

зиями (20,3%), после проведенного курса лечения заживление происходило полностью.

Согласно данным литературы [6], в 76% случаев язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки сочетается с гастритом, который отличается упорным течением, нередко остается и после исчезновения язвенной ниши. По нашим данным, в конце лечения у 52,5% больных выявлены признаки поверхностного гастроуденита, бульбита, у 1,7% — нарушение моторики в виде дуоденогастрального рефлюкса.

При выписке у всех больных самочувствие было удовлетворительное, жалоб не было, боли в эпигастральной области отсутствовали. Проведенные нами перед выпиской из дневного стационара контрольные эндоскопические исследования подтверждают целесообразность дальнейшего продолжения лечения на поликлиническом этапе, так как в значительном числе случаев у больных, несмотря на положительную клиническую динамику, полно-го рубцевания язвы и эпителизации эрозий не наступило, дуоденогастральный рефлюкс не устранен. В дальнейшем больные были переданы под наблюдение гастроэнтеролога и терапевтов поликлиники.

Лечение больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки дает значительный экономический эффект. Так, если стоимость 1 койко-дня круглосуточного стационарного лечения 1 больного язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в гастроэнтерологическом отделении в 1998 г. составляла 44 руб. 08 коп., а в

1999 г. 66 руб. 02 коп., то лечение в дневном стационаре обходилось в 2 раза дешевле. В 1998 г. на 1 больного в день при режиме с питанием израсходовано 18 руб. 51 коп., без питания — 14 руб. 90 коп. В 1999 г. выделено 28 руб. 81 коп. и 22 руб. 54 коп. соответственно. Наши данные об экономическом эффекте согласуются с результатами других авторов, которые считают, что при лечении 1 больного в дневном стационаре экономия средств составляет 50—70% [2].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Н. А., Якушев А. М., Жукова Н. В., Маслакова Т. И. // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2000. № 5. — С. 16—18.
2. Болтенко И. И., Лабзовская А. Г. // Там же. — 1999. — № 2. — С. 50.
3. Гильфер И. И. // Врач. дело. — № 5. — С. 38—40.
4. Иващенко В. Г., Минасян Г. А. // Клин. мед. — 1987. — Т. 65, № 5. — С. 64—69.
5. Калининская А. А., Шапекина О. В., Шляфер С. И., Дементьева Н. Д. // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2000. — № 5. — С. 20—23.
6. Карапышев Ф. И. Трудоспособность при заболеваниях органов пищеварения. — М., 1966.
7. Малая медицинская энциклопедия. — М., 1969. — Т. 11. — С. 1118—1163.
8. Полякова К. А., Гладчук Е. А., Лиховид Н. П. и др. // Сов. здравоохран. — 1988. — № 8. — С. 11—12.
9. Руководство по гастроэнтерологии / Под ред. Ф. И. Комарова и др. — М., 1995. — Т. 1.
10. Соколова Л. К., Никифоров П. А., Василенко М. О., Щербакова Н. В. // Клин. мед. — 1987. — Т. 65, № 6. — С. 61—64.
11. Толмач Д. В., Чубенко С. С. // Врач. дело. — 1981. — № 3. — С. 36.

Поступила 03.07.01

© Л. П. КАПКОВ, 2002

УДК 616-002.5:312(470)\*19\*

Л. П. КАПКОВ

## ТУБЕРКУЛЕЗ В РОССИИ В XX ВЕКЕ

Центральный НИИ туберкулеза РАМН, Москва

Завершение XX века сопровождалось очередной волной распространения туберкулеза во многих странах мира, в том числе и в России. Обострение проблем туберкулеза совпало с серединой 80-х годов и объясняется появлением новой популяции микробактерий туберкулеза, устойчивых к противотуберкулезным препаратам. Кроме того, распространению туберкулеза как социальной болезни способствовали низкий уровень социально-экономических условий жизни населения, войны и сопровождающие их последствия, политическая нестабильность в странах и т. д.

Возникает вопрос, почему Россия, в которой за годы советской власти была создана фтизиатрическая служба, не имеющая аналогов, не может противостоять наступлению туберкулеза? Может быть, наряду с общепринятыми причинами имеются и свои обстоятельства, характерные для российских условий, способствующие ухудшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу. Для ответа на этот вопрос мы проанализировали эпидемиологическую ситуацию и проводимые в России противотуберкулезные мероприятия в течение XX века.

