

DOI: 10.25208/0042-4609-2017-93-6-12-21

# Вековой опыт отечественной дерматовенерологии. Этапы развития кожно-венерологической помощи населению (часть I)

Кубанова А. А.<sup>1</sup>, Мартынов А. А.<sup>1</sup>, Власова А. В.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации  
107076, Российская Федерация, г. Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6

<sup>2</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации  
119991, Российская Федерация, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Проведен анализ этапов формирования модели организации развития кожно-венерологической помощи населению Российской Федерации за период с 1917 по 2017 г.

**Ключевые слова:** дерматовенерология, кожно-венерологические диспансеры, врач-дерматовенеролог, Великая Октябрьская социалистическая революция, Великая Отечественная война

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Для цитирования: Кубанова А. А., Мартынов А. А., Власова А. В. Вековой опыт отечественной дерматовенерологии. Этапы развития кожно-венерологической помощи населению (часть I). Вестник дерматологии и венерологии. 2017;(6):12–21. DOI: 10.25208/0042-4609-2017-93-6-12-21

---

# A Hundred Years' Experience in National Dermatovenereology. Stages of Development of Dermatovenereological Care for the Population (Part I)

Anna A. Kubanova<sup>1</sup>, Andrey A. Martynov<sup>1</sup>, Anna V. Vlasova<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation  
Korolenko str., 3, bldg 6, Moscow, 107076, Russian Federation

<sup>2</sup> I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation  
Trubetskaya str., 8, bldg 2, Moscow, 119991, Russian Federation

The stages of the formation of a model for the organization of dermatovenereological care to the population of the Russian Federation during the period from 1917 to 2017 were analyzed.

**Keywords:** dermatovenereology, dermatovenerologic dispensary, dermatovenerologist, the Great October Socialist Revolution, the Great Patriotic War

**Conflict of interest:** the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

**For citation:** Kubanova A. A., Martynov A. A., Vlasova A. V. A Hundred Years' Experience in National Dermatovenereology. Stages of Development of Dermatovenereological Care for the Population (Part I). Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2017;(6):12–21. DOI: 10.25208/0042-4609-2017-93-6-12-21

---

В ноябре 2017 г. исполнилось 100 лет со дня Великой Октябрьской социалистической революции, заложившей прочный фундамент российского государства в целом и модели здравоохранения в частности. В этой связи представляет значительный интерес проведение анализа этапов формирования модели организации оказания кожно-венерологической помощи населению Российской Федерации.

В целом советская модель здравоохранения базировалась на концентрации ресурсов и механизмов управления, плановости развития и соблюдении следующих принципов [1]:

- единство организации и централизация системы здравоохранения;
- равная доступность и бесплатность медицинской помощи и других услуг по профилактике болезней для всех граждан;
- первоочередное внимание детству и материнству;
- единство профилактики и лечения;
- опора на научные достижения;
- ликвидация социальных основ болезней;
- привлечение общественности к делу здравоохранения.

Спустя 100 лет можно с уверенностью сказать, что большая часть запланированного реализована в полном объеме, меньшая часть так и осталась недостижимой, в частности — внедрение ответственности самих пациентов за свое здоровье.

### 1. Дерматовенерология в дореволюционный период

На протяжении большей части XIX столетия медицинская помощь гражданскому населению в России оказывалась преимущественно военными медиками (в том числе вышедшими в отставку).

К середине XIX века в большинстве губерний были открыты больницы, психиатрические лечебницы, фельдшерские и повивальные школы, также имелись больницы в отдельных уездных городах. Однако организация оказания медицинской помощи в большинстве из них была крайне неудовлетворительной, сельская медицина практически отсутствовала. Повсеместная антисанитария и низкий уровень грамотности населения также вносили свой отрицательный вклад в общее состояние здоровья населения в тот период (рис. 1).

В 1864 г. было введено положение о земских учреждениях, что дало импульс к развитию земской медицины. Такая медицина была максимально приближена к сельским жителям. Однако в связи с событиями 1917 г. земская медицина фактически прекратила свое короткое существование. Вместе с тем принципы ее работы были не раз использованы в последующей истории отечественной медицины (в частности, при попытках создать сельскую медицину, в ходе внедрения принципов общей (семейной) врачебной практики, при формировании порядков оказания медицинской помощи с учетом детализации уровней ее оказания на фоне низкой доступности специализированной медицинской помощи и др.).

