
9

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ В РОССИИ ЗА 100 ЛЕТ (1897–1997)

Б.Б. Прохоров

Общественное здоровье зависит от социально-экономических, политических процессов, происходящих в обществе, и одновременно служит индикатором этих процессов. Политическая и экономическая история России и изменение здоровья населения за последнюю сотню лет представляют яркий пример связи между этими явлениями. Отечественную историю XX века можно представить в виде цепи трагических событий: Русско-японская война, первая мировая война, гражданская война, голод в Поволжье, раскулачивание, голод 1933 г., сталинские репрессии, советско-финляндская война (1939–1940 гг.), Отечественная война (1941–1945 гг.), послевоенная разруха, война в Афганистане (1979–1989 гг.), переход к новой форме социально-экономических отношений после 1991 г., две войны в Чечне.

За этот период в России происходили важные экономические, народно-хозяйственные и социально-демографические процессы, существенно повлиявшие на формирование здоровья народа.

В России в ее современных границах произошло изменение численности населения. За сто лет число россиян увеличилось в 2,2 раза, хотя по подсчетам демографов увеличение это было бы гораздо больше, если бы миновали нас все напасти, случившиеся с Россией в XX веке.

В стране быстрыми темпами шел процесс урбанизации. Уже из приведенных в *таблице 9–1* данных видно, как менялось соотношение городских и сельских жителей. Более наглядно этот процесс иллюстрирует график (*рис. 9–1*). Удельный вес городских жителей в России в 1897 г. составлял 14,66 %, в 1957 г. численность населения в городе и на селе практически сравнялась, а потом доля городского населения стала быстро нарастать. Россия из страны сельской превратилась в страну сугубо городскую. Вследствие этого изменился образ жизни, гораздо доступнее стала медицинская помощь, значительная часть населения стала пользоваться водопроводом и канализацией. Вырос уровень образования населения.

Россия в окружающем мире: 2000 (Аналитический ежегодник). Отв. ред. *Н.Н. Марфенин* / Под общей редакцией: *Н.Н. Моисеева*, *С.А. Степанова*. М.: Изд-во МНЭПУ, 2000. – 328 с.

Численность населения России (тыс. человек)

	1897	1917	1926	1937	1941	1950	1960	1970	1980	1990	1997	1999	2000
Все	67473	91000	92735	104932	111359	101438	119046	130079	138291	148041	147502	146693	145500
Город	9898	15500	16455	34923	38916	43749	63740	80981	96590	109239	107793	107311	...
Село	57579	75500	76280	70009	72443	57689	55306	49098	41701	38802	39709	39382	...

Источник: Население России за 100 лет (1897–1997): Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1998. 222 с., Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1999. 386 с.

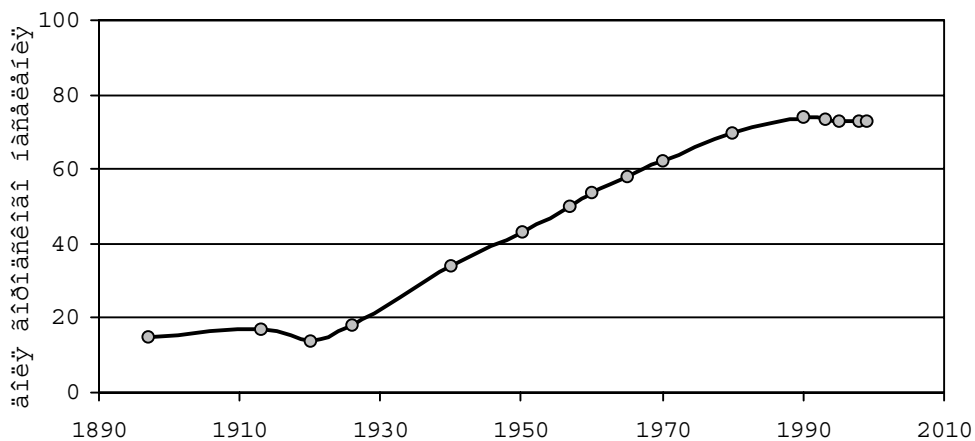


Рис. 9–1. Урбанизация в России: доля городского населения (в %)

За прошедшие 100 лет население России существенно постарело. В 1997 г. по сравнению с 1897 г. доля детей и подростков в мужском населении снизилась в 1,7 раза, среди женщин – в 1,9 раза. Доля людей пенсионного возраста среди мужчин увеличилась в 1,8 раза, а у женщин – в 2,7 раза.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ В КОНЦЕ XIX – НАЧАЛЕ XX ВЕКА (1897–1905 гг.)

Конец XIX века в России полон экономических и социальных противоречий. В 1861 г. Александр II освободил крестьян, но следы феодализма оставались во всех сферах жизни. 30 тыс. помещиков имели 70 млн десятин земли, а 10,5 млн крестьянских дворов владели 75 млн десятин. В 1890-е годы Россия переживала промышленный подъем. Усиленными темпами шло железнодорожное строитель-

ство. За 10 лет (1890–1900 гг.) было построено 22 тыс. км железных дорог. Продукция черной металлургии увеличилась на 320 %, переработка хлопка – на 94 %, добыча каменного угля – на 271 %, нефти – на 262 % и пр. Несмотря на это, Россия очень сильно отставала в экономическом развитии от передовых стран. Наряду с развитием крупной фабричной промышленности в России сохранялись мануфактуры, использующие ручной труд. Согласно переписи населения 1897 г. в городах проживало менее 10 млн человек, или 14,66 % всего населения страны.

Пережитки крепостничества тормозили развитие товарно-денежных отношений. Определенные успехи в финансовой области не опирались на соответствующий подъем экономического благосостояния основной массы населения. Главным источником государственных поступлений были косвенные налоги, которые в основном приходились на наименее состоятельную часть населения. Падение уровня благосостояния народа выражалось как в росте недоимок, так и в тяжелейших бедствиях крестьян в годы неурожаев.

Экономическая ситуация сказывалась и на организации медицинской помощи. В начале XX в. Россия (как, впрочем, и большинство стран Европы, а также США и Япония) имела мало врачей (2 врача на 10 тыс. населения). Страны побогаче – ненамного больше. Врачей готовили в большей мере для армии на случай военных действий. Население лечили в основном вышедшие в отставку военные врачи. Организация медицинской помощи осуществлялась губернскими и земскими управами, находившимися в ведении Министерства внутренних дел. Уровень бесплатной помощи тех лет был очень ограничен. Несмотря на отдельные успехи земской медицины, как система такая помощь была малоэффективна. Для обеспеченных слоев населения существовала сеть частных врачей, обслуживавших богатые семьи по гонорарной системе. Больницы также делились на платные и благотворительные. Поэтому уровень смертности продолжал оставаться очень высоким. Особенно он был велик в неурожайные годы, когда сотни тысяч людей погибали от голода и связанных с ним эпидемий. Б.Ц. Урланис подсчитал [40], что за три неурожайных года (1872, 1882, 1892) от голода и эпидемий погибло свыше 1 млн человек.

В голодные годы в отдельных губерниях, наиболее пострадавших от голода, смерть буквально опустошала деревни и села. Так, в 1892 г. в Астраханской губернии коэффициент смертности достиг 78,4 на 1 000 человек. Иными словами, только за один год погиб каждый 12-й житель Астраханской губернии.

Основной причиной смертности были инфекционные заболевания. С 1891 по 1914 гг. в 50 губерниях России от инфекционных болезней умерло 2,35 млн человек (табл. 9–2).

В России конца XIX – начала XX века велика была младенческая смертность. Большое число детей погибало вследствие неумелого ухода за детьми и неправильного кормления, из-за антисанитарных условий жизни, тяжелого физического труда матерей в период беременности, плохого питания, недостатка медицинской помощи. Особенно много детей умирало на первом году жизни. Исследования С.А. Новосельского [23, 24] позволяют достаточно ярко представить картину детской смертности в России на переломе веков (табл. 9–3).

Сравнение данных о детской смертности в России с другими европейскими странами показывает, что перед первой мировой войной смертность в нашей стране была самой высокой.

Это оказывало наиболее сильное воздействие на ожидаемую продолжительность жизни. Так, согласно расчетам В.Я. Буняковского, в 1862 г. средняя продолжительность жизни православного населения России составляла 30,87 лет для мужчин и 32,45 для женщин, в среднем для обоих полов – 31,6 лет [40].

В 1896–1897 гг. средняя продолжительность жизни всего населения была 32,34 лет. Эти данные получены С.А. Новосельским на основании материалов переписи населения 1897 г. [23]. Уточненные расчеты, проведенные Е.М. Андрее-

Таблица 9–2

Смертность от инфекционных заболеваний по 50 губерниям России

Годы	Среднегодовое число умерших (тыс. человек)			
	Скарлатина, дифтерия, корь, коклюш	Оспа	Тифы	Всего
1891–1895	404	73	113	590
1896–1900	365	57	78	500
1901–1905	347	42	78	467
1906–1910	308	42	72	422
1911–1914	285	29	60	374

Источник: Новосельский С.А. Обзор главнейших данных по демографии и санитарной статистике. 1916.; Новосельский С.А. Смертность и продолжительность жизни в России. Петроград: Тип. МВД, 1916.

Таблица 9–3

Младенческая смертность в России в конце XIX – начале XX вв.

Годы	Из 1000 родившихся умирало на первом году жизни
1867–1871	267
1872–1876	273
1877–1881	270
1882–1886	271
1887–1891	269
1892–1896	275
1897–1901	260
1902–1906	253
1907–1911	244

Источники: Новосельский С.А. Обзор главнейших данных по демографии и санитарной статистике. 1916.; Новосельский С.А. Смертность и продолжительность жизни в России. Петроград: Тип. МВД, 1916.

вым с соавторами [2], дали несколько иные показатели: продолжительность жизни мужчин оказалась 29,43 лет, женщин – 31,69 лет, всего населения – 30,54 лет.

Россия заметно отставала от многих европейских стран по ожидаемой продолжительности жизни (табл. 9–4). Продолжительность жизни мужчин в России была на 21 год ниже, чем в Швеции и Норвегии, у женщин эта разница была еще выше и достигала 22 лет. Приведенные данные необходимо учитывать при дальнейшем анализе качества здоровья россиян, так как материалы сравнения показывают огромную разницу в «стартовых условиях» повышения уровня здоровья в России и странах Запада.

В 1897 г. численность людей в возрасте старше 60 лет была всего 4,8 млн или 7,3 % населения. Через 100 лет в 1997 г. эта возрастная группа составила 17,1 %.

Г.В. Хлопин и Ф.Ф. Эрисман в «Энциклопедическом словаре: Россия» описывают санитарное положение большинства русских городов как весьма неудовлетворительное [43]. Они пишут: «Смертность во многих русских городах очень высока и значительно выше смертности всего населения России. Насколько далеки от идеала наши даже и наиболее благоустроенные города, видно из того, что на 1 000 жителей в 1895 г. умирало: в Вене 22,0; Брюсселе – 21,11; Париже – 19,60; Лондоне – 18,50; Берлине – 17,75; Стокгольме – 16,63; Копенгагене – 16,67. В Петербурге в 1888–92 гг. умирало 27,4, а в Москве в 1887–96 гг. смертность составляла 28,0 на 1 000 населения. В Астрахани, Саратове, Нижнем Новгороде умирает более 40 человек на 1 000 жителей».

Г.В. Хлопин и Ф.Ф. Эрисман подчеркивают [43], что одной из важных причин высокой смертности и вымирания городского населения являются *разные болезни*, хронически поражающие большинство городов (табл. 9–5).

На неудовлетворительное санитарное состояние русских городов помимо высокой смертности указывает также перевес умирающих над рождающимися.

Таблица 9–4

Средняя продолжительность жизни в некоторых странах Европы

Страна	Годы	Средняя продолжительность жизни, лет	
		Мужчины	Женщины
Россия	1896–1897	29,43	31,69
Швеция	1891–1900	50,96	53,65
Норвегия	1891–1900	50,41	54,14
Франция	1898–1903	45,35	48,72
Англия	1891–1900	44,13	47,77
Италия	1899–1902	42,83	43,17
Германия	1891–1900	40,56	43,97
Австрия	1900–1901	37,77	38,87

Источник: Новосельский С.А. Обзор главнейших данных по демографии и санитарной статистике. 1916.; Новосельский С.А. Смертность и продолжительность жизни в России. Петроград: Тип. МВД, 1916.

