [3:179]

**Тренихина Александра Николаевна** после окончания семилетки поступила в школу медицинских сестер г. Ревда. Диплом получила в 1942 году.

Практику проходила в эвакогоспитале № 3104. Здесь было много раненых, у которых были ампутированы руки или ноги. За такими пациентами нужен особый уход. У медсестры всегда было много работы. Главное было выполнить все назначения врача. А сколько приходилось трудиться с бинтами, ведь перевязочных средств не хватало. Их стирали, проглаживали горячим утюгом, особым способом скатывали.

«В сентябре наш курс отправили в распоряжение Тульского горздравотдела. Там, на дезстанции, я прошла курс обучения и получила документ о том, что я могу работать дезинструктором.

До 29 мая 1943 года мы выполняли профилактическую работу среди населения Одоевского района. Потом я вернулась домой. Трудилась в нескольких эвакогоспиталах.

После демобилизации работала в мартеновском цехе, воспитателем в яслях. На пенсию ушла из санэпидстанции».

Тренихина А. Н. награждена медалями «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» и «Ветеран труда». [3:189]

В тылу и на фронте в военный период внесли свой вклад в борьбу с инфекциями медицинские работники г. Ревды: Костицын Г. З., Левин Д. З., Пряхина Т. С., Морозова В. В., Дорохова Л. В., Пеникова К. В., Верхоземская О. Г. и многие другие.

Благодаря слаженной работе медиков Красной Армии эпидемии

сыпного тифа и острых кишечных заболеваний были ликвидированы в кратчайший срок после освобождения городов и сел от фашистских оккупантов, не проникли вглубь страны.

Широко проводившиеся санитарно-профилактические и противоэпидемические мероприятия позволили в условиях тяжелой войны сохранить здоровье советских воинов и защитить тыл страны от эпидемий инфекционных заболеваний.

#### **Список литературы:**

1. Большухина А.М. *Война глазами медиков*. Ревда, 2015. 134 с.
2. Основные принципы противоэпидемической работы среди населения и в войсках Советской Армии в период Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. // Роспотребнадзор. Официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosпотребnadzor.ru/history/victory/deyat4.php?type=special>
3. Рудометова Т.С. *Ради жизни на земле*. Ревда: Ревдинский городской совет ветеранов войны и труда, 2000. 210 с.

## **РАЗДЕЛ 2.**

# **БОРЬБА С ЭПИДЕМИЯМИ И РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ НА УРАЛЕ**

## **ВКЛАД САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ В БОРЬБУ С ЭПИДЕМИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941 – 1945 ГГ.**

Артемьева А. И., и. о. директора

e-mail: somim@yandex.ru

*Свердловский областной музей истории медицины, филиал ГБПОУ  
«Свердловский областной медицинский колледж», г. Екатеринбург.*

Санитарно-эпидемиологическая служба в годы Великой Отечественной войны осуществляла санитарный надзор, а также проведение санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение распространения инфекционных заболеваний. Существенными организационными особенностями противоэпидемической службы этого времени были:

- 1) централизация руководства всеми противоэпидемическими мероприятиями в стране в руках уполномоченного Государственного Комитета Обороны – министра здравоохранения СССР;
- 2) координация действий по осуществлению санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий всех ведомств и организаций;
- 3) опора на местные органы власти.

Из приказа Наркомздрава СССР о противоэпидемической работе городских поликлиник и амбулаторий и укреплении участковой системы медицинского обслуживания гражданского населения 22 мая 1942 г.

...В целях улучшения работы городских поликлиник и амбулаторий

и обеспечения проведения ими противоэпидемических мероприятий  
**ПРИКАЗЫВАЮ:**

Народным комиссарам здравоохранения союзных и автономных республик, заведующим областными и краевыми отделами здравоохранения:

Возложить на городские поликлиники и амбулатории ответственность за проведение противоэпидемических мероприятий в районе деятельности этих учреждений.

Считать обязательным для указанных учреждений:

а)своевременное выявление температурящих больных, подозрительных на инфекционные заболевания;

б)посещение больных на дому в день вызова и раннюю диагностику инфекционных заболеваний;

в)срочную госпитализацию инфекционных больных, а также больных, подозрительных на инфекционные заболевания;

г)наблюдение за проведением своевременной дезобработки очагов и санитарной обработки лиц, имевших контакт с больными;

д)проведение в течение установленных сроков наблюдения за лицами, соприкасавшимися с инфекционными больными;

е)последующее наблюдение за переболевшими желудочно-кишечными инфекциями (бациллоносителями);

ж)проведение профилактических прививок согласно плана соответствующего отдела здравоохранения.

Обязать главных врачей поликлиник и амбулаторий организовать оперативный ежедекадный учет инфекционных заболеваний в районе деятельности их учреждений и установить ежедекадный контроль за проведением участковым медицинским персоналом перечисленных выше противоэпидемических мероприятий.

Ввести с 1 июля 1942 г. в крупных поликлиниках и амбулаториях (с посещаемостью от 200 тыс. и выше) должность заместителя главного врача по противоэпидемической работе за счет перевода участковых эпидемиологов на эти должности, а при их недостатке — за счет общего штата городских врачей.

К июля 1942 г. укомплектовать вакантные должности заведующих терапевтическими отделениями поликлиник врачами-специалистами...

## *Народный комиссар здравоохранения Союза ССР Г. МИТЕРЕВ [6]*

Руководством Свердловской области в первые же недели после объявления войны была создана чрезвычайная противоэпидемическая комиссия [4:25] под руководством председателя Облисполкома И. Л. Митракова. [3] 25 июля 1941 года на заседании Облисполкома было принято решение «О медико-санитарном обслуживании эвакуируемого гражданского населения». Е. К. Дунаев, заведующий Областным отделом здравоохранения с 1940 по 1942 гг., подключает к работе опытных врачей. В декабре по области были проведены межрайонные конференции санитарных врачей, эпидемиологов, заведующих здравотделами и начальников эвакогоспиталей. [4:31] Идет учет и расследование всех эпидемических вспышек, организовано плановое строительства дезинфекционных камер в ЛПУ, госпиталях и банях. В 1942 году организовано повышение квалификации врачей, средних медицинских работников, дезинфекторов по эпидемиологии. В Свердловске было дополнительно развернуто 700 инфекционных коек. Проводились ежедекадные санитарные обработки баракных помещений и проживающих в них людей. В городских банях был выделен обязательный день для мытья школьников. Нарком здравоохранения Г. А. Митерев указал на необходимость борьбы с инфекциями всеми возможными средствами, включая и народные (баня, русская печь, утюг, щелок, горячая вода ...)

По решению Свердловского облисполкома в 1943 году поставлена задача по проведению по районам и городам области санитарного двухнедельника для закрепления санитарного режима, обеспечивающего невозможность распространения заразных заболеваний. Проводится агитационно-массовая и санитарно-просветительная работа, как в городе, так и в селе. Создается сеть общественных санитарных инспекторов. Работа проводится с привлечением широкой общественности. Большую работу проводят партийные, профсоюзные, комсомольские организации, руководители предприятий, учреждений и колхозов. [2]

Важную роль играли научно-исследовательские медицинские институты и открывшийся в 1943 году, санитарно-гигиенический факультет Свердловского медицинского института. Открытие сульфаниламидных препаратов на кафедре органической химии Свердловского политехнического института, создание вакцины против сыпного тифа профессором А.В. Пшеничновым и санитарным врачом Б.И. Райхером

в Нижнем Тагиле, научная работа заведующего микробиологической лабораторией Областного туберкулезного института Ю.К.Вейсфейлера по лечению туберкулеза. Свердловский институт микробиологии и эпидемиологии за годы войны выпустил 37 новых препаратов, таких как – сыпнотифозная вакцина, столбнячная и противогангренозная сыворотки, анатоксин, аэробные раневые фаги и др. [5:95]

Великая Отечественная война потребовала решительной перестройки организации санитарно-эпидемиологической службы и управления ею. Была поставлена задача резкого усиления противоэпидемических мероприятий и максимальной концентрации руководства всей сетью санитарно-эпидемических учреждений. Это нашло отражение в совершенствовании специальных организационных и правовых основ службы в союзном и республиканском значении. [1:122]

#### **Список литературы:**

1. 60 лет советского здравоохранения / Б. В. Петровский, С. П. Буренков, И. П. Лидов и др. М.: Медицина, 1977. 416 с.
2. Кейлин С., доцент, уполномоченный Свердловского облисполкома. За санитарное благополучие тыла // Красноуфимский ГАСО. Ед. хр. 7. (Ленинский путь. 1943. 17 февраля.)
3. Митраков Иван Лукич // Академик. [Электронный ресурс]. URL: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/343834>
4. Телков Б. Непроницаемы барьер. Екатеринбург: Уральское литературное агентство, 2015. 143 с.
5. Телков Б. Сохранить здоровье народа! Екатеринбург, 2012. 248 с.
6. ЦГАОР СССР, ф. 8009. оп. 1. д. 425, лл. 81—83.

## **РАЗВИТИЕ САНИТАРИИ В ИРБИТСКОМ УЕЗДЕ В ПОСЛЕДНЕЙ ТРЕТИ XIX – НАЧАЛЕ XX ВВ.**

Седых Александра Андреевна, магистрант 1 курса  
Черноухов Эдуард Анатольевич, руководитель, д.и.н.

e-mail: [sedykhsasha96@mail.ru](mailto:sedykhsasha96@mail.ru)

ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет», г. Екатеринбург

Уже в период становления новых органов местного самоуправления в Пермской губернии земские врачи обоснованно обращали внимание на необходимость развития профилактического направления в медицинской сфере, которое тогда обычно определялось термином «санитарное». Однако ему, в сравнении с лечебным (или терапевтическим), традиционно уделялось существенно меньше внимания. Это отразилось и в историографии проблемы. Организация земской санитарно-профилактической деятельности в Пермской губернии в целом, а также и в Ирбитском уезде, в частности, остается слабоисследованной проблемой. Но материалы по этому направлению деятельности представлены в различных земских изданиях.

Проблемы санитарии активно обсуждались уже на первом съезде земских врачей Пермской губернии 1872 г. Его делегаты отметили важность именно предотвращения заболеваемости населения. Этот орган принял резолюцию о необходимости приглашения на службу особых санитарных врачей. Но делегаты съезда признали отсутствие у земств необходимых средств для организации планомерной профилактической деятельности. В результате развитию санитарии в регионе длительное время традиционно уделялось существенно меньше внимания, чем проблемам организации эффективного лечения.[1]

Между тем к 1870 г. санитарное состояние многих населенных пунктов Пермской губернии было в плачевном состоянии. На общем неблагоприятном фоне в худшую сторону выделялся Ирбит. Здесь одной из главных причин антисанитарии объективно считалась ежегодная Ирбитская ярмарка. С ней традиционно связывали высокую заболеваемость сифилисом, вспышки других инфекционных заболеваний, в том числе из-за чрезмерного скопления людей и животных на ограниченной, не особо приспособленной для организации торговли территории в период ярмарки (с конца января до начала марта).

В организации научной санитарии в Ирбитском уезде в земский период, по нашему мнению, можно выделить три периода. Первый из них связан с деятельностью здесь супругов Павла Николаевича и Евгении Павловны Серебренниковых. Эти два известных уральских врача прибыли Ирбит в 1881 г. по приглашению Ирбитской городской управы. Им удалось вывести обсуждением различных проектов по улучшению санитарного состояния города и уезда на новый уровень. Ведущая роль в этом отводилась санитарной комиссии.[2]

В 1881 г. она возобновила свою деятельность под руководством городского головы А. Г. Хитрова. Так как интересы города и уезда были тесно связаны, то перед губернатором было возбуждено ходатайство о соединении городской санитарной комиссии с уездной, на что получено разрешение. Руководителем объединенной комиссии был избран председатель Ирбитской земской управы С. И. Калинин.

Прежде всего санитарная комиссия утвердила программу деятельности, составленную II. Н. Серебренниковым. [3] Она включала в себя теоретическую и практическую деятельность. Считая, что «всякие практические санитарные мероприятия без теоретической подкладки не имеют никакого смысла» [4], Павел Николаевич большое внимание отводил сбору статистических данных о санитарно-гигиеническом состоянии Ирбита: о движении народонаселения, заболеваемости, метеорологических наблюдениях, справочных ценах на жизненные продукты, смертности домашних животных. Также важными «бессрочными» вопросами санитарной комиссии были выделены: разработка планов строящихся школ, борьба с эпидемиями, сифилисом и проституцией, оспопрививание.

Необходимо было узнать точное количество жителей и их занятий. Поэтому санитарная комиссия постановила провести соответствующую перепись. Но из-за недостатка финансирования она не была доведена до конца: из 25 определенных участков, на которые был разделен город, 7 оказались не исследованными. Но собранные материалы стали основой для докторской диссертации П. Н. Серебренникова, изданной в 1885 г. (Серебренников П. Н. Опыт медико-топографического описания г. Ирбита Пермской губернии с планом города и диаграммами. Санкт-Петербург: тип. Стасюлевича, 1885. 140 с.).

Здесь следует обратить внимание на схожесть программы деятельности санитарной комиссии Ирбитского уезда и активной действовавшего в тот же период времени Санитарного комитета Верхотурского уезда. В последнем ключевую роль также играли местные врачи П. В. Рудановский и П. В. Кузнецкий. По их инициативе в Нижнетагильском поселке под руководством приглашенного квалифицированного статистика В. А. Ломана 9 сентября 1879 г. была проведена первая однодневная перепись населения. Ее общие результаты были опубликованы приложением к Журналам очередного уездного земского собрания.[5] Схожими были и другие основные направления деятельности: развитие оспопрививания, улучшение водоснабжения, дезинфекция местности.

Следующим этапом в развитии санитарии в Ирбитском уезде стала деятельность Ивана Ивановича Моллесона (1842–1920 гг.). Этот выдающийся деятель земской медицины, один из самых известных санитарных врачей в России в 1882–1883 гг. служил в уезде участковым врачом. За этот короткий срок им была организована эффективная деятельность Врачебного совета. Моллесон разработал обширную программу санитарных мероприятий в уезде. Важнейшее место отводилось борьбе с тифом. Одну из главных причин заболеваний Моллесон видел в темноте крестьянства, убогой обстановке их жилища, бедности. Прекрасно понимая неразрешимость социальных проблем, которые являлись причиной неблагополучия в здравоохранении, он, как и другие ирбитские врачи не переставал добиваться хотя бы посильных преобразований. Ярким свидетельство стали регулярные выступления врачей во время ежегодных отчетов перед земским собранием.[6]

Под руководством И. И. Моллесона было подготовлено проведение первой однодневной переписи населения уезда. Но его переход на службу в губернскую больницу не позволил осуществить это важное мероприятие. [7]

Третий этап в улучшении санитарно-профилактической деятельности земств Пермской губернии начался с начала XX вв., чему способствовали совершенствование нормативной базы и рост земского бюджета. Первым важным шагом стало создание постоянных противоэпидемических отрядов в ведении губернского земства. Но эта инициатива не встретила поддержки в ряде уездов, недовольных их поздним прибытием и малым пребываниям на их территории. В 1904 г. в «Сборнике Пермской губернии» отметили недостаточный вклад губернского земства в развитии санитарии, обратили внимание на необходимость выделения в бюджете этого учреждения средств на содержание постоянного эпидемического персонала и санитарных врачей непосредственно для уездов, что практиковалось в других земских губерниях.[8]

По ходатайству IX съезда врачей Пермской губернии в 1907 г. губернское земство упразднило свои эпидемические отряды. Вместо них оно стало финансировать по одной ставке санитарно-эпидемического врача (с жалованием в 1,8 тыс. руб.) во всех уездах. Но это новшество также не встретило понимания во всех уездных земствах, из-за соединения в его лице разнородных функций: борьбы с эпидемиями и улучшению санитарии (на второе у них обычно реально не оставалось времени). Поэтому 40-е очередное губернское земское собрание в 1909

г. освободило санитарных врачей от функций борьбы с эпидемиями и увеличило их оклады до двух тыс. руб. В качестве ценза для них был установлен трехлетний срок службы земских врачом.

42-е очередное губернское земское собрание (1911) утвердило «Инструкцию для санитарных врачей Пермской губернии». Главной задачей этих специалистов стало исследование санитарной части уезда и деятельность по его улучшению. Им было запрещено совместительство: выполнение функций участковых врачей и занятие частной практикой.[9] В Ирбитском уезде санитарно-эпидемическими (с 1910 г. санитарными) врачами служили три специалиста: Н. Н. Сардановский (1908–1911), А. М. Левин (1911), К. А. Бирюков (1911–1914).

Первый из них Николай Николаевич Сардановский активно выступал за расширение сети врачебных участков на территории уезда. Ведь в Ирбитском уезде по пространству, числу жителей, среднему радиусу они существенно далеко превышали нормы, принятые земствами для достижения общедоступной медицины. Сардановский полагал, что при качественном проектировании шести новых врачебных участков к 6 имеющимся в уезде будет достигнута в среднем та норма числа жителей в участке, чтобы сделать работу участкового врача нормальной, то есть около 13 тыс. жителей на одного участкового врача.[10] Кроме того, Сардановскийставил вопрос о необходимости водоснабжения больниц, устройства специально оборудованных родильных домов, сифилитических отделений при участковых больницах, организации аптечной сети и др.

Сменивший его Александр Михайлович Левин уделял особое внимание вопросам оспопрививания. Для ее совершенствования в уезде он предлагал следующие меры: изменить форму отчетности оспопрививательниц (статистику по рождаемости и смертности передать в руки письмоводителя при санитарном враче, для статистики привитых напечатать специальные бланки); установить образовательный минимум для оспопрививательниц (окончание 3-4 классов гимназии, трехмесячная практика при больнице, получение свидетельства о знании оспопрививания); поощрение работы оспопрививательниц за успешное ведение своего дела (постепенное увеличение жалования на два рубля в месяц); приглашение специального фельдшера для действительного контроля за оспопрививанием; обеспечение оспопрививательниц ланцетами (по 3 штуки на каждую); отдать распоряжение центральной, врачебным и фельдшерским аптекам о выдаче оспопрививательницам

всех необходимых им материалов; организовать рассылку детрита из центральной аптеки через санитарного врача. Для обеспечения данных мер просил земство выделить дополнительные средства, так, например, на увеличения жалования оспопрививательницам просил земское собрание об ассигновании каждый год 100 руб. сверху ассигнуемых.[11]

Третий санитарный врач Константин Александрович Бирюков уделял большое внимание улучшению качества питьевой воды, для чего впервые применял пробу Hager'a на территории Ирбитского уезда. Реактивом для нее служит прозрачный процеженный раствор 1 части танина в 4 частях дистиллированной воды одной части винного спирта. На стакан дистиллированной воды прибавляется столовая ложка реактива. Если по прошествии пяти часов не замечается никакого помутнения, вода должна быть признана хорошей. Если она помутнела в течение первого часа – безусловно вредна для здоровья, если муть появилась в течение второго часа, вода относится к категории дурной. Появившееся буроватое окрашивание в течение третьего часа указывает на примесь в воде аммиака.[12] К сожалению, в Ирбитском уезде значительная часть используемых питьевых источников была сильно загрязнена. Эту проблему пытались решить созданием широкой сети новых колодцев.

А. К. Бирюков считал, что педагогика и гигиена должны идти рука об руку и содействовать гармоничному развитию детей в умственном и физическом отношениях, поэтому он стремился принять все возможные меры к оздоровлению школы, то есть наблюдения за санитарными условиями школьной обстановки. Среди данных мер были следующие: наблюдение за школьными помещениями (перед постройкой врач должен исследовать местность; при рассмотрении плана врач должен давать заключение о соответствии внутреннего состояния школы санитарным нормам, таким как размер, расположение и отделка классных комнат и др.); при окончании постройки врач должен осуществлять осмотр здания); наблюдения за обстановкой преподавания (размещение учащихся по росту за партами, разумное использование учениками перемен, соответствие требованиям гигиены учебных пособий); наблюдения за индивидуальной гигиеной (поголовный осмотр всех учащихся и занесение сведений на карточку); снабжение школ термометрами.

Предложенные еще А. М. Левиным меры по совершенствованию системы оспопрививания были осуществлены земством далеко не в полной мере. Поэтому А. К. Бирюков докладывает земскому собранию

о необходимости приглашения всех оспопрививательниц в г. Ирбит для теоретических и практических занятий по оспопрививанию. Земством было поддержано предложение санитарного врача и асигновано на содержание оспопрививательниц во время проживания в городе 50 руб. Также земством принято предложение при принятии вновь на службу оспопрививательского персонала считать желательным окончание кандидатом трех классов гимназии или других соответствующих учебных заведений и безусловно обязательным четырехмесячный стаж занятий при больнице для ознакомления с перевязками, антисептикой, асептикой и с некоторыми детскими болезнями. [13]

Таким образом, Ирбитское уездное земство на всем протяжении своей деятельности пыталось организовать эффективную работу по развитию санитарии. Основными проблемами в этой сфере были хроническая нехватка средств, а также серьезные разногласия земских, а затем и санитарных врачей с городской властью по санитарным вопросам. Благодаря подвижнической деятельностью ряда врачей-энтузиастов, а с 1908 г. и специальных санитарных врачей, были достигнуты некоторые успехи. Среди них выделим планомерное развитие оспопрививания, организацию общественно-просветительской работы в учебных заведениях, начало регулярной очистки Ирбита от различных «нечистот», улучшение водоснабжения.