С организацией Переселенческого управления, к ведению которого относилась организационная деятельность по заселению Сибири и Дальнего Востока, возникла переселенческая медицина. За 1896–1914 гг. переселилось более 4 млн человек. При этом за 1906–1910 гг. количество врачей и больниц в Сибири выросло в 2 раза. К 1907 г. в Сибири и на Дальнем Востоке было 374 больницы с 6,6 тыс. коек, а в 1913 г. — 663 больницы с 16 тыс. коек. Возросло также число врачебных и фельдшерских пунктов.

Дерматовенерология как специальность появилась, конечно же, задолго до революции.

Первые отечественные специалисты дерматологи и венерологи появились в середине XIX века. В этот же период была опубликована первая литература по кожным и венерическим болезням, в основном переводные зарубежные издания. Одновременно на систематической основе началось преподавание дерматологии и венерологии.

Не было кафедр и клиник, научных обществ, неудовлетворительно работали научные журналы, недостаточно формировались новые кадры дерматологов и венерологов; отсутствовала медицинская и фармацевтическая промышленность. Для оказания венерологической помощи всего было организовано 12 венерологических амбулаторий. Борьба с венерическими болезнями в армиях до революции в основном была направлена на «санитарное» протиституции путем врачебно-полицейского надзора с привлечением военных врачей.

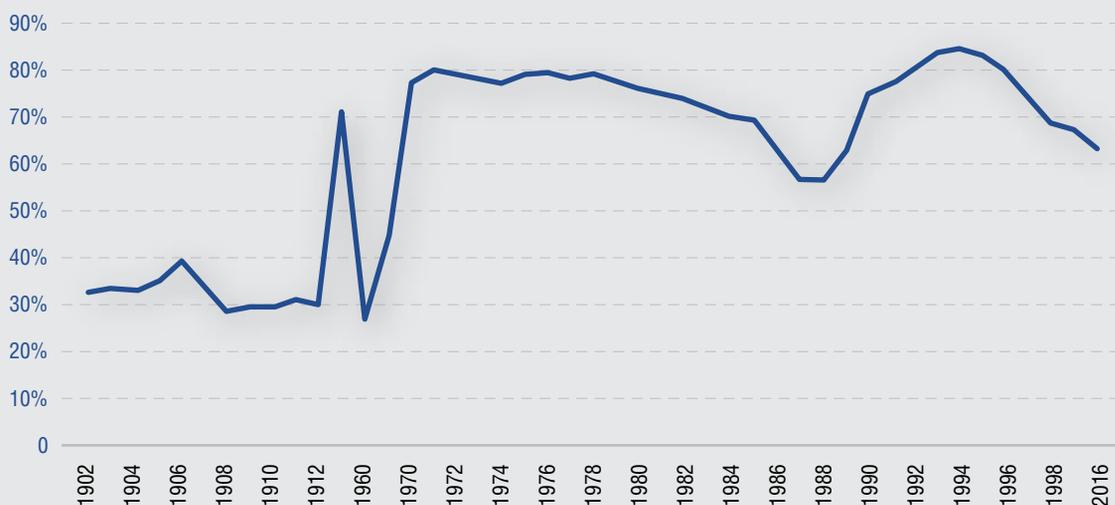


Рис. 1. Отношение свежих форм сифилиса к сифилису в целом за период с 1902 по 2016 г. [2]

Врачей в дореволюционный период в России готовили медицинские факультеты 10 университетов, Высшие женские курсы, Военно-медицинская академия и Психоневрологический институт, созданный В. М. Бехтеревым в Петербурге.

В соответствии с новым Университетским уставом 1863 г. среди новых предметов появились прототипы дерматологии и венерологии. При кафедре специальной патологии и терапии был создан курс систематического и клинического изложения учения о кожных сыпях; при кафедре теоретической хирургии — курс о сифилитических болезнях и о болезнях мочевых и половых органов с клиникой.

Именно в этот период зарождается отечественная школа дерматовенерологии как самостоятельная и оригинальная.

В 1872 г. Обществом русских врачей была предложена первая русская номенклатура болезней и причин смерти. Классификация болезней была создана таким образом, чтобы можно было установить зависимость между возникновением и распространением болезней и условиями жизни населения.

Основоположником отечественной дерматовенерологии принято считать Алексея Герасимовича Полотебнова (1838–1907) (рис. 2).



Рис. 2. Основоположник отечественной дерматовенерологии А. Г. Полотебнов (1838–1907)

Русская школа дерматовенерологии того периода характеризовалась широким использованием, помимо наружного лечения, климатотерапии, электротерапии и гидротерапии, а также всесторонним изучением общего состояния организма с помощью всего многообразия доступных в тот период лабораторных, физиологических и функциональных методов исследования.

Первая кафедра дерматологии появилась в 1869 году [3].

