

ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИНЦИПА В ОРГАНИЗАЦИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ¹

И.М. Акулин, Е.А. Чеснокова*, Л.А. Сопрун**

Д.м.н., проф. СПбГУ, зав кафедрой организации здравоохранения и медицинского права, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация;

*К.м.н., LL.M., доцент кафедры организации здравоохранения и медицинского права, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация;

**К.м.н., кафедра организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация

***Аннотация.** Настоящая статья посвящена историческому анализу развития правовых основ профилактического принципа в здравоохранении России с момента появления официальной медицины (начало IX – XIV вв.) и до начала 90-х годов связанных с переходом от государственной системы здравоохранения (системы Бевериджа – Семашко) к системе медицинского страхования (Система Бисмарка). На примере борьбы с особо опасными инфекциями (оспа, холера, полиомиелит и др.) показан гуманный подход российского государства к ограничительным мерам, отсутствие жестких принудительных мер, сохранение принципа добровольности и автономии личности. Доказывается, что подобные принципы вполне подходят и в наше время, в условиях пандемии коронавируса, когда в некоторых странах активно обсуждаются предложения о необходимости принудительной вакцинации, более жестких ограничительных мер по отношению к населению.*

***Ключевые слова:** здоровье, профилактика, профилактические меры, охрана здоровья населения, массовая вакцинация, всеобщая диспансеризация, законодательство в сфере профилактики здоровья населения.*

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-011-00193.

HISTORICAL ANALYSIS OF THE DEVELOPMENT OF LEGAL REGULATION OF THE PREVENTIVE PRINCIPLE IN THE ORGANIZATION OF HEALTH PROTECTION OF THE POPULATION OF RUSSIA²

Igor.M. Akulin, Ekaterina A. Chesnokova

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract. *This article is devoted to the historical analysis of the development of the legal basis of the preventive principle in healthcare in Russia from the moment of the emergence of official medicine (early 9th - 14th centuries) and until the early 90s associated with the transition from the state healthcare system (Beveridge - Semashko system) to the health insurance system (Bismarck system). The example of combating especially dangerous infections (smallpox, cholera, poliomyelitis, etc.) shows the humane approach of the Russian state to restrictive measures, the absence of strict coercive measures, the preservation of the principle of voluntariness and individual autonomy. It is proved that such principles are quite suitable in our time, in the context of the coronavirus pandemic, when proposals on the need for compulsory vaccination and stricter restrictive measures in relation to the population are actively discussed in some countries.*

Key words: *health, prevention, preventive measures, public health protection, mass vaccination, general medical examination, legislation in the field of public health prevention.*

1. Введение. Российская система здравоохранения прошла долгий путь становления от частной системы здравоохранения – народной медицины средневекового периода (возмездной, с участием иностранных врачей)³, до хорошо развитой системы здравоохранения советского периода, основанной на профилактических принципах (конец 70-х годов 20 века).⁴

Существенные изменения система здравоохранения претерпела в связи с переходом от бюджетного здравоохранения к системе медицинского страхования, внедрению рыночных отношений и развитию медицинских услуг, не характерных для традиций отечественной меди-

² *Acknowledgments: The reported study was funded by RFBR, project number 20-011-00193*

³ *Загоскин Н.П. Врачи и врачебное дело в старинной Руси - Казань, 1891, - 37 с.*

⁴ *Венедиктов Д.Д. О некоторых уроках Алма-Атинской конференции. // Всемирный форум здравоохранения. - 1982. - Т. 2. - № 4. - С. 20 - 28.*

цины. Данная реформа здравоохранения на долгие годы отдала здравоохранение России от профилактических принципов.⁵

Тем не менее, нельзя не признать, что одним из основных достижений отечественного здравоохранения было развитие профилактических принципов, начиная с применения массовой вакцинации от оспы в XIX веке и уникального опыта внедрения диспансеризации раннего социалистического периода 30-х годов прошлого столетия. Главным достижением данного метода был массовый охват населения прививками, поддержание здоровья на высоком уровне путем соблюдения рекомендаций здорового образа жизни (ЗОЖ), повышение самосознания населения о необходимости предупреждения болезней. Подобные принципы невозможно внедрять только методом массового убеждения, они требовали законодательного закрепления с целью неуклонного их соблюдения. Однако баланс между общественной безопасностью, связанной, в основном, с массовыми инфекционными заболеваниями и автономией личности, соблюдением обязательности и добровольности, всегда входил в противоречие с государственными интересами, направленными на защиту общественного здоровья нации.

Каким же образом развивалась система здравоохранения, законодательство о здравоохранении, когда впервые появилась идея профилактики как основного метода российского государства в сохранении общественного здоровья? Подобный историко-правовой анализ представляет большой интерес. Остановимся кратко на истории этого вопроса.

2. Профилактика и здоровье населения в древней Руси. Роль государства.

До введения христианства на Руси медицина существовала в основном как народное целительство, используя опыт предшествующих поколений, природные факторы, сборы трав, языческие обряды и многое другое, что до сих пор мало изучено. Развитие медицины и появление зачатков профилактики началось с введения христианства в Древнерусском государстве (IX -XIV в. в.). Изменился образ жизни и мировоззрение людей. Дипломированных врачей не было, и народные вра-

⁵ DEVELOPMENT OF MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION. AT THE CROSSROADS. WHATS NEXT?

Akulin I.M., Zhiguleva L.Yu. Vestnik of Saint Petersburg University. Medicine. 2019. T. 14. № 2. С. 147-157.

чеватели, “лечцы”, на Руси получали медицинские знания в “семейных школах”, где на основе семейного опыта и образа жизни древнерусских передавались знания о целительстве из поколения в поколение. Целительство, исцеление, во многом было связано с верой и душевными усилиями над собой. Роль народных врачей зачастую сводилась к поддержанию духовных сил. Доверительный характер этих отношений имел решающее значение для больного. В толковых словарях русского языка приводятся значения слов «целитель» и «целительство», раскрывающие глубинную сущность данных явлений. Так, в словаре Ожегова даётся определение **ЦЕЛИТЕЛЬ** - равнозначно исцелитель, Целитель недугов⁶. **Исцеление** - То же, что вылечить. И. больного. Время исцелит душевные раны (перен.).⁷ **ЦЕЛИТЕЛЬ**, м. устар. 1) Тот, кто исцеляет, врачует от чего-л.; 2) перен. Тот, кто способен утешить, успокоить, облегчить душевные страдания.⁸

Надо понимать, что исцеление в раннем периоде развития медицины было равнозначно душевному успокоению, излечение духа в первую очередь и основанного на вере в личность целителя и конечно на высшее силы, Бога. Не есть ли это главное начало в развитии деонтологических принципов в деятельности медицинских работников?

Несмотря на то, что в древней Руси еще не было врачей-профессионалов, ряд древнейших законодательных актов Руси подтверждает факт существования недипломированных врачей- “лечцов”. Труд их был возмездным и в “Правде русской”, например, говорится о том, что за излечение полагалась “лечцю мзда”. В статье 30 определено, что за нанесение раны виновный платит в казну пострадавшему “за рану ж лечебное”.⁹

Таким образом, впервые в истории здравоохранения России государство определило порядок оплаты частных лекарей, что явилось толчком к становлению профессиональной медицины и предпринимательства в сфере врачевания, однако до развития профилактических принципов на основе права было еще далеко.

В X веке в Древнерусском государстве, в основном, при княжеских дворах и монастырях работали врачи-профессионалы, находившиеся,

⁶ *Словарь русского языка Ожегова. 2012.*

⁷ *Толковый словарь Ожегова. С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. 1949-1992*

⁸ *Ефремова. Новый толково-словообразовательный словарь русского языка Ефремовой. 2012*

⁹ *”Правда русская.” - М. - Л.: Изд-во АН СССР, 1947, т. 11, - 354 с.*

по существу на службе у государства - Иван Смерч (двор князя Владимира), врач Агапий (Киево-Печерский монастырь) и другие.¹⁰ Древнерусское государство просуществовало 300 лет, а затем распалось на отдельные княжества. Завоевания русских земель татарами-монголами (1237-1240 гг.) привело к утрате политической независимости России почти на два с половиной столетия, погибли многие культурные ценности, в том числе и первые медицинские учреждения. Однако, в свободных от порабощения землях продолжалось развитие производительных сил, особенно в Северо-Западной Руси, которые способствовали развитию отечественной системы здравоохранения. В древнем Новгороде в XIV веке построена первая гражданская больница.¹¹ Продолжали развиваться монастырские больницы, широко использовался опыт народной медицины, основанной скорее на интуитивном, практическом профилактическом опыте защиты от многочисленных угроз здоровью россиян.¹²

Куликовская битва (1380 г.) открыла путь для создания централизованного Московского государства (1480 г.). Этот период характеризовался быстрым экономическим развитием страны, постоянной угрозой военного нападения извне, однако это способствовало развитию зачатков государственной медицины. В 1620 г. был создан Аптекарский Приказ, ставший высшим органом медицинского управления в Московском государстве.¹³

Аптекарский Приказ на первом этапе своей деятельности являлся придворным медицинским учреждением, управлял царской аптекой, ведал медицинским персоналом. В обязанности Приказа входило лечение царя и его семьи, а также ряда приближенных. По сути это был первый опыт посемейного принципа медицинского обслуживания в государстве. В 1631 году штат Аптекарского Приказа был небольшим: два врача, пять лекарей, один аптекарь, один окулист, два переводчика и один подъячий. В середине XVII века Аптекарский Приказ из придворного превратили в общегосударственное учреждение, ведавшее приглашением иноземных врачей, подготовкой национальных кадров,

¹⁰ *Киево-Печерский патерик*. - Киев. - 1870. - 88 с.

¹¹ Хлопин Г., Эрисман Ф. *Медицина и народное здравоохранение в России*. // *Энциклопедический словарь*. - Л.: Лениздат, 1991: - С.214- 217.

¹² Бердищев В.И. *О народном врачевании при православных монастырях*. // *Врач*. - 1901. - № 39. - С. 85 - 119.

¹³ Загоскин Н.П. *Врачи и врачебное дело в старинной Руси* - Казань, 1891. - 37 с.

контролем за деятельностью медперсонала, аптеками и позднее созданием медицинской службы в армии. В 1681 году штат Аптекарского Приказа значительно увеличился. Среди 80 сотрудников было 6 докторов, 4 аптекаря, 3 алхимика, 16 лекарей-иноземцев, 21 русский лекарь, 38 учеников лекарского костоправного дела.¹⁴

В 1690 году был издан Указ царей Ивана и Петра Алексеевичей “Об улучшении постановки аптечного и медицинского дела в Аптекарском приказе”. В нем отмечались частые споры и несогласия между докторами и аптекарями “безо всякой причины... вражда ссоры, клевета и нелюбовь”, отсюда у младших чинов “докторам и аптекарям и непослушание, в делах нерадение”. Отмечалось, что при таких условиях изготовленные лекарства вместо пользы могут причинить людям страдания. Указом предписывались обязанности для каждого доктора и аптекаря принимать клятву и присягу.¹⁵

Эти меры способствовали становлению государственного здравоохранения, тем более, что все лекари состояли на государственной службе. В 1646 году открывается школа русских лекарей, появляются первые учебники (около 300 отечественных “травников” и “лечебников”), переводятся иностранные труды в области врачевания. Входит в традицию коллегиальность в решении сложных случаев, устраиваются консилиумы. Появились первые доктора медицины из числа “природных русских”: в XV в. - Юрий Дрогобычский и Георгий Скорина.^{16, 17}

Итак, в Московском государстве XVII столетия заложены основы для развития государственной медицины, однако, на уровне первичной медицинской помощи для населения Руси отсутствовала медицинская помощь как система, не существовало профилактических принципов, которые в основном основывались на семейных и народных знаниях, передаваемых из поколения в поколение. Тем более не существовало общегосударственных законодательных актов, способствующих оздоровлению населения.