#### **Список литературы:**

1. Черноухов Д. Э. Земская медицина Пермской губернии в последней трети XIX – начале XX вв.: дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02 – Отечественная история / Черноухов Дмитрий Эдуардович. Екатеринбург, 2021. С. 176.
2. Бабушкин В. С. Врач Е. П. Серебренникова. Пермь, 1957. С. 21
3. Доклады Ирбитской соединенной санитарной комиссии XIII очередному Ирбитскому уездному земскому собранию 1882 года. Ирбит: тип. насл. Хитровой, 1883. С. 1.
4. Доклады Ирбитской соединенной санитарной комиссии. С. 17.
5. Черноухов Э. А. Нижнетагильский заводской поселок в 1870–1880-х гг.: демография и санитария // Информационный бюллетень «История и компьютер». 2017. № 46. С. 137.
6. Герштейн Я. Л. На земле Ирбитской. Ирбит, 2008. С. 63-83.
7. Черноухов Д. Э. Указ. соч. С. 176.

8. Сборник Пермского земства. 1994. № 2. Отд. 2. С. 41, 45.
9. Черноухов Д. Э. Указ. соч. С. 186.
10. Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1911. № 2. С. 29.
11. Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1911. № 9–10. С. 30.
12. Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1912. № 10–12. С. 25.
13. Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1913. № 5–6. С. 36.

## ВОЗНИКОВЕНИЕ И РАЗВИТИЕ САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ В Г. КРАСНОУФИМСКЕ

Коряков А.М., студент 3 курса  
Ефремова Т.В., руководитель

e-mail: tatyana-etv-71@mail.ru

Красноуфимский филиал ГБПОУ «Свердловский областной  
медицинский колледж», г. Красноуфимск.

Так уж сложилось, что мы больше обращаем внимание на лечащих врачей, а деятельность санитарных врачей многие годы незаслуженно оставалась в тени. Сегодня, во времена пандемии новой коронавирусной инфекции, мы видим, насколько значима работа эпидемиологической службы. Этим обусловлена актуальность выбранной темы. Цель эпидемиологов – поставить заслон эпидемическим болезням. В своей работе мы постарались проследить историю возникновения и развития санитарной службы в г. Красноуфимске.

История возникновения красноуфимской санитарной службы уходит корнями в земские времена. В 1872 году в Пермской губернии, в состав которой в то время входила территория Свердловской области, впервые в России была учреждена должность губернского санитарного врача, на которую был приглашен И. И. Молессон для проведения мероприятий по предупреждению эпидемических заболеваний.

В 1886 году в Перми на III губернском съезде врачей земский врач

Красноуфимского уезда М. И. Мизеров указывал на неудовлетворительное санитарное состояние школ и высокую заболеваемость.

30 ноября 1886 г. в Пермской губернии, к которой относился Красноуфимский уезд, была основана санитарная станция для всестороннего изучения фактов, влияющих на здоровье населения.

Первое упоминание о санитарных органах в г. Красноуфимске датировано 1912 годом, когда Пермский губернатор выпускает циркуляр об организации в Красноуфимском уезде участковых санитарных попечительств. «Важность этой меры приобретает в настоящее время особое значение в виду широкого распространения в последние годы холерной и иных эпидемий», – говорится в документе.[1:16]

Санитарные попечительства находились в ведении уездных земских управ и объединялись в своей деятельности уездной санитарной комиссией. [2:21] Попечительства состояли не менее чем из трех членов: земского врача и двух земских гласных или земских избирателей по данной местности.[2:24]. Было создано одиннадцать санитарных попечительств – по числу районов, входивших в Красноуфимский уезд.

Члены попечительств знакомились с санитарным состоянием участка, исследовали все неблагоприятные условия, содействовавшие появлению и распространению эпидемических болезней, контролировали соблюдение установленных санитарных правил.

Красноуфимский уездный отдел здравоохранения был создан в августе 1919 года и вел учет врачей, медицинского, фармацевтического персонала, разрабатывал мероприятия по предупреждению и борьбе с холерой, сыпным тифом, туберкулезом и кишечно-желудочными заболеваниями (основание: Р-107, оп.1, д.3, с.1-11, д.6, л.2).

В годы гражданской войны на Урале эпидемическая волна захлестнула Красноуфимск. В ноябре 1920 года Красноуфимским санитарно-эпидемическим подотделом была организована Уездная рабоче-санитарная комиссия. Город был разбит на кварталы. На каждого квартального председателя были возложены обязанности санитарного старосты. Санитарная комиссия заседала два раза в год. Были вынесены постановления о приведении в порядок прорубей, о принятии мер к запрещению свалки навоза и нечистот на берегах Уфы и Старицы и другие.

Согласно отчету о деятельности уздравотдела, сотрудниками санитарно-эпидемического отдела были осмотрены мыловаренный завод, столовые, парикмахерские, пекарни, частные дома, в которых требо-

вался санитарный надзор. В области санитарно-просветительской деятельности меры состояли в чтении лекций и бесед.

Согласно штатному расписанию на 1921 год, в санитарно-эпидемическом подотделе уездного отдела здравоохранения работало два человека (основание: Р-107, оп.1, д.10, л.1-3). В этом году были организованы волостные санитарные комиссии. В ведении уездного здравоохранения находятся 19 санитарных наблюдателей и 900 санитарных старост.

Согласно «Отчету о деятельности Красноуфимского Угорздравотдела за время с апреля по ноябрь 1921 г.», в августе 1921 года в связи с появлением холерных и холероподобных заболеваний была создана Чрезвычайная санитарная тройка. Санитарной тройкой было издано обязательное постановление, согласно которому все граждане города были обязаны подвергнуться противохолерной и противотифозной вакцинации. Отданы распоряжения о распространении информации по борьбе с холерой.

Чрезвычайная санитарная тройка в своей работе основной упор делала на улучшение источников водоснабжения в городе и уезде, т. к. вода являлась разносчиком многих инфекционных заболеваний. С этой же целью было произведено обследование колодцев и было издано обязательное постановление «Об очистке дворов и улиц», рассыпались необходимые инструкции.

В июле-августе 1921 года в д. Чувашково было зарегистрировано 63 случая холероподобных заболеваний. По этому поводу был наложен карантин и проведена дезинфекция.

В 1922 году вышел декрет Совета Народных Комиссаров «О санитарных органах республики». С 1922 по 1933 годы проходит организационный период становления санэпидслужбы – формирование и укрепление санитарных органов страны как обязательных звеньев здравоохранения.

В декабре 1923 года создан Отдел здравоохранения Совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов Красноуфимского района в состав которого входил санитарно-эпидемиологический отдел (основание: Р-41, оп.1, д.8, л.7-26).

В 1936 году отдел здравоохранения стал называться отделом здравоохранения исполкома Красноуфимского района Совета депутатов трудящихся. На 1 сентября 1939 года в райздравотделе работало 12 человек, в том числе 2 помощника санитарного врача, инструктор-дезинфектор, инструктор-оспропрививатель, 3 оспропрививателя.

В марте 1946 году был образован Отдел здравоохранения исполнкома Красноуфимского городского Совета депутатов трудящихся (основание: Р-20, оп. 1, д.333, л.1, д.334, л.15). В своем подчинении имел санитарно-эпидемиологическую станцию. Одной из задач деятельности Отдела было обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия города. Старшим государственным санитарным инспектором в 1946 – 1949 гг. была М. А. Архипова.

С 1949 года по август 1958 года главным врачом санэпидстанции был Борис Васильевич Голубев. В 1952 году был организован отдел профилактической дезинфекции. Первым дезинфектором был принят М. И. Мальцев. В начале своего существования отдел не имел ни своего здания, ни транспорта. Снимали квартиру по ул. Трескова. Обслуживали три района: Красноуфимский, Ачитский и Артинский. С 1986 года по настоящее время отдел профилактической дезинфекции расположен в здании по ул. Интернациональной, 100.

Заведующими ОПД были К. Ф. Изгагин, Т. Г. Попова-Голубева, Л. Д. Мусихин, Н. П. Морозова, В. Г. Мальцева, Ф. Н. Субботина, с 1995 года - Г. А. Титова.

С 1958 года по июль 1967 года главным врачом городской санэпидстанции был Федор Иванович Южаков.

В 1963 году на основании приказа Областной санэпидстанции № 130 от 05.03.1963 года произошла реорганизация и разделение на городскую и районную санэпидстанцию. Годовые отчеты делали по городу и району отдельно, но коллектив санэпидстанции был единый; подчинялся одному горздравотделу.

С 1963 года в санэпидстанции был организован отдел гигиены детей и подростков и коммунальный отдел. Первым помощником санитарного врача по гигиене детей и подростков была Т. И. Третьякова, по коммунальной гигиене – Е. Колесникова.

С 1963 по 1964 год главный врач Красноуфимской СЭС - Скоромец Николай Михайлович. За ликвидацию заболеваемости трахомой среди населения района он награжден медалью «За трудовую доблесть» (1971). В 1964 году под руководством Н. М. Скоромца был организован районный отдел здравоохранения, районная санэпидстанция отделилась, коллектив переехал в другое здание по ул. Куйбышева, 2.

В 1967 – 1976 годах городскую санэпидстанцию возглавляла главный врач Людмила Григорьевна Токарева, награжденная медалью за

трудовое отличие. С февраля 1977 года главным врачом горСЭС был Мальцев Валерий Петрович. В мае 1980 года на должность главного врача заступил Лутков Алексей Александрович. С июля 1982 года – главный врач городской санэпидстанции Редько Игорь Иванович.

Районную санэпидстанцию в 1953 – 1977 годах возглавляли В. С. Ожиганов, А. И. Миллер (1964 – 1969), Н. М. Скоромец (1963 – 1964), В. В. Полюхов, В. Г. Харина, В. И. Пупышев, В. А. Иванов.

В 1986 году городская и районная СЭС были объединены, после объединения городской и районной санэпидстанции главным врачом СЭС стал И. И. Редько.

В течение 32 лет Игорь Иванович руководил санитарно-эпидемиологической службой. Защищая интересы горожан, сделал немало. 25 июня 2005 года вышел Указ Президента Российской Федерации № 723 о присвоении ему звания «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации».

На основании решения исполнительного комитета Свердловского областного Совета народных депутатов от 10.07.1989 г. №240, приказа Главного управления здравоохранения Свердловского облисполкома от 15.11.1989 г. №399-П связи с централизацией финансирования и управления санэпидслужбами, был издан приказ главного врача Красноуфимской центральной районной больницы от 21.01.91 г. № 4 о выделении из состава центральной районной больницы в самостоятельную организацию Красноуфимской санитарно-эпидемиологической станции (СЭС) города и района, которая стала подчиняться областному объединению «Санэпилслужба» (ЦРБ, оп.1л. д.399, л.175).

На основании приказа областного объединения «Санэпилслужба» от 04.11.91 № 195 и приказа по Красноуфимскому ЦСЭН от 19.05.92 г. № 62 Красноуфимская районная СЭС была реорганизована в центр санитарно-эпидемиологического надзора, который был подчинен Свердловскому областному санитарно-эпидемиологическому надзору.

В 2005 году была создана Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. В ходе реорганизации были образованы Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по Свердловской области в городе Красноуфимске, Красноуфимском районе, Ачитском и Артинском районах, который в настоящее время возглавляет Коробейникова Марина Юрьевна и Филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области в го-

роде Красноуфимске, Красноуфимском районе, Ачитском и Артинском районах», главный врач – Поздеев Алексей Викторович.

Сегодня деятельность службы нацелена на решение приоритетных проблем в сфере обеспечения защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Накопленный многолетний опыт, богатые традиции, современное оборудование, а главное, квалифицированные и преданные своему делу сотрудники – все это позволяет коллективу успешно решать задачи по охране здоровья населения и, несмотря на трудности последних лет, с оптимизмом смотреть в будущее.

#### **Список литературы:**

1. Доклад Красноуфимской Уездной Земской Управы 42-му чрезвычайному Красноуфимскому Уездному Земскому Собранию // Журналы Красноуфимского Уездного Земского собрания, г. Красноуфимск, 1913 г. С. 15.
2. Основные положения об организации и порядке деятельности участковых санитарных попечительств в Красноуфимском уезде. // Журналы Красноуфимского Уездного Земского собрания, г. Красноуфимск, 1913 г. С. 21.
3. III Губернский съезд врачей в г. Перми в августе 1886 года : [Тр. Съезда] / Под ред. И.И. Моллесона. Т. 1. Пермь :Перм. губ. земство, 1886-1887. - 25.
4. Сбоев, А. С. История становления и развития государственной санитарной службы в Пермском крае / А. С. Сбоев, В. А. Хорошаев, О. А. Бугаева // Здоровье населения и среда обитания. 2007. № 8. С.42-45.
5. Санэпидстанция г.Красноуфимск[Электронный ресурс]. URL:[http://www.fbuz66.ru/muzei\\_sluzhby/188/](http://www.fbuz66.ru/muzei_sluzhby/188/)
6. Страж здоровья [Из истории санитарной службы; К юбилею СЭС]- Красноуфимск // Вперед. Красноуфимск, 17 сентября 2002. №112 (115615).

# **ЗАГАДОЧНЫЙ «УРАЛЬСКИЙ СИНДРОМ» И СТАНОВЛЕНИЕ САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ**

Архипова С.Е., студент 4 курса

Мерзлякова О.Н., руководитель

*e-mail: 15mon@mail.ru*

*Фармацевтический филиал ГБПОУ «СОМК» г. Екатеринбург*

Урал, как и многие другие регионы России, становился территорией локальных эпидемиологических вспышек. Вместе с тем, многие из них были устранены в короткий срок благодаря самоотверженному труду уральских врачей и ученых, которые мобилизовывали все свои знания и навыки для борьбы с опасными и неизвестными до того заболеваниями.

В 1872 году в Пермской губернии (в состав которой входила территория современной Свердловской области) начинает работу первый в Российской губернский санитарный врач И. И. Моллесон. В 1918 году в Екатеринбурге был создан Уральский областной комиссариат здравоохранения. В 1919 году в Екатеринбурге на базе одной из больниц было создано дезинфекционное бюро, которое в 1932 году было преобразовано в дезинфекционную станцию. В 1923 году в Екатеринбургском губздравотделе был создан санитарно-противоэпидемический подотдел. Возглавил его врач Нестор Иванович Иванов – первый главный санитарный врач в Свердловской области [1].

Комплексная деятельность органов здравоохранения в 1920-е годы позволила в короткий срок нормализовать санитарно-эпидемиологическую ситуацию, связанную с последствиями разрухи и гражданской войны, победить эпидемии. Для широкого развертывания санитарной работы, согласно Постановлению Екатеринбургского Губернского отдела здравоохранения от 11 сентября 1920 года, в каждом селе, на заводе и в прочих населенных пунктах сельским исполнкомом выбирались сельские санитарные старости. Результатом огромной работы, проделанной уральскими врачами, стало значительное снижение заболеваемости паразитными тифами, малярией, натуральной оспой, практически исчезли холерные заболевания [2].

Одним из наиболее известных случаев эпидемий на Урале является так называемый «уральский синдром», вспышка которого пришла на весну 1933 года. Неизвестная болезнь отличалась высоким уровнем

смертности зараженных, поэтому приоритетность решения данной задачи была на первом месте у занимающихся ей врачей и эпидемиологов.

Начало болезни имело сходство с началом обычной ангины: резкое повышение температуры и покраснение горла. Однако, после определенного промежутка времени в горле начали появляться язвы, начинался некроз тканей, из-за которого сильно кровоточили нос и горло. В течение первых нескольких дней вспышки большая часть заболевших скончались, а во многих районах смертность оценивалась на весьма высоком уровне.

Поскольку изначально никаких данных о внезапной эпидемии не было и врачи мало чем могли помочь заболевшим, на Урал была срочно выслана группа эпидемиологов во главе с известнейшим тогда профессором Львом Громашевским.

Громашевский Лев Васильевич (13.10.1887 – 01.05.1980) в 1931-1933 годах руководил Центральным институтом эпидемиологии и микробиологии Наркомздрава РСФСР в Москве и одновременно заведовал кафедрой эпидемиологии Центрального института усовершенствования врачей (до 1948 года) [3]. В это время на территории распространения так называемой эпидемии был установлен карантин. После осмотра больных Лев Васильевич пришел к выводу, что болезнь не носит инфекционный характер, а причиной может быть плохое продовольственное снабжение региона. Из-за таких высказываний профессор и вся его делегация были отосланы обратно в Москву, поскольку местные власти посчитали, что Громашевский зря сеет смуту среди населения.

После этого изучением заболевания также занимались комиссар здравоохранения СССР Михаил Владимирский, который был убежден, что заболевание все же инфекционное.

Михаил Федорович Владимирский (1874-1951) – один из руководителей советского здравоохранения. При участии М. Ф. Владимирского для улучшения санитарного обслуживания населения и осуществления санитарного надзора на предприятиях пищевой промышленности и общественного питания была создана Государственная санитарная инспекция (1933) [5]. Однако, даже личный контроль Владимира над исследовательской работой, не дал результатов. Долгое время не получалось установить возбудителя «уральской» эпидемии. Среди гипотез были легочная чума и дифтерия, но в июне того же года болезнь получила официальное название «септическая ангин». Вместе с тем, воз-

будителей болезни так и не удалось обнаружить, о чем врачи написали рапорт в Москву.

В конце июня было выдвинуто предположение о том, что источником заражения может быть прошлогоднее зерно, употребляемое местным населением в пищу. Исследования, проведенные на мышах, подтвердили данную гипотезу, однако причину заражения самого зерна определить не удалось. Из Москвы на Урал было отправлено несколько партий свежего продовольствия, после чего уровень заболевания пошел на спад. Поскольку причины заражения зерна не были выявлены, членами ЧК была создана версия о вмешательстве внутренних врагов, вследствие чего в 1937 году были расстреляны несколько человек, призвавшихся в работе на несколько иностранных организаций одновременно и отравлении урожая зерновых культур ядовитыми веществами.

Однако, после девятилетнего затишья, болезнь с той же симптоматикой повторилась в Оренбуржье. На этот раз было решено вести основательное расследование, поэтому в Чкалове (современном Оренбурге) была развернута мобильная лаборатория для исследования вновь появившейся эпидемии. Поскольку большинство заболевших так же, как и в прошлый раз, употребляли в пищу прошлогоднее зерно, причину стали искать непосредственно в его составе.

После ряда проведенных исследований удалось установить, что причиной заражения стали токсичные плесневые грибки из рода *Fusarium sporotrichiella*, которые успешно размножались на перезимовавших в полях злаках. При попадании в человеческий организм эти грибки действовали как сильный яд, разрушая кроветворную систему и костный мозг, добавляя со временем некроз тканей и кровотечение. Заболевание получило название алиментарно-токсической алейкии. Алиментарно-токсическая алейкия («септическая ангин») — пищевой микотоксикоз, возникающий при употреблении пищи, приготовленной из перезимовавших в поле сельскохозяйственных злаковых культур, зараженных грибками *Fusarium sporotrichioides* и *Fusarium poae* [4].

Среди методов лечения, применяемых врачами, были переливание крови и большие дозы витаминов группы В и С. Также от смерти спасал переход на питание с полноценным рационом. Однако самым действенным способом не заболеть стало исключение из рациона перезимовавших в полях злаковых культур. В масштабах всего Советского Союза была проведена мощная профилактическая кампания (вплоть до

подомового обхода) с разъяснением опасности добавления их в пищу. С 1940-х годов более возникновений данного заболевания в стране зарегистрировано не было [6].

В богатейшей событиями истории российской медицины одним из самых значительных этапов стал период первых двух десятилетий советской власти. Результаты действительно поражают. Развитие здравоохранения проходило в самых неблагоприятных условиях, при финансировании «по остаточному принципу». Несмотря на это, из государства, где значительная часть населения была лишена лекарственной, медицинской, санитарной помощи, СССР за двадцать лет превратился в страну с достаточно эффективной системой здравоохранения, доступной каждому гражданину.

#### **Список литературы:**

1. История становления санэпидслужбы области // Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области URL: <http://www.66.rosпотребнадзор.ru/235>
2. Островкин Д.Л. «Или вши победят социализм, или социализм победит вшей...»: о санитарно-эпидемиологической ситуации на Урале в 1920гг. // Вестник Адыгейского государственного университета. - 2017. - №1. - С. 50-57.
3. Громашевский Лев Васильевич//Герои страны. Патриотический интернет-проект URL: [https://warheroes.ru/hero/hero.asp?Hero\\_id=12307](https://warheroes.ru/hero/hero.asp?Hero_id=12307)
4. Алиментарно-токсическая алейкия // Википедия URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/>
5. Владимирский Михаил Федорович//Большая медицинская энциклопедия онлайн версия Зе издание под редакцией Петровского Б.В. URL: <https://xn--90aw5c.xn--c1avg/index.php/>
6. «Уральский синдром»: почему 10 лет в СССР умирали от неизвестной болезни // Рамблер URL: <https://weekend.rambler.ru/read/44130922-uralskiy-sindrom-pochemu-10-let-v-sssr-umirali-ot-neizvestnoy-bolezni/>

# ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА НА УРАЛЕ

Мелещук Оксана, студент 2 курса

Ломтатидзе О.В., руководитель

e-mail: oksana2000180690@gmail.com

Уральский федеральный университет им. Б. Н. Ельцина,  
г. Екатеринбург

Несмотря на 90 лет вакцинации и 60 лет химиотерапии, туберкулез (далее - ТБ) остается одной из ведущих причин смерти от инфекционного агента в мире. Борьба с ним осложнена различными факторами: латентным течением ТБ, представляющим собой огромный резервуар потенциального заболевания и дальнейшей передачи, возможностью повторного заражения после перенесенной инфекции, увеличением числа случаев нечувствительности микобактерий к противотуберкулёзным препаратам, коинфекцией ВИЧ/СПИДом [13], отсутствием точных биомаркеров ответа на лечение или фактического излечения. Текущий план Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по борьбе с ТБ – «Стратегия борьбы с туберкулезом» [4], представляет собой многогранную программу, в планах экспертов снизить заболеваемость к 2035 году.