В 1884 г. был введен новый Университетский устав, которым было предусмотрено создание отдельной ка-

федры — «Систематическое клиническое учение о кожных и сифилитических болезнях». Одновременно были организованы самостоятельные кафедры кожных и венерических болезней во всех русских университетах.

Основными научными направлениями того периода являлись:

- борьба с венерическими, а также рядом инфекционных заболеваний (туберкулез, лепра, мягкий шанкр, микозы и др.);
- изучение нервизма у больных с заболеваниями кожи;
- создание отечественной классификации, номенклатуры в дерматологии и венерологии, основанной на этиологии заболеваний, в отличие господствовавшей в тот период за рубежом морфологической классификации дерматозов;
- изучение целебных свойств зеленой плесени при сифилисе.

До революции в России имелись только единичные научные дерматовенерологические общества.

В 1885 г. в Петербурге было организовано первое в Европе самостоятельное Русское сифилидологическое и дерматологическое общество. В 1891 г. было создано Московское венерологическое и дерматологическое общество. К середине 21 века число профессиональных обществ в стране приблизилось к 100.

В 1901 г. начал издаваться самостоятельный «Русский журнал кожных и венерических болезней», который выпускался до 1917 г. Короткий период (1913–1914 гг.) издавался журнал «Дерматология».

До революции в России было защищено всего 195 диссертаций по вопросам кожных и венерических болезней на ученую степень доктора медицинских наук (начиная с XVIII века и до 1917 г.). За период 1917–1960 гг. в стране было защищено 378 диссертаций, посвященных дерматологии, венерологии и смежным вопросам [4].

## 2. Развитие дерматовенерологии в послереволюционной России

Эпидемиологическая ситуация в молодой республике была крайне напряженной, регистрировалась массовая гибель людей от инфекционных заболеваний (эпидемический грипп, туберкулез, сыпной тиф, брюшной тиф, холера, дизентерия, натуральная оспа и др.). Ситуация осложнялась начавшейся Гражданской войной, голодом и разрухой.

В первый день после революции был создан медико-санитарный отдел, в задачи которого входили организация медицинской помощи восставшим и построение новой модели здравоохранения. Аналогичные отделы стали создаваться в регионах.

«Высший медицинский орган Рабочего и Крестьянского правительства» (прототип федерального министерства) был создан 24 января 1918 г. [5].

В августе 1918 г. при Наркомздраве РСФСР были учреждены Ученый медицинский совет и Центральная комиссия по борьбе с эпидемическими заболеваниями (в модифицированном виде данные органы просуществовали вплоть до административной реформы 2004 г.).

В ноябре 1918 г. при Наркомздраве была организована секция по борьбе с туберкулезом и подсекция по борьбе с сифилисом. В последующий период при региональных органах управления здравоохранением создавались штабы по борьбе с отдельными социально значимыми заболеваниями (в некоторых регионах России существуют до настоящего времени).

Для борьбы с туберкулезом в 1918 г. был предложен принципиально новый тип учреждения — диспансер, получивший широкое распространение впоследствии.

В связи с эпидемией сыпного тифа в 1919–1920 гг. были организованы санитарные пропускники, где наряду с мытьем и гигиенической обработкой тела осуществлялась дезинсекция личных вещей (так называемые «вошебойки») [6]. Опыт работы данных подразделений был востребован в период Великой Отечественной войны; в модернизированном виде они встречаются и в настоящее время.

Создание сети специализированных учреждений и внедрение в их работу диспансерного метода проводилось невероятно высокими темпами (табл. 1).

Таблица 1. Динамика количества специализированных диспансеров в СССР

Диспансеры	1941 г.	1951 г.	1956 г.
Противотуберкулезные	547	709	1104
Кожно-венерологические	603	644	664
Онкологические	26	142	188
Психоневрологические	56	71	111

Венерологические диспансеры стали центральными учреждениями по борьбе с венерическими и заразными кожными болезнями на закрепленной за ними территории (республика, край область, город или район). Именно поэтому до 1940 г. они специализировались преимущественно на оказании венерологической помощи.

Первые вендиспансеры были открыты в 1921 г. в Москве, Томске и Нижнем Новгороде (рис. 3) [7]. В том же году была организована первая в стране детская больница для детей с кожными и венерическими болезнями.

К 1922 г. в Российской Федерации был открыт 21 венерологический диспансер, в том числе 3 — в Москве, 2 — в Санкт-Петербурге. К 1924 г. в стране работало 60 венерологических диспансеров.

С развитием сети диспансеров в стране также начали создаваться научно-исследовательские кожно-венерологические институты, которых к 1940 г. было 17, включая [8]:

- Государственный венерологический институт (создан в 1921 г. в Москве);
- Ленинградский кожно-венерологический институт (1930 г.).