Наиболее достоверным статистическим показателем по туберкулезу в начале века как в России, так и в других странах, был показатель смертности

от туберкулеза. Смертность от чахотки в Санкт-Петербурге в 1896—1900 гг. составляла 330 на 100 000 населения, в 1901—1905 гг. — 300 на 100 000 населения; в Москве в 1898—1902 гг. — 298 на 100 000 населения, в 1903—1907 гг. — 260 на 100 000 населения [7].

Особый интерес представляет информация К. В. Помельцова [8], который сообщил сведения о смертности от туберкулеза легких в Москве, Санкт-Петербурге и Одессе по сравнению с городами Европы (см. таблицу). Смертность в российских городах по состоянию на 1903 г. выше, чем в Лондоне, Гамбурге, Риме и Берлине, что объясняется более ранним началом в зарубежных городах противотуберкулезных мероприятий. В то же время уровень смертности в Москве, Санкт-Петербурге и Одессе значительно ниже, чем в Париже и Вене. Средняя месячная заболеваемость туберкулезом органов дыхания на 1000 списочного состава армии за период с 1894 по 1906 г. была следующей: в Испанской армии — 0,63, в Северо-Американской — 0,27, во Французской — 0,4, в Английской — 0,23, в Бельгийской — 0,37, в Голландской — 0,37, в Германской — 0,14, в Австро-Венгерской — 0,11, в Итальянской — 0,1, в Русской — 0,3 [1].

Смертность от туберкулеза легких в городах Западной Европы и России (на 100 000 населения)

Города	1903 г.	1904 г.	1905 г.	1906 г.	1907 г.	1908 г.	1909 г.	1910 г.	1911 г.	1912 г.
Мадрид	256	285	260	275	250	256	263	266	247	-
Москва	264	259	241	227	274	258	273	250	244	245
Санкт-Петербург	327	309	298	302	305	334	298	286	265	352
Варшава	229	242	255	246	249	258	272	248	242	331
Бухарест	338	433	408	244	356	355	347	-	-	-
Ливерпуль	175	-	-	163	158	165	160	-	-	-
Одесса	253	275	275	236	246	239	221	221	231	211
Рим	173	175	177	161	168	-	161	161	190	-
Вена	337	314	329	289	286	275	271	250	261	307
Париж	390	383	381	378	397	285	363	266	341	389
Гамбург	167	159	158	155	149	132	131	126	120	155
Берлин	193	204	214	186	184	182	179	177	169	198
Лондон	159	166	145	142	144	134	128	122	135	171
Стокгольм	215	222	234	210	217	249	241	233	199	-
Лейпциг	-	-	246	215	187	164	163	173	154	192

Таким образом, по показателям заболеваемости туберкулезом и смертности от него Россия в начале XX века находилась примерно на одном уровне с развивающимися капиталистическими странами.

В дальнейшем эпидемиологическая ситуация изменялась в зависимости от происходящих в стране политических и экономических событий, влияющих на жизненный уровень населения.

Начало XX века в России сопровождалось экономическим подъемом, ростом благосостояния населения и как следствие — снижением уровня смертности от туберкулеза [11]. Показатель смертности в Москве снизился с 29,6 на 10 000 населения в 1900 г. до 19,5 в 1915 г., в Санкт-Петербурге — с 38,1 в 1900 г. до 33,6 на 10 000 населения в 1913 г. [13].

Анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу за прошедшие 100 лет дает основание выделить 4 периода в истории страны, характеризующихся подъемом распространения туберкулеза.

**Первый период.** Первая мировая война, события октября 1917 г. и гражданская война, приведшие страну на грань экономической катастрофы, способствовали увеличению показателя смертности от туберкулеза. В Москве уровень смертности в 1915 г. начал расти и к 1920 г. увеличился до 36,6 на 10 000 населения, а затем начал снижаться. В Санкт-Петербурге показатель смертности с 1914 до 1920 г. увеличился до 51,0 на 10 000 населения, а затем в период НЭПа тоже начал снижаться [13]. Аналогичные закономерности отмечались также в Нижнем Новгороде и других городах [2, 4].