¹⁴ *Материалы для истории медицины в России.* - СПб., 1881-1884. - Вып. I-III. - С. 309

¹⁵ *Правда русская.* - М. - Л.: Изд-во АН СССР, 1947. - Т. 11. - 354 с.

¹⁶ *Материалы для истории медицины в России.* - СПб., 1881-1884. - Вып. I-III. - С. 309

¹⁷ *Материалы для истории медицины в России.* - СПб., 1885. - Вып. IV. - С. 916-1015.

Появление государственной системы здравоохранения начинается с реформ Петра I в эпоху феодализма (XVII-XVIII в.в.) и она была ориентирована на потребности созданной реформами Петра I регулярных армии и флота. В связи с этим стал остро ощущаться недостаток во врачебных кадрах, была проведена реорганизация медицинского дела в стране. В Москве (1707 г.), а затем в Петербурге (1718 - 1719 гг.) были открыты военные госпитали и госпитальная школа при них, ставшие базой для подготовки врачебных кадров.^{18, 19} Развивается и совершенствуется государственное управление врачебным делом в России - вместо Аптекарского приказа учреждается медицинская канцелярия (1719 г.), а затем - медицинская коллегия (1763 г.).

На уровне уездов формируются Приказы общественного призрения, для управления лечебными учреждениями учреждается должность уездного лекаря (1775 г.) и затем губернские управы (1797 г.). В Москве и Петербурге действовали медицинские конторы, управляли ими главные врачи города. К концу XVIII столетия на гражданской службе состояло 878 врачей. Таким образом, появляется медицинская публичная служба, действовавшая в основном в первичном звене, под управлением местных властей.

Профилактическая деятельность врачей была сосредоточена на уровне семьи пациента и касалась мер индивидуальной профилактики, основывалась на личном опыте врачей, не носила массового характера. Именно поэтому она не способствовала настоящей борьбе с массовыми инфекционными заболеваниями, которые в тот период уносили многие жизни россиян.

Недостаток врачебных кадров способствовали появлению отечественных школ подготовки врачебных кадров - Медико-хирургическая академия (Санкт-Петербург - 1798 г.), Московская медико-хирургическая академия, медицинский факультет Московского университета (1764-1761 гг.). В начале XIX столетия открылись медицинские факультеты в Казани, Дерпте, Вильно, Харькове.

Одновременно накапливаются знания в области общественной профилактики, в основном, направленной на предупреждение и ликвида-

¹⁸ Загоскин Н.П. *Врачи и врачебное дело в старинной Руси - Казань, 1891.* - 37 с. 69. 69. .

¹⁹ Заблудовский П.Е., Крючок Г.Р., Кузьмин М.К., Левит М.М. *История медицины.* - М.: Медицина., 1981. - 352 с.

цию эпидемий, началом которой стали масштабные мероприятия по борьбе с оспой, свирепствовавшей в России и по всей Европе. К общегосударственным мероприятиям по предупреждению и ликвидации эпидемий можно отнести организацию карантинных застав (1755 г.), утверждение должности “пограничного доктора” (1743 г.), утверждение Сенатом “Карантинного устава” (1800 г.), утверждение Медицинской коллегией Наставления о прививании предохранительной оспы (1803 г.) и другие.^{20, 21}

Появление правовых актов государства, поддерживающих профилактическое направление в охране здоровья общества, при отсутствии подготовленных кадров не могло обеспечить значительных успехов, т.к. врачебная прослойка в России была еще слишком мала.

Россия в период разложения феодализма (первая половина XIX в.) характеризовалась дальнейшим развитием капиталистических отношений в экономике (международной торговли, промышленности, сельского хозяйства), ростом населения. В связи с этим возникла острая потребность в медицинских специалистах и мерах, направленных на создание системы охраны здоровья, прежде всего в армии и затем - в общинах.^{22, 23}

Несмотря на достижения отечественной медицинской науки, состояние здоровья основной массы населения - крестьян - было крайне тяжелым. Эпидемии, недороды, голод были настоящими бедствиями. Вспышки чумы отмечались в 1804 и 1806 гг. на Кавказе, в 1806 г. - в Астрахани, в 1808 г. - в Саратовской губернии, в 1814г. - в Одессе. В 1830 году холера, впервые занесенная в страну из Персии, распространилась по всей Европейской части России.²⁴

Число врачей было крайне недостаточно, Если в 1809 году имелось 2508 врачей, то в 40-х годах их числилось свыше 8000, из них не менее трети служили в армии и флоте.^{25, 26} Большинство гражданских врачей

²⁰ Загоскин Н.П. *Врачи и врачебное дело в старинной Руси - Казань, 1891. - 37 с.*

²¹ Заблудовский П.Е., Крючок Г.Р., Кузьмин М.К., Левит М.М. *История медицины. - М.: Медицина., 1981. - 352 с.*

²² Мудров М.Я. *Избранные произведения. - М.: Медгиз, 1949. - С. 169-170.*

²³ Мудров М.Я. *Избранные произведения. - М.: Медгиз, 1949. - С. 221.*

²⁴ Жбанков Д.Н. *Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. - М., 1915. - 552 с.*

²⁵ *Материалы для истории медицины в России. - СПб., 1881.- Вып. II. - С. 207.*

²⁶ *Материалы для истории медицины в России. - СПб., 1885.- Вып. IV. - С. 916-1015.*

находились в городах. Устройство медицинской части в селах, больниц всецело было предоставлено помещикам. Медицинское дело в стране находилось в ведении департамента Министерства внутренних дел.

Таким образом, в этот период нельзя было говорить о существовании системы здравоохранения общегосударственного характера, особенно на уровне первичной медицинской помощи. Ситуация особенно ухудшилась в связи с чрезвычайно высокой детской смертностью (из 1000 родившихся лишь половина достигла шестилетнего возраста). Борьба за улучшение медицинского обслуживания населения, охрану здоровья народа, снижение детской смертности не могла успешно вестись одиночками. Врачи России объединялись вокруг многочисленных губернских, а затем уездных обществ врачей, съездов русских испытателей и врачей, журналов нового стиля.²⁷

К началу XIX века в России сформировалась сильная школа медицинской науки и практики, явившаяся основой для последующих успехов в решении проблем общественного здоровья. Несмотря на большое число иностранных врачей, ведущая роль в преподавании и становлении отечественного врачебного дела, врачебных кадров принадлежала отечественным ученым.²⁸

Для развития профилактических принципов в здравоохранении требовался объективный факт безусловной необходимости широких масштабных мероприятий для сохранения населения страны, введение законодательных актов. Таким фактом явилась стремительно распространявшаяся эпидемия оспы в мире, в том числе и России. Страх перед этой смертельной болезнью способствовал запретительным мерам принимаемым государствами, однако способы борьбы с этой инфекцией сами по себе таили смертельные опасности, имели немало исторически объективно «запланированных» жертв среди населения, на которых отработывалась методика оспопрививания. На примере истории оспопрививания хорошо можно проследить историю негативного отношения населения к вакцинации, необходимость соблюдения автономии личности, добровольности и обоснование жестких правоохранительных мер направленных на безопасность общественного здоровья нации.

²⁷ Бердачевский Г. *Перспективы русской общественной медицины. // Русское богатство. - 1907. - № 2. - С. 33 - 57.*

²⁸ Дядьковский И.Я. *Соч. - М.: Медгиз, 1954. - 77 с.*

3. Вакцинация против оспы – начало развитие профилактических принципов в здравоохранении России.

На протяжении последних столетий одной из самых спорных тем была и остается – специфическая профилактика (вакцинация), которая затрагивает основные человеческие ценности, свободу выбора, добровольность в принятии решений в сфере здоровья, автономию личности. Интересы индивидуума и общества в целом часто не совпадают. Однако, научный прогресс в медицине начался именно с открытием вакцинопрофилактики, что ярко подтвердилось на практике. Данное открытие способствовало развитию общественной профилактики и принятию законодательных ограничительных мер, зачастую носящих запретительный характер.

Определений понятию вакцинации огромное количество, но основным является данное Всемирной организацией здравоохранения: «**Вакцинация** – это простой, безопасный и эффективный способ защиты от болезней до того, как человек вступит в контакт с их возбудителями. Вакцинация задействует естественные защитные механизмы организма для формирования устойчивости к ряду инфекционных заболеваний и делает вашу иммунную систему сильнее».

ВОЗ утверждает: «Иммунизация спасает миллионы жизней и получила широкое признание в качестве одной из самых действенных и затратоэффективных мер в области здравоохранения».²⁹

Вакцинация является одним из самых важных достижений медицины в истории. Проблему «антипрививочников» ВОЗ отнес к одной из десяти проблем системы здравоохранения во всем мире в 21 веке.³⁰

До момента открытия в истории вакцинации, научное общество, да и само человечество прошло огромный путь. Одним из первых примеров проведения вакцинации стало использование вариоляции – намеренного заражения здорового человека оспой путем введения содержимого оспенного пузырька под кожу при помощи тонкого ножа, а после открытия Э.Дженнера в 1796 г. – вакцинации. До XVIII века предохранение от оспы по методу вариоляции долгое время практиковалась в народной

²⁹ *Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации. Доклад об оценке осуществления Глобального плана действий в отношении вакцин за 2018 год. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. WHO/IVB/18.11). Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.*

³⁰ *Еженедельный эпидемиологический бюллетень 22 ноября 2019 года, 94-й год № 47, 2019, 94, 541-560 <http://www.who.int/wer>.*

медицине ряда стран, а также на отдельных территориях России, отличалось местным характером, не получая широкого распространения. Постепенно в XVIII веке вариоляция как метод предохранения от оспы становится общим достоянием и распространяется из Западной Европы в Россию. В Европу она пришла через письма, а потом и личную инициативу леди Монтак, путешествовавшей по восточным странам и обнаружившей эту процедуру в Стамбуле в 1715 году.³¹

Пропагандистами оспопрививания были многие известные люди. Один из крупнейших французских философ-просветителей XVIII века Франсуа-Мари Аруэ Вольтер (Franzois Marie Arouet Voltaire, 1694–1778) в своих философских письмах (письмо XI: «Sur l'insertion de la petite verole») подвергал критике англичан за предубеждение против прививок.

Горячим сторонником распространения этой прививки был американский государственный деятель и ученый Б. Франклин (Benjamin Franklin, 1706–1790). Как и во многих странах в США попытки прививать оспу вызывали стихийные протесты, вплоть до физических расправ с врачами. Законодательные и исполнительные власти колоний демонстрировали непонимание и противодействие оспопрививанию, а в провинции Массачусетс издали закон, запрещающий его. Б. Франклин всеми имевшимися у него средствами боролся с подобными невежественными действиями, будучи убежденным в том, что «прививка – безопасная и полезная мера». ³² В ходе войны за независимость США от Англии Джордж Вашингтон вариолировал натуральную оспу всем своим солдатам и этим защитил армию от заболевания.³³

Введение массовой вакцинации невозможно без принуждения, о чем говорит история развития этого метода, но все-таки метод убеждения остается приоритетным для большинства стран. Только стихийный непредсказуемый характер особо опасных инфекций ставит под сомнение принцип добровольности и приоритетности автономии личности. Анализ истории в нашей стране также подтверждает этот вывод на примере оспы.

³¹ *Inaya Hajj Hussein, Nour Chams, Sana Chams, Skye El Sayegh, Reina Badran, et al.. (2015).*

³² *Иванов Р.Ф. Бенджамин Франклин. М.: Молодая Гвардия; 1972.*

³³ *Ann M. Becker. (2004). Smallpox in Washington's Army: Strategic Implications of the Disease During the American Revolutionary War. The Journal of Military History. 68, 381-430.*

До сих пор нет единого мнения, когда на Руси появилась оспа. Практически единственными источниками сведений о повальных (эпидемических) болезнях в древней Руси служат летописи, начиная с 1097 г., а с середины XVII века первое Полное собрание законов Российской империи. Основываясь на этих источниках, можно проследить, как изменялись, усложнялись, совершенствовались мероприятия по борьбе с эпидемиями, но они мало сообщают о характере эпидемии, ее масштабах.

Известный историк В.О. Губерт (1862–1941), указал, что одно из первых описаний эпидемий оспы в русских летописях, в частности в Никоновской, относится к 1427 г., когда на Руси «Мор бысть велик во всех градах русских по всем землям, и мерли прыщем ...».³⁴ Первое правительственное распоряжение относительно оспы появилось в царствование Федора Алексеевича – именной указ № 826 от 8 июня 1680 г., где говорилось, что тем, которые имели доступ ко двору, объявлено, чтобы они не имели никакого сообщения с особою государя, пока у них в доме не пройдет болезнь. За неисполнение этих правил виновный подвергался строгому наказанию: «И тот за такую их бесстрашную дерзость и за неостерегательство Его Государева здоровья, по сыску быть в великой опале, а иным и в наказаньи, и в разореньи без всякого милосердия и пощады, и поместья их, и вотчины взяты будут на него, Великого Государя, и отданы в раздачу бесповоротно».³⁵

Эти мероприятия имели прямое отношение главным образом к особе государя и окружающим его лицам. О массовом характере профилактических мероприятий в России не шло.

В царствование Петра I вышло более десятка указов о мерах по недопущению распространения инфекционных заболеваний. Издавались они и позже. Во время оспенной эпидемии в Петербурге в 1727 г. было распространено строгое распоряжение о прекращении доступа населения на Васильевский остров, где находилась в то время резиденция четырнадцатилетнего царя Петра II. В указе от 10 декабря 1722 г. № 34130, п. 39 требовалось срочно сообщать о всех случаях оспы в Поллицейстерскую канцелярию. Несмотря на все меры, инфекция была

³⁴ Губерт В. О. *Оспа и оспопрививание. Исторический очерк до XIX столетия.* СПб.: Типография П.П. Сойкина; 1896.

³⁵ *Полное собрание законов Российской империи. Собрание 1-е / Под ред. М.М. Сперанского.* СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии; 1830; т. 2: 269.

занесена во дворец, по предположению князем С.Г. Долгоруким, у которого оспой болели дети. Петр II заболел оспой и умер (1730 г).

Во время царствования Елизаветы Алексеевны эпидемия оспы вспыхнула в Петербурге в 1741 г. Она инициировала указ от 11 февраля 1742 г. № 8512 «О воспрещении проезда ко дворцу лицам, у которых в домах окажется оспа...», в котором, оговаривались меры по изоляции больных.

Вариоляция как метод предохранения от оспы пришла в Россию из Западной Европы. Имеются сведения, что в 1741 г., когда в Петербурге вспыхнула эпидемия оспы, греческим врачом Д. Манолаки было предложено императрице Елизавете Петровне произвести предохранительную прививку. Помня об участии своего племянника Петра II и опасаясь за свою жизнь, Елизавета Алексеевна, тем не менее, так и не решилась на инокуляцию оспы.

Первой областью, где она была введена, была Лифляндская губерния (название территории северной Латвии и южной Эстонии в XVII – начале XX века). Имеются относящиеся к 1756 г. сведения, что здесь доктор Шуленius удачно применил вариоляцию в Дерптском округе.

В Петербурге первые прививки были проведены в 1764 г. главным врачом русского флота А.Г. Бахерахтом и доктором И.З. Кельхом. В 1765 г. доктор медицины, член Императорского вольно-экономического общества, ученый секретарь медицинской коллегии Х. Пекен (1731–1779) сделал доклад об оспе и оспопрививании, который напечатал в Трудах Вольно-экономического общества и выпустил отдельным изданием.³⁶

На заседании Комиссии для сочинения проекта нового уложения (законодательства) 11 декабря 1767 г. депутат Медицинской коллегии доктор Г.Ф. Аш (1729–1807) обратил внимание коллег на успехи Западной Европы в борьбе с оспой, особенно в Англии и на территории Российской империи в Лифляндии и Эстонии. Приводя успешные примеры, он убеждал собравшихся разделить его мнение, «...что вернейшим средством для предохранения русского населения от оспенных эпидемий следует признать искусственное заражение этою болезнью».³⁷

³⁶ *Способ, как сельским обывателям пользоваться себя в оспе; сочинение Пекена; перевел Алексей Протасев. Санкт-Петербург, 1766 г*

³⁷ *Губерт В. О. Оспа и оспопрививание. Исторический очерк д XIX столетия. СПб.: Типография П.П. Сойкина; 1896.*

Одним из тормозов введения и развития не только вариоляции, но в последующем и вакцинации были существовавшие в российском обществе, как в других странах, предрассудки против прививки оспы. Вариоляция производилась в специальных оспенных домах, в воспитательных домах и учебных заведениях (училище при Академии художеств, кадетский корпус, Смольный институт). Прививались в основном дети, начиная с первого года жизни.

В России вариоляция была внедрена императрицей Екатериной³⁸. Ее пример способствовал распространению прививки оспы в 1770—1780-е годы, и по числу привитых Россия не только сравнялась с европейскими странами, но и опередила их. В память привития оспы Екатерине II было отчеканено 12 медалей по Сенатскому указу от 14 мая 1772 г. Екатерина «не только осмелилась быть из первых», но и повелела обнародовать описание своей болезни, «чтоб и другие, употребляя те же средства, удобно предохраняли себя от опасностей...».³⁹

Вызывает искреннее восхищение поступок Екатерины II, так как на своем примере впервые государственный деятель показал эффективность новации в медицине на себе, но и последующие ее указы говорили, о том, что забота о здоровье населения также вдохновляло ее на этот опасный эксперимент. Однако Екатерина понимала, что распространение прививки все еще недостаточное. Иницируется целый ряд мероприятий правительственного характера. Для производства вариоляции были открыты новые оспенные дома: в Иркутске (1772), Киеве, Царском Селе, Ижоре.

Вместе с открытием оспенных домов был усилен врачебный контроль санитарного состояния различных местностей. Издавались указы о запрещении больным или имеющим больных в доме посещать церкви, приглашать знакомых на похороны, вносить покойника в кладбищенскую церковь, а кладбищенские священники вообще изолировались от остальной иерархии священнослужителей.

³⁸ Микиртичан Г.Л. (2016). Из истории вакцинопрофилактики: оснопрививание. *Российский педиатрический журнал*. 19, 55–62.

³⁹ Димсдаль Ф. *Нынешний способ прививать оспу, к которому прибавлено несколько опытов учиненных для усмотрения следствий, чтоб лечить подобным же образом и естественную, или природную оспу: к сему переводу прибавления, которых содержание означено после предисловия: Пер. с англ. по 4 изд. Сичкарева Л.* СПб.: Императорская Академия Наук; 1770.

В те же годы Медицинская коллегия командировала врачей в другие города для проведения оспопрививания. Всего с 1756 по 1780 г. в России было сделано 20 090 прививок против оспы. Первоначально правительство назначало денежные награды родителям за каждого ребенка, принесенного в оспопрививательное заведение. А врачам вменялось в обязанность проводить прививки в каждом доме, где появится в этом необходимость. За успешное привитие оспы выдавалась золотая, серебряная или бронзовая медаль. С середины 50-х годов XVIII века до 1780 г. число привитых в России превысило 20 000 человек.⁴⁰

В 1770 г. в Санкт-Петербурге было опубликовано два сочинения: официальное наставление о прививании оспы, включенное в Полное собрание законов Российской империи № 13 445, 30 марта 1770 г., с. 47–52. «Краткое и ясное наставление, каким образом содержать больного как в натуральной, так и прививной оспе по методу господина барона Димсдаля».

Второе – сочинение Ф. Димсдаля «Нынешний способ прививать оспу...», приложение к которому стало своеобразным медицинским дневником, где врач подробно, день за днем, описывает состояние Екатерины после прививки.

Многочисленные данные об опасности вариоляций способствовали появлению свидетельств ряда исследователей Англии, Германии, Дании, но это не остановило исследователей по дальнейшим экспериментам и английский сельский врач Э. Дженнеру (Edward Jenner, 1749–1823), был первым, кто представил и опубликовал доказательство того, что вакцинация эффективна.

Успехи вакцинации привели к тому, что вариоляция стала уходить в небытие и ее в конце концов, запретили в Англии в 1840 г.⁴¹ В Россию изобретение Э. Дженнера проникло в октябре 1801 г., первую вакцину прислал в Москву из Бреславля доктор Friese: вакцинной лимфой были пропитаны нитки и палочки из слоновой кости. Вдовствующая императрица Мария Федоровна, начальница над Обществом благородных девиц и воспитательными домами, находившаяся в это время в Москве по случаю коронации сына Императора Александра I, поручила за-

⁴⁰ Губерт В. О. *Оспа и оспопрививание. Исторический очерк до XIX столетия.* СПб.: Типография П.П. Сойкина; 1896.

⁴¹ Wolfe R. M., Sharp L. K. *Anti-vaccinationists past and present.* *Br.Med. J.* 2002; 325: 430.

няться опытами прививания вакцины питомцам Московского воспитательного дома.

Первая прививка в октябре 1801 г. была выполнена публично в присутствии Совета воспитательного дома, придворных, лейб-медиков и других почетных особ воспитаннику этого дома Антону Петрову, прививку успешно сделал известный врач Е. О. Мухин (1766–1850).⁴²

В декабре 1801 г. было решено проводить вакцинацию всех детей даже с 7–8-дневного возраста, не обращая внимания на различные заболевания, сопровождающие этот возраст. Это же указание было повторено в 1807 г.⁴³ Позже было принято решение о вакцинировании детей только по достижении ими 3 мес, причем питомцев, находившихся на воспитании в деревнях, приказано было привозить для этой цели в город. В 1804 г. предписано было объездным лекарям в случае необходимости повторять прививку, и даже неоднократно. За период с 1801 по 1810 г. в Петербургском воспитательном доме вакцинация была сделана 18 626 детям. С 1804 по 1810 г. в 52 губерниях в России вакцинация была проведена 937 080 детям.⁴⁴ Как и в других странах, в России вакцинация встречала сопротивление части населения, ряда священнослужителей и некоторых врачей. Распространению вакцинации способствовала активная пропаганда этого метода отечественными врачами, а также выход официальных инструкций и распоряжений об оспопрививании (**прививание было не обязательным**). Интересным фактом является указ Синода 1804 г., предлагающий священникам распространять в народе правильный взгляд на прививание коровьей оспы и развеять существующие в некоторых местностях против нее предрассудки.⁴⁵

В 1805 г. министр внутренних дел разослал циркуляр, в котором предписывалось всем врачебным управам заниматься оспопрививанием, «...поставив предмет сей в непременную обязанность уездных ме-

⁴² Шер С.А. *История оспопрививания в Императорском Московском воспитательном доме. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2011; 4: 58–61..

⁴³ Губерт В. О. *Оспа и оспопрививание. Исторический очерк до XIX столетия.* СПб.: Типография П.П. Сойкина; 1896.

⁴⁴ Губерт В. О. *Оспа и оспопрививание. Исторический очерк до XIX столетия.* СПб.: Типография П.П. Сойкина; 1896.

⁴⁵ Губерт В. О. *Оспа и оспопрививание. Исторический очерк до XIX столетия.* СПб.: Типография П.П. Сойкина; 1896.

дицинских чиновников». В то же время от медицинских чинов требовали строго следить за тем, чтобы вакцинация проводилась только свежей лимфой, а «не из сухого оспенного струпа», не дозволялось производить прививание людям «не имеющими на то никакого дозволения».

Мария Федоровна находилась в переписке с Э. Дженнером, неоднократно выражала ему свою признательность. По окончании наполеоновских войн Э. Дженнер в 1814 г. посетил Россию и был представлен Великой княгине Елене Павловне и Императору Александру I, который сказал ему: «Доктор Дженнер, вы должны быть очень счастливы: сознание добра, сделанного вами человечеству, должно быть для Вас источником неисчерпаемого наслаждения, и мне приятно слышать, что Вы снискали себе благодарность, похвалу и воздаяние от людей».⁴⁶

В течение XIX века неоднократно поднимался вопрос о введении в России обязательного оспопрививания, однако все законопроекты отклонялись.

Краткая история оспопрививания и взгляд современного этико-правового регулирования, не смотря на высокую и благородную цель – ликвидации опустошительных эпидемий натуральной оспы, объектом своих исследований, экспериментов, ученые и врачи практики избирали преимущественно детей.

Трудно представить подобное в наше время, если бы законодательство запрещало подобные эксперименты в то время, смогли ли мы наблюдать полное исчезновение оспы. Если бы Дженнер жил в наше время, то проведенный им эксперимент нельзя было бы применять на практике и вообще исполнять. Так как он совершенно не соответствует современным требованиям нормативно-правовой документации и законодательству в сфере вакцино- и иммунопрофилактики.

Разработка прививки против оспы Э. Дженнером названа гениальным открытием, опередившим время. Оно послужило исходной точкой для ряда других великих открытий: предохранительной вакцинации сибирской язвы, лечения бешенства, дифтерии, коклюша, полиомиелита и др.

Термин «вакцина» произошел от латинского слова *vassa* – корова, его ввел французский микробиолог Луи Пастер (1822–1895) в честь Э. Дженнера.

⁴⁶ Святловский В. В. *Эд. Дженнер. Его жизнь и научная деятельность*. СПб.: Тип. Ю. Н. Эрлих; 1891.

В 1881 г. на Международном съезде врачей в Лондоне Л.Пастер сделал свой исторический доклад о научных основах метода прививок против заразных болезней. «Я придал слову вакцинация более широкое значение, – сказал Пастер, – в надежде, что наука освятит его как выражение признательности к заслугам и неизмеримой пользе, принесенной одним из величайших людей Англии – Дженнером».⁴⁷ Благодаря международным усилиям натуральная оспа стала первым заболеванием, которое удалось победить человечеству с помощью вакцинации, на XXXIII сессии ВОЗ в 1980 г. торжественно объявлено о ликвидации оспы в мире.

Первоначально изобретенные вакцины прекрасно себя показали именно на бактериальных инфекциях, благодаря Пастеру, Коху и их последователям. Но что же делать с вирусными инфекциями. Как известно вирус не жизнеспособен без живых тканей. Историю появления противовирусных вакцин нагляднее всего показать на примере полиомиелита.

Полиомиелит – детский спинномозговой паралич, острое, высококонтагиозное вирусное инфекционное заболевание, обусловленное поражением серого вещества спинного мозга полиовирусом и характеризующееся преимущественно патологией нервной системы.⁴⁸ Группами риска являются чаще всего дети, хотя заболеть могут люди абсолютно из любой возрастной группы.

К разработке вакцины от полиомиелита стремились многие исследователи. Первые шаги в эту сторону удалось сделать, когда разработали методы культивирования вирусов в культурах тканей (о том, как работают с культурами клеток и тканей, мы подробно рассказывали в статье «12 методов в картинках: клеточные технологии».⁴⁹ Полиомиелит был очень важной целью, потому неудивительно, что сразу несколько групп начали разрабатывать вакцину.

История вакцинации против полиомиелита ознаменовалась несколькими публичными осуждениями врачей, которые практически решили проблему ликвидации полиомиелита с помощью вакцинации,

⁴⁷ *Оспопрививание. В кн.: Энциклопедический словарь. СПб.: Изд. Брокгауз и Эфрон; 1897; т. 22: 310 с.*

⁴⁸ *Disease Ontology release 2019-05-13 – 2019-05-13 – 2019.*

⁴⁹ *Polio vaccines: WHO position paper, January 2014. (неопр.) // Wkly Epidemiol Rec. – 2014. – 28 February (т. 89, № 9). – С. 73–92. – PMID 24707513.*

но не смогли доказать публично ее эффективность, что отбросило создание эффективной вакцины почти на 20 лет. Исследователи Американской ассоциации общественного здоровья (American Public Health Association) Джон Кольмер из института Темпла в Филадельфии и молодой 30-летний исследователь из Нью-Йорка Морис Броди были подвергнуты осуждению коллег за применение ослабленной живой вакцины у 10725 детей с трагическими последствиями только у 10 из них, а у Бродиды среди привитых 7500 только у 6 детей были осложнения, но он применял вакцину убитую формальдегидом.⁵⁰ Это хороший результат для новой вакцины. Однако судьба этих ученых оказалась предрешена и метод был не одобрен.

Успех произошел только в 1950-х годах и связан с именами еще двух исследователей — Джонаса Солка и Альберта Сейбина. Полиомиелит свирепствовал повсеместно и вакцину давно ждали. Сольк разрабатывал вакцину по методу Бродиды — убитую формальдегидом, а Сейбин — живую ослабленную вакцину.⁵¹ Вакцина Сейбина закапывали в рот, таким же путем, как в организм попадает обычный полиовирус. Результат работы Сейбина оказались эффективнее вакцины Солка (иммунитет длился дольше), но и побочные эффекты случались значительно реже.

В настоящий момент для совмещения преимуществ обоих видов вакцины, детей сначала прививают убитым вирусом, а после нескольких процедур переходят на ослабленный. Это позволяет получить сильную защиту практически без риска побочных эффектов.⁵² Вакцинация против полиомиелита позволила практически избавить детское население от данного тяжелого заболевания, но вместе с тем, показало необходимость разрабатывать профилактические государственные программы, основанные на бесплатном и добровольном принципе их применения в России.

⁵⁰ Williams G. *Paralysed with Fear: The Story of Polio*. Springer, 2013. - 354 p.

⁵¹ A. B. Sabin. (1985). *Oral Poliovirus Vaccine: History of Its Development and Use and Current Challenge to Eliminate Poliomyelitis from the World*. *Journal of Infectious Diseases*. 151, 420-436.

⁵² J. F. Modlin, N. A. Halsey, M. L. Thoms, C. K. Meschievitz, P. A. Patriarca, the Baltimore Area Polio Vaccine Study Group. (1997). *Humoral and Mucosal Immunity in Infants Induced by Three Sequential Inactivated Poliovirus Vaccine-Live Attenuated Oral Poliovirus Vaccine Immunization Schedules*. *Journal of Infectious Diseases*. 175, S228-S234.

4. Становление отечественной школы медико-профилактического дела в России в конце XIX начале XX веков.

История развития русской медицины, врачебного дела во второй трети XIX века характеризуется выдающимися достижениями отечественной науки в естествознании, экспериментальных исследованиях. Большой вклад в мировую науку внесли передовые русские врачи (М.Я. Мудров, Е.О. Мухин, И.Е. Давыдовский и др.). Они способствовали внедрению профилактики среди населения России, созданию условий борьбы с массовыми заболеваниями, внедрению профилактических принципов в деятельность врачей, работавших непосредственно с семьей. Так была подготовлена почва к переходу к земской медицине.

В 1855 г. на престол вступил Александр II. За четверть века царствования Александра II произошли чрезвычайно важные политические и экономические изменения, затронувшие многие стороны жизни России, в том числе и здравоохранение. В январе 1864 г. Александр II издал “Положение о губернских и уездных учреждениях”,⁵³ в котором кроме административных реформ предписывалось органам местного самоуправления содержание в т. ч. содержание больниц, богаделен и приютов, организация медицинской помощи в деревне и т.д.

В середине XIX в. около 90 % жителей России проживало в сельской местности, общий уровень заболеваемости был чрезвычайно высок, что объяснялось низким экономическим и образовательным уровнем селян, а также несовершенством существовавшей системы здравоохранения.⁵⁴ В 1864 г. в России насчитывалось 34 земских и 14 неземских губерний. Чтобы приблизить медицинскую помощь к нуждающимся, в каждом уезде земской губернии было образовано по 4 - 5 врачебных участка с радиусом обслуживания около 15 верст и больницей в центре участка. В среднем, в центральной части России одна больница приходилась на 100 селений (20000 жителей); в восточной - на 300-400 селений (60000 жителей). Основной структурной единицей в работе земского врача была крестьянская семья - крестьянский двор.

В Уставе земской медицины⁵⁵ было записано, что земские лечебные заведения и состоящий при них персонал имеют своей целью служе-

⁵³ Полное собрание законов Российской Империи. Собрание. Отд. I. Т. 39. № 40457. С. 1–10

⁵⁴ Гиккель Э.И. Положение земской медицины в Тамбовской губернии. // *Общественный врач.* - 1911.- № 9. - С. 17-26.

⁵⁵ Мышь М. И. Положение о земских учреждениях 12 июня 1890 г. со всеми относящимися к нему узаконениями, судебными и правительственными разъяснениями. Т. 1. Издание 3-е. - СПб., 1900.

ние сельскому населению приписанных к ним участков, чем и определяется круг их деятельности. Было отмечено, что поскольку крестьяне предпочитают лечиться у себя дома, без особой нужды помещать их в лечебницы не следует.⁵⁶

В 1892-1893 г. для организации мероприятий по предупреждению возникновения и распространения заболеваний, вызванных особо опасными инфекциями, при земских управах были созданы санитарно-исполнительные комиссии. Одной из форм профилактической работы земского врача, особенно при угрозе эпидемии, стали подворные обходы, которые можно условно рассматривать как прообраз современной диспансеризации населения.⁵⁷

Для координации финансово-хозяйственной деятельности земской медицины во многих уездах были образованы совещательные “санитарные” или “врачебные” советы, или “санитарные комиссии”, состоящие из земских врачей уезда, нескольких доверенных лиц (так называемые “гласные”), которых выбирало земское собрание и члены земской управы; руководил работой председатель земской управы.⁵⁸

Финансовой основой земств являлись налоги с крестьянских дворов (в том числе и на содержание земской медицины). Первоначально земства брали плату за лечение в больницах и амбулаториях, плата для того времени была немалой 6- 9 рублей в месяц. Однако уездные земства постоянно снижали эту плату, отменяли ее то для одной, то для другой категории больных. В результате, начиная с 80-90 годов XIX в., земства отказались от взимания платы сначала за стационарное, а затем и за амбулаторное лечение, за фельдшерский, а в дальнейшем и за врачебный прием.

При этом плата за стационарное лечение сохранилась к 1910 г. главным образом в уездных городских больницах и только для пациентов из других уездов. В 1903 г. Правительство утвердило специальное “Положение об управлении земским хозяйством”, в статье 104 которого было указано, “что во всех содержимых на земские средства сельских

⁵⁵ Мышь М. И. Положение о земских учреждениях 12 июня 1890 г. со всеми относящимися к нему узаконениями, судебными и правительственными разъяснениями. Т.1. Издание 3-е. - СПб., 1900.

⁵⁶ Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И. Русская земская медицина. - М. - 1899. - 340 с.

⁵⁷ К полувековому юбилею земств. // Практический врач. - 1914. - № 3. - С. 12-18.

⁵⁸ Никольский Д.П. Обзор деятельности губернских съездов земских врачей в России. - СПб, 1888-1892. -Вып. I-III.- С. 90-91.

лечебных заведениях жители губернии пользуются бесплатной медицинской помощью”.⁵⁹

К концу XIX в. значительный рост доходов земских врачей явился стимулом для перехода многих из них на постоянную работу на двух-трех сельских участках. Увеличилась и общая численность земских врачей: если в 1870 г. в земских губерниях работало всего 613 земских врачей; в 1890 г. - 1818; то в 1910 - уже 3802. Проводимые мероприятия дали положительные результаты: в 1867 г. смертность в России на 1 тыс. жителей составляла 37 человек; в 1887 г. - 34; в 1907г. - 28; а в 1917 - 27.⁶⁰

С 1870 г. число земских врачей увеличилось в 5 раз; врачебных участков - в 5,5 раз; лечебниц - в 20 раз; количество жителей, обслуживаемых одним врачом, уменьшилось с 95 тыс. до 28 тыс.⁶¹

Земская медицина явилась в жизни России совершенно уникальным фактором национального общественного (публичного) служения исключающего в принципе преимущество сильных и богатых.

Анализ литературных произведений (В.В. Вересаев, А.П. Чехов, А.М. Горький и др.) и исторических материалов свидетельствует, что социальный статус врача в российском обществе и в семье был чрезвычайно высок.^{62, 63}

Земская медицина, по нашему мнению, является исторической основой российского общественного здравоохранения, началом профилактических принципов в организации охраны здоровья населения России.

В этот период в XIX веке и на Западе и в России активно начинает развиваться новая научная дисциплина - гигиена, истоки которой уходят в начальные периоды жизни человеческого общества, но фрагментарно присутствовавшая в практической деятельности земских медиков. Развитие медицины в России XIX в. нашли выражение в направ-

⁵⁹ *Свод узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части в Империи 1895-1898 гг. / под ред. Рагозина Л.Ф., Вып. I-III. Спб. - Издат. Мед. департамента. - С. 28-39.*

⁶⁰ *Труды Комиссии по вопросу об уменьшении смертности в России. - СПб., 1888. - Вып I-II. - С. 15-18.*

⁶¹ *Левит М.М. Земская медицина. // БМЭ.- М.- 1978. Т. I - С. 437-441.*

⁶² *К полувековому юбилею земств. // Практический врач.- 1914. - № 3.- С. 12-18.*

⁶³ *Гиккель Э.И. Положение земской медицины в Тамбовской губернии. // Общественный врач. - 1911.- № 9. - С. 17-26.*

лении и содержании деятельности виднейшего русского клинициста-терапевта этого времени С.П. Боткина (1832-1889).⁶⁴ По его инициативе в 1884 г. были введены должности так называемых думских врачей - содержавшихся городской управой участковых врачей для бесплатного обслуживания нуждающегося населения и проведения противоэпидемических мероприятий. Это был первый в России и во всем мире пример участковой медицинской помощи в городах.^{65, 66} Многочисленные общественно-медицинские начинания, инициатором или проводником которых явился С.П. Боткин, были сильно ограничены и практически трудно осуществимы в России того времени, главным образом из-за кадрового дефицита.

В последующие трудные годы становления Советской республики профилактические принципы, разработанные отечественными учеными-клиницистами по-существу спасли страну от эпидемий и способствовали накоплению уникального опыта развития общественного здравоохранения, особенно важного для развивающихся стран.

Таким образом, идеи создания публичной врачебной службы, основанной на профилактической медицине, впервые появились в России значительно раньше чем во многих европейских странах и США.

Данные принципы носили гуманный, демократический характер, имели в своей основе уникальный опыт государственного подхода к сохранению общественного здоровья населения России, вместе с тем учитывалось и стремление общества основанного на особенностях культурных, религиозных традиций, к сохранению автономии личности добровольности принятия решений в медицине включая и профилактическую вакцинацию, методы диспансерного подхода в сохранении здоровья. **Остановимся кратко на анализе этого опыта.**

5. Развитие профилактического принципа на основе диспансерного метода в СССР. Успехи и неудачи.

В послереволюционные годы у истоков отечественного здравоохранения стояли врачи Н.А. Семашко, З.П. Соловьев, В.А. Обух, И.В. Русаков, С.И. Мицкевич, В.М. Бонч-Бруевич, В.П. Лебедева и другие,

⁶⁴ Боткин С.П. *Письма из Болгарии*. - СПб., 1893. - С.199.

⁶⁵ Жбанков Д.Н. *Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России*. - М., 1915. - 552 с.

⁶⁶ *Петроградская городская дума в 1913-1915 г.г.* - Петроград. - 1915. - С. 173-176.

работавшие до революции в земствах. Они возглавили борьбу с эпидемиями и детской смертностью.

На первых этапах становления государственного советского здравоохранения провозглашенные социальные гарантии не давали существенных преимуществ по сравнению с предыдущим периодом.⁶⁷ В эти годы медико-демографические показатели оказываются более низкими, чем в 1913 г. Хотя в “благополучном” довоенном 1913 году в Петербурге было зарегистрировано 78 тыс. различных инфекционных заболеваний и около одной трети всех умерших умерли от этих заболеваний.⁶⁸

Смертность населения (на 1000 человек) составляла почти 23,0, а из 1000 родившихся детей свыше 230 умирали, не дожив и до 1 года. Средняя продолжительность жизни населения Петербурга равнялась всего лишь 34 годам. (36) В этих условиях переход к государственному здравоохранению, внедрение профилактического метода, как основы всей системы здравоохранения России был исторически оправдан.⁶⁹

Безусловно, массовый характер санитарно-эпидемических и лечебных мероприятий заслонил семейный принцип, ликвидировал индивидуальный подход в вопросах здоровья и профилактики, тем более, что В.И. Лениным был провозглашен приоритетным принцип охраны здоровья рабочих. “В стране, которая разорена, первая задача - спасти трудящегося! Первая производительная сила всего человечества есть рабочий, трудящийся. Если он выживет, мы все восстановим”.⁷⁰ В этих рамках врач перестает быть работником, свободным от идеологических представлений, индивидуальным предпринимателем - он служит государственной идеологии марксизма-ленинизма.⁷¹ Однако, выбранный государством курс на массовые профилактические коллективные

⁶⁷ Заблудовский П.Е., Крючок Г.Р., Кузьмин М.К., Левит М.М. *История медицины*. - М.: Медицина., 1981. - 352 с.

⁶⁸ Нейштадт Э.Д. *Место здравоохранения в общем плане социалистического строительства хозяйства и культуры нашей страны. // Вопросы здравоохранения*. - 1929. - № 16 - 17. - С. 74 - 79.

⁶⁹ Кац Я.Ю. *Профболезненность и лечебная помощь. // Еженедельник Мос-горздраводела*. - 1924. - №4. - С. 43-46.

⁷⁰ Ленин В.И. *Полн. собр. соч.* - Т. 38. - 359 с.

⁷¹ Нейштадт Э.Д. *Место здравоохранения в общем плане социалистического строительства хозяйства и культуры нашей страны. // Вопросы здравоохранения*. - 1929. - № 16 - 17. - С. 74 - 79.

санитарно-эпидемиологические и медико-санитарные мероприятия, привели к определенным успехам в борьбе с инфекционными заболеваниями. В этот период активно стал развиваться диспансерный метод, взятый на вооружение у европейских систем здравоохранения.^{72, 73}

Применение диспансерного метода началось с 1923 года прежде всего в борьбе с профессиональными заболеваниями, изучении условий труда и быта с точки зрения влияния их на состояние как самого больного, так и течения его болезни.^{74, 75, 76}

Был намечен план перехода всей лечебно-санитарной организации на профилактическую борьбу с вредными условиями труда и быта. Сущность диспансеризации заключалась в учете нуждаемости в распределении лечебно-социальной помощи: "Учаспред" - такой формулой обозначил эту акцию В.А. Обух.⁷⁷

Определенное положительное влияние на развитие оздоровительных начал в обществе оказало создание профилактических учреждений: диетических столовых, ночных профилакториев, физиотерапевтических площадок. Количество охваченных диспансеризацией предприятий и учреждений увеличивалось из года в год. Постепенно у руководителей здравоохранения и практических врачей, связанных с вопросами использования результатов первичных осмотров, нарастала озабоченность невозможностью использования накопившейся информации.^{78, 79} В целом верный подход к оздоровлению быта семьи не учи-

⁷² Базанов Н.В. *Плановые перспективы диспансеризации городского населения: Автореф. дис. канд. мед. наук.* - Л., 1965. - 256 с.

⁷³ Оппенгейм Д.Г. *Единый диспансер - система социального здравоохранения.* // *Бюллетень отдела здравоохранения Московского Совета РК и РД.* - 1929. - № 21-27. - С. 289-309.

⁷⁴ Никитский С. *К вопросу о последующем диспансерном наблюдении.* // *Еженедельник Мосгорздравотдела.* - 1925. - № 2. - С. 1109-1117.

⁷⁵ *Обзор работы МОЗ по организации и изучению профессиональной болезненности.* // *Еженедельник Мосгорздравотдела.* - 1923. - № 29. - С. 16-18.

⁷⁶ Обух В.К. *К выполнению наказа.* // *Еженедельник Мосгорздравотдела.* - 1923. - № 43. - С. 1-8.

⁷⁷ Гинодман А. *Как идет диспансеризация.* // *Еженедельник Мосгорздрава.* - 1926. - №5. - С. 254-256.

⁷⁸ Боголепова Л.С. *Роль повторных осмотров и текущей амбулаторной посещаемости в системе диспансеризации.* // *Ежегодник Мосгорздравотдела.* - 1926. - № 34-35. - С. 478-482.

⁷⁹ Гуревич С.А. *Здравоохранение на новом этапе. Мосгорздравотдел.* - М. - 1929. - 44 с.

тывал возможностей того времени, прежде всего в недостаточном кадровом обеспечении. Качественные показатели здравоохранения такой подход существенно не улучшил, но руководство страны приняло решения на увеличение кадрового состава, коечного фонда, амбулаторно-поликлинических учреждений, что в условиях развивающегося государства было очевидно правильным решением.⁸⁰

Для профилактических мероприятий были привлечен огромный кадровый состав российского здравоохранения. Вся страна включилась в борьбу за здоровых образ жизни, профилактику в основном массовых инфекционных заболеваний. Это дало ощутимый эффект.

В последующие годы экстенсивный путь развития советского здравоохранения безусловно сыграл положительную роль в отечественной системе охраны здоровья и явился примером для многих развивающихся стран. За сравнительно короткий период времени советским здравоохранением были достигнуты большие успехи в быстрой ликвидации эпидемических и социальных болезней.⁸¹ Увеличилась средняя продолжительность жизни более чем в 2 раза; общая смертность снизилась в 3 раза; а детская смертность - в 11 раз. Полностью ликвидированы были такие опасные болезни как холера, чума, оспа и дифтерия, резко сократилась заболеваемость туберкулезом, полиомиелитом и другими заболеваниями.⁸²

Это не осталось без внимания ВОЗ, опыт России был оценен весьма высоко. В 1978 году 12 сентября в Алма-Ате на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи была принята декларация, актуальная и по сей день. Согласно 5 пункту данной декларации именно ПМСП основанная на профилактических принципах является основным инструментом в достижении всеми народами мира достаточного уровня здоровья для ведения продуктивного в социальном и экономическом плане образа жизни.⁸³

⁸⁰ Гуревич С.А. Поменьше врачей, побольше сестер. // Ежегодник Мосгор-здравоотдела. - 1926. - № 23. - С. 348-350.

⁸¹ Петровский Б.В., Александров О.А., Алексеев В.А. и др.. Здравоохранение // БМЭ.-М. - 1978.- Изд.3-е. - Т. 28. - С. 337 - 428.

⁸² Свешников А.В. В.И. Ленин и становление здравоохранения Петрограда - Ленинграда. // Научные труды Ленинградского государственного института усовершенствования врачей им. С.М.Кирова. - Л., 1970. - С. 239.

⁸³ Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи // Хроника ВОЗ. - 1979. - Т. 33. - № 3. - С. 123 - 156.

Также на успехи данного периода обратил внимание выдающийся американский ученый E. Sigerist, который в своем уникальном труде приводит в пример систему здравоохранения России, как образцовую и достойной применения для многих стран.⁸⁴

Особенно опыт СССР был полезен для развивающихся стран применивших бюджетную (система Бевериджа) модель здравоохранения. Данная модель основана на бюджетном праве и финансируется из консолидированного бюджета страны, с участием медицинских организаций, как правило, государственного сектора (государственных учреждений). Система государственного здравоохранения (национальная система) существовала в СССР вплоть до перехода на рыночные отношения (80-х годов до начала 90-х годов прошлого столетия). Поскольку основой кадровой политики в здравоохранении были служащие государственных медицинских учреждений созданных государством для обеспечения качественной и доступной медицинской помощи на всех уровнях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), специализированной (высокотехнологичной) медицинской помощи, невыполнения плана профилактических мероприятий строго наказывалось.

Можно говорить о жестком управлении здравоохранением того периода, но при этом отсутствовал принцип принуждения в отношении населения СССР. Говоря о причинах такого успеха можно назвать государственный характер профилактических мероприятий и кадровую политику в сфере здравоохранения. Существенной особенностью применения профилактического метода было его реализация через производственные коллективы и предприятия различных отраслей хозяйствования. В этот период широко были развиты медико-санитарные части на различных производствах, что способствовало непрерывности и доступности профилактической работе среди трудящихся коллективов.⁸⁵ (Акулин к.м.н. диссер) Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) была приоритетна в системе здравоохранения СССР, что было главным условием улучшения здоровья населения.

Однако этот период не был достойно оценен в Российской Федерации и в последующих периодах развития страны. Правительством не были учтены общемировые тенденции – выход на первое место хрониче-

⁸⁴ *Medicine and human welfare by Henry E. Sigerist, M.D., D., L it t. Wil L IAMH. WEL CH Professor of history of medicine in the Jon Hopkins University. New Haven-Yale University Press. London – Humphrey Mil Ford. Oxford University Press. 1941, - P -146.*

⁸⁵ *Акулин кандидатская.*

ческой патологии в связи с успехами в борьбе с массовыми инфекционными заболеваниями. Особенно отход от профилактического принципа здравоохранения негативно сказался на последующих этапах развития государства и перехода на рыночные отношения в период перестройки.

Стали замедляться медико-демографические показатели, к концу 80-х годов основные достижения отечественного здравоохранения были потеряны. Снизилась заработная плата медицинских работников, появился кадровый дефицит. Заметно снизилась рождаемость, стала увеличиваться смертность населения, ухудшились положение медицинских работников, наметился серьезный кадровый дефицит, особенно в сельской местности, в отдаленных территориях СССР.⁸⁶

Новая обстановка требовала новых научно-методических подходов и перестройки здравоохранения еще в 50-60-е годы. 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 учетом профилактической направленности, с включением материальных стимулов, наконец, с новыми подходами к подготовке кадров. Это привело к негативным медико-демографическим показателям и замедлению роста средней продолжительности жизни в стране.⁸⁷ Однако, руководством отрасли для исправления ситуации была выдвинута идея всеобщей диспансеризации, в принципе правильная, но рассчитанная на территориально-производственный, массовый принцип реализации. Это был экстенсивный подход к профилактике, хотя и учитывающий оценку качества и эффективности медицинской помощи, но без индивидуальных особенностей человека и семьи. “Конвейерный”, “скрининговый” тип обслуживания не встретил доверия у населения и врачей. Он фактически повторил ошибки раннего этапа диспансеризации в постреволюционный период, еще более отдалил врача и пациента друг от друга.⁸⁸

⁸⁶ Герасименко Н.Ф. Кризис здоровья и здравоохранения как угроза национальной безопасности страны. // *Здоровье населения как фактор обеспечения национальной безопасности России: Аналитический вестник*. - М.: Федеральное собрание - Парламент Российской Федерации. Комитет по охране здоровья Государственной Думы, 1997. - Вып. 12. - С.2-57.

⁸⁷ Венедиктов Д.Д. О некоторых уроках Алма-Атинской конференции. // *Всемирный форум здравоохранения*. - 1982. - Т. 2. - № 4. - С. 20 - 28.

⁸⁸ Стефан У. Дж. Первичная медицинская помощь и будущее медицинской профессии. // *Всемирный форум здравоохранения*. - 1982. - Т.2 - 4. - С. 3-18.

Тем не менее, был накоплен обширный материал, обогативший теорию и практику диспансеризации и социальной гигиены. В 1980 году периодическими профилактическими медицинскими осмотрами было охвачено 112,5 млн. человек, под диспансерным наблюдением находилось 45 млн. больных. Однако объем и качество диспансеризации еще не отвечал поставленным задачам.⁸⁹ Простые подсчеты показывали, что для охвата диспансеризацией всего населения, необходимо было подготовить около 300 тысяч врачей, т. е. на 30% больше существующих на тот период кадров. Стало окончательно ясно, что решить задачу оздоровления нации экстенсивными методами развития было невозможно.⁹⁰ В этот период в соответствии с рекомендациями ВОЗ мировое здравоохранение переориентировалось на борьбу с факторами риска основных хронических заболеваний, борьбу за первичную социальную, медико-социальную профилактику и усиление роли первичного звена здравоохранения, как наиболее перспективный метод решения задач укрепления здоровья семьи и общества в целом, с активным вовлечением в этот процесс самого населения.⁹¹

Важно отметить, что в конце 80-х годов Россия находилась в экономическом кризисе, что немедленно сказалось и на системе здравоохранения в целом, особенно на кадровом потенциале. Резко уменьшились бюджетные возможности финансирования здравоохранения. Россия находилась на грани развала здравоохранения. Необходимо было принять срочные меры для нахождения дополнительного источника финансирования.

Было ясно, что применительно к здравоохранению трудно ждать в ближайшие годы резкого увеличения финансирования. Необходимо было искать более эффективные и экономически оправданные модели. Введение системы семейной медицины с созданием общеврачебных практик вполне соответствует этим целям. В сложившихся экономических условиях в Российском здравоохранении вступили в противоречие с интересами врачей первого контакта и работа-

⁸⁹ Демченкова Г.З., Полонский М.Л. *Теоретические и организационные основы диспансеризации населения.* - М. - 1987. - 288 с.

⁹⁰ Кучеренко В.З., Финченко Е.А. *Технология динамического наблюдения за больными в условиях городской поликлиники.* // *Советское здравоохранение.* - 1991. - № 9. - С. 43 - 48.

⁹¹ *Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи.* // *Хроника ВОЗ.* - 1979. - Т. 33. - № 3. - С. 123 - 156.

ющего с ним персонала. В условиях нарастающего кризиса здравоохранения появилась идея перехода на принципы медицинского страхования.⁹²

Здравоохранение не было готово к переходу на новые принципы организации медицинской помощи, основанные на рыночных механизмах, оплаты – медицинской услуги, как экономического эквивалента. Создание многочисленных новых организационно-правовых форм медицинских организаций (акционерных, обществ с ограниченной ответственностью, партнерств и др.), массовый переход кадров в частные медицинские организации еще более усугубило ситуацию в государственном секторе здравоохранения, особенно в реализации профилактических программ. Нарастал кризис в здравоохранении, население стало выражать недовольство качеством и доступностью медицинской помощью.

Для выхода системы здравоохранения государством была выбрана система медицинского страхования (система Бисмарка). Начался новый этап развития отечественного здравоохранения: «Становление обязательного медицинского страхования в РФ». В 1991 году был принят Закон «О медицинском страховании в РФ», который включал в себя и главы регулирующие добровольное медицинское страхование (ДМС). Закон ввел принципы частной инициативы, свободу выбора различных программ медицинских услуг, допуск в систему обязательного медицинского страхования для исполнения Государственного заказа (Программа государственных гарантий) медицинских организаций различных форм собственности. С принятием в 1991 году закона о медицинском страховании и последующем Закона РФ №326 «Об обязательном медицинском страховании»⁹³ закончился период развития профилактического принципа, как основного метода отечественного здравоохранения и начался период рыночных отношений в здравоохранении.

⁹² Герасименко Н.Ф. Кризис здоровья и здравоохранения как угроза национальной безопасности страны. // *Здоровье населения как фактор обеспечения национальной безопасности России: Аналитический вестник.* - М.: Федеральное собрание - Парламент Российской Федерации. Комитет по охране здоровья Государственной Думы, 1997. - Вып. 12. - С.2-57.

⁹³ *Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон №326-ФЗ от 29 ноября 2010 г.: (ред. от 28 декабря 2013 года).* – Доступ из системы КонсультантПлюс. – Текст: электронный.

Поскольку одним из главных недостатков любой системы основанной на рыночных отношениях, в том числе медицинского страхования, является отход от профилактического принципа ввиду его дороговизны и длительного ожидания отдаленных положительных изменений в медико-демографических показателях, для участников данных отношений профилактические программы были не выгодны. В условиях медицинского страхования эффективность функционирования системы оказания медицинской помощи зависит от деятельности первичного звена, ВОП(СВ). Соотношение объемов первичной медико-социальной и специализированной помощи должно измениться в пользу первой, что связано с предположительным расширением профилактической и лечебной работы ВОП(СВ). Должны измениться функции учреждений первичного звена здравоохранения с большей ориентацией на социальную профилактику и донозологическую диагностику. Тем более, что не вызывает сомнения, что в перспективе профилактика (государственная, общественная, медицинская, личная и семейная) должна стать задачей государственной значимости.⁹⁴

Появились программы создание условий максимальной интенсификации деятельности ВОП(СВ)⁹⁵, путем предоставления ему достаточной свободы, в условиях новой публичной службы, освобождения от несвойственной для врача первого контакта заорганизованности, путем передачи ряда функций другим кадрам медико-социальной сферы; материальной заинтересованности. Однако реформа ПМСП и переход к ОВП был практически приостановлен на долгие годы. Ошибки органов управления здравоохранением и традиционный перекоп в сторону специализированной медицинской помощи достиг своего негативного апогея в конце 90-х годов.⁹⁶ Следует отметить, что не был реализован принцип вовлечения в реформу ПМСП (введения семей-

⁹⁴ Дмитриева Т.Б. *О здоровье населения России. // Здоровье населения как фактор обеспечения национальной безопасности России: Аналитический вестник.* - М.: Федеральное собрание - Парламент Российской Федерации. Комитет по охране здоровья Государственной Думы, 1997. - Вып. 12. - С. 41-48.

⁹⁵ 9. *О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача): Приказ Минздравсоцразвития РФ №237 от 26 августа 1992 г.* – Доступ из информационно-правовой базы Гарант. – Текст: электронный.

⁹⁶ Акулин И.М. *Общеврачебная практика в системе здравоохранения Санкт-Петербурга. Автореферат докторской.* – 1996.

ного врача) на муниципальном уровне. Именно на муниципальном уровне управления открываются широкие возможности экономического влияния на состояние здоровья и программы охраны здоровья конкретной территории (общины).⁹⁷ Кроме того, стала развиваться внутренняя конкуренция за потребителя (пациентов) предпочитающих свободу выбора наиболее качественных и особенно, доступных и хорошо обеспечивающих сервисную часть частной системы здравоохранения (вежливое обслуживание, удобство и доступность), системе обезличенного и плохо организованного государственного сектора здравоохранения РФ. С этого момента система здравоохранения перешла в «мир медицинских услуг» и постепенно стала ориентироваться на рынок этих услуг, объем медицинских услуг, план финансового сбора, в ущерб ее качеству. Профилактические осмотры стали одной из форм дохода медицинской организации, а не методом оздоровления и раннего выявления заболеваний. Коммерциализация профилактических осмотров становится самоцелью и часто имеет коррумпированный характер.⁹⁸ Стали нарастать проблемы между пациентами и медицинским персоналом в связи с появлением проблемы «врачебных ошибок», компенсации вреда, морального ущерба, до сих пор не известные населению страны и особенно не понятных для медицинского персонала. Активно стали обсуждать проблемы защиты врачебного состава, подниматься вопросы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Появилась мощная прослойка в адвокатском сообществе занимающаяся «медицинскими делами» (защитой медицинских работников и пациентов)⁹⁹ КОГДА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, А КОГДА СЕКСУАЛЬНОЕ ПРЕСТУПЛЕНИЕ.

Рынок медицинских услуг в отечественном здравоохранении заработал во всю мощь. Конфликтность стала нарастать и на сегодняшний момент медицинские работники выступают против правоохранитель-

⁹⁷ *Задачи по достижению здоровья для всех (2000)*. - Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1985. - 238 с.

⁹⁸ ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ. Щепельков В.Ф. В сборнике: *Медицина и право в XXI веке. Ежегодная международная научно-практическая конференция*. Под ред. Акулина И.М., 2018. С. 128-140.

⁹⁹ КОГДА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, А КОГДА СЕКСУАЛЬНОЕ ПРЕСТУПЛЕНИЕ. Щепельков В.Ф. *Медицинское право*. 2017. № 5. С. 50-54.

ных органов считая, что их незаслуженно преследует правоохранительная система России, что не соответствует объективным данным¹⁰⁰

Несомненно, рыночные принципы в здравоохранении не способствуют развитию профилактических программ для населения и требуют нового подхода в их реализации. В наше время данный недостаток системы медицинского страхования ликвидируется с трудом. Стало ясно, что без решающей роли Государства невозможно решить проблему оздоровления населения, достижения ОПЖ на уровне ведущих стран мира. Восстановление приоритета ПМСП становится главной задачей реформ здравоохранения РФ. Увеличение Государством бюджетного финансирования первичного сектора здравоохранения России, профилактических программ позволит улучшить медико-демографические показатели РФ.

Не случайно на это обратил внимание Президент РФ В.В. Путин. В своем выступлении 20 августа 2019 В.В. Путин на встрече с министром здравоохранения Скворцовой В.И. отметил критическое состояние этого звена отечественного здравоохранения: «...нехватку врачей первичного звена - около 25 тысяч человек и среднего персонала; около 130 тысяч; низкую зарплату и отсутствие передовых методов ее организации; слабую материально-техническую оснащенность организаций ПМСП». Президентом РФ поставлена задача привести в порядок систему первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) РФ и доложить о результатах к 1 сентября 2020 года. Настало время для серьезного пересмотра развития первичного звена отечественного здравоохранения, восстановления профилактического принципа с учетом успехов и положительного опыта здравоохранения СССР и создания законодательных основ его развития.¹⁰¹

Резюмируя данный период развития отечественного здравоохранения необходимо отметить основные причины отхода от профилактического принципа организации отечественного здравоохранения, признанные ВОЗ как образцовые 1978 году: - недостаток бюджетного финансирования и его принципов в российском здравоохранении, связан-

¹⁰⁰ ПРИМЕНЕНИЕ НОРМ УГОЛОВНОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О МОШЕННИЧЕСТВЕ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ. Щепельков В.Ф., Суслина Е.В., Векленко В.В.

Вестник Санкт-Петербургского университета. Право. 2020. Т. 11. № 2. С. 368-382.

¹⁰¹ <http://www.kremlin.ru/events/president/news/58086>

ных с переходом к страховой медицине, равноправию субъектов в этих условиях на деле означает борьба за источник существования субъектов ОМС, в ущерб интересам потребителя медицинских услуг; - уменьшение роли государства в обеспечении профилактики заболеваний и перенос акцента на увеличение количества услуг в системе ОМС, а не «оздоровлению» нации в целом; - концепция социальной однородности здоровья; - объединения профилактической и лечебной медицины, приведшее к превалирующей роли лечебников (только 5% рабочего времени уделялось профилактике);

- излишняя специализация медицины, приведшая к низкой квалификации медицинских работников первичного звена здравоохранения, незаинтересованности в конечных результатах труда уровню заработной платы в системе здравоохранения, падению престижа медицинского работника; - исчезновение организационно-экономической системы семейного подхода в медицине; - обострение социальной несправедливости в сфере государственного здравоохранения, появление «теневой» экономики в медицине вследствие низкой заработной платы; - отток наиболее квалифицированных кадров зарубеж или в частную практику;¹⁰² - рост технической вооруженности медицины, приводящей к дегуманизации медицины, прежде всего проявляющейся в определенном отчуждении врача от пациента, хотя понимание, сочувствие, моральная поддержка остаются главными критериями оценки деятельности врача пациентом; - стремление узких специалистов «вторичного» и «третичного» уровней максимизировать затраты на свои службы, т. н. эффект «перетягивания одеяла на себя»

Профилактические осмотры становятся не методом выявления и предупреждения заболеваний, а способом зарабатывания сравнительно «легких» денег;

6. Заключение.

Человечество прошло долгий путь к пониманию природы инфекционных болезней, даже сегодня появляются новые и новые заболевания, о которых мы ничего не знаем, потому что они находятся в стадии изучения.

Природа постоянно бросает нам новые вызовы, то в виде ВИЧ-инфекции, то лихорадки Зика, или новой напасти COVID-19, вирусы гер-

¹⁰² Anderson H.J., Hudson J., Eubanks P. *Outpatient Care: A National Revolution.* // *Hospitals.* - 1990. - Vol. 64. - №16. - P. 28-35.

песа и другие. Появляются предложения по быстрому решению этих проблем без достаточного обоснования.

Однако пациенты должны быть надежно защищены от любителей рисковать в медицине и, особенно в управлении отраслью. Опыт оспопрививания и вакцинирования от полиомиелита и других болезней наглядно показал, какими жертвами сопровождаются эксперименты, если метод не проверен и не защищен надежными механизмами предотвращающими причинение вреда человеку. Приоритет автономии личности и добровольности – основа тщательного и обдуманного профилактического эффекта связанного с особо опасными инфекциями и инфекциями, которые можно предупредить с помощью вакцинации, которая никогда не бывает абсолютно безопасной. Законодательство любой страны предусматривает подобные механизмы с помощью норм основанных на историческом опыте применения вакцинации, как наиболее показательного метода профилактики.

Однако методы профилактики далеко не исчерпываются только вакцинопрофилактикой и выработкой иммунитета невосприимчивости к болезням. Опыт всеобщей диспансеризации, нового хозяйственного механизма в здравоохранении, переход к системе семейного врача в СССР и другие новшества должны быть тщательно изучены и внедрены в современных условиях, которые диктуют нам быть готовым к новым вызовам и умению сохранять главный потенциал государства – общественное здоровье нации.

Простые методы раннего выявления заболеваний путем медицинских осмотров имеющих целевой, выборочный, профессиональный характер дает ощутимый эффект при грамотном применении. Россия обладает уникальным опытом такой работы. Восстановление профилактического метода работы системы здравоохранения России, на наш взгляд, должно идти по пути общих государственных стратегических программ профилактики и оздоровления, на основе индивидуальной профилактики, автономии личности, принципа добровольности при условии гарантий Государства бесплатности и доступности медицинской помощи для всего населения страны не зависимо от его социально-правового статуса.

Литература

1. Акулин И.М. Общеврачебная практика в системе здравоохранения Санкт-Петербурга. Автореф. дис. докт. мед. наук. – Л. 1996. - ...с.
2. Акулин дис. канд. мед. наук.- Л., - ... с.

3. Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи // Хроника ВОЗ. - 1979. - Т. 33. - № 3. - С. 123 - 156.

4. Базанов Н.В. Плановые перспективы диспансеризации городского населения: Автореф. дис. канд. мед. наук.- Л., 1965. - 256 с.

5. Бердищев В.И. О народном врачевании при православных монастырях. // Врач. - 1901. - № 39. - С. 85 - 119.

6. Бердачевский Г. Перспективы русской общественной медицины. // Русское богатство. - 1907. - № 2. - С. 33 - 57.

7. Боголепова Л.С. Роль повторных осмотров и текущей амбулаторной посещаемости в системе диспансеризации. // Ежегодник Мосгорздравотдела. - 1926. - № 34-35. - С. 478-482.

8. Боткин С.П. Письма из Болгарии. - СПб., 1893. - С.199.

9. Венедиктов Д.Д. О некоторых уроках Алма-Атинской конференции. // Всемирный форум здравоохранения. - 1982. - Т. 2. - № 4. - С. 20 - 28.

10. Герасименко Н.Ф. Кризис здоровья и здравоохранения как угроза национальной безопасности страны. // Здоровье населения как фактор обеспечения национальной безопасности России: Аналитический вестник.- М.: Федеральное собрание - Парламент Российской Федерации. Комитет по охране здоровья Государственной Думы, 1997. - Вып. 12. - С.2-57.

11. Гиккель Э.И. Положение земской медицины в Тамбовской губернии. // Общественный врач. - 1911.- № 9. - С. 17-26.

12. Гинопман А. Как идет диспансеризация. // Ежедневник Мосгорздрава. - 1926. - №5. - С. 254-256.

13. Губерт В. О. Оспа и оспопрививание. Исторический очерк до XIX столетия. СПб.: Типография П.П. Сойкина; 1896.

14. Гуревич С.А. Здравоохранение на новом этапе. Мосгорздравотдел. - М. - 1929. - 44 с.

15. Гуревич С.А. Поменьше врачей, побольше сестер. // Ежегодник Мосгорздравотдела. - 1926. - № 23. - С. 348-350.

16. Демченкова Г.З., Полонский М.Л. Теоретические и организационные основы диспансеризации населения. - М. - 1987. - 288 с.

17. Димсдаль Ф. Нынешний способ прививать оспу, к которому прибавлено несколько опытов учиненных для усмотрения следствий, чтоб лечить подобным же образом и естественную, или природную оспу: к сему переводу прибавления, которых содержание означено после предисловия: Пер. с англ. по 4 изд. Сичкарева Л. СПб.: Императорская Академия Наук; 1770.

18. Дмитриева Т.Б. О здоровье населения России. // Здоровье населения как фактор обеспечения национальной безопасности России: Аналитический вестник.- М.: Федеральное собрание - Парламент Российской Федерации. Комитет по охране здоровья Государственной Думы, 1997. - Вып. 12. - С. 41-48.

19. Дядьковский И.Я. Соч. - М.: Медгиз, 1954. - 77 с.

20. Ежедневный эпидемиологический бюллетень 22 ноября 2019 года, 94-й год № 47, 2019, 94, 541-560 <http://www.who.int/wer>.

21. Ефремова. Новый толково-словообразовательный словарь русского языка Ефремовой. 2012

22. Жбанков Д.Н. Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. - М., 1915. - 552 с.

23. Заблудовский П.Е., Крючок Г.Р., Кузьмин М.К., Левит М.М. История медицины. - М.: Медицина, 1981. - 352 с.

24. Загоскин Н.П. Врачи и врачебное дело в старинной Руси - Казань, 1891. - 37 с.

25. Задачи по достижению здоровья для всех (2000). - Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1985. - 238 с.

26. Иванов Р.Ф. Бенджамин Франклин. М.: Молодая Гвардия; 1972.

27. Кац Я.Ю. Профболезненность и лечебная помощь. // Ежедневник Мосгорздравотдела. - 1924. - №4. - С. 43-46.

28. Киево-Печерский патерик. - Киев. - 1870. - 88 с.

29. К полувековому юбилею земств. // Практический врач. - 1914. - № 3. - С. 12-18.

30. Кучеренко В.З., Финченко Е.А. Технология динамического наблюдения за больными в условиях городской поликлиники. // Советское здравоохранение. -1991. - № 9. - С. 43 -48.

31. Левит М.М. Земская медицина. // БМЭ.- М.- 1978. Т. I - С. 437-441.

32. Ленин В.И. Полн. собр. соч. - Т. 38. - 359 с.

33. Материалы для истории медицины в России.- СПб., 1881-1884.- Вып. I-III. - С. 309

34. Материалы для истории медицины в России. - СПб., 1881.- Вып. II. - С. 207.

35. Материалы для истории медицины в России. - СПб., 1885.- Вып. IV. - С. 916-1015.

36. Микиртичан Г.Л. Из истории вакцинопрофилактики: оспопрививание. Российский педиатрический журнал. – 2016. - №19. – С. 55–62.

37. Мудров М.Я. Избранные произведения. - М.: Медгиз, 1949. - 221 с.

38. Нейштадт Э.Д. Место здравоохранения в общем плане социалистического строительства хозяйства и культуры нашей страны. // Вопросы здравоохранения. - 1929. - № 16 - 17. - С. 74 - 79.

39. Никитский С. К вопросу о последующем диспансерном наблюдении. // Ежедневник Мосгорздравотдела. - 1925. - № 2. - С. 1109-1117.

40. Никольский Д.П. Обзор деятельности губернских съездов земских врачей в России. - СПб, 1888-1892. -Вып. I-III.- С. 90-91.

41. Обзор работы МОЗ по организации и изучению профессиональной болезненности. // Ежедневник Мосгорздравотдела.- 1923. - № 29. - С. 16-18.

42. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон №326-ФЗ от 29 ноября 2010 г.: (ред. от 28 декабря 2013 года). – Доступ из системы КонсультантПлюс. – Текст: электронный.

43. Обух В.А. К выполнению наказа. // Ежедневник Мосгорздравотдела. - 1923. - № 29. - С. 1-8.

44. Оппенгейм Д.Г. Единый диспансер - система социального здравоохранения. // Бюллетень отдела здравоохранения Московского Совета РК и РД. - 1929. - № 21-27. - С. 289-309.

45. Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И. Русская земская медицина. - М. - 1899. - 340 с.
46. Оспопрививание. В кн.: Энциклопедический словарь. СПб.: Изд. Брокгауз и Эфрон; 1897; т. 22: .310 с.
47. О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача): Приказ Минздравоохранения РФ №237 от 26 августа 1992 г. – Доступ из информационно-правовой базы Гарант. – Текст: электронный.
48. Петровский Б.В., Александров О.А., Алексеев В.А. и др. Здравоохранение // БМЭ.-М. - 1978.- Изд.3-е. - Т. 28. - С. 337 - 428.
49. Петроградская городская дума в 1913-1915 г. - Петроград. - 1915. - С. 173-176.
50. Полное собрание законов Российской империи. Собрание 1-е / Под ред. М.М. Сперанского. СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии; 1830; т. 2: 269.
51. "Правда русская." - М. - Л.: Изд-во АН СССР, 1947, т. 11, - 354 с.
52. Свешников А.В. В.И. Ленин и становление здравоохранения Петрограда - Ленинграда. // Научные труды Ленинградского государственного института усовершенствования врачей им. С.М. Кирова. - Л., 1970. - С. 239.
53. Свод узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части в Империи 1895-1898 гг. / под ред. Рагозина Л.Ф., Вып. I-III. СПб. - Издат. Мед. департамента. - С. 28-39.
54. Словарь русского языка Ожегова. 2012.
55. Способ, как сельским обывателям пользоваться себя в оспе; сочинение Пекена; перевел Алексей Протасьев. Санкт-Петербург, 1766 г.
56. Стефан У. Дж. Первичная медицинская помощь и будущее медицинской профессии. // Всемирный форум здравоохранения. - 1982. - Т.2 - 4. - С. 3-18.
57. Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации. Доклад об оценке осуществления Глобального плана действий в отношении вакцин за 2018 год. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. WHO/IVB/18.11). Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
58. Святловский В. В. «Эд. Дженнер. Его жизнь и научная деятельность». СПб.: Тип. Ю. Н. Эрлих; 1891.
59. Труды Комиссии по вопросу об уменьшении смертности в России. - СПб., 1888.- Вып I-II. - С. 15-18.
60. Хлопин Г., Эрисман Ф. Медицина и народное здравоохранение в России. // Энциклопедический словарь. - Л.: Лениздат, 1991: - С.214- 217.
61. Шер С.А. История оспопрививания в Императорском Московском воспитательном доме. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011; 4: 58–61.
62. Щепельков В.Ф. Правовые проблемы профилактических медицинских осмотров. В сборнике: Медицина и право в XXI веке. Ежегодная международная научно-практическая конференция. Под ред. Акулина И.М.. 2018. С. 128-140.

63. Щепельков В.Ф. Когда медицинское вмешательство, а когда сексуально преступление. Медицинское право. 2017. № 5. С. 50-54.

64. Щепельков В.Ф., Суслина Е.В., Векленко В.В.

Применение норм уголовного кодекса Российской Федерации о мошенничестве: состояние и перспективы. Вестник Санкт-Петербургского университета. Право. 2020. Т. 11. № 2. С. 368-382.

65. Anderson H.J., Hudson J., Eubanks P. Outpatient Care: A National Revolution. // Hospitals. --- 1990. --- Vol. 64. - №16. - P. 28-35.

66. Akulin I.M., Zhiguleva L.Yu. Vestnik of Saint Petersburg University. Development of medical insurance in the Russian Federation. At the crossroads. What's next? Medicine. 2019. Т. 14. № 2. С. 147-157.

67. Ann M. Becker. (2004). Smallpox in Washington's Army: Strategic Implications of the Disease During the American Revolutionary War. The Journal of Military History. 68, 381-430.

68. Disease Ontology release 2019-05-13 — 2019-05-13 — 2019.

69. Inaya Hajj Hussein, Nour Chams, Sana Chams, Skye El Sayegh, Reina Badran, et. al. (2015).

70. <http://www.kremlin.ru/events/president/news/58086>

71. Medicine and human welfare by Henry E. Sigerist, M.D., D., Litt. Wil L IAMH. WEL CH Professor of history of medicine in the Jon Hopkins University. New Haven-Yale University Press. London – Humphrey Mil Ford. Oxford University Press. 1941, - P -146

72. J. F. Modlin, N. A. Halsey, M. L. Thoms, C. K. Meschievitz, P. A. Patriarca, the Baltimore Area Polio Vaccine Study Group. (1997). Humoral and Mucosal Immunity in Infants Induced by Three Sequential Inactivated Poliovirus Vaccine-Live Attenuated Oral Poliovirus Vaccine Immunization Schedules. Journal of Infectious Diseases. 175, S228-S234.

73. Polio vaccines: WHO position paper, January 2014. (неопр.) // Wkly Epidemiol Rec. — 2014. — 28 February (т. 89, № 9). — С. 73–92. — PMID 24707513.

74. A. B. Sabin. (1985). Oral Poliovirus Vaccine: History of Its Development and Use and Current Challenge to Eliminate Poliomyelitis from the World. Journal of Infectious Diseases. 151, 420-436.

75. Williams G. Paralyzed with Fear: The Story of Polio. Springer, 2013. - 354 p.

76. Wolfe R. M., Sharp L. K. Anti-vaccinationists past and present. Br.Med. J. 2002; 325: 430.