В 1922 г. при Государственном венерологическом институте был организован показательный вендиспансер, ставший методическим центром по совершенствованию диспансерной работы.

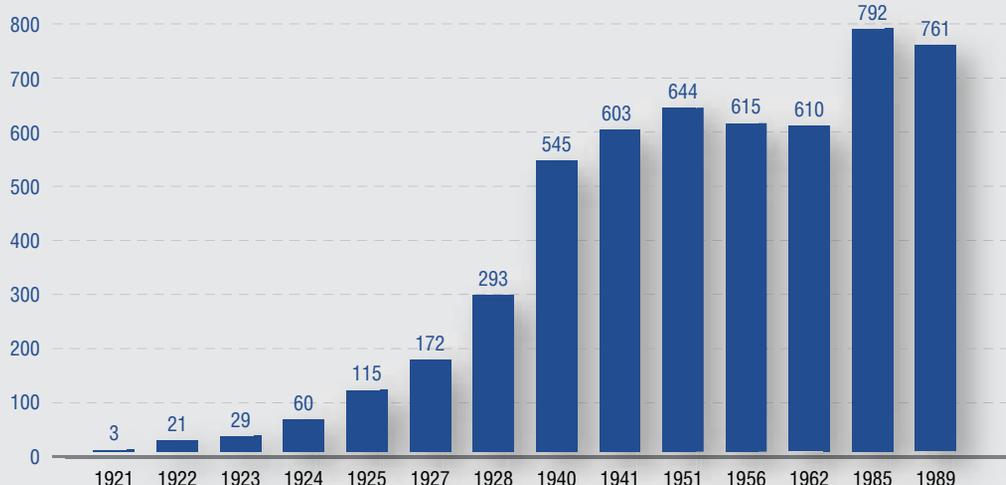


Рис. 3. Динамика количества кожно-венерологических диспансеров в СССР (1921–1989 гг.)

В задачи диспансеров входило не только обеспечение больных квалифицированной медицинской помощью, но и проведение эпидемиологической, просветительской и профилактической работы, научных исследований, подготовка кадров, а также внедрение статистического учета.

Кроме того, врачи-дерматовенерологи обеспечивали реализацию положений законодательства, предусматривающих принудительное лечение больных, которые уклонялись от лечения и представляли опасность для окружающих (рис. 4).

Все больные с установленным диагнозом венерического заболевания информировались о необходимости соблюдения рекомендаций врачей, больным запрещалось вступать в половые связи до полного излечения. Если больной отказывался, лечение должно было быть проведено принудительно — в тюрьме или в сочетании с исправительными работами без изоляции от общества. Уклонением от лечения считались как прямой отказ от

него, так и несвоевременное выполнение медицинских назначений/процедур.

Всех больных с диагнозом «сифилис» лечили по утвержденным схемам в условиях круглосуточного стационара, куда госпитализировали в течение 24 ч после установления диагноза.

Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, влекло за собой лишение свободы на срок до 3 лет.

Кроме того, при установлении диагноза «сифилис» венерологами в обязательном порядке отслеживались все половые контакты больного. Соккрытие больным источника заражения и своих контактов тоже каралось законом.

В целях предупреждения распространения венерических болезней вендиспансер был наделен полномочиями подвергать принудительному освидетельствованию лиц, которые могут быть заподозрены в том, что они страдают заразными формами венерических болезней [9, 10].



Рис. 4. Постановление Всесоюзного Центрального Исполнительного Комитета и Совета Народных Комиссаров РСФСР от 23 февраля 1927 г. № 13 «О мерах борьбы с венерическими болезнями»

После распада СССР обязательной госпитализации подлежали в основном беременные для проведения профилактического лечения, а также лица без определенного места жительства, лица из социально неблагополучных семей.

С 1925 г. было установлено, что все виды лекарственной и санитарно-предупредительной помощи трудящему-

ся населению оказываются за счет областных бюджетов (бесплатно для населения). Каждой области (губернии) предписывалось создавать венерологические диспансеры, в удаленных территориях — профильные койки [11].

После проведенной реформы 1940 г. в стране сохранился 1 союзный НИИ, 7 республиканских, 3 областных. Остальные были реорганизованы (табл. 2).

Таблица 2. Сеть медицинских научно-исследовательских кожно-венерологических институтов (1940 г.)