Смертность от заразных болезней в период 1890–1894 гг.
(по 15 городам в каждой стране; число случаев на 100 тыс. населения)

Страна	Брюшной тиф	Оспа	Корь	Скарлатина	Дифтерия	Все перечисленные болезни
Россия	26	25	24	52	65	203
Германия	15	0,2	26	18	102	161
Италия	52	10	38	16	45	161
Франция	41	13	38	6	54	152
Бельгия	27	27	57	4	34	152
Англия	16	3	58	24	31	132
Швейцария	14	2	31	9	58	114
Швеция	12	0	17	23	45	97
Голландия	10	9	25	5	41	90

Источник: Хлопин Г., Эрисман Ф. Современное санитарное состояние России // Россия: энциклопедический словарь. СПб.: Издатели Ф.А. Брокгауз и И.А. Ефронь, 1898. С. 224–227.

По данным медицинского департамента из 74 городов Приволжского района за 10 лет с 1887 по 1896 гг. только в 5 маленьких городах ни разу не было перевеса умерших над родившимися; 5 раз из 10 наблюдалась естественная убыль населения в Казани, Самаре, Саратове, Симбирске и других губернских городах этого района; в сумме здесь родилось меньше, чем умерло. Подобное же ненормальное для XIX в. соотношение между рождаемостью и смертностью отмечено в городах Воронежской, Калужской, Московской, Тульской, Санкт-Петербургской, Тамбовской и Ярославской губерний.

О роли санитарно-гигиенических условий в возникновении инфекционных болезней говорит такой факт. Введение фильтрации воды на левом берегу Невы в Петербурге в 1889 г. привело к резкому снижению смертности от брюшного тифа. Если до этого смертность от тифа там на 10 тыс. человек составляла 5,8 человек, то после сократилась более чем вдвое, тогда как на правом берегу Невы в эти же годы смертность от брюшного тифа даже несколько возросла [41].

Смертность в России в последней четверти XIX в. выше, чем где-либо в Европе: по данным за 25 лет в России ежегодно умирало в среднем 35 человек на 1 000 жителей, тогда как в Скандинавских государствах – не более 17, в Англии – 19, Франции – 22, в Германии – 24. Из губерний Европейской России наибольшей смертностью отличались Воронежская (46,1 смертных случаев на 1 000 жителей), Самарская (44,6), Саратовская (43,3), Рязанская (42,4), Пермская (42,1), Оренбургская (41,3), Тульская (40,8), Владимирская (40,8), Калужская (40,7), Симбирская (40,1); наименьшей – Петербургская (21,5), Новгородская и Псковская (29,3), Астраханская (29,8). В остальных губерниях умирало от 30 до 40 человек на 1 000 жителей.

Смертность в России почти во всех возрастных группах кроме старческой выше, чем в Западной Европе. Особенно велика смертность детей: до 5-летнего возраста доживало в России всего 550 человек из 1 000 родившихся, тогда как в большинстве западноевропейских стран – более 700.

Поскольку основная масса населения России – крестьяне, то и медицинская статистика отражала состояние здоровья этой группы населения. «Население, существующее впроголодь, а часто и просто голодающее, не может дать крепких детей, особенно если к этому прибавить те неблагоприятные условия, в каких, помимо недостатка питания, находится женщина в период беременности и вслед за нею» [37]. Младенческая смертность в 1897–1901 гг. составляла в России 260 на 1 000 новорожденных, в 1902–1906 гг. показатель незначительно улучшился и стал равен 253.

ОТ РУССКО-ЯПОНСКОЙ ДО ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ (1905–1913 гг.)

Период с 1905 по 1913 гг. был для России, с одной стороны, периодом преодоления многовековой отсталости, с другой – временем мощных социальных потрясений и позорного поражения в Русско-японской войне. Начало 1900-х годов в России характеризовалось большими успехами в развитии промышленной и финансовой сфер при сохранении самых отсталых форм землевладения. Промышленный подъем, начавшийся в стране в 1909 г., привел к новому росту и концентрации промышленного производства. За период с 1908 по 1913 гг. прирост продукции в промышленности составил более 40 %. В сельском хозяйстве сохранялось очень тяжелое положение сельских жителей, что приводило к крестьянским бунтам и восстаниям.

Промышленные рабочие, которых в 1913 г. насчитывалось свыше 6 млн человек, также были крайне недовольны своим существованием. Выступления рабочих в 1905–1912 гг. с требованиями сокращения продолжительности рабочего дня, улучшения условий труда, повышения зарплаты были вызваны крайне скверными условиями жизни.

Тяжелые условия в быту и на производстве отражались на уровне общественного здоровья большей части населения. Тем не менее, в стране наблюдалась заметная дифференциация различных социальных групп населения по уровню здоровья, что было подтверждено специальными исследованиями.

Смерть неодинаково «относилась» к различным группам населения. Как обычно, бедные были главной жертвой голода, эпидемических болезней, травм. С.А. Новосельский изучил социальные различия в уровне смертности в 48 участках столичного города Санкт-Петербурга [25], которые были объединены в 7 групп, исходя из уровня материальной обеспеченности их жителей. Смертность в бедных кварталах была в 2,15 раза выше, чем в районах города, где жила богатая публика (*табл. 9–6*).

Весьма характерно течение заболеваемости населения *туберкулезом*. Это заболевание всегда было широко распространено среди населения России,

**Зависимость смертности жителей Санкт-Петербурга в 1909–1912 гг.
от их социального положения**

Характеристика групп участков с преобладанием:	Средняя годовая плата за квартиру, рублей	Среднее число жителей на 1 комнату	Процент неграмотных в возрасте старше 6 лет	Число умерших детей до 1 года (на 1000 родившихся в 1909–1912 гг.)	Коэффициент смертности (число умерших на 1000 населения)
Богатых	933	1,50	15,7	107	12,6
Зажиточных	745	1,57	16,4	115	14,3
Достаточно обеспеченных	536	2,06	17,8	147	18,3
Со средним достатком	430	2,26	22,0	168	19,9
Малодостаточных	358	2,64	24,7	191	21,9
Недостаточно обеспеченных	213	2,91	29,6	219	24,5
Бедных	190	3,30	35,1	263	27,2

Источник: Новосельский С.А. Вопросы демографической и санитарной статистики. М.: Медгиз, 1958.

особенно среди ее беднейшей части. Более всего страдало городское население. В 1895–1904 гг. смертность от туберкулеза в Санкт-Петербурге колебалась от 14,5 на 10 тыс. населения в фешенебельном Адмиралтейском районе до 34,4 в пролетарском Выборгском районе. Смертность от туберкулеза в Центральной части Москвы (11,5–13,4) была значительно меньше, чем на окраинах, где достигала 65,7 [26].

**ПЕРВАЯ МИРОВАЯ ВОЙНА, ГРАЖДАНСКАЯ ВОЙНА,
ВОЕННАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ (1914–1920 гг.)**

1 августа 1914 г. Россия вступила в первую мировую войну. Для народов России это было величайшее бедствие, но, к великому сожалению, оно было только началом цепи кошмаров, которые пришлось пережить россиянам. Далее последовали большевистский переворот 1917 г., гражданская война и военная интервенция, голод в поволжских губерниях и так далее.

За 1914–1920 гг. страна понесла огромные людские потери. На фронтах мировой войны Россия потеряла около 6 млн человек (табл. 9–7).

В Красной Армии за годы гражданской войны были убиты во время боевых действий, умерли от болезней, пропали без вести, погибли по другим причинам 980,7 тыс. человек (табл. 9–8).

Россияне погибали не только в Красной Армии, но и в войсках Белой Армии, а также при различных восстаниях крестьян, казаков и пр. Погибали во время боевых действий и умирали от болезней и мирные граждане.

Как обычно бывает в годы суровых испытаний, страну захлестнула волна инфекционных заболеваний, среди которых наибольшую «жатву смерти» собирали «испанка» (эпидемический грипп), туберкулез, сыпной тиф, кишечные инфекции, в том числе брюшной тиф, холера, дизентерия, натуральная оспа. Эпидемия острозаразных заболеваний началась во время мировой войны и продолжалась в последующие годы [15].

Эпидемия одновременно нескольких инфекций в период первой мировой войны началась в армии. С августа 1914 по сентябрь 1917 г. число больных в армии (без Кавказского фронта) составило:

- дизентерия – 64 264;
- холера – 30 810;
- брюшной тиф – 97 522;
- сыпной тиф – 21 093;
- возвратный тиф – 75 429 [38].

В годы гражданской войны и после ее окончания заболеваемость инфекционными болезнями среди населения продолжалась (табл. 9–9).

Развитию эпидемии паразитарных тифов во многом способствовала обстановка, сложившаяся в тылу страны. Здесь наиболее «горючим материалом» явились беженцы и военнопленные, которых расселяли по многим городам и населенным пунктам восточных губерний Европейской части России и Сибири.

Волна беженцев охватила 25 губерний, их число в 1915 г. достигло 3–4 млн, а в 1917 г. – 10–15 млн человек. Количество военнопленных составляло 2 млн. Вместе с беженцами и военнопленными по стране распространились эпидемические заболевания. В середине 1915 г. они были зарегистрированы в 39 губерниях: брюшной тиф – в 107 местах, сыпной – в 43 и возвратный – в 25 [38].

Таблица 9–7

Потери русской армии на 1 февраля 1917 г.

Причины потерь	Офицеров	Солдат
Убитых и умерших от ран	11 884	586 880
Отравленных удушливыми газами	430	32 718
Раненых	26 041	2 438 591
Контуженных	8 650	93 399
Без вести пропавших	4 170	185 703
Находящихся в плену	11 899	2 638 050
<i>Всего</i>	<i>63 074</i>	<i>5 975 341</i>

Источник: Георгиевский А.С., Гаврилов О.К. Социально-гигиенические проблемы и последствия войн. М.: Медицина, 1975.

Безвозвратные потери Красной Армии за всю гражданскую войну (1918–1922 гг.)

Виды потерь	Общее число безвозвратных потерь, человек	В том числе по периодам	
		1918–1920	1921–1922
Убито и умерло на этапах санитарной эвакуации	259 213	249 294	9 919
Пропало без вести, не вернулось из плена	101 045	86 330	14 715
Погибло в результате происшествий и несчастных случаев, расстреляно по приговору суда, покончило жизнь самоубийством	38 785	Нет данных	3 878
Умерло от ран и болезней в лечебных учреждениях	616 605	407 209	209 396
<i>Всего</i>	<i>980 741</i>	<i>732 833</i>	<i>237 908</i>

Источник: Гриф секретности снят: Потери вооруженных сил СССР в войнах, боевых действиях и военных конфликтах. М.: Воениздат, 1993.

Острозаразные болезни в России в годы гражданской войны и военной интервенции (число случаев на 100 тыс. населения)

Заболевания	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923
Брюшной тиф и паратиф	118	106	450	635	505	280	120
Сыпной тиф	56	192	3380	3360	510	1600	200
Возвратный тиф	20	17	400	1026	700	1710	200
Натуральная оспа	32	40	137	90	82	50	35

Источник: Лотова Е.Н., Идельчик Х.И. Борьба с инфекционными болезнями в СССР 1917–1967 г. Очерки истории. М.: Медицина, 1967.; Куркин П.И. Материалы по изучению санитарных последствий войны 1914–1918 гг. (Сводка некоторых статистических данных)//Вопросы санитарной статистики. М., 1961.

За период 1918–1920 гг. число больных *сыпным тифом* Л.А. Тарасевич определяет в 25 млн [39]. На высоте пандемии сыпного тифа в 1919 и 1920 гг. средний показатель заболеваемости в России на 100 тыс. жителей достигал соответственно 3 380 и 3 360 при максимуме 6 018 в центрально-земледельческом районе (рис. 9–2) [5, 14].

Вслед за сыпным тифом шло распространение *возвратного тифа*: если в 1918 г. заболело 17 тыс. человек, то в 1919 г. больных было уже 251 тыс. человек, в 1920 г. было 776 тыс. заболевших, максимум наблюдался в 1922 г. – 1 505 тыс. больных [6, 14].

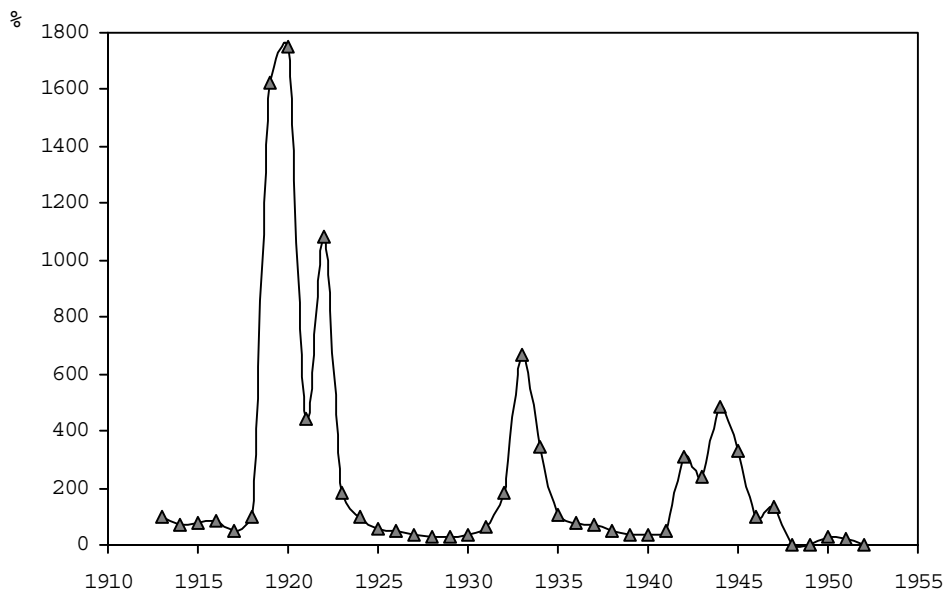


Рис. 9–2. Заболеваемость сыпным тифом
(отношение числа случаев к 1913 г., принятому за 100 %)

Источник: Бароян А.В. Итоги полувековой борьбы с инфекциями в СССР и некоторые актуальные вопросы современной эпидемиологии. М.: Медицина, 1968.