Большевики, взявшие власть в свои руки в 1917 г., понимали необходимость проведения борьбы с туберкулезом на государственном уровне, поэтому еще до создания Народного Комиссариата здравоохранения на заседании Совета Народных Комиссаров под председательством В. И. Ленина трижды (19 апреля 1918 г. [20], 25 мая 1918 г. [18] и 28 июня 1918 г. [19]) обсуждался вопрос организации борьбы с туберкулезом в России. Однако из-за его сложности принятие решения откладывалось, и только решением коллегии Наркомздрава России от 25. 10. 18 № 41 была создана Секция борьбы с туберкулезом [14], приступившая к интенсивной работе по формированию государственной фтизиатрической службы [16]. В губздроздах стали создаваться подразделения по борьбе с туберкулезом на местах. Началась активная работа по орга-

низации специальных лечебных учреждений. Если в 1918 г. в России было только 4 диспансера, то в 1922 г. — уже 58 диспансеров, 69 санаториев для взрослых и 36 для детей, 16 больниц и больничных отделений, 9 санаториев для больных костным туберкулезом, 4 санаторные колонии и школы-санатории, 4 санатория для больных кожным туберкулезом.

Работа по увеличению количества туберкулезных учреждений, их коечного фонда и численности кадрового состава фтизиатрической службы продолжалась интенсивными темпами до 1970-х годов. Создавались научно-исследовательские институты, к работе с туберкулезом привлекалась общественность.

Формирование фтизиатрической службы и ее совершенствование до 1930-х годов проходило в демократических условиях. Многие ученые, врачи-фтизиатры выезжали в страны Западной Европы, Америки для ознакомления на местах с опытом борьбы с туберкулезом и с последующей публикацией своего впечатления в журнале "Вопросы туберкулеза". Нередко опыт зарубежных стран адаптировался к российским условиям. При диспансерах создавались советы социальной помощи, на промышленных предприятиях и организациях — туберкулезные ячейки. В обязанности этих общественных организаций входили решение вопросов по улучшению условий труда и быта больных туберкулезом, проведение профилактических мероприятий против туберкулеза в школах, общежитиях и на дому. На крупных предприятиях создавались ночные туберкулезные санатории. Больным предоставляли бесплатное питание, их переводили на более легкую работу с сохранением прежней зарплаты и освобождали от работы в ночное время.

Постановлением ВЦИК и СНК РСФСР от 29. 09. 24 Российское государство впервые предоставило туберкулезным больным право на дополнительную жилую площадь или отдельную комнату. В последующем для разрешения жилищной проблемы больных туберкулезом был издан ряд соответствующих директивных документов. К сожалению, хорошие по содержанию документы не претворялись полностью в жизнь, о чем указывали нарком здравоохранения РСФСР Н. А. Семашко [10], председатель Секции борьбы с туберкулезом Наркомздрава России Е. Г. Мунблит [5], руководитель

отдела социальной помощи Государственного института туберкулеза Д. И. Шифман [12].

С 1926 г. стали вычислять общий показатель смертности по 17 городам с населением более 100 тыс. жителей [6]. Из расчета на 10 000 населения он составил: в 1926 г. — 19,2, в 1927 г. — 20,4, в 1928 г. — 19,6, в 1929 г. — 19,7. Уровень смертности в этих городах в 1927 г. колебался от 33,4 в Самаре до 11,8 в Воронеже. Аналогичные показатели ряда зарубежных городов в 1927 г. ненамного отличались от российских: Париж — 24,2, Вена — 19,9, Осло — 16,6, Стокгольм — 16,4, Лондон — 10,5, Берлин — 10,2, Нью-Йорк — 8,4.

С окончанием НЭПа завершился демократический период формирования фтизиатрической службы, и ее деятельность стала регламентироваться жесткими правилами советской административно-командной системы.