Действующие	Реорганизованные
Союзные НИИ	
Центральный кожно-венерологический институт (Москва)	Нет
Республиканские НИИ	
Кожно-венерологический институт (Харьков) Кожно-венерологический институт (Тбилиси) Кожно-венерологический институт (Минск) Кожно-венерологический институт (Баку) Кожно-венерологический институт (Ташкент) Кожно-венерологический институт (Ашхабад) Кожно-венерологический институт (Алма-Ата)	Кожно-венерологический институт (Ереван) реорганизован в Республиканскую кожно-венерологическую больницу
Областные НИИ	
Кожно-венерологический институт (Ленинград) Кожно-венерологический институт (Одесса; межобластной) Кожно-венерологический институт (Свердловск)	Кожно-венерологический институт (Уфа) Кожно-венерологический институт (Саратов) Кожно-венерологический институт (Горький) Кожно-венерологический институт (Куйбышев) Кожно-венерологический институт (Ростов-на-Дону) реорганизованы в областные кожно-венерологические диспансеры

Одновременно создавались специализированные медицинские учреждения для лечения туберкулеза кожи — люпозории. Первый из них мощностью 30 коек был открыт в 1921 г. в Москве, в 1922 г. люпозорий был организован в Ленинграде.

В 1937 г. на базе Московского люпозория был организован Научно-исследовательский институт кожного туберкулеза. Он функционировал до 1956 г., когда был преобразован в кожное отделение Центрального научно-исследовательского института туберкулеза (Москва).

С 1950 г. с учетом новой номенклатуры учреждений здравоохранения и объединения больниц с поликлиниками люпозории были реорганизованы путем преобразования в туберкулезные больницы или в кожно-туберкулезные отделения больниц.

Начиная с 1923 г. в связи с реконструкцией промышленности и сельского хозяйства возросла актуальность борьбы с профессиональными заболеваниями. Наряду с появлением направления по охране труда были заложены основы медицины труда. В настоящее время отде-

ление профессиональных заболеваний кожи функционирует в Научно-исследовательском институте медицины труда (Москва).

Новой номенклатурой медицинских учреждений, введенной с 1940 г., венерологические диспансеры были переименованы в кожно-венерологические диспансеры. Была разработана типовая структура кожно-венерологических учреждений, утверждены типовые положения о работе кожно-венерологических институтов и диспансеров.

В период 1914–1920 гг. для выяснения степени распространенности венерических заболеваний организовывались лечебно-обследовательские отряды, которые стремились охватить обследованием как можно большее

количество населения, а выявленным больным с различными формами сифилиса проводили лечение.

Опыт работы подворовых («подворно-семейных») обследований в местах распространения сифилиса специальными обследовательскими отрядами был обобщен к 1925 г. Были представлены карты распространения сифилиса (прототип современной геоинформационной системы), что позволило организовать венерологические диспансеры и пункты в местах с наиболее высокими показателями заболеваемости.

Кроме того, в отдаленные и национальные районы за период 1917–1956 гг. было направлено свыше 1000 кожно-венерологических экспедиций, проделавших огромную работу по оздоровлению населения этих районов.



По результатам проведенного в 1923 г. учета врачей-дерматовенерологов были организованы дополнительные курсы по подготовке кадров в Москве, Ленинграде, Саратове, Томске, Ростове-на-Дону и ряде других учебных центров (рис. 5).

Параллельно проводилась борьба с венерическими заболеваниями среди военнослужащих. Предусматривались санитарное просвещение, чтение лекций и проведение бесед, снабжение библиотек при воинских частях популярной специализированной литературой. Все военнослужащие были обязаны знакомиться с проявлениями и источниками венерических болезней, способами их профилактики. Была введена регистрация заболевших, а также профилактическое лечение [12].

Создание мощной сети кожно-венерологических учреждений, подготовка кадров и широкомасштабные противоэпидемические мероприятия обеспечили значительное снижение заболеваемости венерическими болезнями начиная с 1924 г.

За период 1913–1926 гг. уровень заболеваемости:

- первичным сифилисом снизился более чем в 2 раза (1913 г. — 25 на 10 тыс. населения; 1926 г. — 11 на 10 тыс. населения); а к 1935 г. показатель уменьшился до 2 на 10 тыс. населения;
- сифилисом в городах снизился более чем на 30% (1913 г. — 180 на 10 тыс. населения; 1926 г. — 120 на 10 тыс. населения);
- гонореей — почти на 25% (1913 г. — 126 на 10 тыс. населения; 1926 г. — 95 на 10 тыс. населения).

В 1922 г. в стране было зарегистрировано 328 784 больных сифилисом, среди которых свежие формы были зарегистрированы в 237 346 случаях (72,2%). На 10 тыс. населения приходилось: заразных форм сифилиса — 27,3; третичного сифилиса — 13,2; остальных форм — 40,5 случая.