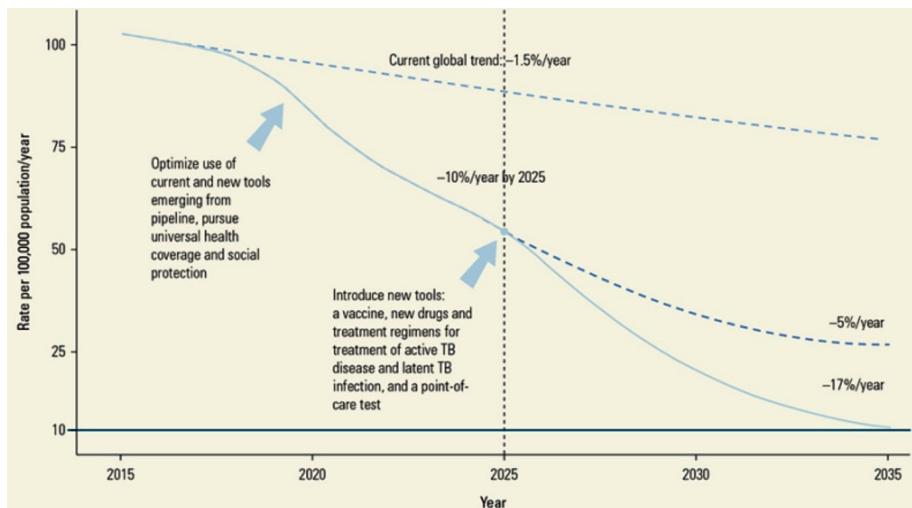


Рисунок. Прогнозируемое снижение глобальных показателей заболеваемости туберкулезом до целевых уровней, 2015-2035 гг.

*Примечание: по оси абсцисс – год, по оси ординат – заболеваемость на 100 тыс./год.*

Пандемия COVID-19 серьезно повлияла на достигнутые успехи: согласно Докладу Всемирной организации здравоохранения впервые за более чем 10 лет показатели смертности от ТБ возросли. [2] Более ста лет длится деятельная борьба с его возбудителем – *Mycobacterium tuberculosis*, но на сегодняшний день нельзя утверждать, что распространение туберкулезной инфекции находится под контролем.

История борьбы с ТБ на Урале началась в мае 1911 года с проведения дней «Белого цветка». Под покровительством царской семьи был начат сбор денежных средств на лечение туберкулезных больных. В первый же год было получено свыше 7 400 рублей, на которые в 1912 году была открыта первая туберкулезная бесплатная лечебница, а также осуществлялось направление больных ТБ в кумысолечебницы. В том же году было создано Екатеринбургское общество по борьбе с чахоткой, которое возглавил известный акушер-гинеколог, доктор медицины В. М. Онуфриев. [7:56] В 1920 году открываются детский туберкулезный санаторий Губздравотдела на бывших дачах Агафуровых (на Сибирском тракте) и тубсанаторий для взрослых на Шарташе. [1]

Органы здравоохранения уделяли особое внимание проблеме ТБ не случайно. Доктор Б. Гитис пишет о тяжелом течении детского ТБ и о его распространенности в Екатеринбурге: «При обследовании учащихся одной школы г. Екатеринбурга в 1923 году оказалось зараженными туберкулезом 67,7 процентов». [3:17] Обследование проводилось при помощи накожной аллергической пробы Пирке (туберкулиновидиагностика).

Основой в организации противотуберкулезной работы являются диспансеры (со стационаром или без него). Поэтому, несмотря на наличие в области санаторных коек с 1920 года, точкой отсчета для фтизиатрической службы является 1923 год, когда М. Н. Карнауховым был организован в г. Екатеринбурге показательный тубдиспансер № 1 окружного отдела здравоохранения. Диспансер имел 3 консультативных кабинета по детскому, легочному и костно-суставному ТБ, лабораторию, кабинет для лечения искусственным пневмотораксом и искусственным «горным солнцем» (ультрафиолетовое облучение). В 1938 году открыт санаторий для больных ТБ «Чусовское озеро», [10] детский санаторий железистого ТБ на базе бывшего трахоматозного детского дома в Невьянске. [8]

Противотуберкулезная вакцинация в области начиналась с г. Свердловска в 1935 году. Новорожденных вакцинировали во всех родовспомогательных учреждениях, в районных больницах, колхозных родильных домах, а также в большинстве участковых больниц, фельдшерско-акушерских пунктах, и даже на дому. [1]

С началом Великой Отечественной войны резко возросла как заболеваемость ТБ, так и смертность от него. «Борьба с пневмонией и туберкулезом превратилась в первоочередную задачу уральских педиатров и организаторов здравоохранения. В консультациях и поликлиниках открывались приемы врачей-фтизиатров, делались туберкулиновые пробы, рентгенография, проводились бактериологическое обследование на палочку Коха, вакцинация и ревакцинация, проводилась санитарно-просветительная работа среди родителей. В детских яслях врачи проводили осмотры детей на туберкулез. Для больных туберкулезом малышей открывали специальные детские ясли, сады, санатории, детские дома. Особенно высокой заболеваемость ТБ была среди воспитанников детских домов. Болезнь протекала тяжело, туберкулезный менингит часто заканчивался летальным исходом.».[5]

Детский санаторий «Луч» (В. Сысерть) с 10 декабря 1943 года был перепрофилирован в детский легочно-туберкулезный санаторий, в который поступали дети и подростки с тяжелыми открытыми формами ТБ. В основу лечения был положен комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий: специфическое лечение на фоне гигиено-диетического режима, широкое использование природных факторов путем проведения учебных занятий и прогулок на свежем воздухе. Прием детьми антибактериальных комплексов проводился на фоне общеукрепляющей терапии, использовались физические методы лечения – электромагнитное излучение ультравысокочастотного диапазона (УВЧ), кварц. В 2007 году учреждение было перепрофилировано в ГУЗ «Областную детскую специализированную больницу восстановительного лечения «Луч». [1]

4 мая 1960 года свердловской городской противотуберкулезной службе передано 4-этажное здание по адресу ул. Чапаева, 9, куда переехали клиника легочной хирургии и патоморфологическая лаборатория. [12:5] В 1968 году состоялось открытие Свердловского областного пульмоно-логического центра при городском туберкулезном диспансере, в этом же году организованы фтизиогинекологическая и фтизиоофтальмологическая служба. [1] В 1970 году в Областном противотуберкулезном диспансере открыто диагностическое отделение внелегочного ТБ. [6:210] В 1974 году при

участии главврача городского тубдиспансера № 4 Б. Б. Репницкого начато строительство нового комплекса зданий УрНИИФ. [9:14]

Институт туберкулеза был организован в марте 1931 года на базе Городского показательного противотуберкулёзного диспансера и размещался в двухэтажном доме по ул. Карла Либкнехта, в двух домах по ул. Толмачева, позднее еще и — на территории санатория «Сосновый бор», где было развернуто хирургическое отделение. В 1957 году Институт был передан в федеральное подчинение. С 1960 года легочно-хирургическая клиника (рук. М. Л. Шулутко), патоморфологическая лаборатория (рук. Г. А. Панфилова) размещались на базе городского диспансера (гл. врач Е. С. Губина). Новый противотуберкулезный диспансер открыт 27 октября 2014 года на дублере Сибирского тракта, 56.

Современная этиотропная терапия ТБ связана с открытием противотуберкулезных антибиотиков и химиопрепаратов. Эффективность борьбы с ТБ может снижаться из-за развития и передачи ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (определенного как устойчивость к наиболее эффективным и распространённым противотуберкулезным препаратам), терапия в таком случае длится дольше и требует более дорогих и токсичных препаратов. Несмотря на главное значение и очевидную эффективность современных стандартизованных режимов химиотерапии в лечении ТБ физиотерапевтические методы (ФТМ) по-прежнему находят широкое применение во фтизиопульмонологии и остаются важным резервом повышения терапевтической эффективности.[11]

### **Классификация физических факторов, применяемых в комплексной терапии ТБ**

Группа физич. факторов	Наименование	Характер лечебного воздействия	Стадии применения
1	УВЧ-терапия (электромагнитное излучение ультравысокочастотного диапазона), КВЧ-терапия (электромагнитное излучение крайне высокочастотного диапазона), ингаляционная терапия (тепловлажная и влажная), лекарственный электрофорез	Противовоспалительное, туберкулостатическое и гипосенсибилизирующее действие; активируют местные защитные тканевые реакции; повышают концентрацию антибактериальных препаратов в очаге воспаления	ТБ, с экссудативно-некротическим типом воспаления

2	Ультразвук, лазерная и магнитотерапия, внутрисосудистое облучение крови (ВЛОК), транскutanное облучение	Противовоспалительное, туберкулостатическое и гипосенсибилизирующее действие; активируют местные защитные тканевые реакции; повышают концентрацию антибактериальных препаратов в очаге воспаления	Начальная стадия ТБ, с экссудативно-некротическим типом воспаления
3	СВЧ-терапия (воздействие электромагнитными полями сверхвысокой частоты), ДМВ и СМВ	Минимизация остаточных ТБ изменений, полноценное функциональное восстановление поврежденных тканей, предотвращение избыточного образования фиброзной ткани, рассасывание спаек и рубцов, повышение активности обмена веществ.	В период постепенного затухания продуктивной фазы специфического воспаления

В настоящее время продолжается поиск высокоэффективных методов лечения, способствующих быстрому исчезновению клинических признаков. Оправданным является использование в комплексной терапии хронического туберкулеза физических факторов, обладающих противовоспалительным, сосудорасширяющим, иммуностимулирующим и регенераторным действиями. ФТМ не являются альтернативой по отношению к лекарственной терапии, но в значительной степени дополняют возможности антибактериальных средств в рамках стандартных лечебных программ; методы достаточно доступны, дешевы, не ведут к дополнительной лекарственной нагрузке и улучшают переносимость химиотерапии. Важно отметить, что в Уральском НИИ фтизиопульмонологии доказана эффективность применения физических факторов многолетней практикой на большой выборке больных туберкулезом (1500 человек). [11]

Таким образом, борьба и профилактика туберкулеза на Урале началась с применения физиотерапевтических методов – лечение ультрафиолетом, УВЧ, рентгенодиагностика и т. д. По мере развития сети медицинских учреждений, расширения спектра подходов и наличия богатого опыта лечения туберкулеза роль физических факторов приобрела более профилактический, вспомогательный и реабилитационный характер. Хотя туберкулез можно лечить и вылечить, он по-прежнему оста-

ется одним из самых распространенных инфекционных заболеваний в мире. Поэтому применение физиотерапевтических методов, повышающих эффективность этиотропной терапии и позволяющих сократить длительность стационарного этапа лечения, остается актуальным и в настоящее время.

### **Список литературы:**

1. 75 лет фтизиатрической службе Свердловской области // СОМИМ. Гол. арх. 2765.
2. В результате пандемии COVID-19 впервые за более чем 10 лет выросла смертность от туберкулеза: пресс-релиз ВОЗ, Женева, 2021. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/14-10-2021-tuberculosis-deaths-rise-for-the-first-time-in-more-than-a-decade-due-to-the-covid-19-pandemic> (дата обращения 11.03.2022)
3. Гитис Б. Туберкулез в детском возрасте и его проявления // Туберкулез: сб. статей. Уральский туберкулезный трехдневник. Екатеринбург, 1924.
4. Глобальная стратегия и цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 г./-Женева, 2013. - URL: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB134/B134\\_12-ru.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_12-ru.pdf) (дата обращения 11.03.2022)
5. Козьмина К. И., Худкова А. И., Тхоржевская В. В. Охрана здоровья матери и ребенка в Свердловской области в годы Великой Отечественной войны. Екатеринбург, 2020.
6. Крестьянский сарафан малахитницы: культурно-исторические очерки / Новопашин М. М. [и др.]. Екатеринбург: Сократ, 2003.
7. Отчет о деятельности Екатеринбургского общества Борьбы с чахоткой за 1912 г. Екатеринбург: Типография Меклер, 1913. 56 с.
8. СОМИМ. Гол. арх.1650.
9. Уральский НИИ Фтизиопульмонологии. 1931-2001 / Под ред. В.А. Соколова. Екатеринбург: Издательский дом «Гарант-С», 2001. 162 с.
10. Уральский рабочий.1938. 26 июня.
11. Физические методы лечения во фтизиопульмонологическом стационаре/ пособие для врачей/ Перельман М. И. ,

*Екатеринбург 2002. 3 с.*

12. Шулутко М. Л., Зислин Б. Д. и др. К истории легочной хирургии Среднего Урала: К 70 летию торакальной хирургии на Среднем Урале. // Актуальные вопросы фтизиохирургии легких. Екатеринбург, 2002.
13. *Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 6): Major Infectious Diseases 3rd Edition/ King K. Holmes, Stefano Bertozzi, Barry R. Bloom, Prabhat Jha, Washington, DC: The World Bank 2017. - URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525174> (дата обращения 10.03.2022)*

## **ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО И ВОЛОНТЕРСКОГО ДВИЖЕНИЯ КРАСНОГО КРЕСТА В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЙ НА УРАЛЕ**

Носова К.В., студентка 3 курса

Вашенко И.В., руководитель

*e-mail: gbouspo@mail.ru*

*Красноуфимский филиал ГБПОУ «СОМК», г.Красноуфимск*

Стремление к международному сотрудничеству в области здравоохранения присуще человечеству издавна. Особенно оно заметно в те периоды, когда государствам и народам угрожало резкое ухудшение здоровья населения. Зарождение Общества Красного Креста произошло в 1867 г., когда Россия присоединилась к Женевской конвенции и главной задачей общества было оказание помощи раненым только в военное время [6:28].

Общества Красного Креста существуют уже более 150 лет. У большинства людей они ассоциируются с гуманной помощью попавшим в беду: пострадавшим при вооруженных конфликтах, стихийных бедствиях, эпидемиях и т. д.

Основная цель Международного Красного Креста заключается в следующем: способствовать предотвращению и облегчению страданий людей, защите жизни, здоровья и достоинства человека, особенно во время стихийных бедствий, вооруженных конфликтов и иных чрезвычайных ситуаций, содействовать повышению социального bla-

гополучия, добровольному объединению индивидуальных и общественных усилий на оказание милосердной, благотворительной и иной гуманной помощи всем, кто в ней нуждается. Однако по мере накопления материальных средств, появления сети лечебных и других специальных учреждений у большого числа его членов, главным идеологом которых стал Н.И. Пирогов сформировалось убеждение, что необходимо не только сосредоточиться на потребностях военного времени, но и стараться в мирной жизни удовлетворять чрезвычайные и повседневные нужды населения, так как это способствовало бы повышению авторитета Российского Общества Красного Креста (РОКК) и доверия к нему. Предпосылками появления этого направления деятельности общества послужил голод, охвативший в 1891 - 1892 гг. почти все губернии России. Тогда Российский Красный Крест собрал огромную сумму пожертвований, передав ее в виде хлеба, горячей пищи, одежды и семян для будущих посевов пострадавшему населению. Одновременно пришлось бороться с эпидемиями тифа, холеры, дифтерии и проказы в южных губерниях стран, оказывать помощь пострадавшим от землетрясения на Кавказе [4:32].

Комплекс разноплановых и масштабных социальных проблем современной России делает актуальным исследование деятельности благотворительного и волонтерского движения Красного Креста, в том числе и Уральского общества Красного Креста, осуществляющие сотрудничество между государством и обществом.

29.06.2000 году международный Красный Крест опубликовал данные, из которых следует, что «большинство из более, чем 13 миллионов людей, погибших в прошлом году в результате инфекционных заболеваний, можно было бы спасти, израсходовав не более пяти долларов на человека, сообщает BBC». Представители общества призвали руководителей государств серьезно отнестись к проблеме инфекций, тем более что от них погибает в 160 раз больше жителей нашей планеты, чем от природных катаклизмов [11].

Из исторической справки следует, что в 1878 году в станице Ветлянка Астраханской губернии очень быстро началось распространение эпидемии чумы. Общество начало действовать с самого начала страшной эпидемии. Проводя дезинфекции и уничтожая белье и одежду в семьях, где появились случаи заболевания, значительные силы были брошены на борьбу с эпидемиями, антисанитарией. Общество Красного Креста снабжало эти семьи новым бельем, обувью и одеждой, громад-

ное количество которого стекалось на склад вещей Красного Креста.

Голод 1891-1892 годов стал национальной трагедией. РОКК собрал 5 миллионов рублей пожертвований. На эти средства было создано 2.763 столовых на 213 546 человек, 40 приютов и ночлежных домов на 1 283 человека, выдано около 4-х миллионов обедов. Голод вызвал распространение эпидемий. Поэтому РОКК направил в наиболее зараженные районы передвижные санитарные отряды, в составе которых было 710 сестер милосердия. Многим людям спасли жизнь чайные и столовые, которые открывал РОКК во время холеры и других эпидемий для неимущих людей [5:21].

Уральскими общинами систематически организовывались лотереи, благотворительные концерты и другие мероприятия, доход от которых шел на красно-крестные цели. В период праздников (Пасхи, Рождества, Нового года) вместо традиционных визитов к больным общинами проводились специальные сборы. Сестры милосердия выступали уполномоченными Красного Креста и непосредственно совместно с причтами участвовали в церковных сборах. В мирное время уральские сестры милосердия принимали участие в санитарно-медицинской помощи населению и сборах средств на борьбу с проказой, цингой, холерой, тифом, а также на устранение последствий недорода, падежа скота, пожаров. В 1909–1910 гг. пермские сестры командировались в Соликамский уезд для борьбы с холерной эпидемией, работали в Мотовилихинских холерных бараках, Пермском родильном покое [8:88].

В первую мировую войну (1914-1918), численность действовавших армий превышала 29 млн. человек, погибло свыше 20 млн. человек. В это время РОКК подготовил и направил в распоряжение лечебных учреждений военного ведомства 10 тыс. сестер милосердия, сформировал 150 пунктов питания, более 20 санитарных судов, оборудовал 360 санитарных поездов, в районах скопления раненых работало 65 противоэпидемических отрядов.

На Урале подготовкой женского персонала традиционно занимались попечительницы общин [2]. Вятские курсы обеспечили четыре выпуска: 1-й выпуск от 3 ноября 1914 г. - 33 чел., 2-й от 2 января 1915 г. - 33 чел., 3-й от 11 апреля 1915 г. - 34 чел, 4-й - 37 чел. Последние курсы имели особую задачу: подготовку персонала в условиях военного времени для борьбы с заразными заболеваниями. Из трех выпусков работало 57 человек [9:438], (57 % от прошедших испытания девушек), что стало негативным следствием ускоренной подготовки.

В октябре 1914 г. при Екатеринбургском ОКК были открыты 2-месячные курсы. В условиях приема отмечалось, что лица, имеющие образование не ниже 4 классов гимназии, также должны были проходить испытание и медицинское освидетельствование. Курсы были бесплатными, но содержание обучающихся происходило за свой счет. Утром занятия шли при аптеках и больницах, а вечером будущим сестрам «нанчтывался» теоретический курс [9, с.440]. 22 октября 1914 г. завершились 3-дневные выпускные экзамены при Екатеринбургском комитете РОКК. Из 49 учениц, прослушавших курс, успешно сдали экзамены 26, 12 девушек получили переэкзаменовку, 11 не справились с заданиями [9:438].

В период первой мировой войны уральский регион продемонстрировал максимально возможные разновидности категорий сестер милосердия, причем в этом отношении отдельные общины также проявили разнообразие в формировании «гибридных» статусов сестер. В 1915 г. был зафиксирован ряд категорий сестер, характерных только для одной или нескольких общин: испытуемые - Пермская община, волонтерки - Оренбургская, старшие сестры и фельдшерицы, числящиеся сестрами милосердия - Вятская, старшие военного времени - Екатеринбургская, старшие запасные военного времени - Уральская и Екатеринбургская, старшие штатные - Вятская, Екатеринбургская, Пермская [10:307].

Октябрьская революция и начавшаяся затем гражданская война принесли народам России суровые испытания. В этот период основным направлением в деятельности Советского Красного Креста стала помочь в борьбе с эпидемическими заболеваниями и голодом. Было сформировано и направлено на фронты 439 санитарных учреждений, в том числе санитарно-эпидемические отряды, питательные пункты, госпитали [8:88].

1918 – 1920 гг – Гражданская война. Формируются «летучие» санитарные отряды (Рис. 1), которые оказывают первую медицинскую помощь раненым красноармейцам. Чтобы предотвратить распространение эпидемий РОКК создает дезинфекционные и эпидемические отряды, специализированные госпитали и лазареты (сыпнотифозные, холерные).