В 1918–1922 гг. отмечена вспышка *холеры*. Так, в 1918 г. переболело 41,1 тыс. человек, в 1920 г. – 32,05 тыс., а в 1921 г. число заболевших составило 176,88 тыс.. В 1922 г. вспышка пошла на убыль – 82,9 тыс. больных, а к 1924 г. практически прекратилась.

Заболеваемость *дизентерией*, носила волнообразный характер: в 1914 г. – 395 тыс. заболевших, в 1915 г. – 292 тыс., в 1916 г. – 111 тыс., некоторое повышение заболеваемости наблюдалось в 1917 г., в 1918 г. был достигнут минимум заболеваемости – 59,7 тыс. После этого начался рост числа заболевших: в 1919 г. – 137, 2 тыс., в 1920 г. – 324,4 тыс., в 1921 г. – 197,4 тыс. На пике вспышки смертность достигала 360–395 случаев на 100 тыс. населения [17].

В стране отмечалась высокая заболеваемость *натуральной оспой*. Перед мировой войной в 1913 г. было зарегистрировано около 66 тыс. больных, в 1914 г. численность больных превысила 93 тыс., максимальная численность больных в период войны была в 1915 г. – заболело около 127 тыс. человек. После этого заболеваемость снизилась, и в 1917 г. число заболевших было менее 47 тыс. Следующий резкий подъем произошел в 1919 г., когда заболело 186,8 тыс. человек, в 1920 г. заболело 115 тыс. человек, и эпидемия пошла на убыль [6].

Е.Н. Лотова и Х.И. Идельчик пишут [17], ссылаясь на годовой отчет Наркомздрава РСФСР, что с августа 1918 г. по весну 1919 г. *эпидемическим гриппом* («испанкой») переболело 1,09 млн человек.

С 1919 г. резко увеличилась смертность от *туберкулеза*. В 1920 г. в Петрограде она достигла 81 на 10 тыс. человек, в Москве смертность была ниже – 35,3. Петербург всегда отличался очень высокой смертностью от туберкулеза.

Крайне тяжелая ситуация с общественным здоровьем требовала принятия срочных мер. Сразу после Октябрьской революции, 26 октября 1917 г., при Военно-революционном комитете Петросовета был учрежден Медико-санитарный отдел. С ноября 1917 г. медико-санитарные отделы стали создаваться на местах. В ноябре–декабре 1917 г. началась организация врачебных (медицинских) коллегий при отдельных наркоматах: внутренних дел, государственного призрения, просвещения, путей сообщения. 24 января 1918 г. был организован Совет врачебных коллегий, на который возлагались функции «высшего медицинского органа Рабочего и Крестьянского правительства». Одна из основных задач этого совета – «Всемерно укреплять санитарное дело, наладить борьбу с эпидемическими заболеваниями и всеми силами помочь советской власти в устранении санитарной разрухи» [28, С.77]. 11 июля 1918 г. был принят декрет об учреждении Народного комиссариата здравоохранения РСФСР (Наркомздрава).

Гражданская война заставила решать неотложные задачи по организации медицинского обслуживания Красной Армии и ликвидации эпидемий. В армии не хватало медицинских кадров, особенно врачей. Вначале медицинские кадры комплектовались добровольно, затем был издан декрет Совета Народных Комиссаров (29 июля 1919 г.) о мобилизации медицинских работников. К местам боевых действий была приближена госпитальная база, создана новая система военно-медицинской службы.

В ноябре 1918 г. при Наркомздраве была организована секция по борьбе с туберкулезом и подсекция по борьбе с сифилисом. В 1918 г. в Москве был открыт принципиально новый тип лечебно-профилактического учреждения – туберкулезный диспансер, в 1921 г. организован венерологический диспансер.

В 1919–1920 гг. для больных сыпным тифом дополнительно было развернуто 250 тыс. коек, на железнодорожных станциях и пристанях организованы санитарные пропускники, где все прибывающие, особенно это относилось к военным, мылись в бане, а их одежда подвергалась дезинсекции. Знаменитые «вошебойки» сыграли свою важную роль и во время Отечественной войны 1941–1945 гг.

Уже в 1920 г. была восстановлена разрушенная медицинская сеть, общее число медицинских учреждений по сравнению с 1914 г. возросло на 40 %.

ВОЕННЫЙ КОММУНИЗМ

8 лет мировой, гражданской войн и интервенции нанесли огромный ущерб экономике России. Промышленное производство сократилось в 1920 г. по сравнению с 1913 г. в 7 раз, сельскохозяйственное – на треть. Людские потери, понесенные страной за это время, превысили 20 млн человек.

Период 1918–1920 гг. в истории России получил название «военного коммунизма». Это была попытка преодолеть экономический кризис жесткими административными мерами. Основное содержание политики «военного коммунизма» заключалось в национализации всей крупной и средней промышленности, а также частично и мелких предприятий. Важная сторона этой политики – продовольственная диктатура, продразверстка, прямой продуктообмен между городом и деревней. Частная торговля была заменена государственным распределением продуктов по классовому признаку. В стране была введена всеобщая трудовая повинность и уравнительность в оплате труда.

Политика «военного коммунизма» и связанные с ней многочисленные эксцессы стали причиной недовольства рабочих и восстаний крестьян. В начале 1921 г. прошли стихийные забастовки в Петрограде и других городах. Начались волнения в армии и на флоте.

Хозяйственную разруху усугубила засуха 1920–1921 гг. Сильный голод поразил Поволжье, Северный Кавказ и юг Украины. Всего голодом было охвачено 37 губерний. От голода погибло около 5 млн человек [18, 21]. Согласно данным М. Мейера, пик голода пришелся на зиму 1922 г. – лето 1923 г. [21].

Герберт Уэллс в своей известной книге «Россия во мгле» после поездки в Россию в 1920 г. писал: «Основное впечатление от положения в России – это картина колоссального непоправимого краха. Громадная монархия, которую я видел в 1914 г., с ее административной, социальной, финансовой и экономической системами, рухнула и разбилась вдребезги под тяжким бременем шести лет непрерывных войн. История не знала еще такой грандиозной катастрофы. На наш взгляд, этот крах затмевает даже саму Революцию... Большевицкая статистика, с которой я познакомился, совершенно откровенна и честна... Смертность в Петрограде – свыше 81 человека на тысячу; раньше она составляла 22 человека на тысячу, но и это было выше, чем в любом европейском городе» [42].

Значительные военные потери и резкое ухудшение условий жизни гражданского населения, особенно в период гражданской войны, привели к значительному росту смертности. Коэффициент смертности в Европейской части СССР (без Северного Кавказа и Урала) самого высокого уровня достиг в 1919 г. – 46,7 случаев на 1 000 населения, после чего начал снижаться: 1921 г. – 29,7 и 1923 г. – 25,5. Детская смертность в 1918–1924 гг. была 250–190 на 1 000 детей в возрасте до 1 года, в 1925 г. она была 201,0 на 1 000. В 1920 г. ожидаемая продолжительность жизни в Петрограде составляла у мужчин 20,5 лет и у женщин – 26,3 года [25], то есть уменьшилась по сравнению с 1910–1911 гг. у мужчин на 10,5 и у женщин – на 12 лет.

НЭП И НАЧАЛО ИНДУСТРИАЛИЗАЦИИ (1923–1931 гг.)

Неудачи в политике военного коммунизма заставили большевистское руководство сменить внутривластический курс. X съезд РКП(б) в марте 1921 г. принял решение о переходе к новой экономической политике (НЭПу). НЭП создал необходимые условия для восстановления промышленности, железнодо-

рожного транспорта, сельского хозяйства. Положительное значение НЭПа заключалось в том, что советская власть отказалась от прямого изъятия продовольствия у крестьян, введя устойчивый натуральный налог и разрешив свободную торговлю зерном.

Первые активные действия по улучшению качества здоровья населения России начались в 1917 г., но они носили преимущественно экстраординарный характер и были направлены на борьбу с эпидемиями и оказанием помощи сражающимся войскам. Принципы нового социалистического здравоохранения были сформулированы первым наркомом здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко. Они включали ряд принципиальных положений:

- *государственность* здравоохранения как важнейшей социальной сферы;
- *плановость* осуществления широкомасштабных оздоровительных мер;
- *бесплатность* и *общедоступность* медицинской помощи и других услуг по профилактике болезней;
- *профилактическая направленность*, означавшая приоритетность общих оздоровительных мер по сравнению с частными задачами лечебной медицины;
- *привлечение и опора на активность широких масс трудящихся*;
- *опора также на науку*, которая была готова отдавать практике новые открытия и методы лечения и профилактики болезней.

С самого начала своего существования Наркомздрав провозгласил главным приоритетом своей деятельности профилактическую работу. 15 сентября 1922 г. вышел декрет Совета Народных Комиссаров «О санитарных органах Республики». Этот декрет обозначил задачи санитарно-эпидемиологической службы как государственного санитарно-контрольного органа. Декрет предусматривал дальнейшее развитие и укрепление санитарной организации: санитарная охрана воды, воздуха, почвы, пищевых продуктов, учреждений общественного питания, жилищ, мест общественного пользования. Декрет также определял меры по предупреждению инфекционных заболеваний и борьбы с ними, по охране здоровья детей и подростков, по санитарному просвещению и физической культуре, санитарной охране труда и санитарной статистике. Несмотря на различные перегибы, реализация предусмотренных декретом мероприятий, существенно повлияла на ликвидацию эпидемий. В стране началось расширение водопроводной сети, строительство водоочистных станций, очистка окружающей среды в городе и деревне. В широких масштабах стала проводиться дезинфекция, дезинсекция, дератизация. Для борьбы с малярией повсеместно обрабатывались водоемы – уничтожались личинки малярийных комаров в местах выплода.

Плановость позволила выстроить все государственные мероприятия в последовательный ряд и увеличить тем самым конечный эффект за счет полноты воздействия на причины и возбудителей болезней. С помощью диспансеризации удавалось быстро выявлять больных и бактерионосителей – распространителей инфекций, затем их изолировать, лечить и возвращать в популяцию полностью здоровыми.

В 1920 г. создан Тропический институт, в 1921 г. при Наркомздраве организована Центральная малярийная комиссия, а на местах – малярийные станции

и пункты. 12 мая 1924 г. СНК издал декрет «О мероприятиях по борьбе с малярией», который обязывал хозяйственные органы осуществлять по указанию Наркомздрава мероприятия по борьбе с малярией. Все эти мероприятия позволили ликвидировать малярию в СССР.

Важнейшими декретами этого периода были: «Об обязательном оспопрививании» (октябрь 1924 г. – дополнение к декрету 1919 г.), «О мерах по улучшению водоснабжения, канализации и ассенизации».

27 июня 1924 г. состоялся 5 Всероссийский съезд здравотделов, прошедший под лозунгом «От борьбы с эпидемиями к оздоровлению труда и быта» и уделивший много внимания вопросу синтеза лечебной и профилактической медицины, внедрению диспансерного метода обслуживания населения.

2 декабря 1925 г. СНК издал декрет «Об обеспечении сельских местностей медицинской помощью и об улучшении материально-бытового положения участкового медицинского персонала». Декретом предусматривалась 20 % надбавка к зарплате через каждые 3 года службы на селе, а также бесплатная квартира, отопление, освещение, транспорт.

Важную роль в охране материнства и младенчества сыграл организованный в 1922 г. Центральный научный институт охраны материнства и младенчества. По сравнению с 1913 г. в 1925 г. младенческая смертность снизилась в 2 раза.

Основной научной базой здравоохранения в тот период стал открытый в 1920 г. Государственный институт народного здравоохранения, в состав которого входили другие научные институты.

Среди причин смерти доминировали инфекционные болезни. Так, в 1926–1927 гг. в Ленинграде доля инфекционных болезней среди всех причин смерти у мужчин составляла 23,3 %, у женщин – 19,3 %, в то время как от рака умирали 11,3 % мужчин и 12,7 % женщин, от болезней системы кровообращения – 14,2 %.

Е.М. Андреев и его соавторы пишут [2], что к переписи 1926 г. население Российской Федерации обладало чрезвычайно высоким по европейским меркам уровнем рождаемости, весьма низкой продолжительностью жизни – на те же 10–20 лет ниже, чем на Западе, что и в конце XIX века. Тем не менее, общая тенденция роста продолжительности жизни выглядела достаточно обнадеживающе.

За короткий период НЭПа (1923–1927 гг.) смертность начала быстро снижаться, и ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 5 лет.

Последний отблеск НЭПа – в 1928 г. самая высокая вплоть до 1940 г. продолжительность жизни мужчин (35,9 лет) и достаточно высокая женщин (40,4). Дальнейшие события в политической и экономической жизни страны привели к сокращению продолжительности жизни и увеличению младенческой смертности (табл. 9–10).

В декабре 1927 г. на XV съезде ВКП(б) был принят Первый пятилетний план (1928–1932 гг.). Главная задача плана – индустриализация страны и коллективизация крестьянства. Выполнение планов Первой пятилетки означало свертывание НЭПа, удушение рыночной экономики, национализацию частных предприятий в городе и в деревне.

**Ожидаемая продолжительность жизни и младенческая смертность
в России в период с 1928 по 1932 гг.**

Годы	Ожидаемая продолжительность жизни, <i>лет</i>		Коэффициент младенческой смертности (на 1 000 родившихся <i>живыми</i>)
	Мужчины	Женщины	
1927	33,7	37,9	205
1928	35,9	40,4	219
1929	33,7	38,2	240
1930	34,6	38,7	227
1931	30,7	35,5	239
1932	30,5	35,7	233

Источник: Андреев Е.М., Дарский Л.Е., Харьковская Т.Л. Демографическая история России: 1927–1959. М.: Информатика, 1998. 187 с.

В конце 1929 – начале 1930 гг. принимается решение об ускорении вовлечения крестьян в колхозы и «об уничтожении кулачества как класса». Решение партии – закон для социалистического государства, которое начинает массовое уничтожение главного кормильца страны. В 1928 г. в РСФСР было объединено в колхозы 1,6 % крестьянских хозяйств, в 1929 г. – 3,8 %, в 1930 г. – до 21 %, а по основным зерновым районам России – до 50–60 %. Результатов «мудрых» решений ждать пришлось недолго – в России и на Украине начался ужасающий голод.

ГОЛОД, РЕПРЕССИИ, ПОДГОТОВКА К ВОЙНЕ (1932–1940 гг.)

Разразившийся летом 1932 г. на юге России и на Украине голод привел к массовой смертности, особенно детской. Младенческая смертность составила 295 на 1000 детей до 1 года. Средняя ожидаемая продолжительность жизни сократилась в 2 раза по сравнению с 1930 г. и была всего 15,2 года у мужчин и 19,5 – у женщин (*рис. 9–3*). Только за 1933 г. Россия потеряла 2,4 млн человек [2].

В этот период наблюдалось увеличение числа смертей от заболеваний легких, а также от рахита, колитов, энтеритов, диспепсии. Голод сопровождался резким подъемом инфекционной заболеваемости. В СССР *сыпным тифом* в 1933 г. заболело около 850 тыс. человек и в 1934 г. – около 430 тыс., в то время как в 1930 г. болело «всего» 38,6 тыс. человек. Заболеваемость в 1933 г. превышала 500 случаев на 100 тыс. населения [3, 5].

Наибольшая заболеваемость *брюшным тифом* и *паратифами* была зарегистрирована в 1931–1932 гг. – 165–180 на 100 тыс., число заболевших составило от 260 до 300 тыс. человек (в 1928 г. болело 120 тыс.). Число заболевших в 1933–1934 гг. несколько уменьшилось и соответствовало 200–210 тыс., а заболеваемость – 130–135 на 100 тыс. (*рис. 9–4*). В эти же годы отмечена эпидемия

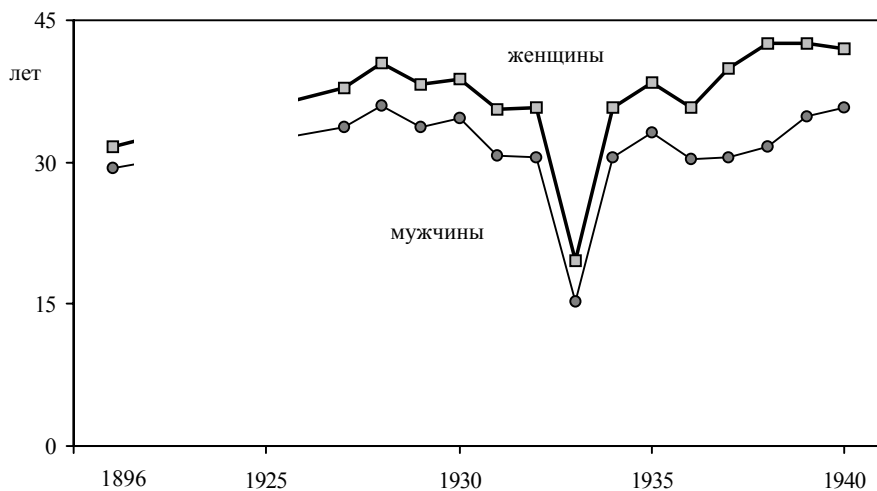


Рис 9—3. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин в РСФСР в период до 1940 г.

Источник: Андреев Е.М., Дарский Л.Е., Харьковская Т.Л. Демографическая история России: 1927–1959. М.: Информатика, 1998. 187 с.

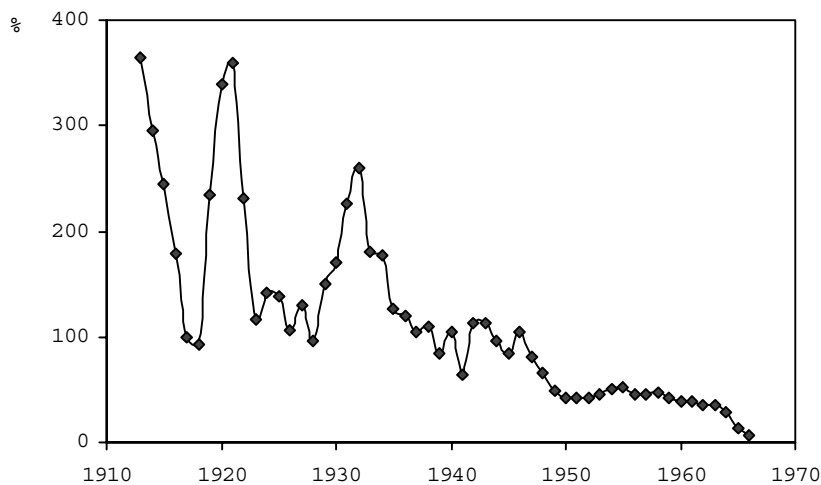


Рис. 9—4. Заболеваемость брюшным тифом и паратифами в 1913–1966 гг. (отношение числа случаев к 1917 г., принятому за 100%)

Источник: Бароян А.В. Итоги полувековой борьбы с инфекциями в СССР и некоторые актуальные вопросы современной эпидемиологии. М.: Медицина, 1968.

натуральной оспы, число заболевших увеличилось с 7 тыс. в 1929 г. до 60 тыс. в 1932 г. и около 40 тыс. в 1933 г. Заболеваемость на 100 тыс. составила в 1930 г. – 3 случая, в 1931 г. – 7, в 1932 г. – 17 и в 1933 г. – 3 случая [22]. В 1927–28 гг. заболеваемость *дифтерией* была равна 65 на 100 тыс., а в 1931–1933 гг. началась вспышка этой инфекции, и заболеваемость выросла до 120–125 в 1931–1932 гг. и 85 случаев на 100 тыс. в 1933 г.

Тем не менее, 1932–1933 гг. были последними годами обширных эпидемий. Энергичная деятельность санитарно-противоэпидемической службы, в которой еще сохранялось значительное число врачей-инфекционистов старой школы, давала свои положительные результаты.

Расширялась сеть медицинских учреждений и численность медицинских кадров. Число больничных учреждений выросло с 3,14 тыс. в 1913 г. до 8,48 тыс. в 1940 г. Численность среднего медперсонала в 1913 г. составляла 2,9 на 10 тыс. населения, в 1940 г. она увеличилась до 26,1. К 1940 г. почти в 3 раза по сравнению с 1913 г. вырос коечный фонд в больницах, более чем в 8 раз увеличилась численность врачей всех специальностей (табл. 9–11).

Несмотря на чудовищные перекосы в жизни страны, конец 1930-х годов можно считать начальным периодом завершения *первой эпидемиологической революции* в Российской Федерации. Суть этого процесса состоит в том, что заболевания, которые возникали в результате действия внешних факторов (инфекционные и паразитарные заболевания, голод и недоедание и пр.), поражающих человека в течение всей его жизни, особенно в детские годы, постепенно уступают место болезням, связанным с естественным старением организма человека.

В России в конце 30-х годов смертность от инфекционных заболеваний перестает преобладать. В стране было практически покончено с натуральной оспой, эпидемическим возвратным тифом, резко снизилась заболеваемость сыпным тифом. Начала снижаться заболеваемость брюшным тифом. Серьезной проблемой оставался туберкулез, кишечные инфекции, инфекционные заболевания детского возраста.

Важным представляется замечание В.И. Кричагина о том, что успехи здравоохранения на начальном этапе Советской власти были во многом теоретически предопределены [16]. Конец XIX и начало XX века составили эпоху великих открытий в биологии и медицине. Трудрами Л. Пастера, И. Мечникова, Ч. Сноу, П. Эрлиха, Р. Коха, Ф. Эрисмана, М. Петенкофера, Д. Заболотного и

Таблица 9–11

Рост числа больничных коек и числа врачей в России (на 10 тыс. населения)

	1913	1940	1950	1958	1965	1973	1980	1985	1990	1995	1998
Число больничных коек	14,8	43,3	55,7	73,4	77,0	118,5	129,6	135,0	137,5	126,1	117,8
Число врачей всех специальностей	1,8	7,9	14,6	18,6	23,9	32,6	37,4	43,2	45,0	44,5	46,7

многих других в общем виде была сформулирована стратегия широкого наступления на инфекционные и паразитарные заболевания, на обезвреживание опасных для людей микроорганизмов, контакт с которыми грозил человеку болезнью и часто смертью. Реализация научных достижений в массовой практике сдерживалась из-за отсталого частнопредпринимательского способа оказания медицинской помощи. Переход к государственному здравоохранению позволил с относительно небольшими затратами быстро реализовать накопленный наукой потенциал.

В то же время успешному и быстрому искоренению инфекционных и паразитарных болезней в Советском Союзе мешали многие факторы: экономические трудности, низкий уровень санитарной культуры населения, интенсивная миграция из деревень в города, скопление больших масс людей на стройках в сложнейших бытовых условиях. Вспомним В.В. Маяковского, который писал в 1929 г. о строительстве Кузнецкого металлургического комбината: «...сидят в грязи рабочие, сидят, лучину жгут... сидят впотьмах рабочие, подмокший хлеб жуют...».

Мощный удар по общественному здоровью был нанесен также карательной системой государства. Начиная с 1930-х годов, в СССР уже действовали ГУЛАГ и ссылка. Наш великий ученый, лауреат Нобелевской премии, академик И.П. Павлов в письме к наркому здравоохранения СССР Н.Г. Каминскому писал в 1934 г.: «Думаете ли Вы достаточно о том, что многолетний террор и безудержное своеволие власти превращает нашу и без того довольно азиатскую натуру в позорно-рабскую? ... А много ли можно сделать хорошего с рабами? – Пирамиды, да, но не общее истинное человеческое счастье. Останавливаете ли Вы Ваше внимание достаточно на том, что недоедание и повторяющееся голодание в массе населения с их непременными спутниками – повсеместными эпидемиями подрывают силы народа? В физическом здоровье нации, в этом первом и непременном условии, – прочный фундамент государства...».

За период с начала 1930 до начала 1941 гг. число лагерных заключенных возросло с 179 тыс. до 1,5 млн. Кроме того, в начале 1941 г. в СССР уже насчитывалось 438 819 тюремных заключенных. По данным на 1 октября 1941 г., в стране было 936 547 спецпоселенцев, так называемая «кулацкая ссылка» [13]. Таким образом, около 3 млн человек находились в нечеловеческих условиях сталинских лагерей, тюрем, спецпоселений, где заболеваемость и смертность были очень высоки, существенно превышая средние показатели по стране.

Д.А. Волкогонов писал: «...в эти трагические годы – с 1937 по 1939 гг., репрессиям подверглись порядка 3,5–4 млн человек. Из них получили смертные приговоры 600–650 тыс. человек Кроме того, и это мы знаем точно, очень многие сгинули в лагерях и тюрьмах, не будучи приговорены «судом» к смерти» [7]. При расчете по СССР, баланс данных переписей населения 1937 и 1939 гг. позволил оценить, что число неучтенных смертей среди репрессированных равно 1252 тыс. [2].

Болезни и гибель людей в тюрьмах и лагерях отражались на моральном здоровье всего населения страны, на семьях «врагов народа». Особенно страдали их дети. «Нельзя точно оценить демографические потери от массовых репрессий, развернувшихся во второй половине 30-х годов. Именно репрессии стали

главной причиной столь значительного разрыва в продолжительности жизни мужчин и женщин: в 1936 г. различие достигает 10,8 лет» [2].

Тем не менее, после окончания голода ожидаемая продолжительность жизни стала постепенно увеличиваться. Следующий «провал» в продолжительности жизни мужчин относится к 1936–1938 гг., то есть приходится на годы наиболее массовых репрессий. Накануне Отечественной войны продолжительность жизни мужчин была 35,7 лет и женщин – 41,9 лет. Россия в 1940 г. по продолжительности жизни отставала от развитых стран на 20–25 лет.

Люди умирали не только в лагерях и ссылке, но погибали и на различных фронтах. Конфликт с Японией, боевые действия в районе озера Хасан (1938 г.) и на Халхин-Голе (1939 г.) унесли 10,7 тыс. жизней солдат и командиров. За 103 дня Советско-финской войны (30.11.1939–13.03.1940) безвозвратные потери Красной Армии составили 126 875 человек [9].

ВОЙНА, ГОЛОД, ДЕПОРТАЦИЯ НАРОДОВ (1941–1947 гг.)

22 июня 1941 г. началась Отечественная война Советского Союза с фашистской Германией.

Всего по данным комиссии Генштаба в годы войны было убито, умерло от ран и болезней, погибло в результате несчастных случаев, не вернулось из плена 8 668,4 тыс. военнослужащих, еще около 500 тыс. погибли в пути, были призваны, но не доехали до своих частей. Таким образом, цифра потерь Вооруженных Сил становится равной 9 210 тыс. человек. Пропало без вести, попало в плен 4 559 тыс. человек. Очень велики были и санитарные потери (ранено, контужено, заболело, обморожено): всего из армии и флота в ходе войны по ранению или болезни было демобилизовано 3 800 тыс. человек, из них стали инвалидами 2 560 тыс. [8]. Всего население Советского Союза во время войны потеряло 26 600 тыс. человек.

В тыловых районах страны в результате ухудшения санитарного состояния в связи с большим притоком беженцев из зоны боевых действий, отмечался высокий рост заболеваний сыпным и брюшным тифами, дизентерией, малярией.

Репрессии не оставили в стороне и медицину. Был арестован и расстрелян крупный общественный деятель и организатор медицины, нарком здравоохранения СССР Г.Н. Каминский (1895–1938). По нелепому обвинению был репрессирован и погиб в застенках НКВД выдающийся ученый, основатель отечественной кардиологии Д.Д. Плетнев (1872–1941). Из воспоминаний узников ГУЛАГа узнаем мы о героическом труде в нечеловеческих условиях сталинских лагерей многочисленных репрессированных врачей. Советские журналисты и в 30-е, и в 50-е годы не жалели черной краски на крупные заголовки в газетах и журналах: «Врачи-отравители», «Убийцы в белых халатах», «К стенке убийц Горького» и т.д. Жертвами этих публикаций и сопроваждавших их репрессий были лучшие врачи страны.

В 1941–1945 гг. наибольшую угрозу представлял *сыпной тиф* из-за его массового распространения на оккупированных территориях. Если число заболевших в 1941 г. было незначительно выше, чем в 1940 г., то в 1942 г. увеличилось в 6 раз и составило около 400 тыс. Войска Западного фронта на освобожденных территориях Смоленской области обнаружили 9 615 больных сыпным тифом, войска Брянского фронта в Орловской и Тульской областях выявили среди населения 6 870 сыпнотифозных больных [33]. Наибольшее число заболевших – более 600 тыс. приходится на 1944 г. Заболеваемость была более 400 на 100 тыс. населения, а в 1945 г. – менее 300, в 1946 г. наблюдалось дальнейшее сокращение – в 3,5 раза. Однако в 1947 г. по сравнению с предыдущим годом заболеваемость сыпным тифом выросла на 50 %.

Больных *брюшным тифом и паратифами* в 1941 г. было относительно немного – 75 тыс. человек, в 1942–1943 гг. – 120–130 тыс. человек, в 1944 г. – 115 тыс. и в 1945 г. число заболевших было таким же, как в 1939 г., – 95 тыс. После освобождения оккупированных территорий крупные очаги брюшного тифа были зарегистрированы в Калининe, Калуге, Донбассе и Ростове [27]. Во многом это было связано с разрушением систем городских водопроводов и плохим качеством питьевой воды. Например, в 1944 г. отпуск воды населению Брянска составил 22 % довоенного, в Смоленске – 6,2 %, в Сталинграде – 7,3 % [34].

Перед войной практически исчез *возвратный тиф*, который вновь появился в военные годы. Пик заболеваемости приходится на 1945–1946 гг. – около 9 тыс. случаев в год. В годы войны отмечены случаи заболевания *холерой*, между тем как с 1927 г. холеры в стране не было.

Доля смертности мужчин в городах от *туберкулеза* в отдельные годы достигала огромной величины и приближалась к 20 % (1945 г. – 19,9 %, 1948 г. – 19,7 %). Надо учитывать, что большинство здоровых мужчин было на фронте, а в городах оставались инвалиды и больные, среди которых многие страдали туберкулезом. В годы войны среди работающих в промышленности уровень заболеваемости мужчин туберкулезом в 3 раза превосходил заболеваемость женщин [44].

Из детей, рожденных в 1941–1945 гг., до начала 1946 г. не дожило примерно 4,6 млн, что на 1,3 млн больше, чем умерло бы при уровне смертности 1940 г. Смертность от детских инфекций в освобожденных областях на 51 % превышала довоенный уровень [34].

По оценкам экспертов, на долю чистого повышения смертности в результате ухудшения условий жизни можно отнести 9–10 млн умерших в годы войны. Трагический пример – блокада Ленинграда: с 1 июля 1941 г. по 1 июля 1942 г. в городе захоронено 1 093 695 покойников, за этот период было вырыто 26,5 км братских могил.

Предвоенные годы и годы войны были отмечены депортацией ряда народов (калмыки, крымские татары, ингуши, чеченцы, турки-месхетинцы, карачаевцы, балкарцы) и национальных групп (немцы, финны, корейцы, греки). С 1940 по 1945 гг. было депортировано 2 725 тыс. человек [32]. Депортируемые и ссыльные болели и в большом числе гибли по дороге к новым местам жительства. В местах вселения помимо крайне неблагоприятных социально-бытовых условий, природная среда резко отличалась от привычной для вынужденных пере-

Динамика ожидаемой продолжительности жизни в СССР в 40-е годы (лет)

	1940	1946	1947
Мужчины	35,7	46,6	39,9
Женщины	41,9	55,3	49,8

селенцев обстановки, поэтому им приходилось адаптироваться к новой крайне сложной ситуации, результатом чего были новые многочисленные жертвы.

Во время войны в сталинских лагерях и тюрьмах погибло около одного миллиона мужчин и свыше 100 тыс. женщин. Ранения и контузии, болезни, тяготы и лишения подорвали здоровье миллионов людей, переживших войну, они умирали раньше своего срока уже в послевоенные годы. Война разбила или не позволила создать миллионы семей, воспрепятствовала рождению миллионов детей, многие миллионы оставила сиротами [19].

Согласно оценкам демографов, население России на 1 января 1941 г. составляло 111 млн человек. За годы войны с учетом рождаемости и продолжающейся миграции в Россию оно уменьшилось на 13,6 млн человек, или на 12,3 % численности на начало 1941 г. Более всего уменьшилась численность мужчин 1895–1926 гг. рождения. В результате этого диспропорция полов составила 1 339 женщин на 1 000 мужчин. Особенно велика была диспропорция в возрастах 20–49 лет: в 1946 г. на 1614 женщин приходилось 1 000 мужчин.

В то же время появление в эти годы сульфамидных препаратов и антибиотиков способствовало снижению младенческой смертности с 1940 по 1946 гг. в 1,75 раза [36].

Ожидаемая продолжительность жизни в 1946 г. была у мужчин выше на 10,9 лет, а у женщин – на 13,4 лет, чем в 1940 г., что стало в значительной мере следствием снижения младенческой смертности.

В 1946 г. страну постиг жестокий неурожай, который вылился в тяжелейший голод 1947 г., что, по оценкам демографов, унесло более 500 тыс. жизней. Продолжительность жизни мужчин и женщин в 1947 г. по сравнению с 1946 г. сократилась на 5–6 лет (табл. 9–12).

ПОСЛЕВОЕННЫЙ ПЕРИОД (1948–1954 гг.)

Послевоенный период характеризуется ускоренным восстановлением промышленности. В Российской Федерации за 1946–1950 гг. было восстановлено 3 700 предприятий. В V пятилетке (1951–1955 гг.) было введено в строй 1 900 крупных промышленных предприятий.

Наступает некоторое улучшение социально-экономической обстановки в стране, и за период с 1948 по 1954 гг. увеличивается ожидаемая продолжительность жизни (рис. 9–5): у мужчин почти на 9 лет, а у женщин – на 8 лет.

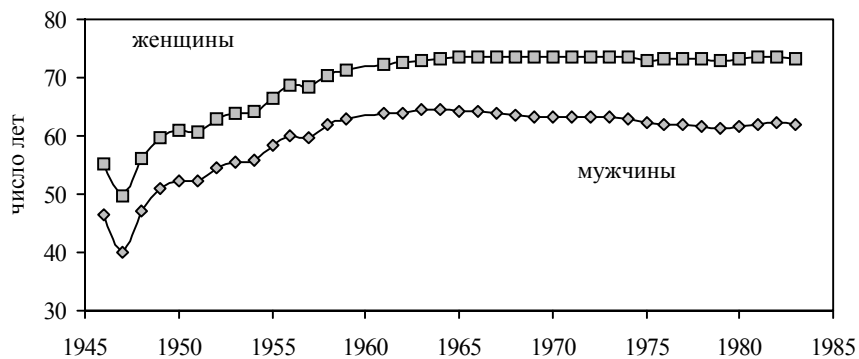


Рис. 9–5. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин в России 1946–1984 гг.

Россия постепенно превращалась в страну с преобладанием городских жителей. В 1950 г. городское население уже составляло 43 %. Санитарно-гигиеническая обстановка в городах была несравненно лучше, чем в сельской местности, более доступной была и медицинская помощь населению. Эти обстоятельства положительно повлияли на качество здоровья населения. Хотя одновременно появились и негативные факторы, характерные для городского образа жизни. Следует, кроме того, учесть, что многие фабричные поселки, отнесенные к категории городских (в условиях советского строя это давало многие преимущества в снабжении, финансировании развития инфраструктуры и т.д.), в сфере благоустройства и образа жизни ничем не отличались от сельских поселений, а иногда были и хуже.

В послевоенный период в Советском Союзе была практически завершена первая эпидемиологическая революция. Как и во всем мире, у нас в стране была полностью ликвидирована натуральная оспа, исчез возвратный тиф, до отдельных спорадических случаев сократилась заболеваемость сыпным тифом, почти исчезла холера. Малярия и туляремия в послевоенные годы практически исчезли, хотя до сегодняшнего дня встречаются в виде отдельных спорадических случаев. Значительно реже население стало заболевать брюшным тифом. Высокая заболеваемость туберкулезом постепенно стала снижаться благодаря использованию новых лекарственных средств.

И в то же время до самой смерти Сталина (март 1953 г.) в стране продолжались последние пароксизмы репрессий. По данным на 1 января 1953 г., в СССР насчитывалось 2 624 537 заключенных (1 731 693 – в лагерях, 740 554 – в колониях и 152 290 – в тюрьмах), 2 753 356 спецпоселенцев и 66 420 ссыльнопоселенцев, ссыльных и высланных. Общая численность всех этих категорий составляла 5 444 233 человека. Большая их часть находилась в РСФСР и частично в Казахской ССР [13]. В 1952–53 гг. в концентрационных лагерях России в крайне тяжелых условиях содержалось 1 582 431 заключенных. На 1 января 1953 г. в России на учете состояло 1 354 948 спецпоселенцев.

«ОТТЕПЕЛЬ» (1955–1964 гг.)

Вскоре после смерти Сталина в стране начались процессы, которые можно назвать «ограниченной демократизацией». Была проведена реабилитация политических заключенных. В июне 1956 г. Н.С. Хрущев выступил с разоблачением культа личности Сталина. В социально-психологическом плане было очень важно, что из общественного сознания стал исчезать постоянный страх, который доминировал с момента начала массовых репрессий. В народе этот период получил меткое название «оттепель».

В этот период в экономике были достигнуты определенные успехи. Очень важным моментом в жизни населения стало широкое жилищное строительство. С 1961 по 1965 гг. в Российской Федерации было построено 279,6 млн м² жилой площади. За этот период получили новое жилье около 32 млн человек, и еще несколько миллионов улучшили свои жилищные условия за счет отселения новоселов. Из коммунальных квартир начали отселять больных туберкулезом.

В послевоенный период в России были достигнуты заметные результаты в лечении и предупреждении ряда инфекционных заболеваний. С 1950 по 1991 гг. заболеваемость всеми формами активного туберкулеза снизилась в 8,5 раза – с 290 до 34 случаев на 100 тыс. населения [9, 11, 12]. Хорошие результаты в предупреждении тяжелых инфекционных заболеваний у детей дала массовая иммунопрофилактика. Так, в СССР с 1954 г. началось эпидемическое распространение полиомиелита. К началу 1960-х годов благодаря вакцинации эпидемические вспышки этого тяжелого заболевания удалось ликвидировать. Проведение массовой иммунопрофилактики дифтерии позволило с 1955 по 1976 гг. снизить заболеваемость в 987 раз.

Во времена Хрущева было положено начало перелому в развитии сельского хозяйства: повышены закупочные цены, резко уменьшено бремя налогов, освоены новые технологии в земледелии и животноводстве. Неоднозначное решение об освоении целинных земель на некоторое время позволило получить дополнительные ресурсы зерна.

За 9 лет (с 1955 по 1964 гг.) ожидаемая продолжительность жизни мужчин в России выросла на 6,3 года, женщин – на 6,7 года (*табл. 9–12*).

Необходимо подчеркнуть, что достигнутая к 1964 г. продолжительность жизни мужчин (64,4 года) была самой высокой за период с 1897 по 1987 гг. К сожалению, позже, в условиях мира и отсутствия каких-либо серьезных катаклизмов, продолжительность жизни несколько снизилась и оставалась на этом уровне более 20 лет, а после незначительного подъема, начиная с 1992 г., стала резко снижаться. Одновременно с этим в развитых странах ожидаемая продолжительность жизни постоянно росла (*табл. 9–12*).

ПЕРИОД ЗАСТОЯ – ОТ БРЕЖНЕВА ДО ЧЕРНЕНКО (1965–1985 гг.)

Характеризуя двадцатилетний период с 1965 до 1985 гг., который получил впоследствии название «эпоха застоя», академик А.Д. Сахаров писал: «Эффек-

тивность вложений в народное хозяйство катастрофически падает. В строительстве преобладает «долгострой». Общий итог всего этого мы находим в недавнем заявлении М.С. Горбачева – уже 4 пятилетки нет абсолютного прироста национального дохода, а в 1980-е годы наблюдалось даже его снижение. Сельское хозяйство страны находится в состоянии перманентного кризиса, в результате – низкое качество питания населения, скудость ассортимента продовольственных магазинов, необходимость закупок зерна и других продуктов сельского хозяйства за границей» [35]. «Застой становился губительным не только из-за социально-экономических деформаций, – констатировал А.Н. Яковлев, – но и вследствие нарастающего паралича интеллектуальной, духовной жизни» [45].

Эпоха застоя совпала со снижением средней продолжительности жизни не только в Российской Федерации, но и в других республиках СССР. После 1964 г. начинает увеличиваться смертность населения. При этом происходит изменение ее структуры (табл. 9–13). Стандартизованный коэффициент смертности мужчин от всех причин за двадцатилетний период (1965–1984 гг.) увеличился на 27,6 % с 1 473,2 до 1 879,6 на 100 тыс. населения (рис. 9–6). При этом произошло двухкратное снижение смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний с 69,7 до 31,8 на 100 тыс.

Таблица 9–12.

Продолжительность жизни мужчин и женщин в России и некоторых странах мира

Страна	Пол	1925	1935	1945	1955	1965	1975	1995	1998
Россия	Мужчины	40 ¹	33	47 ²	58	64	62	58	61
	Женщины	46	38	55	67	73	73	72	73
Великобритания	Мужчины	56	60	66	68	68	69	74	74
	Женщины	60	64	71	73	74	75	79	80
Дания	Мужчины	60	62	66	70	70	71	73	73
	Женщины	62	64	68	73	75	76	78	78
Нидерланды	Мужчины	62	66	69	71	71	71	74	75
	Женщины	64	67	72	74	76	77	80	80
Германия с 1945 – ФРГ	Мужчины	56	60	58	65	68	–	73	73
	Женщины	59	63	63	68	73	–	79	80
Норвегия	Мужчины	61	64	68	71	71	–	74	76
	Женщины	64	68	72	75	77	–	80	81
Швеция	Мужчины	61	63	67	70	72	72	76	77
	Женщины	63	65	70	73	76	77	81	82
Франция	Мужчины	52	56	62	65	68	69	74	74
	Женщины	56	62	67	71	75	76	82	82
США	Мужчины	56	61	64	67	67	67	72	74
	Женщины	59	65	70	73	74	75	79	79
Япония	Мужчины	42	47	24	64	68	70	76	77
	Женщины	43	50	38	68	73	76	83	84

1 – 1927 г., 2 – 1946 г.

Структура населения России
(доля людей разных возрастных групп во всем населении, в %)

Возраст, лет	1897	1926	1939	1959	1970	1979	1989	1997	1999
Мужчины									
0–15	40,59	41,81	41,18	34,03	31,95	25,68	26,61	23,88	22,59
16–59	52,39	52,01	53,54	59,78	60,38	65,77	63,22	63,80	64,13
60 и более	6,97	6,12	5,25	6,18	7,62	8,52	10,11	12,31	13,28
Женщины									
0–15	39,11	37,92	40,23	26,50	25,77	21,21	22,61	20,24	19,09
16–54	50,27	51,24	56,55	57,24	52,32	55,77	51,47	51,58	53,46
55 и более	10,58	10,79	12,77	16,26	21,87	22,98	25,86	28,18	27,45

Источник: Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1999. 386 с.

Картина смертности от инфекционных заболеваний за последние 30 лет в определенной степени характеризует социально-экономическую ситуацию и состояние здравоохранения в России. После Отечественной войны шло постоянное снижение смертности от инфекционных болезней, при этом основная роль принадлежала уменьшению числа смертей от туберкулеза. Этому в значительной мере способствовало появление сульфаниламидных препаратов и антибиотиков. Снижение смертности от инфекционных болезней продолжалось до 1991 г., после чего начался подъем смертности. Особенно заметно этот процесс проявился у мужчин (рис. 9–7).

На фоне снижения смертности от инфекционных болезней, почти на 50 % выросла смертность от болезней системы кровообращения (рис. 9–8).

В 1987 г. на Всесоюзном съезде врачей министр здравоохранения Е.И. Чазов признал, что «в конце 50-х – начале 60-х годов все яснее стали обозначаться изменения в структуре заболеваемости населения страны. Среди причин утраты трудоспособности и смерти ведущее место заняли различные формы неинфекционной патологии: сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, заболевания легких, диабет и т.д. ...Новая обстановка требовала новых научно-методических подходов, требовала перестройки здравоохранения еще в 50–60-е годы. Однако был упущен момент, когда от количественных показателей развития здравоохранения надо было осуществить качественный скачок на основе дополнительного финансирования, иного подхода к использованию ресурсов, поиску новых форм и методов работы всех звеньев здравоохранения с включением материальных стимулов, наконец, с новым подходом к подготовке кадров» [20].

Нет ничего странного в том, что плановость, возникшая при решении задач ликвидации массовых излечимых болезней, для новой ситуации оказалась малоприменимой. Она выродилась в некие перечни всеохватывающих нормативов, вынуждающих систему работать по жесткому алгоритму, повторяющемуся ежегодно. Это означает глубокий паралич управления отраслью.

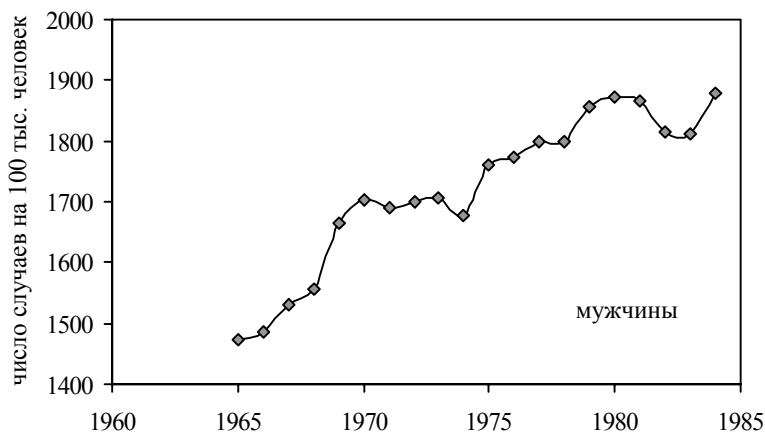


Рис. 9–6. Стандартизованный коэффициент смертности мужчин в РСФСР от всех причин (число умерших на 100 тыс. населения)

Источник: Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1999. 386 с.

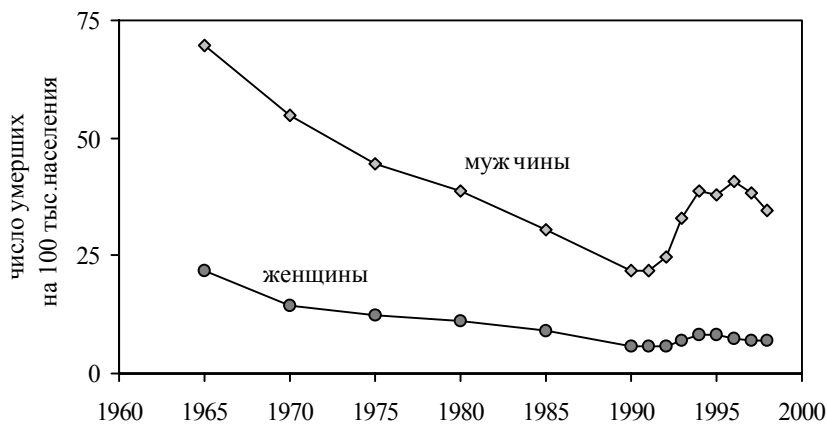


Рис. 9–7. Стандартизованный коэффициент смертности от инфекционных болезней (число умерших на 100 тыс. населения)

Источник: Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1999. 386 с.

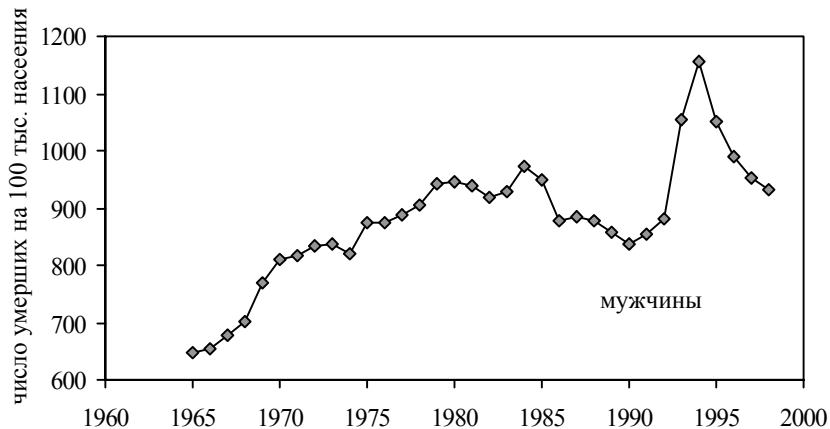


Рис. 9–8. Стандартизованный коэффициент смертности мужчин в России от болезней системы кровообращения (число умерших на 100 тыс. населения)

Источник: Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1999. 386 с.

Принцип тотальной бесплатности также пригоден лишь для чрезвычайных периодов, в другие периоды он должен уступать место более демократичным методам социального гарантирования медицинской помощи. Бесплатность сама по себе антидемократична. Она заставляет пользователя потреблять то, что «дают», лишает его свободы выбора. Бесплатность плюс плановость – суть рационирование, «медразверстка», если хотите – карточная система, далеко не всегда справедливая [16].

Снижение уровня здоровья и повышенную смертность связывают также с пьянством и алкоголизмом. Как известно, алкоголь снимает стрессы, позволяет отключиться от постылой действительности. Наглядное подтверждение этому феномену можно было наблюдать в годы «перестройки».

ПЕРЕСТРОЙКА (1985–1991 гг.)

События всех предшествовавших лет, начиная с 1917 г., показали бесперспективность социально-экономического пути, по которому двигался Советский Союз. Пришедший к власти в 1985 г. М.С. Горбачев с небольшим количеством сторонников начал искать выход из кризисной ситуации. Началась эпоха «перестройки». Задачи новой политики в области экономики формулировались ее теоретиками и адептами следующим образом:

- переход от экстенсивных методов развития экономики к интенсивным;

- ускорение социально-экономического прогресса на самой передовой научно-технической базе;
- сочетание плана и рынка, планового руководства с механизмами саморегуляции экономической жизни, основанными на действии закона стоимости;
- возврат к ленинскому кооперативному плану;
- расширение индивидуальной трудовой деятельности и признание ее общественной значимости [4].

Одной из инициатив М.С. Горбачева была антиалкогольная кампания, развернутая в 1986–1988 гг. С ней связано некоторое увеличение продолжительности жизни населения (рис. 9–9). Так, ожидаемая продолжительность жизни мужчин в 1986–87 гг. составила 64,91 года, а женщин – 74,55 года. В этот же период наблюдалось значительное снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в особенности среди мужского населения (рис. 9–8).

Наиболее яркое проявление антиалкогольной кампании – снижение смертности от несчастных случаев, отравлений и травм. В 1986 г. ожидаемая продолжительность жизни мужчин увеличилась по сравнению с 1985 г. более чем на 2 года, при этом 1 год был выигран в результате снижения смертности от травм, отравлений и несчастных случаев (в том числе, из-за снижения числа убийств и самоубийств). Проведенный Е.М. Андреевым анализ насильственной смертности четко показал [1], что ее снижение началось сразу после принятия известных антиалкогольных постановлений и продолжалось по мере развития этой

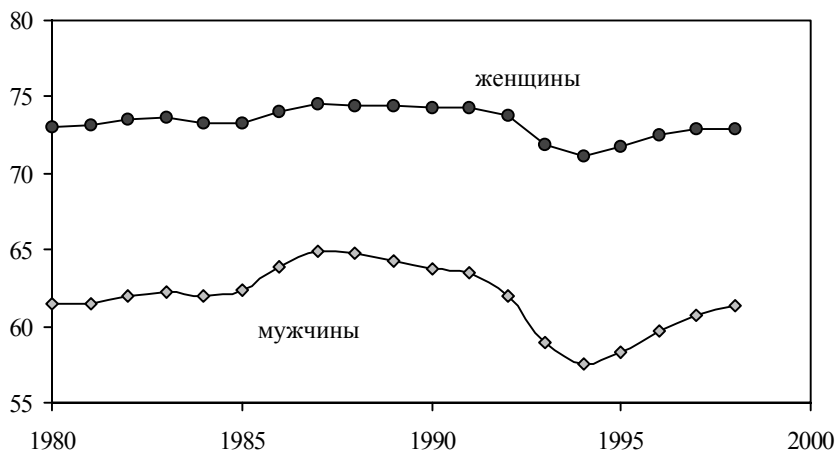


Рис. 9–9. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин в России в 1980–1998 гг. (лет)

Источник: Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1999. 386 с.

компаний. Однако эффект борьбы с «зеленым змием» был непродолжительным. Начиная с 1988 г. снижение продолжительности жизни возобновилось.

Важным элементом, влияющим на качество общественного здоровья, служит возраст населения. Согласно данным последней переписи 1989 г., население России по сравнению с 1946 г. заметно постарело. Средний возраст мужчин в 1946 г. составлял 27,7 лет, а в 1989 г. – 31,9; женщин, соответственно, 29,9 и 37,2. Таким образом, средний возраст мужчин увеличился на 4,2, а женщин – на 7,3 лет.

Увеличение в структуре населения доли пожилых и старых людей отразилось на характере заболеваемости: стало больше больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, злокачественными новообразованиями, выросла общая смертность.

ОПЫТ ПЕРЕХОДА ЭКОНОМИКИ РОССИИ К РЫНОЧНЫМ ОТНОШЕНИЯМ (1992–1998 гг.)

В конце 1991 г. распался Советский Союз, в 1992 г. Россия стала самостоятельным государством, произошла смена политического строя и изменились сами принципы социально-экономического устройства страны. Начался хаотичный переход к рыночным отношениям. Подавляющее большинство жителей бывшей «страны победившего социализма» не было готово к наступившим переменам.

Изменение состояния здоровья населения России за это время описано мною в двух предыдущих выпусках ежегодника [29, 30]. Поэтому здесь изложена лишь часть данных.

Изменение качества здоровья во многом зависит от *возрастной структуры населения*, которая, в свою очередь определяется болезнями и смертностью. В России за 100 лет произошли огромные сдвиги в возрастной структуре населения (рис. 9–10). В 1997 г. по сравнению с 1897 г. в 2,9 раза сократилась доля мальчиков и в 3,3 раза доля девочек в возрасте 0–4 года; на 32 % уменьшилась доля мальчиков и юношей и на 51 % девочек и девушек в возрасте 5–19 лет. В возрасте 20–59 лет доля мужчин выросла на 31,9 %, а женщин – на 17 %. В группе 60 лет и старше удельный вес мужчин увеличился на 76,5 %, а женщин – почти в 1,8 раза.

Трехлетний промежуток с 1992 по 1994 гг. был особенно тяжелым, и на него пришлось самое существенное ухудшение общественного здоровья в России. Наиболее уязвимые в экономическом и психологическом отношении группы населения не выдерживали возникших проблем, что приводило к тяжелым сердечно-сосудистым заболеваниям, росту алкоголизма и пьянства, самоубийствам. Крах банков и финансовых пирамид сопровождался инфарктами, инсультами, суицидами, криминальными разборками со смертельными исходами и т.д. (рис. 9–11) [31]. Продолжительность жизни всего населения снизилась по сравнению с 1986 г.: в 1992 г. – на 2,2 года, а в 1994 г. на – 6,1 года.

После 1987 г., особенно в 1993–1994 гг., снижение ожидаемой продолжительности жизни было обусловлено в основном быстрым ростом смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (в 1990 г. – 915,5 тыс. случаев, в 1994 г. – 1 230,4 тыс. случаев); травм и отравлений (198,3 тыс. случаев в 1990 г. и 368,4 тыс. случаев в 1994 г.), в том числе самоубийств (их число выросло с 39,1 тыс.

случаев в 1990 г. до 61,9 тыс. случаев в 1994 г.) и случайных отравлений алко-голем (в 1990 г. – 16,1 тыс. случаев, в 1994 г. – 55,5 тыс. случаев) [10].

Минимум смертности от сердечно-сосудистых заболеваний отмечен в 1988 г., после чего последовал резкий рост этого показателя. Но если за период с 1986 по 1992 гг. величина стандартизованного показателя смертности от сердеч-но-сосудистой патологии всего населения колебалась с 657,4 до 675,3 на 100 тыс. человек, то в 1994 г. она достигла 844,3 на 100 тыс. населения.

Первичная обращаемость по поводу алкоголизма и алкогольных психозов в стране сокращалась до 1992 г., когда она достигла минимального значения – 103 случая на 100 тыс. человек. Затем последовал новый подъем регистрации больных алкоголизмом с пиком в 1994 г. – 161,1 случай на 100 тыс. человек. На протяжении 1992–1994 гг. происходила социальная адаптация населения к по-литико-экономическим изменениям в стране. И, конечно, такой мощный адап-тоген, как алкоголь играл в этом процессе весьма заметную роль.

Один из важных показателей общественного здоровья – психический ста-тус населения. Свыше 70 % населения России живет в состоянии затяжного психо-эмоционального и социального стресса, вызывающего рост депрессий, реактивных психозов, тяжелых неврозов и психосоматических расстройств, це-лого ряда внутренних заболеваний, психических срывов, алкоголизма и нарко-

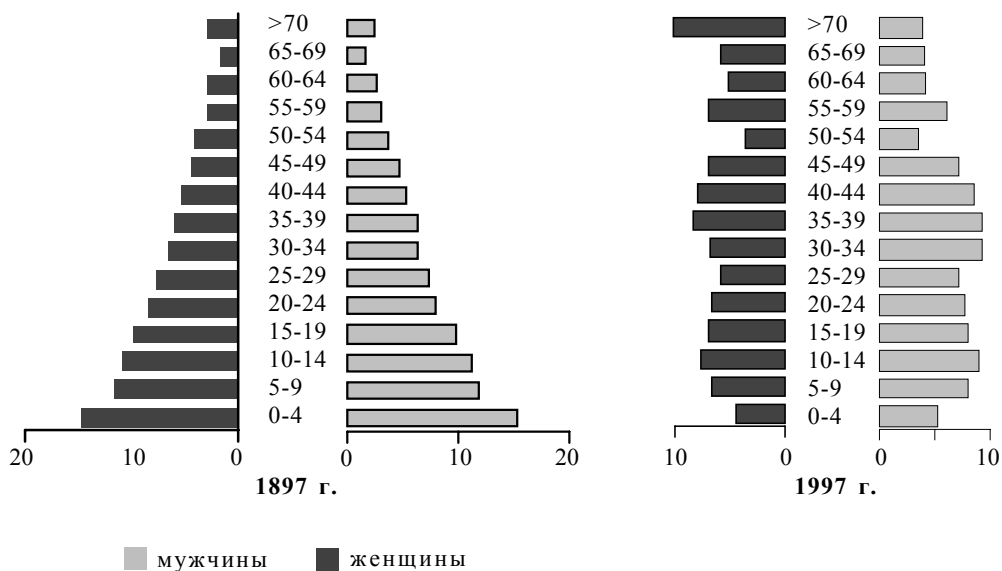


Рис. 9–10. Возрастная структура населения России в 1897 и 1997 гг. (удельный вес каждой возрастной группы во всем населении, %)

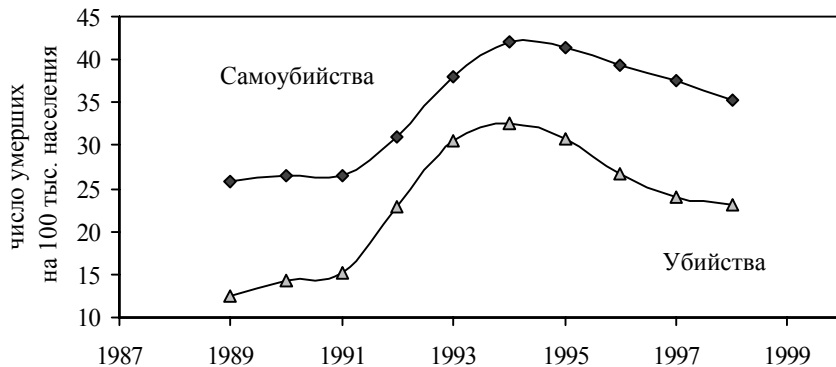


Рис. 9–11. Динамика общего коэффициента смертности от самоубийств и убийств (число умерших на 100 тыс. населения)

Источник: Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1999. 386 с.

мании, антисоциальных вспышек у индивидуумов, повышает опасность неадекватных массовых разрушительных реакций у населения.

С 1990 по 1995 гг. быстрыми темпами нарастала смертность от психических расстройств (рис. 9–12). Максимальные показатели смертности были в 1994 и 1995 гг. В 1994 г. смертность по сравнению с 1990 г. выросла в 3,8 раза, а в 1995 г. — в 4,1 раза. После этого смертность от психических расстройств стала снижаться.

Среди тревожных показателей, характеризующих популяционное здоровье и являющихся индикаторами общего социально-бытового и санитарно-эпидемиологического неблагополучия в стране, — рост, начиная с 1992 г., числа болезней, возникновение которых связано с глубинными социальными процессами, плохим состоянием бытовой и санитарной инфраструктуры, низким качеством медицинского обслуживания. Издавна к числу таких заболеваний относили сифилис и туберкулез.

После длительного постепенного снижения заболеваемости туберкулезом в России началось резкое ухудшение эпидемиологической ситуации. За период с 1991 по 1998 гг. заболеваемость всеми формами активного туберкулеза выросла в 2,2 раза и составила в 1998 г. 76 случаев на 100 тыс. населения. Заболеваемость туберкулезом легких за этот период увеличилась в 2,35 раза. Также выросла и заболеваемость детей туберкулезом.

Сложная социально-экономическая ситуация 90-х годов совпала с развернувшейся сексуальной революцией, что привело, начиная с 1990 г., к стремительному росту сифилиса и других инфекций, передаваемых половым путем. В 1997 г. заболеваемость сифилисом составила 277,6 на 100 тыс. (заболело почти 406 тыс. человек), что в 64,5 раза превышало заболеваемость в 1989 г. В 1998 г. впервые за 10 лет произошло снижение заболеваемости на 1,2 % по сравнению

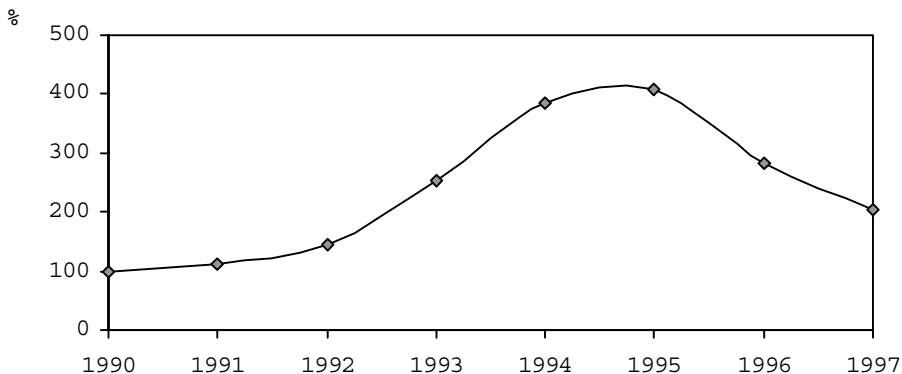


Рис. 9–12. Динамика смертности от психических расстройств (общий коэффициент смертности в 1990 г. принят за 100 %)

с предыдущим годом. Пока сложно сказать о причинах подобного снижения: являются ли они результатом соответствующих усилий медицинских работников или же случаи болезни не отражаются в статистических отчетах из-за самолечения и деятельности частнопрактикующих врачей.

Еще одна особенность этого периода – всплеск заболеваемости дифтерией детского и взрослого населения, что было связано с отказом значительной части населения от вакцинации детей. Вакцинофобия объясняется тем, что родители опасались аллергических реакций у детей на вакцинацию. Энергичные противоэпидемические мероприятия позволили достаточно быстро подавить эпидемию.

Начальная стадия социальной адаптации населения к новым условиям (1995–1998 гг.) отмечена неустойчивым, очень слабым улучшением некоторых показателей общественного здоровья. Так, по сравнению с 1994 г. продолжительность жизни всего населения в 1998 г. увеличилась на 3,2 года, у мужчин – на 4,2 года, а у женщин – на 1,6 года. Снижение смертности в 1995 г. по сравнению с предыдущим годом было обусловлено уменьшением смертности от болезней системы кровообращения на 66,9 тыс. случаев, в том числе от инфаркта миокарда на 2,4 тыс. случаев. На 19,9 тыс. случаев уменьшилась смертность от травм и отравлений (в том числе от отравлений алкоголем – на 13 тыс. случаев, транспортного травматизма – на 3,4 тыс., убийств – на 2,6 тыс., самоубийств – на 0,9 тыс.). Произошло также некоторое снижение смертности от болезней органов дыхания.

Согласно данным официальной статистики, в стране идет постепенное снижение смертности детей в возрасте до 1 года (рис. 9–13). В 1985 г. из 10 тыс. новорожденных в течение первого года жизни умирало 207 человек, к 1990 г. этот показатель снизился до 174 человек. После чего произошел некоторый подъем младенческой смертности, а с 1994 г. смертность снижается. В 1998 г. она составляла 165 случаев на 10 тыс. новорожденных.

Новое снижение качества здоровья. Зависимость общественного здоровья от экономических катаклизмов вновь выявилась в 1999 г. Возможно экономический кризис августа 1988 г. стал причиной того, что наметившаяся и сохранявшаяся в течение 4-х лет тенденция снижения смертности прервалась. По предварительным данным за 1999 г. общая смертность в России увеличилась примерно на 7 %. В 1,7 раза выросла смертность от гипертонической болезни, стало больше случаев отравления алкоголем, самоубийств, убийств, транспортного травматизма и пр. Практически без изменений осталась младенческая смертность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты сравнения качества общественного здоровья в России в двух противоположных точках столетней истории страны – 1897 и 1998 гг. – казалось бы, могут внушить определенный оптимизм. Несмотря на все невзгоды, которые пережила Россия в XX веке, она достигла определенных успехов в деле формирования общественного здоровья. Главное достижение на этом пути состоит в том, что в первой половине XX века в России произошла первая эпидемиологическая революция. Серьезные пертурбации качества здоровья населения в конце XIX вплоть до середины XX века происходили в России до завершения эпидемиологической революции, поэтому они сопровождались высокой заболеваемостью острозаразными болезнями (брюшным, сыпным, возвратным тифами, натуральной оспой, холерой, дизентерией). На фоне голода, разрушенной социально-бытовой и санитарной инфраструктуры, отсутствия

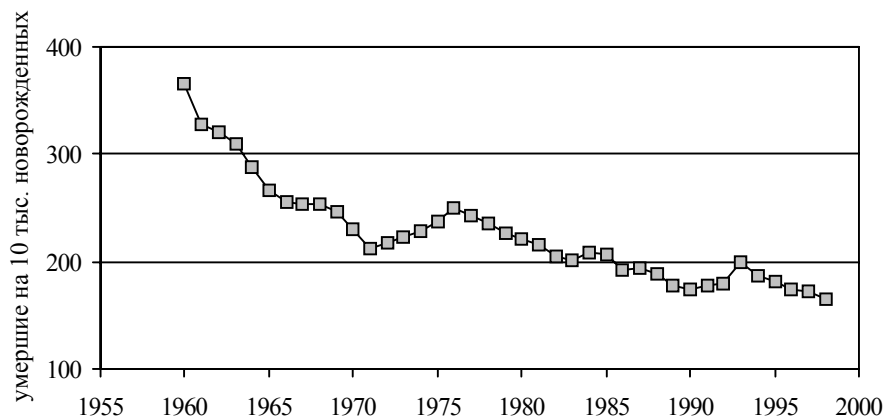


Рис. 9–13. Младенческая смертность
(умершие в возрасте до 1 года на 10 тыс. родившихся живыми)

Источник: Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1999. 386 с.

лекарств наблюдалась очень высокая общая и младенческая смертность. Особенность этих пертурбаций заключалась еще и в том, что большинство населения в стране было сельскими жителями и, следовательно, оказание им квалифицированной медицинской помощи было очень затруднено. Тем не менее, с эпидемиями в России было покончено. Согласно первой переписи населения России (1897 г.) и последней переписи (1989 г.) ожидаемая продолжительность жизни увеличилась более, чем в 2 раза и достигла 68 лет.

Однако, знакомство с качеством здоровья в экономически развитых странах показывает, что при нормальном социальном и экономическом развитии в течении последних ста лет можно было бы достичь гораздо большего. В странах Запада, например, продолжительность жизни приближается к 80 годам, да и структура причин смертности совсем иная.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев Е.М. Новая демографическая катастрофа в России? // Химия и жизнь. 1994. № 10. С.29–34.
2. Андреев Е.М., Дарский Л.Е., Харькова Т.Л. Демографическая история России: 1927–1959. М.: Информатика, 1998. 187 с.
3. Бароян А.В. Итоги полувековой борьбы с инфекциями в СССР и некоторые актуальные вопросы современной эпидемиологии. М.: Медицина, 1968.
4. Бовин А. Перестройка: правда о социализме и судьба социализма // Иного не дано. М.: Прогресс, 1988. С.519–550.
5. Бургасов П.Н. Состояние и перспективы дальнейшего снижения инфекционной заболеваемости в СССР. М.: Медицина, 1987. 111 с.
6. Виноградов Н.А. Здравоохранение в годы иностранной военной интервенции и гражданской войны (1918–1920 гг.). М.: Медгиз, 1954.
7. Волгогонов Д.А. Триумф и трагедия // Октябрь. 1988. № 12. С.129.
8. Гриф секретности снят: Потери вооруженных сил СССР в войнах, боевых действиях и военных конфликтах. М.: Воениздат, 1993.
9. Двойрин М.С. Туберкулез в эру антибиотиков. Киев: Здоровье, 1966.
10. Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1998. 580 с.
11. Здравоохранение в Российской Федерации: Статистический сборник. М.: Госкомстат РФ, 1996. 121 с.
12. Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. М.: Изд. ЦСУ СССР, 1973
13. Земсков В. Демография заключенных, спецпоселенцев и ссыльных. 1930 – 1950-е // Население России в XX веке. М.: ИНП РАН, 1998.
14. Инфекционные болезни человека: статистический справочник / Ред. П.Н. Бургасов. М.: Медицина, 1968.
15. Итоги десятилетия советской власти в цифрах 1917–1927 гг. М.: ЦСУ СССР, 1927.
16. Кричагин В.И. Народное здравие: время решений // В человеческом измерении. М.: Прогресс, 1989. С. 247–267.
17. Лотова Е.Н., Идельчик Х.И. Борьба с инфекционными болезнями в СССР 1917–1967 гг. Очерки истории. М.: Медицина, 1967.
18. Максудов С. Потери населения СССР. Benson. Vermont: Chalidze Publications, 1989.
19. Максудов С. Потери населения СССР в годы Второй мировой войны. // Население и общество. 1995. № 5.

20. Медицинская газета. 1988. 10 октября. № 84.
21. Мейер М. Другой интернационализм. 1921–1991: 70-летие начала великого голода // Век XX и мир. 1991. №2.
22. Морозов М.А. Основные итоги исследований в СССР оспы и других вирионов (обзор) // Журн. микробиол., эпидемиол., иммунобиол. 1958. № 7.
23. Новосельский С.А. Обзор главнейших данных по демографии и санитарной статистике. 1916.
24. Новосельский С.А. Смертность и продолжительность жизни в России. Петроград: Тип. МВД, 1916.
25. Новосельский С.А., Паевский В.В. Таблицы смертности населения Ленинграда за 1910–1911, 1920 и 1923 гг. // Материалы по статистике Ленинграда и Ленинградской губернии. Л., 1925. В. 6.
26. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. // Терапия. Туберкулез легких. Т. 25. М.: Медгиз, 1951.
27. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. // Эпидемиология и гигиена. Т. 31. М.: Медгиз, 1955.
28. Очерки истории здравоохранения в СССР. М.: Медицина, 1957.
29. Прохоров Б.Б. Состояние здоровья населения России // Россия в окружающем мире: 1998. Отв. ред. Н.Н. Марфенин / Под общей редакцией: Н.Н. Мусеева, С.А. Степанова. М.: Изд-во МНЭПУ, 1998. С.82–100.
30. Прохоров Б.Б. Здоровье населения России по регионам // Россия в окружающем мире: 1999. Отв. ред. Н.Н. Марфенин / Под общей редакцией: Н.Н. Мусеева, С.А. Степанова. М.: Изд-во МНЭПУ, 1999. С.58–87.
31. Прохоров Б.Б., Горшкова И.В. Кризисы общественного здоровья в России и СССР // Население России в XX веке. М.: ИИП РАН, 1998.
32. Полян П. Насильственные миграции и география населения России // Население России в XX веке. М.: ИИП РАН, 1998.
33. Рогозин И.И. Развитие военной эпидемиологии за 50 лет Советской власти. Л., 1967.
34. Санитарные последствия войны. М., 1947.
35. Сахаров А.Д. Неизбежность перестройки // Иного не дано. М.: Прогресс, 1988. С.122–134.
36. Сифман Р.И. К вопросу о причинах снижения детской смертности в годы Великой Отечественной войны // Продолжительность жизни: анализ и моделирование. М.: Статистика, 1979. С.50–60.
37. Соколов Д.А., Гребенищев В.И. Смертность в России и борьба с ней. СПб., 1901. С.30.
38. Сысин А.Н. Санитарные мероприятия Всероссийского Союза городов (с начала войны до 1 марта 1916 г.) // Известия ВСГ. 1916. № 29–30.
39. Тарасевич Л.А. Эпидемии последних лет в России // Общественный врач. 1922. № 1.
40. Урланис Б.Ц. Рождаемость и продолжительность жизни в СССР. М.: Госстатиздат, 1963. 136 с.
41. Урланис Б.Ц. Эволюция продолжительности жизни. М.: Статистика, 1978. 309 с.
42. Уэллс Г. Россия во мгле. М., 1959.
43. Хлопин Г., Эрисман Ф. Современное санитарное состояние России // Россия: энциклопедический словарь. СПб: Издатели Ф.А. Брокгауз и И.А. Ефронь, 1898. С. 224–227.
44. Чехлатый Ф.Х. Сдвиги заболеваемости рабочих с утратой трудоспособности в годы Великой Отечественной войны и мероприятия по снижению заболеваемости. Санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации. М.: Медгиз, 1947.
45. Яковлев А.Н. Муки прочтения бытия. Перестройка: надежды и реальность. М.: Новости, 1991. 368 с.