Также следует учитывать, что окончание третьего десятилетия прошлого века считается периодом завершения «эпидемиологической революции» в стране, когда смертность от инфекционных заболеваний перестала доминировать среди всех причин смерти. Вместе с тем показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза в отличие от уровня заболеваемости венерическими болезнями сохранялись на высоком уровне.

В 1924 г. в СССР начали издаваться два специальных журнала: «Русский вестник дерматологии» и «Венерология и дерматология». С 1932 г. они объединились, и новый журнал получил название «Советский вестник венерологии и дерматологии». В 1937 г. журнал был переименован в «Вестник венерологии и дерматологии», а в 1957 г. — в «Вестник дерматологии и венерологии». Под этим названием он издается и в настоящее время.

### 3. Особенности организации кожно-венерологической помощи в период Великой Отечественной войны

Во время Первой мировой войны плановой работы с кожными и венерическими заболеваниями в Российской Федерации не проводилось.

В предвоенные годы в стране было достигнуто:

- резкое снижение показателей заболеваемости венерическими болезнями;
- создание широкой сети кожно-венерологических диспансеров;
- ликвидация мягкого шанкра за счет внедрения белого стрептоцида и четвертой венерической болезни.

Поскольку особенностью военного времени является увеличение числа случайных половых связей, борьба с венерическими заболеваниями в стране вновь приобрела особую значимость.

На период военных действий на всех фронтах были созданы штатные должности фронтовых, армейских и дивизионных венерологов.

Фронтовой венеролог руководил работой армейских венерологов, фронтовых и армейских кожно-венерологических госпиталей и консультировал в них, контролировал точность статистического учета больных, распределение медикаментов, координировал связь с гражданскими органами управления здравоохранением.

Армейский венеролог базировался в армейских специализированных госпиталях и являлся ответственным руководителем и организатором лечебно-профилактических мероприятий по борьбе с венерическими болезнями в армейском районе. Им выполнялись непосредственные мероприятия по выявлению, диагностике, лечению и учету больных, контроль за работой по выявлению источников инфицирования, своевременностью госпитализации и эвакуации больных.

Дивизионные венерологи обеспечивали контроль за лечением венерических больных общевойсковыми врачами.

Соблюдались два основных принципа лечения венерических болезней:

- максимальное приближение лечебной помощи к больным;
- стопроцентная госпитализация больных с заразными формами сифилиса, мягким шанкром, затянувшимися и осложненными формами острой и хронической гонореи.

В начале войны лечение профильных больных проводилось в кожно-венерологических отделениях армейских госпиталей для легкораненых, а в дальнейшем — в армейских специализированных госпиталях.

В некоторых из них помимо лечебных сифилитического, гонорейного и кожного отделений выделяли профилактическое отделение (группу). С его помощью врачи-дерматовенерологи проводили в том числе санитарно-венерологическую разведку для выяснения пораженности местного населения.

Значительное количество больных со скрытыми формами сифилиса направлялось для повторного лечения в госпитали армейского или фронтового района (табл. 3).

В целях облегчения работы госпиталей и сокращения сроков лечения больных с 1943 г. было разрешено применять «уплотненный метод лечения сифилиса», которым предусматривалось увеличение суточной дозы мышьяковых и висмутовых препаратов в 1,5 раза. Такой подход сокращал продолжительность курса лечения до 35–40 дней вместо 65–67 дней.

Таблица 3. Состав больных сифилисом

Диагноз		Доля от общего числа госпитализированных больных сифилисом, %
Первичный	Серонегативный	14,4
	Серопозитивный	21,8
	Серонегативный скрытый	2,6
	Серопозитивный скрытый	4,2
Вторичный	Свежий	10,5
	Рецидивный	9,4
	Скрытый	30,6
Третичный	Активный	2,8
	Скрытый	2,7
Прочие формы		1,0

Противогонорейные мероприятия во время войны проводились по двум направлениям:

- приближение лечения к действующим частям в целях сокращения сроков начала терапии и предупреждения часто возникавших в тот период осложнений;
- активное использование сульфаниламидных препаратов, широкое внедрение методов стимуляции, проведение местного лечения — тепловых и механических процедур.

Начиная с 1943 г. стала регистрироваться устойчивость гонококка к сульфаниламидным препаратам, внедренным в широкую практику до начала войны (табл. 4). К окончанию военных действий доля резистентных форм

гонококков достигала 40–45% (за весь период данный показатель составил 35,9%). По результатам научных исследований в период войны было доказано, что сульфаниламидные формы гонококков, переходя к партнеру, сохраняют свою устойчивость.

Средняя продолжительность лечения гонореи за весь период войны была равна 25,9 дня. Рецидивы гонореи в период войны установлены у 5% больных.