На 1-ое ноября 1918 года действовали 288 краснокрестных учреждений, в них работали 470 врачей, 1125 сестер милосердия. В первой половине 1919 года было уже 325 лечебных учреждений, а в 1920 г. – 439. За этими цифрами скрыта огромная по значимости работа – спасение человеческих жизней, сопряженная с социально-бытовыми трудностями, а иногда и со смертельной опасностью. Второе главное направ-



Рис. 1 «Летучие» санитарные отряды

ление деятельности РОКК в годы гражданской войны - борьба с эпидемиями (холера, сыпной и возвратный тиф), последствиями голода. С железнодорожных станций от больных беженцев и красноармейцев сыпной тиф перекинулся в населенные пункты.

В 1920 году действовали 63 эпидотряда и 14 дезинфекционных.

Их усилиями эпидемия была остановлена. Отряды РОКК, кроме своих основных обязанностей, строили бани, кухни, доставали продовольствие. Когда началась волна эпидемических заболеваний, в 1921 году при жестокой засухе, в т.ч. и на Урале, Советский Красный Крест сформировал и направил в районы бедствия три специализированных санитарно-эпидемических отрядов, которые проводили не только очистку и обследование местности, но и строили бани, дезинфицировали помещения.

В конце 20-х годов в стране нагнетается обстановка военной угрозы, вся страна должна была перестраивать свою работу с учетом возможной войны. В этих условиях общество Красного Креста значительно сместило акценты своей деятельности. С 1926 года в стране создавались кружки первой помощи, в которых население обучалось элементарным навыкам по уходу за больными на дому. В 1927 году по инициативе местных комитетов Общества создаются «Курсы красных сестер», «Курсы медицинских сестер запаса». С 1935 по 1939 год Союз обществ на курсах медицинских сестер подготовил 9 тыс., а к началу 1941 года - 52,8 тысяч медсестер. В 1928 г. началось массовое создание сандружин, в задачи которых входило оказание помощи при стихийных бедствиях (Рис.2), несчастных случаях, для борьбы с эпидемиями. К 1929 году было создано 407 дружин, а к 1 июля 1944 года их уже было 4750 [9, с.438-440].

В уральских работах 1930-40-х гг. предвоенный этап развития Красного Креста был представлен кратко, основное внимание уделя-

лось советским реалиям и роли модифицированного Красного Креста в становлении нового общества, развитию медицинской и санитарной сфер деятельности.



*Рис.2 Оказание помощи при стихийных бедствиях (учения).*

Уральские исследователи, интересующиеся красно-крестным движением, издают в основном обзорные работы по истории своего края, где фрагментарно освещается история РОКК. Особенно много подобных статей и книг написано в Кирове о Вятском отделении РОКК, в фокусе внимания уральских историков находятся и другие отделения ОКК на Урале, в том числе Екатеринбургское [9,с.441].

В 1937 г. 6111 лечебно-профилактических учреждений Общества были безвозмездно переданы государству. В тот же период Красный Крест начал работу по формированию донорских кадров. Значительные силы были направлены на профилактику инфекционной патологии [1].

В послевоенный период заслуживает особого внимания участие Красного Креста в массовом общественном движении по благоустройству населенных пунктов, профилактике заболеваний, повышению уровня санитарной культуры. Важную роль в этом направлении деятельности (а именно она в послевоенные годы стала приоритетной для общества) продолжал играть санитарный актив. Теперь он был представлен кружками по обучению первой помощи, санитарными дружинницами, санитарными уполномоченными и т.д. В середине 50-х годов санитарный актив насчитывал несколько миллионов человек.

Для оказания помощи в профилактике инфекционных заболеваний Советский Красный Крест безвозмездно направлял в отсталые страны третьего мира большие партии вакцин против полиомиелита, оспы и холеры. Подвижные медицинские отряды Советского Красного Креста успешно работали в Перу, Иордании, Бангладеш, Алжире, Сомали, Эфиопии. Под эгидой Международного Комитета Красного Креста в 1980-1981 г.г два медицинских отряда СОКК и КП работали в Камбодже. [9,с.438].

Сегодня основные усилия РОКК реализуются в нескольких направлениях. Но вот одни из них:

1. Борьба против туберкулеза. В этом направлении основными задачами для РОКК являются:

- просвещение населения по вопросам заболевания туберкулезом и его профилактика;
- контролируемое лечение и социальная поддержка больных туберкулезом из числа наиболее социально уязвимых групп населения силами сестер милосердия РОКК;
- помочь противотуберкулезным диспансерам в вопросах первичного выявления и амбулаторного лечения больных туберкулезом.

2. Профилактика ВИЧ/СПИДа среди молодежи. В рамках этого направления осуществляется подготовка добровольцев-инструкторов для проведения занятий в общеобразовательных учреждениях.

3. Профилактика распространения COVID-инфекции и др. [11].

Волонтёрское движение «Красного креста» помогают поликлиникам в условиях распространения COVID-инфекции. Волонтёры измеряют температуру посетителей на входе и работают в call-центрах. Они обзванивают контактов первого уровня, выясняя самочувствие тех, кто находится в изоляции. Эти данные затем передают участковым врачам. Благотворители и волонтеры Красного Креста доставляют пожилым людям рецепты на лекарства через почтовый ящик. На одного волонтера приходится от 5 до 7 адресов. Такая работа осуществляется по запросу поликлиник. Неоценима помощь волонтеров от формирования продуктовых наборов и их доставки нуждающимся лицам.

Таким образом, во все времена деятельность волонтеров, благотворителей играла неоценимую роль в борьбе с эпидемиями.

### **Список литературы:**

1. Ф. Р-20. Оп.1. Д.320. Л.30 *О работе райкома Красного Креста, 1950г.;*
2. Ф. Р-20. Оп.1. Д.615. Л.136 *Об обязательном обучении женщин от 18 до 45 лет по программе сандружинниц, 1963г.;*
3. Ф. Р-190. Оп.1. Д.2. Л.1 *Приходно-расходная книга по сбору пожертвований (форма дореволюционного документа) - видиоролик;*
4. *Исторический обзор деятельности местных учреждений Красного Креста со времени основания по г. СПб., 1911;*
5. Барсуков, М.И. *Красный Крест и Красный Полумесяц в СССР [Текст]* / М.И. Барсуков //Краткий исторический очерк. М., 1946. - с. 21;
6. Коган, П.П. *РОКК на Урале [Текст]* / П.П. Коган //Уральский медицинский журнал. 1928. №1. С. 28-31.
7. Товбин, М. М. *Санитарные дружинницы и красные сестры.* М., 1958.-с.128;
8. Селезнева, В.Т. *Очерки по истории медицины в Пермской губернии [Текст]* //В. Т. Селезнева, Пермь, 1997.-с.88;
9. Олешкова, А. М. *Сестры милосердия Пермской Надеждинской общины в конце XIX - начале XX вв.: к переосмыслению обращения [Текст]* / А. М. Олешкова // Седьмые Татищевские чтения. Доклады и сообщения. Екатеринбург, 17-18 апреля 2008 г./ под ред. С. П. Постникова. - Екатеринбург: ИИиА УрО РАН, 2008. - с. 478-484;
10. Олешкова, А. М. *Сестры милосердия Пермской губернии на рубеже XIX- XX вв.: причины вступления в общины [Текст]* / А. М. Олешкова // Восьмые Татищевские чтения. Доклады и сообщения. Екатеринбург, 27- мая 2010 г./ под ред. В. В. Запария и С. П. Постникова. - Екатеринбург: УМЦ УПИ, 2010. - с. 304-308;
11. Красный Крест призвал бороться с инфекциями // Медновости. 29.06.2000. [Электронный ресурс] URL: <https://medportal.ru/mednovosti/krasnyy-krest-prizval-borotsya-s-infektsiyami/>

## **РАЗДЕЛ 3.**

# **ИСТОРИЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ НА УРАЛЕ**

## **КАК ВАКЦИНАЦИЯ ИЗМЕНИЛА МИР**

Спичак О.П., студентка 2 курса

Иванова Т.М., руководитель

e-mail: spichak.lesya@yandex.ru, ivushka1957@mail.ru

*Краснотурьинский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Краснотурьинск*

Само слово «вакцина» произошло от латинского *vaccinus* – коровий, другая версия происхождения - французское слово *vache*, корова. Французский язык и вообще французская культура в России как раз и были в расцвете популярности, когда началась отечественная история вакцинации. Ведь состоявшая в переписке с французскими философами и просветителями София Августа Фредерика Ангалт-Цербстская известна у нас как Екатерина II Великая, а в истории медицины – как первый пациент, вакцинированный от оспы в Российской империи.

В XVIII веке считался относительным везунчиком тот, кого *Variola Vera*, оспа натуральная, лишь обезобразила, потому что убивала она никак не менее чем каждого пятого, а порой и 9 из 10 заболевших. Но, хотя о вирусах *Variola Major* и *Variola Minor*, как и вообще об инфекционных заболеваниях, человечество узнало значительно позже, уже тогда было отмечено, что часть заболевших переносит болезнь в относительно лёгкой форме – *minor*-версия вируса забирала с собой лишь трёх из ста. Убедились и в том, что осью не болеют второй раз.

Описание оспы оставил даже великий Абу Али Хусейн ибн Абдаллах ибн Сина, которого мы знаем как Авиценну, а уж в Европе позднего средневековья не осталось мест, где оспа не собрала бы свой урожай, так что в наблюдателях недостатка не было, как и в материале – особой приметой считалось скорее отсутствие осипин на лице, чем их присутствие. «*Von Pocken und Liebe bleiben nur Wenige frei*» - «Мало кому удает-

ся избежать оспы и любви» – говорили на родине немецкой принцессы Софии Ангальт-Цербстской. К началу правления русской императрицы Екатерины II оспа вволю нагулялась и в России: приходила и при Петре I, и при Елизавете Петровне, убила Петра II, забрала жизнь графини Анны Шереметевой, невесты Никиты Панина, наставника будущего Павла I, сына императрицы и Петра III. Последний, к слову, до конца недолгой жизни стеснялся того, что сделала болезнь с его лицом.

Неудивительно, что и его жена, просвещённая императрица, опасалась этого заболевания. Поэтому в 1768 году в Царское село был приглашён английский врач, один из самых искусных в деле оспопрививания, Томас Димсдейл. Императрица в обстановке строгой секретности поехала вакцинироваться, что в те времена означало – болеть. Её ждали жар, озноб, жжение в горле, набухшие подчелюстные железы.

Вольтер ли в известной переписке, или другой популяризатор оспопрививания подсказал Екатерине II идею и посоветовал специалиста – неизвестно. Методика-то была не нова, однако и сопротивления она встречала более чем. Тогда же, в 1768-м, оспопрививание от человека к человеку убивало двух из ста, а ещё пару десятков награждало тяжёлой формой оспы. Кроме того, вариоляция сама могла стать причиной эпидемии.

После этого на Урале и по всей России начали создавать систему массовой вакцинации от оспы. В 1796 году, незадолго до смерти, Екатерина даже издала указ об обязательной вариоляции всего населения. Однако из этого мало что вышло — у государства не хватало ресурсов, а люди опасались прививок.

В 1790-х годах британский врач Эдвард Дженнер придумал, как сделать вакцинацию от оспы значительно безопаснее. Он заметил, что человек может заразиться коровьей оспой, однако никогда не болеет тяжело. Люди, которые работают с коровами, часто имеют иммунитет к оспе.

Опыты, которые Дженнерставил на крестьянских детях, подтвердили догадку: прививка коровьей оспой дает человеку иммунитет и от обычной оспы, при этом не вызывая серьезных осложнений. В 1801 году вакцинировать по методу Дженнера начали в России, а с 1802 года и на Среднем Урале.

Во второй половине XIX века медицина сделала огромный скачок в понимании происхождения инфекционных болезней. Многим открытиям того времени наука обязана одному человеку – французскому ученику Луи Пастеру, который первым доказал огромную роль бактерий

во множестве биологических процессов, от брожения и гниения до эпидемий и пищеварения.

В 1870-х годах Пастер занялся изучением вирусов. Экспериментируя с куриной холерой и сибирской язвой у животных, он доказал возможность создания вакцины из патогена. Ученый смог ослабить живой вирус до такой степени, что при введении человеку он становился безопасным, но организм в ответ на него все равно вырабатывал иммунитет.

В 1885 году Пастер создал вторую в истории человеческую вакцину — от бешенства. Она помогала тем, кто уже был заражен. В парижскую клинику ученого стали съезжаться зараженные бешенством со всего мира.

Российская империя стала первой страной, адаптировавшей опыт Луи Пастера — уже в 1886 году в Одессе начала работу первая в мире «пастеровская станция», где прививали больных бешенством. Вакцину российским врачам Пастер передал с несколькими зараженными кроликами.

В конце 1880-х научное сообщество Европы начало жестко (и ошибочно) критиковать методы Луи Пастера. Гамалея, который активно сотрудничал с французским ученым и жил в разъездах между Парижем и Одессой, помог защитить его теорию, выступив перед британской научной комиссией с докладом, основанным на обширной статистике по вакцинации от бешенства в Одессе. В советское время Гамалея стал крупнейшим микробиологом, возглавив Московский институт эпидемиологии и микробиологии, который сегодня носит его имя.

Вскоре пастеровские станции стали открываться в других городах России. До революции они существовали на частные средства, государство не тратило ресурсы на вакцинацию. Позволить станции могли себе лишь крупные и богатые города — поэтому московская станция обслуживала всю Центральную Россию, а в самарскую приезжали больные из Сибири и Средней Азии. Полностью обеспечить все регионы страны пастеровскими станциями получилось лишь в 1930-х.

На рубеже XIX и XX веков появилось сразу несколько эффективных вакцин против опасных заболеваний. Двум из них — от чумы и холеры, мир обязан Владимиру Хавкину, ученику Мечникова. Россия обошлась с Хавкиным жестоко — поэтому имя великого врача, спасшего сотни тысяч жизней, сегодня гораздо более известно в Великобритании и Индии, чем на его родине.

Владимир Хавкин окончил Одесский университет в 1884 году.

Молодой ученый еврейского происхождения хотел заниматься эпидемиологическими исследованиями. Однако после убийства Александра II государство усилило гонения на евреев и лишило набожного иудея-сиониста Хавкина профессорской должности. Ученый отказался от предложения властей перейти в православие и уехал в Европу, где смог беспрепятственно заниматься наукой.

В 1892 году Владимир Хавкин создал первую вакцину от холеры, которую испытал на себе. Врач предложил ее Российской империи, однако получил отказ. Вакцина Хавкина от чумы из мертвого вируса спасла много жизней, однако ее эффективность никогда не была точно описана.

Прививку от чумы с живым вирусом, прямую предшественницу тех, что применяются сегодня, создал еще один незаслуженно забытый российский инфекционист Магдалена Покровская.

В годы после Гражданской войны Покровская исследовала вспышки чумы и малярии в юго-восточных регионах СССР. В 1934 году она работала в противочумной станции в Ставрополе, где после множества попыток трансформировать живой вирус чумы смогла создать рабочую вакцину, которую успешно опробовала на себе.

После того как страшные болезни Средневековья и Нового времени, такие как оспа, дизентерия, чума и холера, были побеждены, главной проблемой стал полиомиелит.

До войны полиомиелит в СССР встречался редко, но с 1949 года начался резкий рост заболеваемости. В 1956 году делегация советских врачей под руководством директора Института по изучению полиомиелита Михаила Чумакова посетила США и встретилась с Альбертом Сейбиным. Американский ученый получил приглашение приехать в СССР и организовать промышленный выпуск своей вакцины.

Советские власти тоже не доверяли «живой» вакцине. Сын Михаила Чумакова Константин рассказывал, что его отец добился одобрения вакцины, позвонив по выделенной линии первому заместителю председателя правительства СССР Анастасу Микояну из кабинета высокопоставленного чиновника, когда тот отлучился. Чумаков заверил Микояна, что вакцина хорошая, и тот дал добро на массовое производство.

Массовая вакцинация началась в 1959 году, а уже к концу 1960 года от полиомиелита были привиты все советские граждане младше 20 лет.

Первой вакциной против коронавируса в России, в том числе в мире,

стала комбинированная векторная вакцина «Гам-Ковид-Вак» (торговая марка «Спутник V») Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии имени Гамалеи Минздрава России. Она получила регистрацию 11 августа 2020 года.

Массовая вакцинация препаратом началась в нашей стране уже спустя несколько месяцев в декабре, а по данным на май 2021 года, «Спутник V» был зарегистрирован в 65 странах с общим населением свыше 3,2 млрд человек. Вторая российская разработка — пептидная вакцина «ЭпиВакКорона» Государственного научного центра вирусологии и биотехнологии «Вектор» Роспотребнадзора. Третья — цельновирционная инактивированная вакцина «КовиВак» Федерального научного центра исследований и разработки иммунобиологических препаратов имени Чумакова РАН. Все они находятся в гражданском обороте.

Кроме того, в начале мая регистрацию получила однокомпонентная вакцина против коронавируса «Спутник Лайт» Центра Гамалеи. 18 мая президент РФ Владимир Путин сообщил, что эта вакцина скоро также будет запущена в гражданский оборот.

На Средний Урал поступило 2,5 миллиона доз разных вакцин от COVID-19.

#### **Список литературы:**

1. Артамонов А. История вакцинации в России: от указа Екатерины II до Sputnik V // Стиль, 24.08.2021. [Электронный ресурс] URL: <https://style.rbc.ru/life/6106795c9a79471f675c727d>
2. Бобрикова Е.Н. История медицины. Как вакцинация изменила мир // Городская клиническая больница № 52 [Электронный ресурс] URL: <https://52gkb.ru/press-tsentr/besedy-s-vrachom/1675-istoriya-meditsiny-kak-vaktsinatsiya-izmenila-mir>
3. Зверев В. В. Вакцины и вакцинация : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. В. Зверева, Р. М. Хаитова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 640 с.
4. От оспы до коронавируса: более 250 лет славной истории вакцинации в России//
5. Национальные проекты России [Электронный ресурс] URL: <https://национальныепроекты.рф/news/ot-ospy-do-koronavirusa-bolee-250-let-slavnoy-istorii-vaktsinatsii-v-rossii->

# **ВАКЦИНАЦИЯ ПОБЕДИЛА «ЧЕРНУЮ СМЕРТЬ»: МИРОВОЙ ОПЫТ И ОСОБЕННОСТИ ВАКЦИНАЦИИ НА УРАЛЕ**

Федосеев С.Ю., преподаватель

e-mail: [fedsemyon@mail.ru](mailto:fedsemyon@mail.ru)

Красноуфимский филиал ГБПОУ «СОМК», г. Красноуфимск

## ***Исторические факты об оспе и результатах лечения***

Бедствием своего времени была натуральная оспа. Выдающийся врач Англии Томас Сиденхем называл оспу «отвратительнейшей болезнью, унесшую в могилу больше жертв, чем все другие эпидемии, чем порох и война». Статистика летальных исходов при оспе была просто огромной и составляла приблизительно 30 % [3]. Эффективного лечения оспы не было, боролись с ней народными малоэффективными средствами: применяли травы, делали кровопускания, произносили заговоры и молитвы, использовался даже карантин, но должного результата добиться не удавалось. За период с XVI по XVIII век черная оспа много раз прошла по европейскому континенту, унося с собой миллионы человеческих жизней.

«Черная смерть», так называли натуральную (черную) оспу, не щадила никого. Ее жертвами становились нищие и богатые, крестьяне и короли: принц Иосиф-Фердинанд Баварский, герцог Бургундский с супругой и старшим сыном, императрица Анна, молодой царь Петр II, принцесса Стюарт и королева Мария – самые знаменитые жертвы этой коварной болезни. Большинство из них скончались в самом рассвете сил.

Екатерина II Великая очень боялась черной оспы. Особенно потрясла ее смерть молодой графини Шереметевой. После этого Екатерина сразу решила сделать себе и наследнику престола – Павлу противоосеннюю прививку. Вскоре привились внуки Екатерины II: Константин и Александр. Мальчик из семьи Марковых, от которого оспой была привита Екатерина II, даже было присвоено дворянство и фамилия Оспенный. Благодаря вакцинации «черная смерть» прошла мимо царского двора. Затем вакцинацию начали применять и распространять по всем губерниям России. Когда в 1774 году, после 58-летнего правления, во Франции от оспы скончался король Людовик XV, Екатерина произнесла: «Какое варварство — наука уже позволяет лечить эту болезнь».

## **Особенности протекания оспы**

В основном вариолой (оспой) заражались воздушно-капельным путем или при уходе за больными родственниками. Инкубационный период чаще составлял 10–14 суток, но иногда длился 19–20 дней. Начальными симптомами болезни были: лихорадка, головная боль, рвота. Только к 5-му дню появлялась сыпь: высыпания очень быстро превращались в язвы, которые сначала локализовались на лице (рис. 1), но через сутки уже распространялись по всему телу. В это время больной становился наиболее заразен. Примерно к 7–8-му дню язвы наливались гноем (такие язвы называли пустулами). После появления сыпи температура начинала снижаться, и при благоприятном течении больной выздоравливал, но это происходило далеко не всегда. Заболевание протекало длительно, иногда до 30 дней, черная оспа была изматывающим тяжелым заболеванием.

Самой страшной формой был геморрагический тип течения болезни, при котором погибали 80–100 % больных, особенно часто «черная смерть» уносила жизни беременных женщин и детей до 5 лет [2: 8–18].



**Рисунок 1. Оспенная сыпь (*Variola major*): а — на 3-й день; б — на 5-й; в — на 7-й; г — на 20-й день (несмотря на остановившийся взгляд, ребенок жив).**

## **Методы борьбы с оспой**

Прививали оспу по-разному:

- первым методом было перенесение с помощью ножа, а также иглы с содержимого пузырьков оспы больного под кожу здорового человека (Рис. 2.);
- вторым методом являлось вскрытие пузырька оспы, после чего этим содержимым смачивали отрезок

материи, которой касались носовых ходов прививаемого (подобие современной назальной вакцины);

- третий метод был следующий: детей оборачивали простынями больных оспой, считалось, что после этого прививаемые перенесут болезнь в легкой форме.

Все эти методы являются разновидностями вариоляции, смысл которой в том, чтобы инфицировать неболевшего человека малой дозой неослабленного вируса.



*Рис. 2. Прививка «от руки к руке». Картина «Барон Жан Луи Альберт (1768 - 1837) проводит вакцинацию против оспы в замке Лианкур».*

В отличие от вариоляции более перспективным оказался - метод вакцинации, когда больного заражали более «мягким» вирусом оспы коров, которую люди переносили в значительно легкой форме. По статистике вариоляция протекала и в тяжелых формах болезни и даже летальными исходами. Кроме того, при вариоляции на теле больных часто оставались безобразные шрамы, чего не было при вакцинации. Это стало еще одним из неоспоримых преимуществ нового метода. Все это в сумме дало приоритет методу вакцинации и его более широкое применение и распространение.

### **Оспа коров**

Вирус оспы коров послужил человечеству «исходным материалом» для первой безопасной профилактической прививки против натуральной оспы. Несмотря на название - Cowpox virus данным вирусом можно инфицировать не только коров, но и других животных, и даже человека. Люди, зараженные этим штаммом вируса, переносили заболевание оспы как правило в легкой форме и без осложнений.

Сделав это наблюдение, врачи тех времен предложили делать прививки не болевшим оспой людям вирусом коровьей оспы. Первые прививки оспой коров проводили так: сначала вскрывали пузырек оспы

у человека, заболевшего вирусом оспы коров, или вскрывали пузырек у больной коровы и с помощью ножа переносили инфицированный материал под кожу прививаемого. Первым в истории «донором» стала Сара Нелмс – доярка, которая заразилась от коровы. Так как коровья оспа очень редко вызывает тяжелое заболевание у людей, метод прививок более легким вирусом коровьей оспы стал быстро распространяться в разных странах. Он получил название «вакцинация».

Начало вакцинации на Урале было положено в 1802 году выдающимся врачом Федором Христофоровичем Гралем. Сначала препятствий для вакцинации не было. Но уже в 1809 году в Пермской губернии наступили перебои с прививочным материалом, несмотря на то, что Федор Христофорович заблаговременно составлял и подавал списки желающих привиться граждан. Это создало необходимость впоследствии организовать специальные комитеты по борьбе с оспой, которые возглавлялись губернатором. Все это позволяло действовать более оперативно, а также чутко координировать прививающих врачей, распределять жителей, собирающихся получить вакцинацию и обеспечивать бесперебойные поставки материала для вакцинации. Темпы вакцинации возросли. В дальнейшем Медицинский совет МВД России даже поставил задачу перед противооспенными комитетами привить всех детей за 3 года.

Но все же прививающих врачей не хватало. На всю Пермскую губернию было менее 10 лекарей, активно прививающих население. Вследствие чего губернатор дал указание врачам обучить не менее 2 оспопрививателей от каждого уезда Пермской губернии. Крестьян, участвующих или помогающих в оспопрививании, даже освобождали от рекрутского набора.

Все это вывело губернии Урала в число лидеров по количеству привитых от оспы граждан. Пермская губерния по числу вакцинированных жителей выглядела даже лучше, чем столичные губернии (табл. 1).

**Табл. 1. Статистика противооспенных прививок в Пермской губернии в сравнении со столичными в 1805- 1813 гг.**

Губерния	1805	1806	1807	1808	1809	1810	1811	1812	1813	Всего
Пермская	2916	836	142	1129	2452	3353	11779	13245	14147	50053
Московская										40585
Петербургская										30645

Особенно активно проходила вакцинация на заводах и заводских поселениях Урала. Вакцина закупалась большими партиями, увеличивалось количество оспопрививателей, а на демидовских заводах даже материально стимулировали родителей привитых детей. Чтобы пропагандировать вакцинацию, старший лекарский ученик в госпитале на демидовских заводах К. Синицын привил оспу своим детям, а затем сыну управляющего демидовского имения.

В качестве административных противооспенных мер вводился запрет на посещение учебных заведений детьми, не прошедших вакцинацию. Вместе с тем учитывались противопоказания к прививкам, которыми считались: детский возраст до шести недель, очень слабое здоровье. По сравнению с заводской средой оспопрививание у крестьян проходило не так гладко, были случаи, когда оспопрививатели претерпевали даже побои со стороны ярых противников вакцинации.

Огромный вред делу вакцинации приносили поддельные (купленные родителями) записи о проведенной прививке. В Пермской губернии были утверждены инспекторы, проверяющие подлинность вакцинации у детей. Проверке подлинности вакцинации подвергались не менее 30 % привитых детей.

Противодействие вакцинации и наличие фиктивных записей о вакцинации детей, способствовали появлению в 40-е годы XIX века нескольких вспышек натуральной оспы. Это послужило поводом для масовой ревизии от Министерства внутренних дел, проведенной врачом Эттером. Данная мера дала хорошие сдвиги в вакцинации и резкое уменьшение числа случаев оспы. В последующем противооспенные мероприятия, санитарно-просветительская работа с населением, убеждение крестьян в необходимости вакцинации легло на плечи земских управлений и больниц.

В 1880 году вышло «Обязательное постановление для жителей Екатеринбургского уезда о мерах к предупреждению и прекращению повальных и заразительных болезней», где населению предписывалось соблюдение ряда правил общежития и санитарно-гигиенических ограничений в населенных пунктах. В одном из разделов описаны действия Управы в случае появления эпидемий, оспенной эпидемии в частности.

Изучая данные по оспопрививанию в Екатеринбургском уезде за 1884–1886 годы, представленные на IV съезде губернских врачей Пермской губернии, можно сформировать представление об организа-

ции земской медицины в борьбе с эпидемией оспы. В Губернской управе создавались оспенные отделения. Во главе этих организаций стоял врач с несколькими оспенными смотрителями, фельдшерами и оспопрививателями. Фельдшеров насчитывалось 4 человека, оспопрививателей – 25 человек с преобладанием среди них женщин, поскольку «последние предпочтительнее в виду деликатности, добросовестного отношения к делу, аккуратности, более мягкого обращения с ребятами и их матерями, что значительно влияет на желающих давать прививать оспу».[6]

В 1884 году за удачную попытку оспопрививателю выдавалось 25 копеек. Расходы на дорогу по селеньям для прививок оспопрививатели делали за свой счет. В Екатеринбургском уезде не хватало оспопрививателей, найти их было трудно. И только начиная с 1886 года назначалось жалование в год, в размере 120–180 рублей. Сразу повысились темпы вакцинации. По данным отчета число удачных прививок в 1884 г. – 7492; 1885 г. – 6684; 1886 г. – 8717.

Сведения о рождении детей ежемесячно подавали приходские священники, таким образом добывались сведения о количестве не-привитых детей. Но в некоторых случаях число новорожденных не указывалось, так как детская смертность была высокая. Оспопрививание проходило сложно. По словам врача Екатеринбургского уезда А. П. Волянского, «препятствие успеху в оспопрививания в предрассудках, низком уровне культуры населения, большого числа старообрядцев и раскольников, крайне несочувственно относящихся к оспопрививанию; плохой оспенный материал».[8]

Подводя итог, можно отметить, что хоть и с некоторыми осложнениями и противоречиями, но земская медицина достигла существенных успехов в вакцинации, которая на Урале спасла многие тысячи человеческих жизней.

### **Массовая вакцинация**

В 1967 году Всемирная организация здравоохранения решает полностью ликвидировать «черную смерть» [2: 279] с помощью массовой вакцинации людей во всех странах. В результате чего черная оспа была полностью уничтожена, последний зафиксированный случай заражения черной оспой был констатирован в Сомали в 1977 году. Официально о полном уничтожении натуральной оспы было заявлено в 1980 году на Генеральной Ассамблее Всемирной организации здравоохранения.

Натуральная оспа (черная оспа) – заболевание, которое полностью побеждено только благодаря массовой вакцинации во всех странах.

Все эти уроки истории дают нам возможность осмыслить идею вакцинации и задуматься о серьезности проблемы, в частности, в связи с современной пандемией коронавируса, сделать выводы и принять правильные решения о необходимости вакцинации как единственного действенного метода против таких страшных и высоколетальных заболеваний.

#### **Список литературы:**

1. Супотницкий М. В. Натуральная оспа, оспа обезьян // Биологическая война. Введение в эпидемиологию искусственных эпидемических процессов и биологических поражений / М.В. Супотницкий. М.: «Кафедра», «Русская панорама», 2013. С. 834–886;
2. Fenner F., Henderson D.A., Arita I., Jezek Z., Ladnyi I.D. et al. Smallpox and its eradication. World Health Organization, 1988. —1460;
3. E. A. Belongia, A. L. Naleway. (2003). Smallpox Vaccine: The Good, the Bad, and the Ugly. Clinical Medicine & Research. 1, 87-92;
4. Смородинцев А. А. Беседы о вирусах. М.: «Молодая гвардия», 1982.
5. Белов В. Д. Исторический очерк уральских горных заводов. СПб., 1890. С. 74; ГАПО, ф. 65, оп. 4, д. 49, л. 125.
6. IV Пермский губернский съезд врачей 1887 года. Доклады, материалы, протоколы. Пермь: Типография Губернской Земской Управы, 1887. 432 с.
7. Обязательное постановление о мерах к предупреждению и прекращению повальных и заразительных болезней // Пермские губернские ведомости. 1880. 21 марта. № 38.
8. Отчеты земских врачей о состоянии медицинской части в Пермском уезде за 1887 год. Пермь: Типография Губернской Земской Управы, 1888. 149 с.

# **РАЗРАБОТКА ПЕРМСКИМИ МЕДИКАМИ НОВОГО МЕТОДА ИЗГОТОВЛЕНИЯ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ СЫПНОГО ТИФА**

Акулова Е.Н., студентка 2 курса

Каргаева М.В., руководитель

*e-mail: manishka24@mail.ru*

*Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК»,*

*г. Сухой Лог*

История медицины в Великую Отечественную войну – история подвигов. И речь не только о спасении раненых из-под огня противника. Во время войн эпидемии уносят не меньше жизней, чем оружие.

Только в Гражданскую войну в России от сыпного тифа умерло около 3 млн человек. Эта болезнь была страшным спутником войн. Как и многие другие инфекции, сыпной тиф разносят кровососущие насекомые, обычно платяные вши.

К началу Великой Отечественной войны санитарная практика и медицинская наука, конечно, уже выработали способы борьбы с эпидемиями тифа. Но на войне возможность обеспечить всем баню, стрижку и смену белья была далеко не всегда. Когда было не до санитарии, паразиты распространялись очень быстро. Серьезная опасность эпидемии сыпняка во время войны существовала и на фронте, и в тылу.

К сожалению, вопрос полной ликвидации эпидемического сыпного тифа (ЭСТ), тесно связанный с уничтожением переносчика, в глобальном масштабе вряд ли когда-то будет решен. На фоне возможного формирования условий, благоприятных для эпидемического проявления сыпнотифозной инфекции, единственной мерой остается специфическая профилактика ЭСТ путем вакцинации контактируемых людей и неиммунного населения в очаге. Специфическая профилактика ЭСТ – проблема, требующая самого серьезного внимания, а вопросы создания эффективных вакцин не теряют своей актуальности до настоящего времени.

Возбудитель сыпного тифа – риккетсия Провачека, выделенная независимо в разные годы американским ученым Риккетсом и чехом Провачеком. Обоих первооткрывателей зловредная бактерия убила. И еще около 30 лет после определения возбудителя не существовало

вакцин от сыпного тифа. Сложности создавал необычный характер риккетсии Провачека. Возбудитель сыпного тифа выживал и размножался только в организмах носителей: вшей или грызунов. Способа выращивать риккетсии в искусственной среде в лаборатории не было.

Как получить достаточно возбудителей, чтобы разработать вакцину? Очевидно, нужно развести много насекомых или много мышей. Вшей разводить дешевле. Но вот незадача: платяная вошь десятки тысяч лет эволюционировала вместе с человеком и разучилась питаться кровью других животных. Получается жутковатая цепочка: чтобы сделать вакцину, нужно много смертоносных риккетсий; чтобы их получить, нужно много вшей; вшей же можно развести только на людях.

К началу 1940-х годов существовал, например, метод Вейгеля. Он предполагал выкармливание вшей на живом человеке в специальному футляре. Устройство, внутри которого были заперты насекомые, прикреплялось на руку «донора», к коже была обращена сетчатая сторона футляра. Процедура была болезненной, мучительной и опасной. Из выкормленных таким образом зараженных вшей начали получать вакцину, но ее производство не могло быть массовым.

Пермские ученые Алексей Васильевич Пшеничнов и Борис Иосифович Райхер изобрели более гуманный метод. Они сконструировали специальную «кормирку» для вшей. В ее нижнюю часть наливалась человеческая кровь с риккетсиями, в верхнюю сажали насекомых, а посередине натягивался тонкий верхний слой снятой с трупа кожи. Вши присасывали к эпидермису и заражались, что важно, естественным путем. Бактерии не должны были отличаться от тех, что размножались и вызывали болезнь вне лаборатории. Питаться в дальнейшем вши могли в таких же кормушках, что позволяло держать их подальше от людей-доноров. В 1942 году в тяжелых условиях войны вакцина Пшеничнова и Райхера была готова: ученые использовали взвесь из растертых зараженных риккетсиями личинок вшей.

В эпидемиологической практике при вакцинации 25 000 человек побочных реакций не наблюдали. Применение этой вакцины позволило снизить уровень заболеваемости ЭСТ в 4–5 раз. По результатам применения вакцины авторами были сделаны следующие выводы:

1) для приготовления вакцины можно пользоваться одновременно любым количеством штаммов, что полностью удовлетворяет требованиям поливалентного препарата;

2) вакцина готовится на основе полноценных в антигенном отношении риккетсий, которые в естественных условиях вызывают заболевание у человека;

3) вакцину Пшеничнова–Райхера от вакцины Вейгеля отличают простота приготовления, дешевизна и доступность для массового производства.

В результате промышленного выпуска и широкого применения вакцины в СССР удалось предотвратить эпидемию ЭСТ в действующей армии и в тылу во время Великой Отечественной войны.

Вакцина Пшеничнова–Райхера использовалась для профилактики сыпного тифа у гражданского населения. До фронта быстрее дошла другая вакцина, изобретенная в московском Центральном институте эпидемиологии и микробиологии Марией Климентьевной Кронтовской. Ей удалось обойтись без вшей: бактерии извлекали из легких белых мышей, зараженных сыпным тифом. Обе вакцины не создавали стопроцентный иммунитет, но при их использовании заболеваемость снижалась в три раза, а болезнь у привитых протекала легче.



*A. V. Пшеничнов и Б. И. Райхер*

Профессор А. В. Пшеничнов и доцент Б. И. Райхер в 1943 году были удостоены Государственной премии за свое изобретение. В дальнейшем под руководством А. В. Пшеничнова сотрудники кафедры микро-

биологии и риккетсиозной лаборатории Пермского НИИ вакцин и сывороток решили еще многие вопросы по проблеме сыпного тифа.

После войны Пшеничнов продолжил изучать сыпной тиф и другие опасные инфекции, например, клещевой энцефалит. Именно ему удалось создать искусственную среду для выращивания риккетсий, после чего необходимость держать в лабораториях зараженных тифом вшей отпала. Но поскольку вши распространяют и другие болезни, в 1960-е годы микробиолог первым в мире вывел линию насекомых, питавшихся кровью лабораторных животных.

Большую научную ценность также представляют исследования А. В. Пшеничнова и его сотрудников по работе над проблемой клещевого энцефалита на Западном Урале. Профессор Пшеничнов опубликовал 216 научных работ. Под его руководством выполнено более 1000 научных исследований. Он был руководителем 48 кандидатских и консультантом 5 докторских диссертаций. Много внимания уделял Алексей Васильевич педагогической, организаторской и общественной работе.

В 1944 году Б. И. Райхер успешно защитил докторскую диссертацию на тему «Материалы к учению о сыпном тифе» и через год был утвержден в звании профессора. Основным направлением научной деятельности Б. И. Райхера и в дальнейшем оставались экспериментально-эпидемиологические вопросы по проблеме риккетсиозов. За короткую творческую жизнь им было опубликовано 58 работ. Под его руководством были выполнены 4 кандидатские диссертации.

Свою научную работу Б. И. Райхер всегда тесно связывал с практическим здравоохранением, и эта хорошая традиция сохранилась до настоящего времени на кафедрах микробиологии и эпидемиологии.

Борис Иосифович был талантливым организатором противоэпидемических мероприятий, его лекции для студентов и врачей пользовались большой популярностью. В преподавательской и методической работах профессор Б. И. Райхер всегда был образцом для сотрудников института.

В годы войны были созданы вакцины от туляремии, сибирской язвы, проводились исследования по лечению туберкулеза и гриппа, хирурги разработали операции для лечения воспалений, например, остеомиелита, создали новые методы в челюстно-лицевой хирургии и нейрохирургии. Не зря Зинаида Ермольева называла свою работу и труд коллег — борьбой с «невидимой армией». Если бы не бойцы в белых халатах, до Победы не дожили бы сотни тысяч, даже миллионы людей.

В настоящее время регистрируется только спорадическая заболеваемость ЭСТ. В то же время сыпнотифозный потенциал не утратил своей значимости, и на фоне высоких показателей педикулеза и подавляющего большинства неиммунного населения необходимо совершенствовать вакцины против этой инфекции на современном методологическом уровне.

#### **Список литературы:**

1. Тарасевич И.В., Пантиюхина А.Н., Шпынов С.Н., Белоусова Л.С. Исторические аспекты разработки и применения вакцин против эпидемического сыпного тифа// Непрерывное медицинское образование – 2018, с. 84–94. [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoricheskie-aspekyt-razrabotki-i-primeneniya-vaktsin-protiv-epidemicheskogo-syprnogo-tifa-materialy-dlya-podgotovki-lektsii/viewer>
2. Ерохина Е. Поле боя в чашке Петри // Интернет-журнал «Понедельник», 2018. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.ponedelnikmag.com/post/pole-boya-v-chashke-petri>
3. Роль Пермских ученых в развитии микробиологии // StudFiles: файловый архив студентов. [Электронный ресурс]. URL: <https://studfile.net/preview/16457093/>
4. Энциклопедия «Пермский край». [Электронный ресурс]. URL: <http://enc.permculture.ru/showObject.do?object=1804990008>

## **СОЗДАТЕЛЬ ВАКЦИНЫ ОТ ТИФА УРАЛЬСКИЙ ПРОФЕССОР АЛЕКСЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ ПШЕНИЧНОВ**

Жукова А.А., студентка 2 курса

Домбровский Р.Ю., руководитель

e-mail: dombrovskii13@gmail.com

Нижнетагильский филиал ГБПОУ СОМК, г. Алапаевск

**Пшеничнов Алексей Васильевич** (в ряде документах ошибочно записан как Пшеничников) родился 23 марта 1900 года в уральском городе Златоусте Уфимской губернии (в настоящее время Челябинская область)

в семье инженера. Получил прекрасное образование и воспитание.

Учился в Златоустовском механико-техническом училище. В годы Гражданской войны в стране бушевал сыпной тиф, и Пшеничнов решил посвятить свою жизнь борьбе с этой смертельно опасной болезнью.

В 1925 году он с отличием окончил медицинский факультет Пермского государственного университета, а затем в течение тринадцати лет работал в Нижнем Тагиле врачом-бактериологом. В этом городе Алексей Васильевич основал и открыл санитарно-бактериологическую станцию, на базе которой впоследствии был создан научно-исследовательский институт.

Являлся заведующим учебной части Нижнетагильского медицинского техникума с момента его открытия в 1930 году.

В 1937 году, вернувшись в Пермь, преподавал на кафедре микробиологии Пермского государственного университета, защитил докторскую диссертацию «Материалы по эпидемиологии сыпного тифа», получил звание профессора. В 1938 году возглавил кафедру микробиологии Пермского (Молотовского) медицинского института и заведовал ею до 1975 года, одновременно осуществляя руководство вирусно-риккетсиозным отделом в Научно-исследовательском институте вакцин и сывороток (ныне - НПО «Биомед», г. Пермь).

Разрабатывал методы борьбы с опасными инфекциями - риккетсиозами, в частности, сыпным тифом, клещевым энцефалитом. Разработал метод перорального заражения вшей, высказал мнение о существовании риккетсионосительства. Результаты исследований опубликованы в институте имени Луи Пастера в Париже и получили высокую оценку специалистов.

В 1942 году создал эффективную вакцину для профилактики сыпного тифа. Широкое применение вакцины позволило предотвратить эпидемию тифа в действующей армии и в тылу. Заболеваемость среди привитых бойцов и мирного населения снижалась в 6-15 раз.

За изготовление сыпнотифозной вакцины в 1946 году он и его соавтор Райхер Б. И. были удостоены звания лауреатов Сталинской премии. Первым на Урале обнаружил волынскую лихорадку, изучил особенности эпидемиологии весенне-летнего клещевого энцефалита в Прикамье.

В 1943 году профессор А. В. Пшеничнов «за хорошую подготовку медицинских кадров» награжден орденом Трудового Красного Знамени

(Указ Президиума ВС СССР «О награждении орденами и медалями медицинских работников Наркомздрава» №214/371 от 17.09.1943 г.).

Майор медицинской службы. Награжден медалями «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» и «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.»

Алексей Васильевич Пшеничнов является создателем пермской школы микробиологов. Автор более 200 научных работ. Среди его достижений есть открытия мирового уровня: разработка вакцины против сыпного тифа, лечение клещевого энцефалита.

Алексей Васильевич был прекрасным педагогом, ярким лектором, выступающим без конспектов. Студенты неизменно слушали его с большим интересом. Под руководством профессора Пшеничнова было защищено 6 докторских и более 50 кандидатских диссертаций, выполнено более 1000 научных исследований.

А. В. Пшеничнов активно занимался общественной работой, длительное время занимал должность проректора по научной работе, возглавлял Пермский филиал Всесоюзного научного общества микробиологов и эпидемиологов. Инициировал открытие в Перми лаборатории генетики и селекции микробов АН СССР.

Родоначальник медицинской династии. Старший сын Алексея Васильевича, Пшеничнов Вадим Алексеевич стал военным врачом, генерал, длительное время - заместитель директора по науке НИИ микробиологии в Загорске. Младший, Пшеничнов Роберт Алексеевич, возглавлял риккетсиозную лабораторию, а затем вместе с отцом создал и возглавил Отдел экологии и генетики микроорганизмов (сегодня Институт экологии и генетики микроорганизмов УрО РАН).

В послевоенное время А. В. Пшеничнов награжден орденом Ленина, вторым орденом Трудового Красного Знамени, орденом «Знак Почета», знаками «Отличник здравоохранения» и «Отличник высшей школы», являлся лауреатом Сталинской премии (1946), удостоен звания «Заслуженный деятель науки РСФСР».

Умер выдающийся микробиолог 13 марта 1975 года, похоронен в Перми на Южном кладбище, сектор 7. На его памятнике в качестве эпитафии высечены слова Д. И. Менделеева: «Посев научный взойдет для жатвы народной».

### **Список литературы:**

1. Единая электронная база данных «Память Народа». [Электронный ресурс]. URL: <https://pamyat-naroda.ru>
2. Пшеничнов Алексей Васильевич // Забытые имена Пермской губернии. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.fnperm.ru/%D0%BF%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B2-%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B5%D0%B9-%D0%B2%D0%BD%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D0%B5%D0%B2%D0%BD%D1%87.aspx>
3. Кузяев Р. З., Быкова Л. П., Годовалов А. П. Вклад пермских ученых в разработку вопросов противоинфекционной защиты в годы Великой отечественной войны // Материалы V Всероссийской конференции с международным участием «Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.» / Под ред. К. А. Пашкова. М.: МГМСУ, 2009. 216 с.
4. Памяти профессора А. В. Пшеничнова // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 1975. № 12. Пермский медицинский институт. Пермь, 1988.
5. Пшеничнов Алексей Васильевич. <https://www.psma.ru/home/36-universitet/vechnaya-pamyat/1519-pshenichnov-aleksej-vasilevich.html>
6. Шаркова М. В. Школа, техникум, училище, колледж. // Тагильский рабочий. № 144 от 13.10.2015.

## **«СОВРЕМЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ». ВАКЦИНЫ ПРОТИВ COVID-19**

Никонова П. М., студентка 3 курса

Чернухина Э. М., руководитель

e-mail: [polina-nikonova-2001@mail.ru](mailto:polina-nikonova-2001@mail.ru)

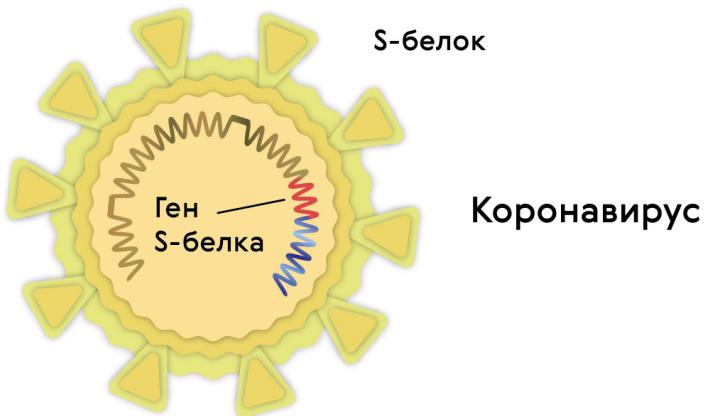
Нижнетагильский филиал ГБПОУ «СОМК» г. Нижний Тагил.

В начале 2020 года человечество столкнулось с пандемией нового коронавируса, и фармацевтические компании вступили в гонку, пытаясь создать вакцины против COVID-19 в рекордные сроки. Разработка

вакцины против коронавирусной инфекции COVID-19 стала критически важной задачей для системы здравоохранения. По состоянию на конец года различными фармацевтическими компаниями велись разработки более 200 потенциальных вакцин, испытания на людях начались для 64 препаратов.

В конце февраля 2020 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) заявила о своей надежде на то, что вакцина против вируса SARS-CoV-2, вызывающего COVID-19, станет доступна через 18 месяцев. Создание вакцины осложнялось постоянной мутацией вируса.

Большую роль в создании вакцин против COVID-19 играют S-белки (spike-белки) на поверхности возбудителя инфекции - коронавируса SARS-CoV. Эти белки формируют шипы на поверхности вирионов, помогающие вирусу внедряться в клетку. Именно на их присутствие и реагирует иммунная система (рис. 1). Иногда в ход идет и весь вирус целиком.



*Рисунок 1. Spike-белки нового коронавируса вызывают сильный иммунный ответ.*

Сегодня все разрабатываемые вакцины можно разделить на 5 видов в зависимости от того, какая технология была выбрана для их получения (табл. 1)

**Таблица 1. Типы вакцин против COVID – 19**

Тип вакцины	Что в основе
Векторная	<b>Вектор</b> – вирус, лишенный способности размножаться в клетках и вызывать болезнь. Для получения вакцин против COVID-19 чаще всего используют <u>аденовирусные</u> векторы, геном которых представлен двухцепочечной ДНК. В векторную ДНК встроен ген коронавируса, кодирующий S-белок.
Пептидная	Фрагменты вирусных S-белков, целые белки или белки, собранные в вирусоподобные частицы.
мРНК-вакцина	<b>Матричная РНК</b> коронавируса, кодирующая S-белки. РНК называют матричной, потому что с нее, как с матрицы, считывается информация о первичной структуре белков.
ДНК-вакцина	<b>ДНК</b> , содержащая гены, кодирующие вирусные S-белки.
Цельновирионная	Целые ослабленные или <b>инактивированные</b> (убитые) вирусы.

**Этапы разработки вакцин:**

1. Базовые исследования – базовые лабораторные исследования, до 5 лет.
2. Доклинические исследования – испытания на клеточных культурах, опыты на животных.
3. Клинические испытания на добровольцах.
4. Госконтроль, регистрация.
5. Массовое производство = вакцинация.

Новые технологии и предыдущий опыт создания вакцин против родственных вирусов позволяют производить вакцину намного быстрее. В этом случае процесс производства возможен уже на стадии клинических испытаний. Перед тем, как новая вакцина появится в поликлиниках, она должна пройти несколько фаз испытаний и получить одобрение от национального контролирующего органа. В России таким органом является Минздрав.

Однако с началом пандемии COVID-19 во многих странах, включая Россию, процесс регистрации вакцин против коронавируса был ускорен. В нашей стране первые вакцины были предварительно одобрены (разрешены для использования) до начала самой длительной и дорогостоящей третьей фазы.

Экстренный вывод на рынок коронавирусных вакцин до завершения фазы 3 клинических исследований стал практически повсеместной практикой. Как правило, вакцины разрешают использовать в экстренном порядке после получения предварительных результатов об их безопасности и эффективности. Кроме того, фазы клинических испытаний стали совмещать, то есть некоторые вакцины проходят 1 и 2 или 2 и 3 фазы клинических исследований одновременно. Разумеется, с выходом на рынок таких «ускоренных» вакцин исследования не прекращаются. Если же в ходе испытаний что-то пошло не так, их приостанавливают, а препарат могут отзвать с рынка.

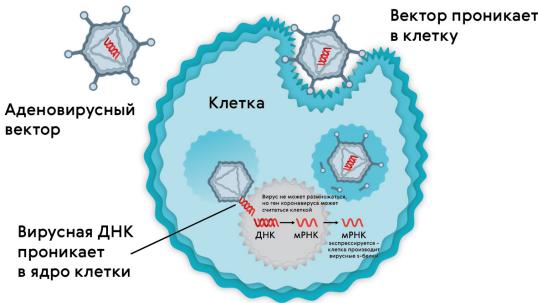
## **РОССИЙСКИЕ ВАКЦИНЫ**

### **«Спутник V»: векторная вакцина**

В России первыми на рынок вышли отечественные препараты. Вакцина «Спутник V» («Гам-КОВИД-Вак»), разработанная в Центре эпидемиологии и микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи, была зарегистрирована в августе 2020 года и стала первой в мире вакциной против новой коронавирусной инфекции.

Название	Спутник V или Гам-КОВИД-Вак
Тип вакцины	векторная
Количество доз	2 дозы с интервалом 21 день
Способ введения	инъекция в плечо
Эффективность	91,4%
Стадия испытаний	3 фаза, раннее одобрение в России и ряде др. стран

Вакцина «Спутник V» является векторной. Она получена с использованием двух вирусных векторов - аденоовирусов, лишенных возможности размножаться. При этом в ДНК каждого вектора встроен ген нового вируса SARS-CoV-2. Он кодирует S-белок, вызывающий иммунный ответ (рис. 3).



**Рисунок 2. Как работают векторные вакцины.**

Вакцинация Спутником включает 2 дозы вакцины с интервалом 3 недели: человек получает один вектор, а затем - второй. Повторная вакцинация незнакомым для организма аденоизирусным вектором позволяет усилить выработку защитных антител.

Сегодня «Спутник V» находится на третьей стадии клинических испытаний. Вакцину уже используют в России, Беларуси, Аргентине и ряде других стран. Ее эффективность, согласно предварительным результатам, составляет 91,4%.

В начале января 2021 года Минздрав одобрил начало испытаний упрощенной версии вакцины - «Спутник Лайт», призванной способствовать скорейшему повышению охвата вакцинацией. Вакцина будет включать один из компонентов «Спутника V», курс будет состоять из 2 доз. Ожидаемая длительность иммунитета после такой прививки составляет всего 3-4 месяца, однако облегченный препарат сможет защитить людей от тяжелой инфекции, а через 3 месяца привитые смогут допривиться вторым компонентом Спутника, чтобы усилить и продлить иммунный ответ.

#### **«ЭпиВакКорона»: пептидная вакцина**

Название	ЭпиВакКорона
Тип вакцины	пептидная
Количество доз	2 дозы с интервалом 21 день
Способ введения	инъекция в плечо
Эффективность	не установлена
Стадия испытаний	3 фаза, раннее одобрение в России

Вакцина «ЭпиВакКорона» против коронавирусной инфекции разработана в новосибирском наукограде Кольцово, в гражданском обороне – с декабря 2020 года. Препарат не содержит вируса, его частей и генетического аппарата, практически не дает побочных эффектов. Это очень безопасная вакцина. По состоянию на июнь произведено более трех миллионов доз. Вакцина содержит пептидные антигены – короткие куски белков коронавируса SARS-CoV-2, которые способствуют выработке антител в организме. Три пептида имитируют эпитопы шиповидного белка коронавируса (S-белка), то есть участки, сильнее всего активирующие иммунный ответ. Эти пептиды синтезированы искусственно и объединены в единую молекулу с белком-носителем, который наработан биотехнологическим способом. Белок-носитель представляет собой оболочечный белок SARS-CoV-2 (N-белок).

Вакцина «ЭпиВакКорона» успешно прошла 1 и 2 фазы клинических испытаний и уже получила раннее одобрение Минздрава. Этот препарат, в отличие от «Спутника V», содержит синтетические пептиды – фрагменты трех вирусных S-белков. Антигены в составе вакцины объединены с белком носителем, в качестве адьюванта (вещества, усиливающего иммунный ответ) вакцина содержит гидроксид алюминия.

### **КовиВак: цельновирионная вакцина**

КовиВак (Covivac) – третья вакцина от коронавируса, зарегистрированная Министерством здравоохранения России 20 февраля 2021 года. Вакцина для профилактики COVID-19 сделана из убитого коронавируса, не способного размножаться и инфицировать, но надежно формирующего иммунитет.

<b>Название</b>	<b>КовиВак</b>
Тип вакцины	цельновирионная инактивированная
Количество доз	2 дозы с интервалом в 2 недели
Способ введения	инъекция в плечо
Эффективность	Российская вакцина «КовиВак» на 98,4% защищает от COVID-19 и на 99,1% — от тяжелой формы болезни.
Стадия испытаний	3 фаза

При введении дозы «КовиВака» к месту укола стягиваются иммунные клетки. Они классифицируют убитые вирусные частицы как вражеские и начинают с ними бороться. В результате каскада процессов в

крови организма синтезируются защитные антитела. При встрече с реальной коронавирусной инфекцией эти антитела будут сразу ее уничтожать. «КовиВак» также вызывает т-клеточный иммунитет, но возможно, менее выраженный, чем «Спутник V».

В отличие от «Спутник V» и «ЭпивакКороны» «КовиВак» сделан из целых частиц коронавируса. Таким образом, организм тренируется на небольшой дозе реального, пусть и инактивированного, вируса. В таком случае формируется полноценный антителный ответ.

Из вышеизложенного материала, взятого из медицинских источников и изученных данных можно сделать вывод о том, что пандемия COVID-19 заставила фармацевтические компании всего мира вступить в гонку, целью которой стала разработка вакцин против новой коронавирусной инфекции. И пусть современные платформенные технологии позволяют получать кандидатные препараты в очень короткий срок, необходимость в клинических испытаниях все еще заметно тормозит выпуск новых лекарств. Среди вакцин-лидеров можно отметить препараты из России, США, Китая, Европы и Индии. Эти исследования продолжаются и сегодня.

Мы, студенты колледжа, волонтеры-медики из Нижнего Тагила, помогаем в точках вакцинации нашего города. Нами были проведены по материалам этой статьи классные часы в группах 301, 201, 101 отделения «Лабораторная диагностика» Нижнетагильского филиала ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», разработан буклеть «Нужно привиться от COVID-19», выпущен санбилилють. Мы словами и делом призываем жителей Урала к вакцинации!

#### **Список литературы:**

1. Белоцерковская Ю. Г. *COVID-19: Респираторная инфекция, вызванная новым коронавирусом: новые данные об эпидемиологии, клиническом течении, ведении пациентов* / Ю. Г. Белоцерковская, А. Г. Романовских, И. П. Смирнов // *Consilium Medicum. 2020. № 3. С. 12-20.*
2. Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в Российском здравоохранении / В. И. Стародубов, Ф. Н. Кадыров, О. В. Обухова [и др.] // Менеджер здравоохранения. 2020. № 4. С. 58-71.
3. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (версия 6 от 24.04.2020)». М., 2020. 142 с.

# **РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19 В ПЫШМИНСКОМ ГОРОДСКОМ ОКРУГЕ**

Медведева Е.А., студентка 4 курса

Рявкина А.Г., руководитель

*e-mail: alenarav@mail.ru*

*Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК», г. Сухой Лог*

На протяжении многих веков человечество сталкивается с глобальным распространением опасных вирусных инфекций. Сегодня в перечень возбудителей, имеющих пандемический потенциал, вошел новый коронавирус SARS-CoV-2.

11 марта 2020 года Всемирная Организация Здравоохранения объявила пандемию коронавируса в мире. На тот день зараженных было около 125 000 человек. К 1 июля 2020 г. число зараженных новой коронавирусной инфекцией в мире, по данным ВОЗ, составляло уже 3 073 086 человек, 513 408 человек к этому времени умерло. Примерно через год, к 1 мая 2021 г., число болеющих возросло многократно, увеличившись до 13 991 716 человек. Умерло на эту дату в мире 3 570 887 человек.

Для России также характерна тенденция увеличения числа заболевших COVID-19 и умерших от инфекции. Так, если на 1 января 2021 г. число болеющих составляло 548 643 человека, число умерших – 121 873 человека, то на 1 ноября текущего года болело COVID-19 932 773 россиянина, умерло – 239 693 жителей нашей страны.

В апреле 2020 г. руководство Всемирной организации здравоохранения, предлагая государствам глобальную стратегию реагирования на COVID-19, отметило в качестве эффективной меры разработку безопасных и эффективных вакцин. В сентябре 2020 г., выступая на заседании 75-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН, руководство ВОЗ призвало мировых лидеров поддержать инициативу по ускорению разработки средств для борьбы с COVID-19. Глава Всемирной организации здравоохранения Тедрос Аданом Гебрейесус заявил: «С самого начала пандемии COVID-19 мы знали, что вакцина будет необходима для того, чтобы взять пандемию под контроль...» [3].

В России и власти, и медицинское, и научное сообщество были уверены в необходимости вакцинации против коронавирусной инфекции. Уже в августе 2020 года началось производство зарегистрированной

российской вакцины от коронавируса Гам-КОВИД-Вак (торговое название «Спутник V»). В декабре 2020 г. вакцинация против COVID-19 взрослого населения России была внесена в Национальный календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Среди населения России нет однозначного отношения к вакцинации против COVID-19. Несмотря на высокий уровень заболеваемости, часть граждан выступает резко против вакцинации, часть граждан публично не заявляет о своей позиции, но не ставит прививки против коронавирусной инфекции. В этой ситуации положительный исход вакцинопрофилактики зависит от медицинских работников, проводящих вакцинацию. В связи с этим чрезвычайно актуальной становится работа в области санитарного просвещения пациентов в вопросах профилактической эффективности вакцин и их безопасности. Особое место в этом процессе принадлежит фельдшерам. Они являются специалистами, ответственными за организацию вакцинопрофилактики.

Таким образом, выбор темы и её актуальность обоснованы тем, что в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции возрастает роль медицинского персонала в области санитарного просвещения населения, информирования о необходимости профилактических прививок и последствия отказа от них.

Цель работы – изучить роль фельдшера в вакцинации взрослого населения против COVID – 19.

Задачи исследования:

-изучить литературные данные о новой коронавирусной инфекции и статистические данные о распространении данной инфекции;

-определить полномочия фельдшера при проведении вакцинопрофилактики;

-провести анкетирование среди жителей Пышминского городского округа, позволяющее установить отношение к вакцинации против COVID-19;

-создать подборку просветительских материалов для размещения в поликлинике.

Практическая значимость результатов данного исследования заключается:

-в использовании рекомендаций в ходе вакцинации против COVID-19 в ГБУЗ СО «Пышминская районная центральная больница».

Вакцинация против COVID-19 в Российской Федерации осуществляется отечественными вакцинами. В России разработано шесть вакцин:

- «Гам-КОВИД-Вак»,
- «Гам-КОВИД-Вак-Лио»,
- «ЭпиВакКорона»,
- «КовиВак»,
- «Спутник Лайт»,
- «ЭпиВакКорона-Н».

Комбинированная векторная вакцина «Гам-КОВИД-Вак» получена биотехнологическим путем, при котором вирус SARS-CoV-2 не используется. Препарат состоит из двух компонентов: рекомбинантный аденоизирующий вектор на основе аденоизура человека 26 серотипа, несущий ген S-белка SARS-CoV-2 (компонент I) и рекомбинантный аденоизирующий вектор на основе аденоизура человека 5 серотипа, несущий ген S-белка SARS-CoV-2 (компонент II).

Гам-КОВИД-Вак-Лио состоит из тех же компонентов, что и «Гам-КОВИД-Вак». Отличие вакцин в том, что Вакцина Гам-КОВИД-Вак — готовый раствор, который должен храниться замороженным. Вакцина Гам-КОВИД-Вак Лио — лиофилизат для приготовления раствора. Лиофилизация — это способ мягкой сушки веществ, при котором высушиваемый препарат замораживается, а потом помещается в вакуумную камеру, где и происходит возгонка (сублимация) растворителя. Метод лиофилизации позволяет получать сухие ткани, препараты, продукты и т. п. без потери их структурной целостности и биологической активности. Замороженный раствор предъявляет серьезные требования к хранению и перевозки вакцины — ее нельзя размораживать. Лиофилизат менее требователен к условиям хранения.

Спутник Лайт содержит рекомбинантные аденоизирующие частицы 26 серотипа, содержащие ген белка S вируса SARS-CoV-2.

Вакцины «ЭпиВакКорона» и «ЭпиВакКорона-Н» представляют собой химически синтезированные пептидные антигены белка S вируса SARS-CoV-2, коньюгированные с белком-носителем и адсорбированные на алюминий-содержащем адьюванте (алюминия гидроксида).

Инактивированная вакцина «КовиВак» представляет собой очищенную концентрированную суспензию коронавируса SARS-CoV-2 штамм «AYDAR-1», полученного путем репродукции в перевиваемой культуре клеток Vero, инактивированного бета-пропиолактоном.

С целью выявления информированности населения мы использовали онлайн-сервис Google Forms, ссылка на которую размещена в социальной сети в VK с моей страницы. В анкетировании участвовало 106 человек. Это жители Пышмы и других населенных пунктов Пышминского городского округа.

В анкетировании приняло участие 19 процентов мужчин и 81 процент(%) женщин. Доля анкетируемых в возрасте до 20 лет составила 22,9 %, в возрасте от 20 до 29 лет – 37,1 %, в возрасте 30-50 лет – 28,6 %, в возрасте старше 50 лет – 11,4 %. По профессиональной принадлежности в число отвечавших на вопросы анкеты вошли педагоги (33,3 %), студенты (25,7 %), медработники (13,3 %), работники различных бюджетных организаций (10,5 %) и представители других профессий. Количество граждан среди опрошенных, радикально положительно и отрицательно относящихся к прививкам от COVID-19, примерно одинаковое. Отрицательно настроенных граждан меньше, чем тех, кто относится к вакцинации положительно.

Треть опрашиваемых ссылается на недостаточную изученность вакцины, 10,5 % респондентов опасается побочных действий. Данные ответы являются для медицинских сотрудников руководством к действию – гражданам требуется более широкое информирование о вакцине. При этом в ходе анкетирования было уточнено, какой вакциной респондент прививался, если проходил процесс вакцинации (был получен 91 ответ). 67,8 % респондентов прививались вакциной «Спутник V», 18,8 % – вакциной «Спутник Лайт», 8,9 % – вакциной «КовиВак», 4,5 % – вакциной «ЭпиВакКорона».

Прошедшие процедуру вакцинации отвечали на вопрос о побочных действиях. Можно было указать несколько вариантов ответа. Анализ ответов показывает, что наиболее распространенное побочное действие – это повышение температуры тела. 53,8 % респондентов отметили этот симптом. 46 респондентов (50,5 %) пожаловались на головную боль и слабость. 15,4 % респондентов отметили, что испытывали после вакцинации симптомы ОРВИ. 16 (17,6 %) анкетируемых отметили, что не испытывали никаких неприятных ощущений. Два человека указали на такое побочное действие, как диарея. По одному человеку назвали тошноту, рвоту, сонливость, онемение стопы и нарушение функции разгибания пальцев кисти, боль в месте укола, обострение хронического заболевания, воспаление шейных лимфоузлов, боль в грудной клетке, одышка.

О необходимости прививаться от COVID-19 респонденты узнали из различных источников. Большинство (40 %) – из средств массовой информации. 32,4 % опрошенных узнали об этом от коллег и начальства, 15, 2 % – от медицинских работников. Также источниками информации послужили интернет, знакомые и друзья, семья и др. При этом 41,9 % опрошенных считают, что информации о вакцинации от COVID-19 недостаточно, 58,1 % полагают – достаточно. Также респондентам был задан вопрос: «Ваш участковый врач проводит беседы о необходимости вакцинации от COVID-19?». 35,2 % опрошенных ответили положительно, 64,8 % – отрицательно.

Таким образом, анкетирование позволило выявить противоречивое отношение респондентов к информированности о вакцинации от COVID-19: с одной стороны, граждане опасаются побочных действий, того, что вакцина не изучена, с другой, считают, что обладают полнотой информации. В такой ситуации необходимо проводить информационно-разъяснительную работу.

Исследование различных информационных источников показало, что новая коронавирусная инфекция – это инфекционное заболевание, которое передается воздушно-капельным путём, то есть очень быстро распространяется, обладая высокой степенью контагиозности. Мировая практика показала, что ни ношение масок, ни социальное дистанцирование не могут победить это заболевание. В прогрессивных странах сразу начали работу над созданием вакцины.

Вакцинация – это создание невосприимчивости к заразным болезням путем введения в организм вакцин, анатоксинов, иммуно-глобулинов, иммунных сывороток. Высокая результативность вакцинопрофилактики, прежде всего ряда инфекционных болезней с воздушно-капельным механизмом передачи возбудителей, не только обусловила резкое снижение уровня заболеваемости, но и обеспечила ликвидацию некоторых распространенных грозных инфекционных заболеваний. В России против COVID-19 было разработано шесть вакцин.

В отношении ни одной из них у части граждан России нет доверия и приятия, в целом рядом граждан COVID-19 отрицается как заболевание. Поэтому в благоприятном исходе изменения отношения к вакцинации многое зависит от фельдшера, который ставит прививки от COVID-19, а в сельской территории является для селян первым помощником, авторитетным и уважаемым человеком. Он понимает сущность и социальную значимость своей профессии, умеет принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях.

В Пышминском городском округе терапевтическая служба Пышминской центральной районной больницы представлена в основном фельдшерскими кадрами. Они занимаются лечением пациентов от новой коронавирусной инфекции. Число заболевших COVID-19 в муниципалитете велико. Статистика показывает, что по количеству заболевших округ длительное время входил в первую десятку территории по области. Поэтому руководство и муниципального образования, и лечебного учреждения обращает особое внимание на вакцинацию против COVID-19. На 1 декабря 2021 г. вакцинирование прошло около 40 % населения.

Среди жителей городского округа было проведено анкетирование на тему «Отношение населения Пышминского городского округа к вакцинации против COVID-19». Оно показало, что отрицательно настроенных граждан меньше, чем тех, кто относится к вакцинации положительно. Анкетирование помогло выявить проблему в отношении граждан к вакцинации – они опасаются побочных действий и того, что вакцина не изучена. Также большая часть респондентов отметила, что участковый врач не проводит бесед о вакцинации против COVID-19.

В связи с этим роль фельдшера в вакцинации против COVID-19 меняется. Его задача – не только поставить прививку, но и предоставить пациенту полную и объективную информацию о профилактических прививках, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях, объяснить побочные эффекты вакцины, рассказать, что вакцина не формирует у людей активного заболевания, а создает иммунный ответ. Таким образом, хорошо организованная пропаганда вакцинации против COVID-19 будет способствовать снижению заболеваемости, смертности и возвращению к обычной «доковидной» жизни.

#### **Список литературы:**

1. Абатуров А.Е., Агафонова Е.А., Кривуша Е.Л., Никулина А.А. *Патогенез COVID-19* // Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/patogenez-covid-19>
2. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) –М.: Минздрав РФ, 2021.
3. Двинятина Н. В ВОЗ назвали способ контролировать COVID-19. Режим доступа: <https://www.rbc.ru/society/16/11/2020/5fb2a7599a7947102977006b>
4. Ильина С.В. Оценка эффективности вакцинации: основные

- подходы и спорные вопросы // Педиатрическая фармакологи.*  
– 2019 - №4.
5. Иммунизация взрослых: методические рекомендации. – М.: ФГБУ «НИЦ терапии и профилактической медицины», 2020. – 249 с.
  6. Каспрук Л.И., Р.Р. Жданов Роль фельдшеров в профилактической работе и формировании здорового образа жизни // Оренбургский медицинский вестник. – 2017. - №7.
  7. Меньшина А. Медленно, но, верно, // Пышминские вести. - №85. – 2020.
  8. Меньшина А. На вакцину надейся, а сам не плошай // Пышминские вести. - №93. – 2020.
  9. Моисеева И.Е. Вопросы вакцинопрофилактики в работе врача общей практики // Журнал инфектологии. – 2020.- №8.
  10. Отвагина Т.В. – Терапия. Учебное пособие. Издание 4-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2017.
  11. Супотницкий М.В. COVID-19: трудный экзамен для человечества. Монография. - М.: НП ИД «Русская панорама», 2021 - 256 с.
  12. Щелканов М.Ю., Колобухина Л.В., Бургасова О.А., Кружкова И.С., Малеев В.В. COVID-19: этиология, клиника, лечение // Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/covid-19-etiologiya-klinika-lechenie>.

## **«СПУТНИК» В БОРЬБЕ С КОРОНАВИРУСОМ: СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛАСТЬ 2020-2021 ГГ.**

Михайлова Н. С., специалист  
организационно-методического отдела  
*e-mail: Nat252826@list.ru*

ГБУЗ «Областная клиническая больница № 2», г. Челябинск.

11 августа 2020 года была зарегистрирована первая общедоступная вакцина против COVID-19 (SARS-CoV-2) российского производства «Спутник V» («Гам-КОВИД-Вак»). Она была разработана Национальным исследовательским центром эпидемиологии и микробиологии имени академика

Н.Ф. Гамалеи. С того момента вакцина успела зарекомендовать себя как надежный и безопасный препарат с эффективностью выше 90 %.

Эффективность была подтверждена международными независимыми экспертами в февральской публикации данных клинических испытаний вакцины в одном из старейших медицинских журналов «TheLancet». Позднее высокую оценку препарату также дали и в научном журнале «Nature».

Вакцина, названная в честь первого советского космического спутника «Спутник-1», была разработана на хорошо изученной платформе аденоизвестных векторов человека, которые вызывают обычную простуду.

Свердловская область впервые получила 1075 доз «Гам-Ковид-Вака» 16 декабря 2020 года, а 26 июля 2021 года в область поступила первая партия «Лайта» в количестве 13 000 доз. Из них 7,5 тысяч доз распределены по больницам Екатеринбурга, 2 тысячи направлены в больницы Нижнего Тагила.

Остальная вакцина распределена по медицинским учреждениям Асбеста, Каменска-Уральского, Серова, Краснотурьинска, Ивделя, Ирbita, Туринска, Нижней Туры и Алапаевска.

Для того, чтобы достичь коллективного иммунитета в 80-90 %, темпы вакцинации постоянно наращиваются за счет увеличения рабочего времени прививочных бригад, а Челябинская область практикует круглосуточные пункты вакцинации.

Необходимо понимать, что это не простосухие цифры статистики, что за этими данными стоит высокая летальность от болезни, долгая медицинская и психологическая реабилитация. Недаром «covid-19» включен в список социально значимых заболеваний на федеральном уровне. Так, с начала пандемии коронавирусом в мире заразились около 267,9 млн человек, более 5,2 млн умерли. В России в декабре зарегистрировано около 10 млн случаев заражения коронавирусом, умерли более 287 тысяч человек. И только вакцинация как самый быстрый и доступный способ способна противостоять новому агрессивному вирусу.

Чтобы достичь максимально быстрого эффекта от вакцины, были развернуты мобильные пункты вакцинации во многих торговых центрах. Так, в Нижнем Тагиле силами ГАУЗ СО«Демидовская городская больница», такой пункт был сформирован еще в апреле 2020 года. На декабрь 2021 года только по Нижнему Тагилу насчитывается больше

пяти мобильных пунктов вакцинации, не считая обычных прививочных кабинетов. По Екатеринбургу создано больше 15 мобильных пунктов.

Совсем немного времени понадобилось, чтобы «Спутник» стал узнаваемым брендом. Так, он признан и успешно применяется почти в 70 странах, среди которых Бразилия, Киргизия, Алжир, Иран, Словакия, Тунис, Пакистан и другие.

По данным официального сайта вакцины, уже более 14 стран объявили о запуске производства препарата, в том числе Индия, Китай, Бразилия, Мексика, Египет, Иран, Италия, Южная Корея, Аргентина, Казахстан, Белоруссия, Сербия, Турция и Вьетнам.

Одной из первых стран, полностью привившей свое население, является Сан-Марино. И как отрадно осознавать, что жители этой страны привиты российским «Спутником»!

Вакцинация – это самый быстрый и эффективный способ победить в борьбе с заразным заболеванием.

Хочется пожелать «Спутнику» и в дальнейшем не сдавать свои позиции в мире высококлассных медицинских препаратов. Большому кораблю – большое плавание!

#### **Список литературы:**

1. В Нижний Тагил поступила первая партия вакцины «Спутник Лайт» // Между строк. 27.07.2021. [Электронный ресурс]. URL: <https://mstroki.ru/news/v-nizhniiy-tagil-postupila-pervaya-partiya-vakciny-sputnik-layt>.
2. «Настоящий прорыв»: год со дня регистрации российской вакцины против коронавируса «Спутник V» // RT на русском. [Электронный ресурс]. URL: <https://russian.rt.com/russia/article/894752-sputnik-v-god-registraciya>.

## **РАЗДЕЛ 4.**

# **БОРЬБА С ЭПИДЕМИЕЙ COVID-19 В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ: 2020-2021 ГГ.**

## **ВНЕДРЕНИЕ ЭКОСИСТЕМНЫХ УСЛУГ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ COVID-19**

Шитикова В.П., студентка 3 курса

Ломтатидзе О.В., руководитель

*e-mail: violetta.shitikova@mail.ru*

*Уральский федеральный университет им. Б.Н.Ельцина,  
г. Екатеринбург*

Экосистемные услуги определяются как «выгоды для населения и предприятий, полученные в результате использования экосистем» [2]. При этом «выгоды» для человека могут быть как экономического, так и психологического характера, что является не менее важным как здоровьесберегающая технология в реабилитации пациентов после эпидемических заболеваний, улучшения их качества жизни.

По отношению к экосистемным услугам различают три вида оценки: экологическую (способность экосистем выполнять свои функции), экономическую (интегрированную в механизмы принятия решений и привычные для рынка) и социальную (обеспечение согласованных решений для общества и снятие конфликтов) [1].

Существуют три основные международные классификации экосистемных услуг:

- Классификация МЕА (**Millennium Eco-system Assessment, 2005**);

По существующей классификации МЕА экосистемные услуги распределены по следующим категориям: «обеспечивающие»; «регулирующие»; «культурные», непосредственно влияющие на людей, и «поддерживающие», необходимые для сохранения других экосистемных услуг.

- Классификация международного проекта TEEB (**The Economics of Ecosystems and Biodiversity, 2010**);

Она включает в себя категорию «услуги среды обитания» (habitat services). Это сделано для того, чтобы подчеркнуть важность обеспечения местообитаний для мигрирующих видов, выведения потомства и для «защиты генных пулов»

-Классификация CICES Европейского агентства по охране окружающей среды (Common International Classification of Ecosystem Services, 2013).

Секции разделены на три категории: обеспечивающие (Provisioning), регулирующие (Regulation & Maintenance) и культурные (Cultural). Поддерживающие услуги объединены с регулирующими. [2].

В своей работе мы выделяем культурную составляющую экосистемных услуг («оцененный пейзаж», «отдых, рекреационная деятельность») как одно из условий реабилитации после коронавирусной инфекции.

Наша работа посвящена выявлению особенностей субъективной оценки качества жизни студентов, переболевших коронавирусной инфекцией.

Коронавирусная инфекция – острое вирусное заболевание с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, вызываемое РНК-геномным вирусом рода Betacoronavirus семейства Coronaviridae.

#### **Клинические варианты и проявления COVID-19 инфекции:**

1. Острая респираторная вирусная инфекция легкого течения.
2. Пневмония без дыхательной недостаточности.
3. Пневмония с ОДН.
4. Полиорганная недостаточность
5. Сепсис.
6. Инфекционно-токсический шок.

#### **Общие неврологические осложнения:**

- головные боли;
- головокружение;
- слабость;
- тошнота;
- астенические расстройства (расстройства настроения, сниженная работоспособность, усталость, нарушения сна).

**Неврологически тяжелые осложнения:**

- ишемические инфаркты головного мозга;
- кровоизлияния;
- миелиты (поражения спинного мозга);
- полинейропатии (поражения периферической нервной системы).

Таким образом, осложнения после COVID-19 носят системный характер, сильно влияют на поведение человека и психику в целом.

**Материалы исследования.** Исследование проводилось онлайн в социальных сетях в ноябре 2021 года. Исследуемую выборку составили студенты, средний возраст которых составил 20 лет. Все участники исследования – учащиеся Уральского федерального университета имени первого Президента России Б. Н. Ельцина. В исследовании принимали участие 44 человека.

Было выделено две группы испытуемых:

- студенты, перенесшие COVID-19 (22 человека);
- здоровые студенты (22 человека).

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработана следующие критерии оценки качества жизни, обусловленные здоровьем:

- физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, негативные переживания);
- уровень независимости (повседневная активность, работоспособность);
- окружающая среда (благополучие, безопасность, экология, доступность и качество медицинской помощи, быт).

**В исследовании применялись следующие диагностические методики – опрос:**

- «Анкета EQ-5D-3L» Русская версия;
- «Качество жизни» (англ. WHOQOL-BREF) ВОЗ, краткая версия.
- Опросник EQ-5D (EuroQoL группа) - анкета, состоящая из пяти вопросов о субъективных ощущениях физического и психического здоровья человека.

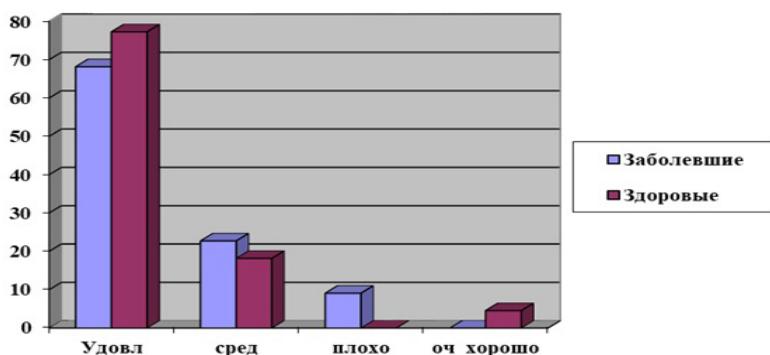
Критерий Фишера предназначен для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости интересующегося исследования эффекта. Он

оценивает достоверность различий между процентными долями двух выборок, в которых зарегистрирован интересующий нас эффект.

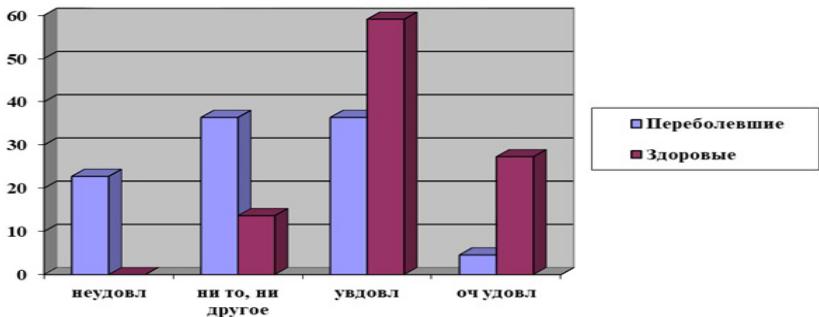
**Результаты.** Из 22 опрошенных человек порядка 90% не имеют трудностей при ходьбе и уходе за собой. При этом 1/3 респондентов испытывают трудности в повседневной деятельности и испытывают боль. 80% испытывают тревогу и депрессию.



**Рисунок 1. График субъективной оценки состояния здоровья на момент опроса (ноябрь 2021) у переболевших COVID-19 студентов (0-наихудшее состояние здоровья, 100-наилучшее состояние здоровья). «Анкета EQ-5D-3L» Русская версия;**



**Рисунок 2. Гистограмма распределения ответов «Качество жизни». Анкета «Качество жизни» ВОЗ, краткая версия.**



**Рисунок 3. Гистограмма распределения ответов «Состояние здоровья». Анкета «Качество жизни» ВОЗ, краткая версия**

Переболевшие COVID-19 студенты оценивают свое состояние хуже, чем не переболевшие на достоверном уровне по следующим параметрам:

- «качество жизни» (оценка «плохо» при  $p \geq 0,05$ );
- «состоиние здоровья» (оценка «очень удовлетворительно» при  $p \geq 0,05$ ); («очень неудовлетворительно» и «ни то, ни другое» при  $p \geq 0,01$ );

**Вывод.** По результатам опроса можно сказать, что качество жизни и состояние здоровья респондентов после перенесенного заболевания ухудшилось, что сопряжено с тяжестью болезни и ее последствиями. Потребность в оказании медицинской помощи возросла. Также можно отметить, что большая часть респондентов, перенесших COVID-19, отметили недостаток энергии в повседневной жизни, плохой сон и наличие отрицательных переживаний.

**Заключение.** Симптомы, связанные с COVID-19, могут сохраняться после выздоровления. Заболевание влечет за собой изменение как физического, так и эмоционального состояния пациентов. Полученные в ходе исследования данные говорят о снижении качества жизни для всех студентов, перенесших COVID-19. Такие результаты показывают необходимость дальнейшего наблюдения за переболевшими, при этом не следует забывать и о психологической помощи. При постковидном синдроме следует чаще гулять на свежем воздухе в лесу или парках. Такие прогулки помогут не только быстрее восстановить легкие, но и избавиться от тревоги и депрессии. Также важно проходить санаторно-курортное лечение. Поэтому в период пандемии COVID-19 приоритетом

является разработка и внедрение экосистемных услуг, так как игнорирование их приводит к распространению новых инфекций из-за изменения окружающей среды и климата, увеличения плотности населения, развития биотехнологий и других факторов.

#### **Список литературы:**

1. Тихонова Т. В. Экосистемные услуги: пути практического использования // Проблемы развития территории. 2019. №1 (99). [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ekosistemnye-uslugi-puti-prakticheskogo-ispolzovaniya> (дата обращения: 15.12.2021).
2. Зиновьева А.Е. К вопросу классификации экосистемных услуг // Известия АО РГО. 2020. №1 (56). [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-klassifikatsii-ekosistemnyh-uslug> (дата обращения: 15.12.2021)
3. Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Миронов А. Ю., Забозлаев Ф.Г. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика - Москва, 2020.
4. World Health Organization. COVID-19. Situation Report (12 February 2020).

## **ТRENД ВРЕМЕНИ: МАСКА МЕДИЦИНСКАЯ**

Малеев Н.О., ученик 10 класса МАОУ «СОШ №9»

Шестакова Н.В., руководитель

e-mail: [praktikakruf@yandex.ru](mailto:praktikakruf@yandex.ru)

Красноуфимский филиал ГБПОУ «СОМК», г. Красноуфимск

Медицинская маска – самое распространенное и самое доступное средство индивидуальной защиты. Ее используют в различных медицинских учреждениях, в обычной жизни - для защиты дыхательных путей от инфекций, передающихся воздушно-капельным путем (в том числе и корона вируса) [1]. В современных условиях маска стала трендом времени. И если сегодня мы встретим человека в помещении без маски, то сразу же обратим на него внимание.

Целью нашей работы является мотивация населения к использованию индивидуальных средств защиты посредством формирования гигиенической культуры через информационные материалы.

Для решения поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Провести анализ литературных источников по истории возникновения медицинской маски.
2. Рассмотреть виды медицинских масок, вопросы длительности и эффективности защиты.
3. Провести мастер-класс по правильному ношению медицинской маски.
4. Распространить памятку «Как правильно носить маску» среди населения ГО Красноуфимск

На основе материалов, предоставленных Федеральным научным центром гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана Роспотребнадзора и Центральным НИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, мы выяснили, что необходимость защиты при общении с больными людьми врачи осознали еще в XIV веке, во время пандемии чумы. Пути передачи возбудителя инфекции были тогда еще непонятны (как и сам возбудитель) и средневековая медицина никак не могла противостоять пандемии, которая уносила огромное количество человеческих жизней. Тогда французский врач Шарль Лорм изобрел специальный костюм для «чумных докторов» (врачей, оказывающих помощь больным чумой), который состоял из плотного вощеного пальто, перчаток, шляпы с полями и кожаной клювообразной маски. Клюв наполнялся различными ароматическими солями (камфорой), целебными травами (лавандой, мятой, гвоздикой и пр.), чесноком – это создавало защиту от неприятного запаха (в то время считалось, что болезнь вызывают «миазмы») и «антисептическую» среду внутри маски; отверстия для глаз закрывались стеклом. Кроме того, размер «клюва» предотвращал черезсур близкий контакт с больным.

По идее Шарля Лорма такой костюм должен был защитить врачей от страшной болезни. Определенная защита была связана не только со стороны медицины, но и от «потусторонних воздействий». Предполагалось, что такой костюм будет отпугивать «темные силы». Именно маску «Чумного доктора» сегодня принято считать прообразом современной медицинской маски.

Несколько веков спустя, во второй половине XIX века, благодаря Луи Пастеру стала активно развиваться микробиология и наука о виру-

сах. Медицине стали известны возбудители инфекционных болезней и механизмы их передачи людям. Стала понятна необходимость создания идеи «барьера», который бы предотвратил распространение возбудителей инфекций между людьми.

Днем рождения привычной для нас медицинской маски и началом новой эры в хирургии стало 1 марта 1897 года. Именно в этот день в клинике университета Бреслау (ныне Вроцлав) состоялась первая хирургическая операция, которой руководил польско-австрийский хирург Йоханн Микулич-Радецкий. Хирургическая бригада работала в медицинских масках, состоящих из нескольких слоев ткани, и резиновых перчатках.

Одновременно и независимо от врачей австрийского Бреслау, оперировать в маске начал французский хирург Поль Бержер. Его маска представляла собой четырехугольную мягкую повязку из 6 слоев кисеи, верхний край которой удерживался на носу с помощью повязок, завязывающихся на шее, а нижний край пришивался к стерилизованному льняному переднику. Такая конструкция позволяла спрятать бороду, которую носил Поль Бержер. Более года Поль Бержер проводил наблюдения, которые показали, что количество инфекций у пациентов, с которыми работали врачи в масках, значительно уменьшилось.

22 февраля 1899 года Поль Бержер зачитал свой доклад «Об использовании маски при оперировании» перед членами хирургического общества в Париже. Сначала значительная часть врачей отнеслись к выводам Бержера крайне скептически, но время все расставило на свои места. И медицинская маска начала свое победное шествие по миру.

В нашей стране внедрению масок в медицинскую практику способствовал Федор Федорович Эрисман - основоположник социально-гигиенического направления медицины, пионер гигиены в России.

В период пандемии гриппа — «испанки» (1918—1919) маски стали носить не только медики, но и пациенты, чтобы не заражать окружающих.

В 1920-х годах использование марлевых повязок в медицинских учреждениях стало общепринятой практикой. А в конце XX века многоразовые марлевые маски, которые нужно было стерилизовать перед повторным применением, сменились одноразовыми, изготовленными из нетканых полимерных материалов. Это значительно облегчило труд медицинских работников и затраты на процесс стерилизации.

В наше время использование масок в медицинских учреждениях - повсеместно распространенная практика. Они не только защищают па-

циента от инфекций, которые переносит медицинский персонал, но и самих медицинских работников от микробов пациента, которые могут передаваться через брызги крови или слюны [1].

Существуют следующие разновидности медицинских масок:

- марлевая
- нетканая;
- медицинская одноразовая
- медицинская трехслойная;
- хирургическая;
- кислородная;
- угольная;
- анатомическая.

Раньше медицинские повязки изготавливались из марли, кисеи или других тонких тканей. Между слоями располагалась шерсть или вата. Сегодня для производства используются нетканые материалы из полимерных волокон с высокими фильтрующими свойствами [2].

Рассмотрим особенности видов медицинских масок.

К достоинствам марлевой повязки следует отнести доступность и низкую стоимость. Но при этом она затрудняет дыхание и нуждается в химической и термической обработке.

Нетканая маска состоит из полимерных материалов. Как правило, в ней три-четыре слоя; крепятся они при помощи повязок или ушных петель. Их также не следует носить более двух-трех часов. По назначению такие маски делятся на хирургические, стоматологические, процедурные и общего пользования.

Хирургические маски используются при проведении процедур или оперативных вмешательств. Они имеют внутренний противожидкостный слой и прозрачный экран, который защищает глаза. Размер таких масок составляет 17,5 x 16 см.

Особенность угольных масок — фильтрующий слой. Он не пропускает частицы, обеспечивает надежную защиту от пыли, химических веществ и микроорганизмов. Идеально подходят для работы в лабораториях. Их можно носить порядка шести часов. Кислородные маски отличаются от тех, что применяют для защиты от попадания бактерий. Их используют при заболеваниях дыхательных путей, отравлении, инсульте, инфаркте и других случаях.

Анатомические маски обеспечивают 99-процентную защиту от вирусов, бактерий, пыльцы и пыли. У них четыре слоя, фиксация происходит с помощью ушных петель. Кроме того, анатомические маски гипоаллергенные и бывают разных размеров в зависимости от роста человека [3].

Длительность ношения маски зависит от ситуации. Во время эпидемий или в больницах рекомендуется менять повязку каждые 2 часа. При длительном ношении защитные свойства теряются и она не может предотвратить инфицирование. Для защиты от техногенных факторов (загрязненного воздуха, смога) ее можно носить до шести часов. В определенных ситуациях, например, во влажном климате, время ношения составляет не более часа. При намокании маску следует сменить, так как мокрый материал, на котором могли осесть возбудители инфекции, начинает непосредственно контактировать с кожей.

Несмотря на то, что в последнее время мы встречаем мнения о малой эффективности масок, их по-прежнему широко используют как в медицинских учреждениях, так и в быту. Но существует и более совершенная разновидность защитных лицевых повязок - это медицинские респираторы, которые обеспечивают лучшую фильтрацию, плотно прилегают к коже и при необходимости могут использоваться повторно [2].

Пандемия коронавирусной инфекции значительно расширила применение защитных масок, ставших важным и необходимым атрибутом во всех сферах нашей жизни. Сегодня маска стала не только средством защиты, но и модным аксессуаром. Бренды Off-White, New Balance и Vare выпустили собственные тканевые маски, которые можно носить при походе в общественные места. Сейчас при запросе «маски для лица» в Инстаграме появляются тысячи постов с тканевыми средствами защиты. Большинство аккаунтов, которые их продают, созданы совсем недавно и ранее не продавали одежду или аксессуары. Многочисленные исследования показывают, что защитные маски при правильном использовании снижают риск инфицирования и передачи вируса окружающим и облегчают течение болезни, если человек все же заразился (за счет меньшего количества вируса, попавшего в организм).

В методических рекомендациях по профилактике инфекционных заболеваний четко определен алгоритм использования медицинских масок:

1. Медицинскую маску используют однократно.
2. Надевать маску следует так, чтобы она закрывала рот, нос и

подбородок, и плотно фиксировалась. Если одна из поверхностей маски имеет цвет, то маску надевают белой стороной к лицу.

3. При наличии специальных складок на маске их необходимо развернуть, а при наличии вшитой гибкой пластины в области носа, ее следует плотно пригнать по спинке носа для обеспечения наиболее полного прилегания к лицу.
4. При использовании маски необходимо избегать прикосновений к фильтрующей поверхности руками. В случае прикосновения к маске необходимо вымыть руки (проводить обработку рук кожными антисептиками).
5. Менять маски необходимо не реже, чем через 3 часа. Если маска увлажнилась, ее следует заменить на новую.
6. Снимать маску следует за резинки (завязки), не прикасаясь к фильтрующей поверхности.
7. В медицинских организациях использованные медицинские маски подлежат обеззараживанию и удалению как отходы класса Б в соответствии с действующим санитарным законодательством. В домашних условиях использованные медицинские маски собирают в отдельный пакет и утилизируют вместе с бытовым мусором [4].

Следует признать, что в ближайшее время медицинская маска - это новая реальность для всего мира, доступное и достаточно эффективное средство защиты себя и окружающих. А одновременное использование других мер профилактики (физического дистанцирования, ограничения социальных контактов, обработка рук) может стать надежным заслоном против коварной коронавирусной инфекции.

#### **Список литературы:**

1. Из истории эпидемиологии: история медицинской маски [Электронный ресурс] URL: [https://www.rosпотребнадзор.ru/about/info/news/news\\_details.php?ELEMENT\\_ID=17930](https://www.rosпотребнадзор.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=17930)
2. История медицинской маски [Электронный ресурс] URL: <https://professiya-vrach.ru/article/istoriya-meditsinskoy-maski/>
3. История возникновения маски [Электронный ресурс] URL: <https://alliancesales.ru/blog/tekhnologii/meditsinskie-maski-istoriya-voznikneniya-i-sfery-primeneniya/>

4. Методические рекомендации 310140-18-31 - Профилактика инфекционных болезней- Приложение 6. Список природных биологически активных веществ, повышающих устойчивость организма к ОРИ [Электронный ресурс] URL: [profilaktika-infektsionnykh-boleznei-nespetsificheskaiia/prilozhenie-7-meditsinskie-maski/pravila-ispolzovaniia-meditsinskikh-masok/](http://profilaktika-infektsionnykh-boleznei-nespetsificheskaiia/prilozhenie-7-meditsinskie-maski/pravila-ispolzovaniia-meditsinskikh-masok/)

## В ОДНОМ СТРОЮ НА ПЕРЕДНЕМ ФЛАНГЕ

Фидер Ж. А., главная медицинская сестра

e-mail: muzeikzb@yandex.ru

Красноуфимская районная больница, ГО Красноуфимск

Новая вирусная инфекция COVID–19 пришла внезапно, быстро распространялась по всему миру и заглянула практически в каждый дом. Первый пациент с новой коронавирусной инфекцией был госпитализирован в Красноуфимскую больницу в апреле 2020 года. До этого возникали пару ложных завозных случаев, когда инфекционное отделение в режиме чрезвычайной ситуации быстро перепрофилировалось на работу с особо опасной инфекцией. Это в какой-то степени стало тренировкой перед настоящим боем.

В борьбу с эпидемией входили сложно. Не секрет, что в начале пандемии были проблемы с обеспечением средствами индивидуальной защиты, огромную роль играла психологическая составляющая. Медики боялись заразить родных и близких, длительная изоляция также накладывала свой отпечаток.

Каждый, кому довелось поработать в новых эпидемических условиях, в режиме особо опасной инфекции потерял от 5 до 10 килограмм веса. Причем тенденция снижения массы тела наблюдается во всех подразделениях, где сотрудники больницы работают с соблюдением жестких требований санитарно-эпидемического режима. Это и поликлиническое звено, отделение скорой медицинской помощи, инфекционный госпиталь. В таких условиях медицинскому персоналу тяжело работать физически, физиологически и психологически.

Болели новым вирусом не только пациенты, но и медики. Причем заболеваемость среди сотрудников так называемых «красных зон» была

единичная, чаще болели медики амбулаторно-поликлинических подразделений, персонал хозяйственного блока. Среди случаев возникновения заболеваний преобладали домашние очаги.

В это время большую поддержку оказывали благотворительные фонды, волонтеры, индивидуальные предприниматели, частные лица. В течение года фонд святой Екатерины, «Малая Родина» безвозмездно передали больнице не одну тысячу масок, респираторов, перчаток, комбинезонов. Марио Пицца и Точка Паб полгода бесплатно кормили фельдшеров скорой медицинской помощи. Участковым терапевтам взрослой поликлиники частным лицом были переданы сотовые телефоны для связи с пациентами, ведь стационарные буквально «кипели» от перегрузки и обрушившихся звонков. И конечно огромную помощь практическому здравоохранению оказали волонтеры-медики. Студенты медицинского колледжа, медицинской академии встали плечом к плечу с врачами и медсестрами. Они работали в обсерваторах, на телефонах горячей линии, на постах и утренних фильтрах, у постели больных. Городская и районная администрация обеспечила дополнительным транспортом для патронажей больных на дому, отбора материала на исследования, довоза пищи в Натальинск, где к октябрю 2020 года были развернуты дополнительные койки.

Новая инфекция характеризуется волнообразным течением. В период подъема очередной волны численность больных, находящихся на амбулаторном лечении достигала 500 человек, инфекционный госпиталь и Натальинское подразделение были переполнены. Осенью 2020 года на базе инфекционного отделения развернулся первый реанимационный пост. Встала проблема с обеспечением пациентов кислородом. Для решения задачи были мобилизованы все подразделения больницы. Приобретены портативные кислородные концентраторы, аппараты искусственной вентиляции легких, подведена кислородная магистраль и установлен стационарный концентратор кислорода производительностью 200 литров в минуту. Медицинская клиника в непрерывном режима пополняла фонд медицинской техники, средств индивидуальной защиты, лекарственных препаратов, дезинфицирующих средств. Работа велась и днем, и ночью, в режиме 7/7.

С появлением вакцин против COVID-2019 ситуация изменилась в лучшую сторону, но общая усталость населения от карантинных мер дает отрицательную динамику. Да и вирус успевает мутировать и нара-

ботать свою защиту. В этой неравной борьбе исход один – человечество должно победить, и медицина в этой войне всегда на переднем фланге.

## **ВРАЧ С ДОБРЫМ СЕРДЦЕМ**

Швецова Я.Е., студентка 2 курса

Каргаева М.В., руководитель

*e-mail: manishka24@mail.ru*

*Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК»,*

*г. Сухой Лог*

Больной ждёт от лечащего врача чуда, и даже в самых безнадежных ситуациях доктор должен суметь убедить пациента в том, что оно обязательно произойдёт.

У заведующей инфекционным отделением Богдановичской ЦРБ Зои Васильевны Казанцевой этот дар особенный. Доброй улыбкой, спокойным, обстоятельным разговором с пациентом, своей непрекращающей уверенностью она внушает надежду на выздоровление.

Зоя Васильевна о профессии врача мечтала с детства, в 1978 году, после окончания Куйбышевского медицинского института, по распределению три года отработала в районной больнице Куйбышевской области педиатром. Там она познакомилась со своим будущим мужем Владимиром. Молодые люди поженились и в 1981 году приехали в Богданович. Прадед Зои Васильевны, Леонид Казанцев, окончив медицинский университет, специализировался на офтальмолога и работал земским врачом Куйбышевской области, а прабабушка - медсестрой, как тогда называли, «лекарской помощницей».

Про маму Зои Казанцевой хочется рассказать больше. Недавно ушедшая из жизни, прожившая длинную, 92-летнюю жизнь, Ольга Борисовна была самым важным человеком в жизни своей семьи и до-кортом гинекологии. Конечно, училась она отлично. Вышла замуж за будущего отца Зои Казанцевой. По распределению оба работали врачами в сельской больнице.

Муж Зои Васильевны работал в Куйбышевской области в библиотеке. Переехав в Город Богданович, устроился на Свинокомплексный за-

вод, но сильно заболел и пришлось уйти с работы. Сейчас Владимир работает на дому, занимается подшиванием валенок.

Зоя Васильевна, еще будучи студенткой, заинтересовалась лечением инфекционных заболеваний, поэтому для работы выбрала именно инфекционное отделение Богдановичской ЦРБ. Ее приняли радушно, она прошла специализацию и работала бок о бок с такими врачами, как Валентина Климова, Мария Грубер, они щедро делились опытом с молодой коллегой. Благодаря слаженному коллективу, Зоя Васильевна прошла хорошую школу и стала опытным специалистом.

Зоя Васильевна выросла в семье медиков. Потом задумалась и привела в пример свою семью: «У меня мама врач, дядя врач и моя бабушка врач – я выросла среди медиков. Причем, одних из лучших в своей отрасли. И для себя я уяснила, что такое быть лучшим врачом. Я всегда смотрела на то, как они работают, как они постоянно развиваются, и это мне было близко. Хороший врач должен уметь сочувствовать пациенту – это очень важно, но для того чтобы стать настоящим врачом (наверное, более, чем в нашей специальности, такого больше нигде нет) – должен учиться всю жизнь. То, что вчера казалось правильным, или то, что помогало в лечении больных (например, с тем же инфекционным эндо-кардитом или сепсисом, когда лечили большими дозами пенициллина) – сегодня вызывает у современных врачей улыбку, а ведь мы в своё время так лечили, и эффект был хороший».

Вот уже 13 лет Зоя Васильевна единственный врач в отделении. Говорят, что врач состоялся тогда, когда о своих больных он думает день и ночь, когда болеет их болью, страдает их страданиями. Главное для врача – доброе сердце. И эти слова о Зое Васильевне. Даже находясь дома, ее не оставляют мысли о пациентах. Она спешит к ним в выходные и праздничные дни, думает о них по пути на работу и обратно, проходя в любую погоду пешком из северной части города до медгородка.

Зоя Васильевна переоделась в спецкомплект. Трудно узнать ее в этой экипировке. Только те же добрые глаза и записка на костюме выдают в ней главврача. Тяжело работать в такой форме: на лице постоянно маска, очки, перчатки и в этой одежде нужно находиться всю смену, нельзя не есть, не пить. В целях безопасности, да и времени нет. Нужно осматривать больного, назначать лечения, дать надежду больному на выздоровление. А больные все поступают и поступают....

В период пандемии по COVID-19 инфекционное отделение Богдановичской больницы превратилось в Красную зону. Вначале было всего 40 коек, но потом количество больных стало расти. На сегодняшний день в госпитале 70 коек. Ежедневный прием больных у Зои Васильевны около 100 человек.

Зоя Васильевна спасала жизнь очень многим людям. Ее пациенткой стала и многодетная мама, Татьяна, она готовилась к рождению четвертого, долгожданного мальчика. Роды через месяц, а в это время ей диагностировали коронавирусную инфекцию. Сначала кашель, небольшая температура, но всего за сутки состояние резко ухудшилось. Зоя Васильевна сразу поняла, что нужно делать. Немедля отправила Татьяну на сдачу анализов и положила к себе в отделение. Через 3 дня Татьяне стало лучше. Потому что у Зои Васильевны золотые руки и слова.

К Зое Васильевне попала и моя родная бабушка. Сначала на участке лечили бронхит, а когда положительным оказался тест на коронавирус, положили в отделение. У бабули сахарный диабет, возраст после 60 лет, она оказалась в зоне риска. Мучительная болезнь. Кашель, высокая температура, одышка, казалось, никогда не будет этому конца... Но Зоя Васильевна уверила, что у ее персонала есть проверенная схема лечения и вирус победим. Через две недели бабушку выписали из отделения. Бронхит, перешедший в пневмонию, залечился. Бабушка продолжает работать.

Говорят, у каждого врача есть свое кладбище. К сожалению, есть оно и у Зои Васильевны. Не все смогли оправиться от болезни, хотя были созданы условия для выздоровления, в том числе и подключение к системе ИВЛ (искусственной вентиляции легких).

Вирус – наш неопознанный враг и врачи пытаются ему выстроить барьер. Зоя Васильевна Казанцева и медперсонал Богдановичской Центральной Районной Больницы просто выполняют свой долг. Они тоже уязвимы. Но они работают на передовой, рискуя своим здоровьем. Спасибо за пот и слезы, за радость выздоровления и бессонные ночи. Пандемия, конечно, закончится, но это для нас с вами, а врачи, разве что, наконец-то смогут тоже обнять своих родных, от которых сейчас вынуждены держаться подальше, а потом снова пойдут спасать жизни.

*Записано со слов З.В. Казанцевой и ее пациентов.*