**Второй период.** С началом первой пятилетки Россия пошла по пути индустриализации промышленности и коллективизации сельского хозяйства. Грандиозные преобразования в стране сопровождались разрушением крестьянского уклада жизни, массовыми потоками миграции населения, разносящими инфекцию, в том числе и туберкулез, искусственно созданным голодом в ряде регионов страны, репрессиями. Рабочие на стройках находились в тяжелых бытовых условиях, не имели необходимого медицинского обслуживания. Наряду с этим страна принимала участие в гражданской войне в Испании, воевала с Японией, Польшей и Финляндией. В стране стала создаваться система лагерей ОГПУ [11]. По итогам 2 первых пятилеток СССР стал второй в мире и первой в Европе индустриальной державой, обогнав по общему объему промышленной продукции Германию, Англию и Францию [3]. Достижения первых пятилеток дотались огромной ценой, которую заплатило население страны. Число жертв (убитых, репрессированных, умерших от голода и болезней, заболевших и т. д.) за период индустриализации 1930-х годов подсчитать невозможно. Публикация данных о рождаемости, смертности, общей численности населения в средствах массовой информации и научных журналах после 1932 г. была запрещена [11]. Изменился и характер информации журнала "Вопросы туберкулеза". В журнале прекратили публиковать показатели заболеваемости туберкулезом и смертности от него. Вместо этого сообщали численность выявленных больных туберкулезом в процентном отношении к количеству обследованных рабочих. Введенный запрет на гласность о туберкулезе продолжался 55 лет, до "перестройки", снявшей гриф "ДСП" с материалов, раскрывающих суть эпидемиологической ситуации по туберкулезу.

Работа, проведенная нами в Государственном архиве РФ, позволила найти данные, свидетельствующие о крайнем неблагополучии ситуации с туберкулезом в 1930-х годах. Так, в 1938 г. смертность от туберкулеза в Новосибирске составляла 38,9 на 10 000 населения, в Томске — 44,0 на 10 000 населения [22] (для сравнения: в России по итогам 2000 г. смертность составила 20,4 на 100 000 населения).

Во время доклада на 2-м объединенном пленуме Совета по борьбе с туберкулезом Наркомздрава СССР и Наркомздрава РСФСР (15—17. 08. 45) проф. А. Е. Рабухин заявил: "... в 1940 г. в 44 городах (СССР), подлежащих изучению смертности от

туберкулеза, смертность от туберкулеза повысилась на 85% по отношению к довоенному периоду, и уже после этого высокого подъема кульмиационной волны, в 1943 г. начинается тенденция к снижению смертности..." [23]. Причинами подъема показателя смертности А. Е. Рабухин назвал "...какие-то влияния, которые способствовали росту туберкулеза...", но не расшифровал их содержание и не указал величину показателя смертности. Данные об увеличении смертности в 1940 г. мы нашли и в отчете "О санитарном последствии Великой Отечественной войны", также ранее не публиковавшемся. Смертность в 45 городах России составляла: в 1938 г. — 257, в 1939 г. — 252, в 1940 г. — 287, в 1941 г. — 280, в 1942 г. — 425, в 1943 г. — 402, в 1944 г. — 283, в 1945 г. — 230 на 100 000 жителей [21]. Данные об изменениях интенсивного показателя смертности по годам в процентном отношении в этих двух источниках существенно различаются, но оба источника подтверждают, что показатель смертности от туберкулеза вырос до нападения фашистской Германии на нашу страну.

Мы считаем, что рост смертности от туберкулеза произошел в результате ухудшения социально-экономических условий населения. Однако есть и еще одна причина. Наркомздрав РСФСР ликвидировал подразделение, курирующее фтизиатрическую службу страны, и Приказом от 17. 09. 30 № 667 [15] свои полномочия по управлению противотуберкулезными мероприятиями передал Центральному туберкулезному институту Наркомздрава РСФСР. Через несколько лет Наркомздрав РСФСР исправил свою ошибку.

**Третий период.** Новая волна распространения туберкулеза была связана со второй мировой войной и ее последствиями. В годы Великой Отечественной войны Правительством СССР предпринимались меры по укреплению и совершенствованию фтизиатрической службы. За первый год войны число диспансерных учреждений сократилось с 852 до 557. Однако уже в 1943 г. число диспансерных учреждений было увеличено до 710, в 1944 г. — до 860 и в 1945 г. — до 985.

Приказом по Народному Комиссариату здравоохранения СССР от 01. 11. 43 № 607 с 1 января 1944 г. в стране начал вводиться учет эпидемиологических показателей по туберкулезу, сначала среди городского населения, а затем и среди сельского.

Первые сведения о заболеваемости всего городского населения России появились по итогам 1950 г.: 335 на 100 000 населения; в 1955 г. — 214. Заболеваемость сельских жителей в 1958 г. составила 134 на 100 000 населения. Показатель смертности городских жителей в 1950 г. составлял 123,2, в 1955 г. — 41,9, в 1959 г. — 32,4 на 100 000 населения; уровень смертности сельских жителей: в 1958 г. — 51,3, в 1959 г. — 51,7 на 100 000 населения. Первый и последующие справочники по эпидемиологической ситуации по туберкулезу до 1987 г. выходили под грифом "ДСП".

Послевоенные годы характеризуются большими достижениями в области теории и практики борьбы с туберкулезом. Появились первые флюорографы. В соответствии с постановлением Совета Министров СССР от 25. 10. 48 № 3989 "О мероприятиях по снижению заболеваемости туберкулезом" и последующими приказами Минздравов СССР и

РСФСР в стране начал внедряться флюорографический метод выявления туберкулеза. Отечественная медицинская промышленность стала осваивать выпуск некоторых противотуберкулезных препаратов (стрептомицин, фтивазид, салюзид, метазид, ПАСК и тибон). Начался новый, более эффективный этап деятельности отечественной фтизиатрии.

Снижение основных эпидемиологических показателей (заболеваемости, заболеваемости туберкулезом детей и смертности от туберкулеза) проходило, к сожалению, замедленными темпами, примерно на 2% в год. Одной из причин замедленных темпов являлась неудовлетворительная работа в очагах туберкулезной инфекции. Так, в 1945 г. при смерти больных туберкулезом заключительная дезинфекция была проведена менее чем в 50% случаев, а в квартирах выживших больных, как правило, не проводилась. Жилищная проблема бациллярных больных разрешалась в единичных случаях [17, 18]. В 1985 г. из многонаселенных квартир и общежитий было выселено только 57,2% бациллярных больных. В последующие годы показатель выселения бациллярных больных из многонаселенных квартир и общежитий ежегодно снижался. Заболеваемость в очагах инфекции всегда была в 5—7 раз выше среднереспубликанского уровня заболеваемости туберкулезом.

После того, как показатель смертности в 1989 г. достиг уровня 7,4 на 100 000 населения, а заболеваемость в 1991 г. — 34,0 на 100 000 населения, началась новая волна распространения туберкулеза.

**Четвертый период.** Этому периоду предшествовала перестройка, завершившаяся распадом СССР и экономическим кризисом в стране 1990—1992 гг. Последующее за кризисом ухудшение условий жизни населения явилось толчком к росту заболеваемости туберкулезом. Распространению инфекции способствовали начавшиеся к тому времени массовые миграционные потоки населения. Число заболевших к 1999 г. увеличилось по сравнению с 1992 г. более чем в 2 раза, и показатель составил 85,2 на 100 000 населения. Количество умерших по сравнению с 1990 г. выросло в 2,6 раза, достигнув в 1999 г. уровня 20,1 на 100 000 населения. Наиболее тяжелая эпидемиологическая ситуация по туберкулезу сложилась в пенитенциарных учреждениях, в которых уровень смертности от туберкулеза превышает аналогичный показатель среди гражданского населения в 12 раз, а заболеваемости — в 40 раз.

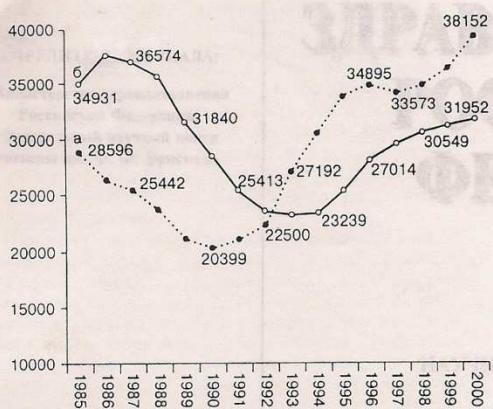
Фтизиатры России переживают не только очередную волну распространения инфекции, но и кризис системы управления противотуберкулезными мероприятиями. За прошедшие 14 лет с начала перестройки структура отечественной фтизиатрической службы сохранилась, а система управления противотуберкулезными мероприятиями, рассчитанная на администрирование и жесткий партийный контроль, перестала существовать. Об этом свидетельствует ряд статистических показателей. Выселение бациллярных больных из общежитий и многонаселенных квартир в 1999 г. сократилось до 13,3%. Заболеваемость лиц (детей, подростков, взрослых), находящихся в контакте с бациллярными больными, увеличилась с 263,4 в 1985 г. до 807,0 на 100 000 контактных в 1999 г. С увеличением числа микроскопов с 63 643 штук в 1986 г. до 80 798 штук в 1999 г. нагрузка на 1 аппарат по проведению

исследований диагностического материала на бактерии Коха сократилась на 18%. Несмотря на увеличение числа флюорографических установок с 4833 аппаратов в 1986 г. до 5510 в 1990 г., число лиц, обследованных флюорографически, за этот же период времени сократилось на 30 млн человек (с 83 227,4 до 53 283,3 тыс.), в 1998 г. обследовано 54 658,6 тыс. человек, в 1999 г. — 56 111,6 тыс. человек. Одновременно с этим сократилось и число лиц, прошедших профосмотр на туберкулез, — со 108 814,5 тыс. в 1986 г. до 79 318,7 тыс. человек в 1990 г. В результате этого, начиная с 1991 г., около 50% всех впервые диагностированных больных выявляются при профосмотрах населения (в основном с помощью флюорографии) и столько же — по обращаемости пациентов в соматические лечебно-профилактические учреждения. Активизация выявления больных по обращаемости вскрыла новую проблему, суть которой состоит в том, что за длительный период (1960—1980 гг.) применение в нашей стране принудительной системы выявления больных туберкулезом с помощью массовых флюорографических обследований населения, а также изоляции фтизиатров от специалистов общелечебных учреждений, в результате запрета на гласность о туберкулезе (с 1933 по 1988 г.) врачи общей практики снизили настороженность в отношении туберкулеза и утратили навыки его дифференциальной диагностики [9]. Нередко больных обследуют в соматических лечебно-профилактических учреждениях 2—3 мес и более до установления у них диагноза, что приводит к развитию запущенных, осложненных форм туберкулеза, трудно поддающихся лечению, и способствует распространению инфекции среди населения.

С развитием социально-экономического кризиса в России в 1990—1992 гг. резко сократилось финансирование противотуберкулезных мероприятий. До 1998 г. существующее финансирование противотуберкулезной службы обеспечивало потребность в медикаментах и продуктах питания не более чем на 30%. Так, показатель прекращения бактериовыделения у впервые выявленных больных снизился с 89,7% в 1989 г. до 72,9% в 1999 г., закрытие полостей распада сократилось с 82,1 до 61,8% соответственно.

Отсутствие должного финансирования на противотуберкулезные мероприятия существенно повлияло на баланс резервуара туберкулезной инфекции. До начала экономического кризиса в России 1990—1992 гг. с бациллярного учета ежегодно снимали (после излечения) на 8—11 тыс. больных больше, чем выявляли. В последние 7 лет, наоборот, с бациллярного учета снимается на 5—7 тыс. больных меньше, чем выявляется (см. рисунок). Увеличение резервуара туберкулезной инфекции в свою очередь способствует росту популяций микобактерий туберкулеза, устойчивых к противотуберкулезным препаратам. По итогам 1999 г. в России насчитывается 12 645 больных с множественной лекарственно-устойчивой формой туберкулеза, или 10,5% от всех больных органов дыхания, выделяющих БК+.

Сравнивая основные показатели по эпидемиологической ситуации в России с западноевропейскими странами, можно прийти к следующему выводу. Если в начале XX века по показателю смертности от ту-



Впервые выявленные больные туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением (а) и снятые с бациллярного учета (б) в России.

По оси ординат — показатель; по оси абсцисс — годы.

беркулеза Москва находилась на уровне столиц развитых капиталистических стран или с его увеличением на 3,1–66% по сравнению с Мадридом, Римом, Берлином и Лондоном, то к концу XX столетия в России уровень смертности от туберкулеза по сравнению с таковым в Великобритании увеличился в 20,9 раза, в Германии — в 41,7 раза, в Италии — в 11 раз, в Бельгии — в 9,7 раза, во Франции — в 14,1 раза, в США — в 50,2 раза [25, 26].

Мы не располагаем данными по заболеваемости туберкулезом на начало столетия за рубежом. Однако по итогам XX столетия в России и показатель заболеваемости превосходит аналогичный показатель в развитых странах мира: в Великобритании — в 5,9 раза, в Италии — в 7,6 раза, в Бельгии — в 7,3 раза, в Норвегии — в 15,2 раза, в Нидерландах — в 8,8 раза, в Швейцарии — в 7,3 раза [24–26].

Чем же можно объяснить ухудшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России за прошедшее столетие по сравнению с развитыми странами мира? Объяснение участием России в первой и второй мировых войнах неубедительно, так как в них участвовали многие страны мира. Туберкулез — болезнь социальная, и его профилактика в основном зависит от социально-экономических условий жизни населения, уровня культуры граждан, в том числе их знаний о профилактике туберкулеза.

За годы советской власти в нашей стране была создана уникальная фтизиатрическая служба, не имеющая аналогов. В России по состоянию на конец декабря 1999 г. насчитывалось 9362 фтизиатра, 75 808 стационарных и 11 299 санаторных коек для взрослых больных туберкулезом, 6932 стационар-

ных и 19528 санаторных коек для детей, больных туберкулезом. В зарубежных странах больных туберкулезом выявляют и лечат врачи общей практики: терапевты, пульмонологи и др. На Западе давно поняли, что одними медицинскими усилиями искоренить туберкулез невозможно, нужно сочетание медицинских усилий с постоянным повышением уровня социально-экономических условий жизни населения. В СССР некоторые социальные вопросы туберкулезных больных решались (улучшение жилищных условий, выдача больничного листа до 12 мес с сохранением места работы на такой же срок, бесплатное лечение и др.), но в целом в нашей стране уровень социально-экономических условий жизни населения всегда был намного ниже уровня западных стран. Этим и объясняется основная причина ухудшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Зеленов Н. А. // Борьба с туберкулезом. — М., 1922. — С. 54–58.
2. Кувшинников П. А. // БМЭ. — М., 1936. — Т. 33. — С. 58.
3. Лойберг М. Я. История экономики: Учебное пособие. — М., 1999. — С. 108–109.
4. Майман Г. Н. // Вопр. туб. — 1926. — № 12. — С. 69–83.
5. Мунблит Е. Г. // Там же. — 1930. — № 9–10. — С. 1–4.
6. Незлин С. Е. // Там же. — 1931. — № 5–6. — С. 555–569.
7. Никольский А. В. // Журн. Всероссийской Лиги для борьбы с туберкулезом. — 1911. — № 1. — С. 1–11.
8. Помельцов К. В. // Вопр. туб. — 1925. — № 5. — С. 112–126.
9. Приказ Главного Управления здравоохранения администрации Московской области от 11. 11. 2000 г. № 174 "О мерах по устранению недостатков позднего (посмертного) выявления туберкулеза в Московской области". — М., 2000.
10. Семашко Н. А. Егоров. Об оздоровлении жилищных условий населения путем разуплотнения туберкулезных больных. Циркуляр № 125/МВ. 07. 05. 1928 г. Народного Комиссариата здравоохранения и Народного Комиссариата внутренних дел. // Вопр. туб. — 1928. — № 5. — С. 159–160.
11. Тимошина Т. М. Экономическая история России: Учебное пособие. — М., 2000. — С. 253.
12. Шифман Д. И. // Вопр. туб. 1930. — № 9–10. — С. 5–11.
13. Якуб-Анвар Р. М. Смертность от туберкулеза в различных странах и городах. Туберкулез и борьба с ним: Справочное руководство. — М., 1926. — С. 222–231.
14. Государственный архив РФ. Ф.А-482, о. 1, д. 8, л. 29.
15. Государственный архив РФ. Ф.А-482, о. 1, д. 668, л. 206.
16. Государственный архив РФ. Ф.А-482, о. 18, д. 3, л. 2–3.
17. Государственный архив РФ. Ф.А-482, о. 47, д. 3368, л. 1–19.
18. Государственный архив РФ. Ф.Р-130, о. 2, д. 24 (1), л. 10.
19. Государственный архив РФ. Ф.Р-130, о. 2, д. 24 (1), л. 69.
20. Государственный архив РФ. Ф.Р-130, о. 2, д. 318, л. 4.
21. Государственный архив РФ. Ф.630, о. 1, д. 188; л. 19.
22. Государственный архив РФ. Ф.8009, о. 28, д. 15, л. 1.
23. Государственный архив РФ. Ф.8009, о. 28, д. 21, л. 27–29.
24. Global Tuberculosis Control. WHO report 2000 (WHO/CDS/TB/2000275). — Geneva, 2000. — Р. 120–122.
25. [http://www.cdc.gov/nchstp/tb/surv\\_99/surv\\_99.htm](http://www.cdc.gov/nchstp/tb/surv_99/surv_99.htm).
26. <http://www-nt.who.int/whosis/statistics/menu.cfm?path=statistics, whsa and language=english>.

Поступила 22. 05. 01