Система демобилизации военнопленных предусматривала полное излечение в случаях гонореи и мягкого шанкра, при сифилисе — после не менее двух курсов терапии с последующей передачей информации в кожно-венерологические диспансеры.

Таблица 4. Зависимость сульфаниламидорезистентности от клинической формы гонореи в период Великой Отечественной войны

Клиническая форма	Процент устойчивости
Острый передний гонорейный уретрит	24,4%
Острый тотальный уретрит	44,8%
Хронический уретрит	47,3%

Наряду с кожно-венерологическими отделениями развертывались серологические лаборатории. В наиболее крупных из них осуществлялась постановка реакции Вассермана, в других — ставились осадочные реакции. Также широкое распространение на фронте получил метод пересылки «сухой капли».

В период военных действий обеспечивался полный и углубленный учет венерических больных с целью установления фактической заболеваемости, изучения ее динамики, контроля эффективности проводимого лечения. Наиболее успешно применялась карточная форма учета, как самая точная и совершенная форма такой работы.

Важную роль в профилактике занимали медицинские осмотры. Помимо ежемесячных общих медицинских осмотров всего личного и вольнонаемного состава проводились индивидуальные осмотры военнослужащих, имевших возможность часто отлучаться из части. Также проводились тщательные осмотры прибывающих пополнений. Кроме того, медицинскому осмотру подвергались военнослужащие, направляемые из части в командировку или отпуск; таким военнослужащим выдавались документы только при предъявлении справки врача об отсутствии у них какого-либо венерического заболевания.

Личная профилактика бойцов в большинстве случаев проводилась в профилактических противовенерических пунктах. Использование индивидуальных противовенерических пакетов, а также презервативов было ограничено из-за дефицитности и организационных сложностей.

С позиции организации оказания венерологической помощи в период военных действий наибольший интерес представляют:

- санитарно-венерологическая разведка;
- организация венерологических отрядов для работы в районах действующей армии.

Задачей санитарно-венерологической разведки было установление пораженности гражданского населения венерическими заболеваниями. Разведка осуществлялась армейскими и дивизионными венерологами, при необходимости привлекались армейские гинекологи. Кроме того, такая разведка могла проводиться небольшим отрядом (так называемой профилактической группой). Метод разведки, практиковавшийся на многих фронтах, оказался весьма эффективным, но во многих случаях крайне трудным в отношении организации последующего лечения выявленных больных.

Венерологические отряды Минздрава СССР направлялись в те районы, где путем венерологической разведки были выявлены значительные очаги венерических заболеваний. Отряды поступали в распоряжение фронто-

вого венеролога, который указывал им место работы и оказывал помощь в ее выполнении. Отряды проводили поголовный осмотр населения, организовывали стационарное и амбулаторное лечение больных.

В период Великой Отечественной войны регистрировалось снижение удельного веса кожных заболеваний в целом. При этом распространенность чесотки достигала 22% от общего числа госпитализированных больных, эпидермофитии стоп — не более 6%. Прочие заболевания кожи составляли 22,8%, среди них наиболее часто регистрировались дерматиты, экзема и псориаз.

Распространенность псориаза за весь период войны составила 3,7% от всех заболеваний кожи. Дебют псориаза в военных условиях способствовали ранения, контузии и нервно-психическая травма, в меньшей степени — переохлаждение.

Показателем организации военно-медицинской службы в период Великой Отечественной войны являлось ежегодное снижение средней продолжительности лечения кожных больных до 27,3 дня за все четыре года. При этом следует учитывать, что в довоенный период средняя продолжительность лечения составляла 31,3 дня (рис. 6).

В первые два года лечение кожных больных ввиду отсутствия соответствующих специализированных госпиталей проводилось амбулаторно или стационарно в общих (хирургических и терапевтических) госпиталях фронтового и армейского района, в специальных отделениях для кожных больных.



Рис. 6. Динамика средней продолжительности лечения больных кожными заболеваниями в разные годы Великой Отечественной войны

В 1943 г. были организованы специализированные кожно-венерологические отделения в некоторых госпиталях армейской базы; в 1944 г. они были заменены почти во всех армиях специализированными кожно-венерологическими армейскими госпиталями.

