

DOI 10.17150/978-5-7253-3040-3.11  
УДК 614.4(571.53)(091)  
ББК 51.9(253.5)г

*А.В. ШАЛАК*

## **ЭКСТРАПОЛЯЦИЯ ОПЫТА НЕЙТРАЛИЗАЦИИ ЭПИДЕМИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В 1940-Е ГГ. НА КОРОНАВИРУС В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ (НА ПРИМЕРЕ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ)**

Целью данной статьи является осмысление исторического опыта советского государства по нейтрализации эпидемических заболеваний в годы Великой отечественной войны и в послевоенный период. Экстраполяция этого опыта на современную ситуацию, связанную с эпидемией коронавируса, позволяет уяснить комплекс требуемых мер по успешному противодействию подобных заболеваний. В 1940-е гг., несмотря на критичную ситуацию в социальной сфере, удалось не только не допустить массовых эпидемий на территории Иркутской области, но и снизить смертность в сравнении с довоенным периодом. Эффективный государственный менеджмент явился основным фактором успешного решения проблем в данной области.

**Ключевые слова:** Иркутская область, эпидемическая обстановка, инфекционные заболевания, коронавирусная инфекция.

*A. V. SHALAK*

## **THE EXTRAPOLATION OF EXPERIENCE NEUTRALIZATION EPIDEMIC DISEASES IN THE 1940S. ON THE CORONAVIRUS IN MODERN RUSSIA (ON THE EXAMPLE OF THE IRKUTSK REGION)**

The purpose of this article is to understand the historical experience of the Soviet state in neutralizing epidemic diseases during the Great Patriotic War and in the post-war period. Extrapolation of this experience to the current situation

associated with the coronavirus epidemic makes it possible to understand the complex of required measures for the successful neutralization of such diseases. It was in the 1940s that, despite the critical situation in the social sphere, it was possible not only to prevent mass epidemics in the Irkutsk region, but also to reduce mortality in comparison with the pre-war period. Effective public management was the main factor in the successful solution of problems in this area.

**Keywords:** Irkutsk region, epidemic situation, infectious diseases, coronavirus infection.

События, связанные с коронавирусной инфекцией в России и в мире, заставляют во многом по-новому взглянуть на наше недавнее прошлое. Однако обращение к прошлому имеет значение лишь в одном случае, что есть не только любознательные граждане, но и ответственное правительство, желающее извлечь из нашего прошлого определенные уроки. Любой думающий человек ощущал несоразмерность получившей распространение инфекции тем мерам, которые осуществлялись с целью ее нейтрализации, а также того информационного фона, который сопровождал данное заболевание. С другой стороны, удивляло бессилие системы здравоохранения на уровне управленческих, организационных систем, а также органов власти. Их действия порой были настолько неэффективными, противоречивыми, непоследовательными, не поддающимися логике, бессистемными, что закономерно возникал вопрос о способности этой системы обеспечить сохранение населения при какой-либо действительно критичной ситуации. С этих позиций хотелось бы сделать небольшой экскурс в историю нашей страны, в наиболее трагичные, тяжелые во всех отношениях 1940-е гг., чтобы на уровне конкретно-исторического анализа проиллюстрировать, каким образом органы власти и система здравоохранения действовали по нейтрализации эпидемиологических угроз. Сравнение этого опыта с современными антикоронавирусными мерами позволят сделать вполне объективный вывод по вопросу эффективности реформированной системы здравоохранения и пониманию тех вопросов, которые требуется решать с целью сохранения не только здоровья населения, но и всего комплекса социально-экономических проблем. Для придания большей конкретики в данной статье анализ ограничен Иркутской областью.

Начнем с исторического опыта: какие санитарно-эпидемиологические угрозы вытекали из конкретно-исторической действительности в 1940-е гг., какая политика в этой области осуществлялась, какие результаты были достигнуты, насколько осуществляемые мероприятия являлись эффективными с точки зрения государственно менеджмента.

На протяжении всех 1940-х гг. существовал целый ряд факторов, которые способствовали ухудшению эпидемиологической обстановки в Иркутской области. Прежде всего, к ним можно отнести санитарное состояние территорий. В годы войны практически прекратили рабо-

ты службы коммунального хозяйства в городах Иркутской области. Поэтому выгребные ямы, общественные туалеты не приводились в порядок. Развернутые в годы войны производства не имели своей канализационной системы и нередко выпускали сточные воды, либо промышленные отходы на улицы, либо в реки, из которых местное население брало воду [1, ф. 127. оп. 51, д. 12, л. 22; д. 13. л. 29]. Были и серьезнейшие проблемы с водоснабжением. В Иркутске, Черемхово в годы войны не работали городские коллекторы канализации, все отходы сбрасывались в Ангару выше забора воды населением [Там же, ф. 159, оп. 7а, д. 230, л. 15]. Здания предприятий не ремонтировались, поэтому зимой в цехах постоянным явлением были холод и сквозняки, не хватало умывальников с горячей водой. Значительная часть работающих была вынуждена оставаться на своих местах, поскольку общественный транспорт не работал, а до места жительства нужно было добираться несколько часов.

Санитарная обстановка в городах продолжала оставаться сложной и в послевоенный период. В Усть-Ордынском бурятском национальном округе, северных и отдаленных от транспортных коммуникаций населенных пунктах угроза эпидемий усиливалась в связи с общей запущенностью социальной сферы. Население даже райцентров не имело возможности помыться в банях. Эти районы и дали основной прирост по вспышке острых заразных заболеваний в области, произошедшей в 1945–1947 гг.

В значительной степени опасность распространения инфекционных заболеваний была связана с состоянием системы общественного питания, которая значительно выросла в годы войны в городах. Не хватало посуды, продукты хранились в непригодных помещениях. Продажа пищевых продуктов на городских рынках также не контролировалась. Поэтому не такими уж редкими были случаи массовых пищевых отравлений. Более того, в 1949 г. удельный вес смертности от дизентерии превысил аналогичные показатели 1940 г. на 32 % (229 смертей), хотя в 1946 г. она была более чем в два раза ниже предвоенного уровня (74 смерти) [2, с. 345]. Проблема осложнялась тем, что большинство сельских районов области не имело санитарно-эпидемиологических станций, а в тех районах, где они были, в их составе отсутствовали санитарно-бактериологические лаборатории. Трудности были связаны не только с отсутствием достаточного количества квалифицированных специалистов, но и с острым дефицитом дезактивационных средств. Основным дезактивирующим средством в условиях отсутствия формалина служила известь, но эффективность ее была намного ниже.

В то время угроза эпидемических заболеваний, прежде всего в сельской местности, проистекала и от скота, заболевшего, лошадиной чешоткой, сибирской язвой и др. Необходимых сывороток для лечения в нужном количестве в области не имелось. Причем весьма широкое рас-

пространение получило заболевание бруцеллезом, которое в то время еще являлся малоизвестным и малоизученным.

Но дело было не только в ухудшении санитарно-эпидемиологического состояния территорий. Условия жизни в 1940-е гг. являлись настолько тяжелыми, что в отдельные периоды даже пациенты детских туберкулезных санаториев ничем, кроме хлеба, не обеспечивались [1, ф. 447, оп. 4, д. 8, л. 9]. Заболевание туберкулезом имело ярко выраженную социальную окраску и напрямую было связано с условиями жизни населения. Большое значение для локализации подобных заболеваний имело решение жилищной проблемы и полноценное питание. Однако именно эти вопросы на протяжении 1940-х гг. являлись наиболее сложными. Проживание значительной части населения в сырых бараках и полуземлянках в крайне стесненных условиях, проблемы с топливом, полуголодное существование создавали благоприятную среду для различных туберкулезных заболеваний. Проблема усложнялась и тем, что даже в конце 1940-х гг. в Иркутской области оставались не электрифицированные районы, поэтому там не имелось возможности установить рентген кабинеты. Это затрудняло диагностику подобных заболеваний и выявление истинного количества болеющих. Поэтому смертность от заболеваний туберкулезом оставалась очень высокой.

В Иркутской области было зарегистрировано в 1947 г. 6 133 больных туберкулезом, в 1948 г. — 10 419, а за первое полугодие 1949 г. — 5 628 [3, ф. 374, оп. 11, д. 863, л. 27-29]. Обследование детей в школах г. Иркутска в 1947 г. показало, что туберкулезом инфицированы 30 % детей школьного возраста. На протяжении всех 1940-х гг. удельный вес смертности от туберкулеза оставался очень высоким. В 1940 г. от общего количества летальных случаев, смертность от туберкулеза составила 9,5 %, в 1946 г. 13,6 % и лишь к 1949 г. ее удалось снизить до 6 %.

Состояние системы здравоохранения также являлось фактором, серьезно влиявшим на состояние эпидемиологической ситуации в области. Количество врачей, занятых в системе местного здравоохранения, сократилось, поскольку значительный по численности отряд местных врачей был призван в действующую армию. К тому же в начале войны были сокращены расходы на здравоохранение. В сельской местности Иркутской области в начале 1944 г. треть врачебных участков были не укомплектованы врачами [1, ф. 127, оп. 14, д. 53, л. 7]. Поэтому укрепить санитарно-эпидемиологическую сеть за счет привлечения имеющихся медицинских работников было весьма сложно.

Развертывание дополнительно системы эвакуационных госпиталей происходило в основном за счет внутренних резервов. По сводкам Облздравотдела осенью 1941 г. в Иркутской области было развернуто 37 (по другим данным — 28) госпиталей на 9 500 коек, а к 1942 количество койко/мест доведено до 10 400 [1, ф. 127, оп. 1, д. 704, л. 29]. Кроме г. Иркутска госпитали были развернуты в Зиме, Нижнеудинске, Слюдянке, Тулуне,

Усолье-Сибирском, Свирске, Черемхово, п. Алзамай, п. Квиток. Часть из госпиталей по различным причинам была расформирована в 1942 г. [4, с. 11]. На конец войны в области продолжало размещаться 20 эвакуационных госпиталей, из них 15 непосредственно в г. Иркутске [5, с. 175–176]. То есть социальная нагрузка на регион и систему здравоохранения в данный период несопоставимо выросла. Она включала на протяжении всей войны поиск дополнительных продуктов питания, организацию прачечного дела, заготовку дров, и многое другое. И это было связано не только с госпиталями, но и помощью эвакуированным, инвалидам войны.

В 1940-е гг. угроза эпидемических заболеваний в немалой степени исходила от потоков прибывающих эвакуированных, мобилизованных на различные работы, репатрированных и военнопленных. Это сопровождалось уплотнением населения в местах проживания, увеличением количества общежитий, выстроенных на скорую руку без соблюдения элементарных санитарных норм. Лагеря для военнопленных и интернированных также с санитарной стороны подготовлены не были. Только в Иркутской области в 1947 г. насчитывалось свыше 15 тыс. репатрированных граждан и 75 тыс. японских военнопленных [1, ф. 127, оп. 51, д. 10, л. 1, 2, 5]. Угроза эпидемических заболеваний возникала и в связи с массовым прибытием демобилизованных воинов в регион, а также связи с разворачивающимися новостройками и увеличившимся потоком вольнонаемных рабочих, прибывающих из различных мест. Одним словом, динамика миграционных процессов была намного масштабнее, чем в современный период.

Нейтрализовать данные угрозы при существующих материальных возможностях можно было только посредством эффективных противоэпидемических мероприятий. В краях и областях эту работу проводили созданные в феврале 1942 г. решением ГКО чрезвычайные противоэпидемические комиссии, возглавляемые председателями облисполкомов. Деятельность местных органов власти и санитарно-эпидемиологических служб по предотвращению острозаразных заболеваний среди населения осуществлялась в нескольких направлениях. Прежде всего созданные противоэпидемические комиссии координировали усилия различных эпидемиологических служб, в структуру которых входили государственная санитарная инспекция, санитарные эпидемические станции, дезактивационные, малярийные, молочно-контрольные, бруцеллезные станции и пункты.

Важным звеном в этой работе являлось недопущение проникновения на территорию таких предельно опасных эпидемических заболеваний, как чума и холера. Этот участок работы контролировал в регионе Государственный научно-исследовательский противочумный институт Сибири и Дальнего Востока, расположенный в Иркутске. Имея многочисленные контрольные пункты, сотрудники внимательно контролировали ситуацию на протяжении 1940-х гг. В соответствии с постановлением

ГКО «О мероприятиях по предупреждению эпидемических заболеваний в стране и Красной Армии» от 2 февраля 1942 г. обязательной становилась госпитализация подозреваемых на заболевание. Таковыми считались те, у которых течение трех дней не спадала температура. В Народный комиссариат здравоохранения направлялись ежедневные телеграфные сводки о каждом случае инфекционного заболевания. Запрещались въезд и выезд с территории, где обнаруживались вспышки заболеваемости тифом. На крупных железнодорожных станциях были организованы санитарно-контрольные пункты. Устанавливалось медицинское наблюдение за пассажирами в поездах, запрещалось проживание на вокзалах без билетов. В целях более эффективной работы и контроля специалисты по эпидемическим заболеваниям распределялись в соответствии с изменениями плотности населения и эпидемиологического состояния районов. Широко применялись массовые обходы жилых помещений, периодический осмотр населения, профилактическая санитарная обработка жилищ и одежды, хлорирование воды, профилактические беседы. Районные отделы здравоохранения создавали подвижные группы, оснащенные всеми средствами для быстрой санитарной обработки людей. Во всех крупных населенных пунктах, на предприятиях, в общежитиях, домоуправлениях создавались институты общественных санитарных инспекторов, которые организовали просветительскую работу с населением.

Особое внимание обращалось на санитарное оздоровление городов и сел, приведение в порядок имеющихся бань, дополнительное строительство простейших бань. С 1943 г. в большинстве городов Иркутской области органы власти начинают привлекать население и предприятия к работе по благоустройству, организовывая воскресники, декадни, месячники по очистке улиц, ремонту зданий и др. Более системный характер эта деятельность принимает в самом конце войны. Расходы бюджета на коммунальное хозяйство Иркутской области в 1944 г. выросли на миллион рублей и составили 9.5 млн руб., в 1946 г. общие расходы на благоустройства превысили 21 млн руб. [6, ф. 2816, оп. 1, ед. хр. 66, л. 4-5; ед. хр. 67, л. 2-4]. Однако и в этот период крупные работы велись в очень ограниченных масштабах. В городах основные работы по благоустройству сводились к рытью кюветов и помойных ям, ремонту и строительству новых общественных туалетов, деревянных тротуаров, заборов, восстановлению уличного освещения. Для более основательных работ не хватало строительных материалов. Несмотря на значительное увеличение масштабов работ по очистке населенных пунктов, их санитарное состояние представляло постоянную угрозу распространения заразных заболеваний. Поэтому сеть санитарно-эпидемических станций в этих условиях не сокращалась. В 1947 г. всего их насчитывалось в регионе 79. Кроме этого имелось 23 дезинфекционные станции и пункта.

Одним из основных методов профилактики болезней и предотвращения эпидемических заболеваний являлись прививки. Население прививалось от брюшного тифа, дизентерии, оспы. В послевоенный период масштабы этой работы в связи со сложной эпидемической обстановкой в регионе значительно расширились. При общей численности населения Иркутской области 1,2 млн человек только в 1948 г. было привито от дизентерии 300,94 тыс. чел., брюшного тифа 324,772 тыс. В 1949 г. эти показатели еще более выросли, в том числе от оспы было привито 72,317 тыс. человек. Если сопоставить эти данные с численностью населения Иркутской области, то в течение этих лет ежегодно получал прививки против дизентерии примерно каждый четвертый житель региона, а против брюшного и сыпного тифа — каждый второй.

На том уровне развития здравоохранения проведение столь масштабной работы представляется настоящим подвигом. Причем не возникло проблем ни с поставками вакцин, ни с организацией этой деятельности. Особенно впечатляюще эти факты выглядят на фоне анализа процесса вакцинирования от коронавирусной инфекции в настоящее время.

Для предотвращения эпидемий большое значение имело не только сохранение, но и развитие в целом системы здравоохранения, укрепление ее кадрового потенциала. И в этом направлении в регионе были достигнуты значительные результаты. С 1943 г. начинается устойчиво увеличиваться бюджет здравоохранения. В 1947 г. он в 2,2 раза превысил довоенный уровень 1940 г. и равнялся 115 млн руб. [1, ф. 127, оп. 14, д. 77, л.1 2; 6, ф. р–1893, оп. 2, ед. хр. 315, л. 4]. Это позволило значительно расширять сеть здравоохранения даже в годы войны. В сравнении с 1941 г. на начало 1945 г. сеть стационарных учреждений в области выросла с 16 до 99, количество коек в них с 2 428 до 5 032, амбулаторно-поликлинических учреждений с 43 до 234, врачей с 733 до 836, среднего медицинского персонала с 963 чел., до 1 537 [6, ф. 2679, оп. 6, ед. хр. 15, л. 20; ед. хр.16, л. 1]. Количество мест в больницах области продолжало расти в послевоенный период, достигнув цифры в 5 328 в 1950 г. [1, ф. 374, оп. 11, д. 606, л. 4; д. 840, л. 45]. Ни о какой «оптимизации» системы здравоохранения в связи с сокращением населения в области не могло идти и речи. Развитие этой системы, ее доступность для всех жителей региона рассматривалось в качестве приоритетной задачи.

Вместе с тем следует отметить, что по целому ряду направлений медицинская помощь во многих районах практически не оказывалась. В области при штате 1 400 врачебных единиц имелось всего 590 врачей, из 4 300 штатных единиц среднего медицинского персонала имелось в наличии 2 475 [1, ф. 127, оп. 14, д. 270, л. 60–64]. Одной из причин такого положения являлось сложное материально-бытовое положение медицинских работников. Заработная плата их была невысокой, да и та во

многих районах сельской местности периодически задерживалась на несколько месяцев. Промышленными товарами врачи также практически не обеспечивались, поэтому часть медицинских работников вынуждена была искать новое место работы.

В связи с угрозой эпидемии перестраивалась работа аптеко-управлений. До войны основная часть медикаментов в регион поступала из других областей. В начале 1940-х гг. потребовалось наладить производство отдельных медикаментов, дезактивационных средств, медицинского оборудования, предметов санитарной гигиены и т.д. на местах. В июне 1942 г. бюро Иркутского обкома партии приняло постановление «О работе Иркутского отделения аптеко-управления». В нем планировалось оборудовать цеха по изготовлению стеклянных ампул, производству различных экстрактов, организовать во всех аптеках продажу витаминных напитков и многое другое. Помощь в этом должны были оказать сотрудники медицинского института [6, ф. 2679, оп. 6, ед. хр. 15, л. 20; ед. хр. 16, л. 1]. Кроме того, именно в годы войны начинается вестись подготовка специалистов по диагностике и лечению бруцеллеза. В Иркутской области за период 1942–1948 гг. было подготовлено 140 врачей, 88 технических лаборантов и 63 средних медицинских работника. В структуре Государственный научно-исследовательского противочумного института, размещавшегося в г. Иркутске, была создана бруцеллезная лаборатория [6, ф. 1893, оп. 2, ед. хр. 499, л. 11; ф. 2709, оп. 2, ед. хр. 70, л. 9; д. 105, л. 8]. Таким образом, была проведена серьезная работа на государственном и на местном уровне, чтобы не допустить широкого распространения эпидемических заболеваний, угроза которых реально существовала на протяжении всех 1940-х гг.

Противоэпидемические мероприятия в исследуемый период позволяли избегать их массового распространения и достаточно эффективно ликвидировать отдельные вспышки. Как правило, их локализовывали на уровне нескольких десятков заболевших. В марте 1947 г. в Иркутской области регистрировались заболевания тифом в 14 районах и пяти городах, но все они были успешно локализованы на уровне 95 заболевших, а в марте 1948 г. — на уровне 92 случаев [1, ф. 127, оп. 14, д. 590, л. 5-7].

Рост численности эпидемических заболеваний, как правило, наблюдался весной в городах по железной дороге. Вне городов он имел место в отдаленных населенных пунктах, подсобных хозяйствах, а также лесопунктах. Связано это было в основном с отсутствием бань, мыла, а также дезактивационных средств. В целом же по городам и поселкам Иркутской области, несмотря на значительный рост численности острых заразных заболеваний, смертность от них благодаря проводимой профилактике и новым вакцинам в конце войны была ниже в сравнении с 1940 г. Если в 1940 г. в области от острых заразных заболеваний умерло 2 688 человек, в 1943 г. их количество выросло до 2 928, а затем начинается сокращение. В 1944 г. — 1 714, а в 1945 г. — 1 513 умерших

от острозаразных заболеваний, что составляло 56,3 % к уровню 1940 г. Сокращалась и общая смертность в области на протяжении 1940-х гг. В 1940 г. в области умерло 12 130 человек, в 1946 г. 7 684, а в 1949 г. — 7 915, что составляло 65,3 % к довоенному уровню.

Объясняя причины снижения смертности в 1940-е гг., некоторые авторы основной причиной этого считают снижения уровня рождаемости, что повлекло за собой и снижение коэффициента смертности [7, с. 66; 8, с. 206–207]. Отнюдь не отрицая данного обстоятельства, все же вряд ли можно считать представления о невысоком уровне смертности в стране «призрачным». Население Иркутской области действительно сократилось, но оно составляло к уровню 1940 г. почти 94 %. Несложные расчеты показывают, что удельный вес смертей от общей численности населения области в 1940 г. составлял 0,9 %, а в 1949 г. — 0,6 %.

С этих позиций попытаемся экстраполировать опыт 1940-х гг. на анализ тенденций в области системы здравоохранения и предотвращения коронавирусной инфекции в Иркутской области. В данном случае мы не касаемся медицинских аспектов проблемы, это не является объектом исторической науки. Оставим также в стороне геополитические аспекты, которые, на наш взгляд, в основе понимания тех процессов, в рамках которых протекала данная эпидемия, с присущим ей информационным сопровождением.

Эмпирическую основу сравнительного анализа составляют данные государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Иркутской области в 2019 г.», подготовленного Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, и целым рядом научных организаций, а также данные статистического управления по Иркутской области.

Каковы последствия коронавирусной инфекции, которая продолжается на территории Иркутской области чуть более года? На 24.02.2021 г. в Иркутской области зафиксировано 54 725 случаев заражения коронавирусной инфекцией, из них 1 753 человек умерло. Летальность составляет 3,2 % [9]. Можно сравнить эти показатели с уровнем заболеваемости сыпным и брюшным тифом в 1945 г., вспышки которого представляли аналогичную угрозу для жителей региона и приобрели самый массовый характер за 1940-е гг. Болею брюшным тифом в этом году 1 060 человек, а сыпным 1 522. Смертность от этих заболеваний составила, соответственно, 48 и 27 случаев, то есть общая летальность составила не более 2,8 %. В 1949 г. летальным исходом данное заболевание закончилось только для шести заболевших [2, с. 345].

Теперь перейдем к сравнению показателей общей смертности. Чтобы на данном сравнительном анализе не отразилось влияние коронавирусной инфекции, мы будем оперировать данными до 2020 г. Всего в

2019 г. умерло 31 553 человека, что составляет 1,3 % жителей Иркутской области [10]. Таким образом, спустя 70 лет после войны и восстановления разрушенного народного хозяйства мы имеем демографические показатели, которые по основным характеристикам значительно уступают показателям 1940-х гг. Удельный вес смертности по отношению к общему количеству жителей Иркутской области в 1949 г. составлял 0,6 %, то есть был в 2,5 раза ниже показателя 2020 г.

А если к этому еще прибавить резкое снижение рождаемости, тогда эти показатели будут просто катастрофическими. При этом нужно отметить, что масштабы различных инфекционных заболеваний в 1940-е гг. были намного шире, а материальные, кадровые возможности намного уже современных. В частности, на сегодня до минимума сведена заболеваемость дизентерией, а по тифу имеются в отдельные годы лишь единичные случаи. За последние 10 лет наибольший показатель заболеваемости брюшным тифом в области зарегистрирован в 2015 году. Тогда заболеваемость была отмечена только в двух городах: Иркутске у шести лиц без определенного места жительства, проживающих в канализационном люке, и в Ангарске, где было два завозных случая, в том числе один из Индии и один из Таджикистана. Количество врачей в области насчитывает 9 064 человек, и еще 21 679 среднего медицинского персонала [11, с. 197], что примерно в пять раз выше аналогичных показателей 1949 г. в расчете на 10 тыс. населения. Чем же тогда объяснить причины снижения смертности в 1940-е гг. и ее рост в современный период, особенно в условиях борьбы с коронавирусной инфекцией?

Показатели 2020 г. можно попытаться объяснить непредсказуемостью малоизвестной инфекции «COVID–19», повлекшей столь значительную смертность населения. Однако, по официальным данным, переболело за год данной инфекцией около 2,8 % населения. Порог же эпидемической угрозы в учебниках по инфекционным заболеваниям в большинстве случаев определяется в 5 %. Можно предположить, что заболело значительно больше, но эти случаи не нашли отражения в официальной статистике. Однако, если заболевшие смогли вылечиться в домашних условиях, не прибегая к стационарной медицинской помощи, то уровень данной угрозы значительно ниже, чем заболеваемость тифом в 1940-е гг., который в домашних условиях невозможно было вылечить, независимо от возраста заболевших. Следовательно, невозможно объяснить столь высокую смертность характером протекающего заболевания.

Можно предположить, что основной причиной является тотальное сжатие сферы медицинских услуг в постсоветский период, особенно в сельской местности и небольших городах. Данная тенденция выражена следующими показателями (табл. 1 [составлено по: 12]).

Таблица 1

**Сеть системы здравоохранения РФ (1990–2019 гг.)**

Годы	Число больничных организаций (тыс.)	Больничных коек (тыс.)	Больничных коек на 10 тыс. населения
1990	12,8	2037,6	137,4
2002	10,3	1619,7	112,6
2019	5,2	1124,0	78,4

Таким образом за период постсоветских реформ количество больниц сократилось более, чем в два раза и составляет по итогам 2019 г. 40,6 % от уровня 1990 г., а количество коек в расчете на 10 тыс. человек 57 %. При этом нужно иметь ввиду, что сокращение коснулось прежде всего инфекционных больниц. Несмотря на то, что количество врачей за это время осталось примерно на том же уровне, нужно признать, что плотность больничных учреждений на территории резко уменьшилась, а это означает что население лишилось возможности получать своевременную помощь непосредственно по месту жительства. Особенно это коснулось удаленных от городских центров поселений. Количество коек в больницах Иркутской области только за последние три года сократилась более, чем на две тысячи.

Однако однозначно объяснить высокую смертность сокращением сети больничных учреждений также сложно. Если анализировать подобные тенденции 1940-х гг., то в этот период отмечается рост больничных учреждений, коек в них, а также медицинского персонала. Количество больниц в регионе в период 1940–1947 гг. увеличилось с 99 до 123, а количество коек в них с 4 930 до 5 678 [3, ф. 374, оп. 11, д. 606, лл. 4, 6, 8, 28, 32]. Однако даже сокращенная созданная в советский период сеть больничных организаций в разы превосходит то, что имелось в конце 1940-х гг. Это же имеет отношение и к медицинскому персоналу. В 1947 г. в области имелось 836 врачей и 1 537 медицинских сестер, а в 2019 г. 9 064 врачей и 21 679 среднего медицинского персонала [13]. И тем не менее численность населения в послевоенный период росла, смертность сокращалась.

Объяснять причины смертности условиями жизни в регионе можно, но и этот аргумент вряд ли является определяющим. В пользу этого аргумента данные статистики по заболеваемости и смертности от туберкулеза. Общеизвестным фактом является объяснение заболеваемости от туберкулеза условиями жизни. В тяжелейший 1946 г. на туберкулез приходилось 13,7 % летальных случаев, в 1949 г. — 6 %. Если взять аналогичные показатели области за последние 10 лет, то они выглядят следующим образом: 2010 г. — 3,2 %, 2019 — 0,96 % [14]. Однако, если взять эти данные в абсолютных цифрах, то ситуация не выглядит столь отличной. В 2010 г. от туберкулеза умерли 1 136 человек, в 2019 г. — 303. Для сравнения: в 1946 г. —

1 052 летальных исхода от туберкулеза, в 1949 г. — 481 случай. Поэтому количество летальных исходов в пересчете на 100 тыс. человек дает наиболее объективное соотношение смертности от туберкулеза в 1940-е гг. и в настоящее время. Эти показатели округленно выглядят следующим образом: 1946 г. — 90, 1949 г. — 38, 2010 — 47, 2019 — 13. Приведенные данные свидетельствуют, что условия жизни в настоящее время для определенных слоев населения являются чрезвычайно тяжелыми, тем не менее и они не могут объяснить высокую смертность среди жителей области.

О неблагоприятной социальной ситуации в регионе свидетельствуют и количество убийств и самоубийств (табл. 2 [составлено по: 14]).

Таблица 2

### Показатели смертности от убийств и самоубийств (1940–2019 гг.)

Показатель	1940	1946	2005	2019
Убийств	47	84	1845	204
В расчете на 100 тыс. чел.	3,5	7,2	73,6	8,5
Самоубийств	74	63	1401	424
В расчете на 100 тыс. чел.	5,5	5,4	55,9	17,7

Приведенные данные разительно отличают криминогенную ситуацию 1940-х гг. от современного периода. В отдельные годы это оказывает серьезное влияние на общую смертность населения. В 2005 г. количество только убитых в области было выше умерших в 2020 г. от коронавирусной инфекции, однако никакого информационного сопровождения это не имело. В целом данными показателями также невозможно объяснить высокий уровень смертности в настоящее время.

Оценивая действительность 1940-х гг., необходимо отметить, что основную роль в этом сыграли предпринятые органами власти меры по развитию системы здравоохранения и предотвращению эпидемий. В условиях, когда состояние социально-бытовой сферы и условия жизни людей ухудшились практически по всем показателям, эти меры позволили не только не допустить распространения массовых эпидемий, но и расширить сеть медицинских учреждений в регионе, что в немалой степени способствовало и снижению смертности. Жесткая административная система управления в этом плане оказалась весьма эффективной. В ситуации, когда не хватало даже простых дезактивационных средств, она позволяла эффективно распоряжаться имеющимися ресурсами, медицинскими кадрами, обеспечивать соблюдение элементарных санитарных норм в местах массового скопления людей. Таким образом, опираясь преимущественно на комплекс системных и продуманных мер, органы власти

добились впечатляющих результатов в области сокращения смертности в регионе, в том числе и по инфекционным заболеваниям. Тогда была иная система общественных отношений и иной уровень организации государственной власти. Общество было сцементировано общей волей и патриотическими устремлениями, власть действовала профессионально и ответственно.

Та реальность настолько далека от современной, что даже представляется некорректным ее экстраполяция на современную действительность. Трудно представить начало Великой Отечественной войны с нынешней общественной системой и ее информационной политикой. Нынешние угрозы несопоставимы по объемам и масштабам решаемых тогда задач в условиях предельно ограниченных материальных ресурсов. Потенциальная угроза в настоящее время только одной серьезной инфекции породила такие проблемы и перекосы, последствия которых предстоит разрешать не один год. Фундаментальная проблема в том, что новая система общественных отношений повлекла и слом советской системы здравоохранения, основой которой являлась повсеместная профилактика здоровья населения. Произошло это в условиях потери целеполагания и смысла развития. С одной стороны, данная ситуация порождена самой властью, с другой стороны новая реальность не могла не отразиться на дееспособности самой власти.

В годы Великой Отечественной войны в Иркутской области за считанные месяцы осенью 1941 г. созданы около 30 госпиталей, в которых прошли лечение 103 тыс. чел., из них, примерно, 40 тыс. были сделаны операции [15, с. 46]. Умерло за годы войны в госпиталях Иркутска около 900 человек. Процент умерших от лечившихся был в пределах 1 %. Такой огромный объем проделанной работы, а также эффективность лечебной практики в госпиталях становятся очевидными в сравнении с аналогичными мерами в условиях коронавирусной инфекции в совершенно других условиях и при совершенно иных возможностях. Сложно представить, чтобы контроль за организацией данной работы принадлежал в те годы такой структуре как «Роспотребнадзор», главной функцией которого является осуществление контроля за потребляемой гражданами продукции на предмет ее соответствия установленным стандартам. Также сложно представить, чтобы в годы войны власть согласовывала строительство новых госпиталей с желанием и возможностями миллиардера О. Дерипаски, или действовала в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, которая финансируется фармацевтическими компаниями и фондом Гейтса. Рекомендации тысяч профессиональных врачей оказались не нужны. В оперативном штабе по борьбе с COVID-19 не оказалось ни одного специалиста в области инфекционных заболеваний.

Ситуацию усугубило и то, что все внимание было переключено на лечение больных коронавирусной инфекцией. Лечение остальных отложено. Скорая помощь на другие вызовы могла вообще не реагировать.

Однако структура основных показателей заболеваемости и смертности свидетельствует, что летальный исход от инфекционно-паразитарных заболеваний в разы меньше, чем по другим фиксируемым группам. По итогам 2019 г. в области от инфекционных и паразитарных заболеваний умерло 1 567 человек, в то время как от болезней органов кровообращения — 15 944, чел., от новообразований — 5 303 человек, от несчастных случаев, травм и отравлений — 3 324 человек. Ослабление внимания к данным категориям больных не могло не сказаться на масштабах смертности по итогам 2020 г. В 2020 г. уровень смертности в Иркутской области стал самым высоким с 2011 года и составил 35,62 тыс. человек или 1,5 % от общего количества населения Иркутской области, что в 2,5 раза выше уровня 1949 г. В абсолютных показателях это означает, что количество смертей в 2020 г. на 4 067 превышает уровень 2019 г., или на 12,4 %. Отметим также, в 2020 году на свет в роддомах в Иркутской области появилось 26 418 детей, а в 2019 их было 28 531, то есть новорожденных за год стало меньше на 2 113. Естественная убыль населения, таким образом, в прошлом году составила 0,38 % [16].

Если к этому добавить состояние экономики, ухудшение ситуации в социальной сфере и рост количества бедных, то все это неизбежно закрепляет негативные процессы в демографической ситуации Приангарья. Пока еще продолжают сохраняться многие традиции и практики советской системы здравоохранения, иначе ситуация могла бы быть еще более драматичной. Попытка все списать на форс-мажорные обстоятельства от COVID-19 и «прогнозируемые» подобные явления в ближайшем будущем не могут стать продуктивным решением проблемы.

### Список использованной литературы и источников

1. Государственный архив новейшей истории Иркутской области. — Ф. 127. — Оп. 14. — Д. 270; Ф. 374. — Оп. 11. — Д. 606, Д. 840; Ф. 447. — Оп. 4. — Д. 8.
2. Шалак А. В. Социальные проблемы населения Восточной Сибири: (1940–1950 гг.) / А. В. Шалак. — Иркутск : Изд-во ИГЭА, 2000. — 356 с.
3. Государственный архив Российской Федерации. — Ф. 374. — Оп. 11. — Д. 606, Д. 863.
4. Маценко П. А. История лечения раненых в эвакогоспиталях Иркутской области / П. А. Маценко. — Иркутск : Вост.-Сиб. кн. изд-во, 1975. — 335 с.
5. Колмаков Ю. П. Эвакогоспитали Иркутска в годы ВОВ / Ю. П. Колмаков // Земля Иркутская. — 2004. — № 1. — С. 44–47.
6. Государственный архив Иркутской области. — Ф. Р-1893. — Оп. 2. — Ед. хр. 499, Ед. хр. 3156; Ф. 2709. — Оп. 2. — Ед. хр. 70; Ф. 2816. — Оп. 1. — Ед. хр. 66, Ед. хр. 67.
7. Попов В. П. Причины сокращения численности населения РСФСР после Великой отечественной войны / В. П. Попов // Социологические исследования. — 1994. — № 4. — С.60–69.

8. Урланис Б. Ц. История одного поколения. (Социально-демографический очерк) / Б. Ц. Урланис. — Москва : Мысль, 1968. — 268 с.

9. Коронавирус в регионе. Иркутская область сегодня // Коронавирус. — URL: <https://coronavirus-control.ru/coronavirus-irkutsk-oblast/> (дата обращения: 24.02.2021)

10. Смертность населения Иркутской области по основным классам причин смерти за 2019 г. // Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Иркутской области. — URL: [https://irkutskstat.gks.ru/storage/mediabank/death\\_rate2019.html](https://irkutskstat.gks.ru/storage/mediabank/death_rate2019.html) (дата обращения: 21.02.2021)

11. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Иркутской области в 2019 г.» // Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Иркутской области. — URL: [http://38.rospot-rebnadzor.ru/c/document\\_library/get\\_file?uuid=d8c9d2b4-8d86-4691-ac69-e8c1ae0af5bf&gro-upId=130642](http://38.rospot-rebnadzor.ru/c/document_library/get_file?uuid=d8c9d2b4-8d86-4691-ac69-e8c1ae0af5bf&gro-upId=130642) (дата обращения: 20.02.2021)

12. Здравоохранения по данным Росстат // Статистика и показатели. Региональные и федеральные. — URL: <https://rosinfostat.ru/zdravooхранenie/#i-10> (дата обращения: 26.02.2021)

13. Основные показатели работы медицинских организаций Иркутской области за 2019 г. Статистический сборник // Медицинский информационно-аналитический центр Иркутской области. — URL: <https://miac-io.ru/uslugi-resheniya/detail.php?ID=113460> (дата обращения: 27.02.2021)

14. Смертность населения Иркутской области по основным классам причин смерти // Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Иркутской области. — URL: <http://irkutskstat.gks.ru/> (дата обращения: 27.02.2020)

15. Великая Отечественная война по материалам Государственного архива Иркутской области: сб. документов. — Иркутск : изд-во «Оттиск», 2015. — 320 с.

16. В Иркутской области смертность в 2020 году признали самой высокой за последние 10 лет // Байкал24. — 18.01.2021. — URL: <https://baikal24.ru/text/18-01-2021/048/> (дата обращения: 30.01.2021)

### Информация об авторе

*Шалак Александр Васильевич* — доктор исторических наук, профессор, заведующий кафедрой международных отношений и таможенного дела, Байкальский государственный университет, 664003, г. Иркутск, ул. Ленина, 11, e-mail: [Shalakav@bgu.ru](mailto:Shalakav@bgu.ru)

### Author

*Alexander V. Shalak* — D.Sc. in History, Professor, Head of the Department of International Relations and Customs, Baikal State University, 664003, Irkutsk, 11 Lenin St., e-mail: [Shalakav@bgu.ru](mailto:Shalakav@bgu.ru)