Во время Великой Отечественной войны продолжалось проведение научных исследований. Были всесторонне изучены околораневые пиококковые поражения кожи, а также роль алиментарных факторов в патогенезе и терапии гнойничковых заболеваний [13]. ■

## Литература/References

1. Семашко Н. А. Избранные произведения. Ред. П. И. Калью. М.: Медицина, 1967. 379 с. [Semashko N. A. Chosen Works. Ed. by P. I. Kal'yu. M.: Medicine, 1967. 379 p.]
2. Павлов С. Т. Кожные и венерические болезни (предупреждение и лечение). В кн.: Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1952. Т. 21VII. [Pavlov S. T. Skin and Venereal Diseases (Prevention and Treatment). In: Experience of the Soviet Medicine in the Great Patriotic War of 1941–1945. M.: State Publishing House Of Medical Literature, 1952. Vol. 21VII.]
3. Павлов С. Т. Выдающиеся деятели отечественной медицины. А. Г. Полотебнов. Л.: Государственное издательство медицинской литературы, 1955. 84 с. [Pavlov S. T. Outstanding Figures of Domestic Medicine. A. G. Polotebnov. L.: State Publishing House of Medical Literature, 1955. 84 p.]
4. Гусаков Н. И. История отечественной дерматологии. М.: Авваллон, 2007. 464 с. [Gusakov N. I. History of Domestic Dermatology. M.: Avvallon, 2007. 464 p.]
5. Калью П. И. Очерки истории русской общественной медицины. М.: Медицина, 1965. [Kal'yu P. I. Sketches of History of the Russian Public Medicine. M.: Medicine, 1965.]
6. Прохоров Б. Б. Организация здравоохранения в России в XX веке. В сб.: Россия в окружающем мире: 2001. Аналитический ежегодник. М.: Издательство МНЭПУ, 2001. С. 100–143. [Prokhorov B. B. The Organization of Health Care in Russia in 21 Century. In: Russia in the World Around: 2001. Analytical Year-Book. M.: MNEPU Publishing House, 2001. P. 100–143.]
7. Студницин А. А., Туранов Н. М. Структура и организация работы кожно-венерологического диспансера. М.: Медгиз, 1965. 60 с. [Studnitsin A. A., Turanov N. M. Structure and Organization of Work of a Skin and Venereologic Clinic. M.: Medgiz, 1965. 60 p.]
8. Постановление СНК СССР от 31 октября 1940 г. № 2201 «О сети медицинских научно-исследовательских институтов». [The Resolution of SNK USSR of October 31, 1940 No. 2201 "About Network of Medical Research Institutes".]
9. Постановление Всероссийского Центрального Исполнительного Комитета и Совета Народных Комиссаров РСФСР от 23 февраля 1927 г. № 13 «О мерах борьбы с венерическими болезнями». [The Resolution of the All-Russian Central Executive Committee and Council of People's Commissars of RSFSR of February 23, 1927 No. 13 "About Measures of Fight Against Venereal Diseases".]
10. Инструкция Наркомздрава, Наркомвнудела и Наркомюста РСФСР от 10 мая 1927 г. № 12. [The Instruction of Narkomzdrav, Narkomvnuudel and Narkomyust of RSFSR of May 10, 1927 No. 12.]
11. Декрет Всероссийского Центрального Исполнительного Комитета и Совета Народных Комиссаров РСФСР от 14 декабря 1925 года «Об основах построения нормальной волостной (районной) организации здравоохранения». [The Decree of the All-Russian Central Executive Committee and Council of People's Commissars of RSFSR of December 14, 1925 "About Bases of Creation of the Normal Volost (Regional) Organization of Health Care".]
12. Приказ Московской окружной комиссии по военным делам от 1 ноября 1918 г. № 1296. [Order of the Moscow District Commission on Military Affairs of November 1, 1918 No. 1296.]
13. Павлов С. Т., Рахманов В. А. Задачи и пути дальнейшего развития дерматологии в СССР. В сб.: Труды V Всесоюзного съезда дерматовенерологов. Л.: Медгиз, 1961. С. 21–26. [Pavlov S. T., Rakhmanov V. A. Tasks and ways of further development of dermatology to USSR. In: Works of the Fifth All-Union Congress of Dermatovenerologists. L.: Medgiz, 1961. P. 21–26.]

---

### Информация об авторах

**Анна Алексеевна Кубанова** — д.м.н., профессор, академик РАН, директор Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Андрей Александрович Мартынов** — д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отдела дерматологии Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: aamart@mail.ru

**Анна Васильевна Власова** — к.м.н., доцент кафедры Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации

---

### Information about the authors

**Anna A. Kubanova** — D.Sci. (Medicine), Prof., Academician of the Russian Academy of Sciences, Head of the State Research Center of Dermatovenerology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation

**Andrey A. Martynov** — D.Sci. (Medicine), Prof., Leading Scientific Researcher, Department of Dermatology, State Research Center of Dermatovenerology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation; e-mail: aamart@mail.ru

**Anna V. Vlasova** — PhD (Medicine), Associate Professor, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation