

**Вильк М.Ф.,  
Комаров Ю. М.,**

# **Бремя перемен**

**Москва, 2018 г.**

**6 в прошлом Сведения об авторах:**

Вильк Михаил Франкович, доктор медицинских наук, профессор, директор ВНИИ железнодорожной гигиены, в прошлом Начальник Департамента врачебно-санитарной службы МПС России, главный врач Центральной клинической больницы №6 МПС России. Член редакционной коллегии журнала «Железнодорожная медицина и профессиональная биоритмология», автор более 130 научных работ, в том числе 18 монографий и 7 руководств

Комаров Юрий Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующий отделом организации и информатизации здравоохранения ВНИИ железнодорожной гигиены, член Комитета гражданских инициатив, в прошлом член Комитета экспертов ВОЗ, автор более 600 публикаций, в том числе 30 монографий.

Авторы выражают признательность Викторову В. С., кандидату медицинских наук, зав. лабораторией профессионального отбора, психофизиологии и реабилитации ВНИИЖГ, за предоставленные материалы для главы пятой.

### **Краткая аннотация.**

Бремя перемен – это далеко не полное свидетельство о развитии страны и о модели железнодорожного здравоохранения. В новой научно-публицистической книге двух авторов изложены как фактологические данные, так и индивидуальное мнение авторов и их взгляд на процессы, происходящие в здравоохранении, прежде всего, на железнодорожном транспорте. Начинается содержание книги с представления о динамике развития железных дорог и железнодорожных сообщений с учетом потребностей и возможностей страны в историческом и публицистическом аспектах. Все материалы взяты из открытых или рассекреченных источников. Далее показано тесно с этим связанное развитие и становление всего железнодорожного здравоохранения и отдельных его составляющих. Кроме того, на железнодорожное здравоохранение оказывало влияние развитие общей сети здравоохранения и потому в книге приведены некоторые аспекты общего здравоохранения (качество медицинской помощи, первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь и т.д.), имеющие непосредственное отношение к железнодорожному здравоохранению, которое, правда, имеет также свою выраженную специфику. И это все в книге представлено отдельными мазками. В книге также упомянуто, что все виды транспорта (железнодорожный, авиационный, морской и речной, автомобильный) имеют очень много сходных черт: грузовые и пассажирские перевозки, здоровье работников транспорта, чрезвычайные ситуации и аварии, высокая степень ответственности водителей локомотивов, пилотов, водников и шоферов, что выдвигает к ним особые требования по здоровью, по психологическому и функциональному состоянию. Этому в книге посвящен отдельный раздел, связанный с профессиональным отбором, проведением предсменных и предрейсовых медицинских осмотров. Исходя из всего изложенного, авторы приходят к убеждению о необходимости совершенствования модели организации медицинской помощи на железнодорожном транспорте, взяв за основу уникальный линейный принцип. Книга основана на правдивом изложении материалов. Правда бывает сладкой, но может быть соленой, кислой и горькой, субъективной (индивидуальной) или объективной (массовой), но от этого она не становится неправдой. Авторы не претендуют на полноту изложения материалов книги, поскольку считают, что отдельные ее разделы и положения требуют самостоятельных монографий. Все материалы книги могут быть, по мнению авторов, широко использоваться в практическом здравоохранении и служить побудительным мотивом для развития медико-организационной мысли, теории развития здравоохранения на современном этапе и проведения новых научно-исследовательских работ и аналитических разработок. Конечно, в рамках одной книги практически невозможно было представить широкий спектр проблем здравоохранения и связанных с ними вопросов, однако авторы располагают необходимой информацией для последующего расширения и углубления содержания данной книги.

**Перечень сокращений:**

МПС- министерство путей сообщения  
ВНИИ- Всероссийский научно-исследовательский институт  
ВСС- врачебно-санитарная служба  
ЦУВС- Центральное управление ВСС  
ВЭК- врачебно-экспертная комиссия  
ЦВЭК- Центральная врачебно-экспертная комиссия  
DALY- индекс, определяющий число потерянных лет жизни в связи с нетрудоспособностью  
QALY- индекс числа лет качественной жизни  
NICE- английский институт клинических предпочтений  
SIGN- шотландская информационная система клинических руководств  
ЗВУТ- заболеваемость с временной утратой трудоспособности  
МКБ-10- международная классификация болезней 10 пересмотра  
ЛПУ- лечебно-профилактическое учреждение  
ПРМО- предрейсовые медицинские осмотры  
ПМСП- первичная медико-санитарная помощь  
ОВП- общая врачебная практика  
ВОП- врач общей практики  
ОПЖ- ожидаемая средняя продолжительность жизни  
СПЖ- средняя продолжительность предстоящей жизни  
СЭС- санитарно-эпидемиологическая служба (станция)  
ЦГСЭН- центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора  
ЦБ- центральная больница  
ДБ- дорожная больница  
ЦКБ- центральная клиническая больница  
ФАП- фельдшерско-акушерский пункт  
ЦРБ- центральная районная больница  
ДОРВЭК- дорожная врачебно-экспертная комиссия  
СМП- скорая медицинская помощь  
ВМП- высокотехнологичная медицинская помощь  
ПС- преждевременная смертность  
ППС- предотвратимая преждевременная смертность  
ВС- внезапная смерть  
ПМО- периодические профилактические осмотры  
ВО- входные осмотры, при поступлении на работу  
ЦО- целевые профилактические осмотры или скрининги  
ВМФ- передвижные медицинские формирования  
ЦБ- центральная больница  
МО- медицинская организация  
ДОРЗДРАВ ОТДЕЛ- дорожный отдел здравоохранения  
ОКА- объединенная комиссия по аккредитации (США)

Посвящается нашим детям

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6-10
Глава 1. Особенности работы железнодорожного транспорта. Исторический экскурс.	11-179
Глава 2. Основные этапы развития здравоохранения на железнодорожном транспорте.	180-341
Глава 3. Линейный принцип организации медицинской помощи на железнодорожном транспорте.	342-348
Глава 4. Качество и организация первичной и специализированной медико-санитарной помощи.	349-460
4.1. Качество медицинской помощи и его обеспечение	349-386
4.2. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП): что это такое?	386-456
4.3. Как правильно организовать специализированную медицинскую помощь	456-460
Глава 5. Специфика профилактической работы применительно к железнодорожному транспорту	461-477
Глава 6. Стратегия и этапы развития здравоохранения на железнодорожном транспорте.	478-486
Заключение.	487-488
Краткий список использованной литературы	489-491

**I have six honest serving men.  
They taught me all I knew.  
Their names are what and why and when  
And how and where and who.**

**Joseph Rudyard Kipling**

«И помогают мне мои друзья,  
Они мне дали всё, что знаю я.  
Их имя: где, и как, и что,  
И почему, когда и кто».

Нобелевский лауреат,  
Джозеф Редьярд Киплинг

## Введение

*Concordia discors, Goracio (единство противоположностей, Гораций)*

В книге представлены этапы зарождения, становления и развития железнодорожных сообщений в мире и в России и, где по возможности, показан приоритет российских разработок. В стране вынужденно несколько раз почти полностью разрушалось народное хозяйство, но Россия, как мифологическая птица Феникс из пепла (Геродот, V век до н.э.), достаточно быстро восстанавливалась благодаря героическим усилиям всего народа. Так было в древние времена, после почти 250 летней гегемонии татаро-монголов (до знаменитого стояния на реке Угре в Калужской области в 1480 г.), в 1600-ые годы (XVII век), когда дважды появлялся Лжедмитрий, были Соляной (1648), Медный (1662) и стрелецкий (1698) мятежи и бунты, затем крестьянские восстания Ивана Болотникова (1606-1607), Степана Разина (1670-1671) и Емельяна Пугачева (1773-1774), восстания в связи с церковным расколом и отменой Юрьева дня, принятие жесточайшего Соборного уложения на основе Судебника Ивана Грозного 1550 г. и т.д., после разорительного нашествия войск Наполеона, после целого ряда войн, включая войны с Турцией, Швецией, Польшей, Японией и Первую мировую войну, после революций и опустошительной Гражданской войны, войны с Финляндией и, особенно, после Великой Отечественной войны и т.д.

Наполеон после окончания кадетской школы в Бриенн-ль-Шати когда Шати Когда грянула революция 1789 г. хотел поступить на русскую службу, но иностранцев туда принимали с понижением в звании, что было для него нежелательным. Проявил себя Наполеон в 1793 г., подавив мятеж в Тулоне, чем обратил на себя внимание диктатора Робеспьера. И когда спустя 2 года в Париже вспыхнул мятеж, все вспомнили и все вспомнили о генерале Наполеоне. Когда его назначили командующим армией в Италии, он стал формировать свою команду: без способностей кандидаты отбраковывались, умные продвигались по службе, с норовистыми он работал сам. Полководческими качествами обладали Массена и Даву, Ланн, Ней, Бессьер, Лefевр, Виктор, Периньон, Моисей, Серюрье, Сюше, Удино, Сен-Сир, Сульт, Мармон, Ожеро, Груши. Бернадот и Понятовский не соответствовали этим требованиям, старались быть самостоятельными, и потому Наполеон сделал первого королем Швеции, а второго - Польши. Скончался Наполеон в 1823 г. на острове Святой Елены в муках и в крысином сообществе, считавший, что его мышьяком отравили англичане. В армии Наполеона, обрушившейся на Россию, французов было не больше 33%, столько же немцев, остальные - поляки, итальянцы, испанцы и другие. В общем получился прообраз НАТО с комплексом демагогических сумбурных лозунгов. В честь победы русского воинства в Отечественной войне в 1836 г. был заложен храм Христа Спасителя, активное строительство которого началось через 3 года и продолжалось 40 лет. Над росписью Храма

работали лучшие русские художники. Фактически в России полностью мирные периоды для созидательной работы, для развития железнодорожного транспорта были весьма ограниченными.

Нельзя было отделить зарождающуюся систему железнодорожного здравоохранения от строительства и эксплуатации железных дорог и от развития страны в целом, и в ее историческом аспекте. И хотя эти вопросы в книге разведены в разные разделы, они постоянно переплетаются между собой и до середины 1990-х годов их одновременное и поступательное развитие соблюдалось. А это означало, что в максимально возможной степени удовлетворялась так до конца и не изученная потребность железнодорожной отрасли в ресурсах здравоохранения для оказания медицинской помощи пользователям железных дорог, работающим железнодорожникам и прикрепленному гражданскому населению. Точно также неправомерно отделить становление и развитие железнодорожного здравоохранения от общей сети гражданского здравоохранения и потому в данной книге эти вопросы будут также постоянно перекрещиваться. В руководстве и системе здравоохранения Народного комиссариата путей сообщения и, позднее, Министерства путей сообщения СССР и России работали опытные, инициативные и болеющие за порученное им дело специалисты. Железнодорожное здравоохранение систематически развивалось и укреплялось и в достаточно полном виде вошло в состав ОАО «РЖД». Были разработаны меры по медицинскому обеспечению безопасности движения поездов, по оказанию необходимой помощи в пути следования, на станциях, в депо и вокзалах, развивалась медицинская служба ликвидации последствий катастроф и крушений, велась борьба с профессиональными и производственно обусловленными заболеваниями, функционировала мощная служба санитарно-гигиенического и противоэпидемического контроля, укреплялась материальная база здравоохранения, внедрялись новые современные технологии, реализовывался основополагающий принцип линейного оказания медицинской помощи от Центральных клинических больниц к дорожным, отделенческим, узловым и линейным больницам, к врачебным участкам. Иначе говоря, многоуровневость оказания медицинской помощи осуществлялась по линиям железнодорожных сообщений, что также потребовало создания специальных медицинских поездов. Важно отметить, что медицинская помощь оказывалась не только пассажирам и железнодорожникам, но и членам их семьи (для чего были развернуты детские и гинекологические больницы и отделения), пенсионерам-железнодорожникам, а также прикрепленному населению, не имеющего прямого отношения к работе на железнодорожном транспорте, но проживающего в местах, где кроме железнодорожных не было других медицинских учреждений. Вскоре после распада СССР было ликвидировано Министерство путей сообщения, и железные дороги были акционированы со 100% государственным участием. Образовалось ОАО «Российские железные дороги» («РЖД»). За акционированием неизбежно последовала оценка

рентабельности дорог и отдельных железнодорожных служб. В результате железнодорожное здравоохранение утратило государственную поддержку, было максимально урезано и сокращено, а медицинские учреждения стали негосударственными. Следует отметить, что такое сокращение было в какой-то степени обусловлено значительным сокращением обслуживаемого контингента, а также созданием целого ряда частных коммерческих дочерних компаний. Тем не менее, опыт проведения предрейсовых медицинских осмотров, реабилитации на рабочем месте или в депо, организации медицинской помощи, санитарного надзора и противоэпидемического контроля, борьба с завозом в страну особо опасных инфекций, аттестация рабочих мест, улучшение условий труда, ликвидация медицинских последствий чрезвычайных ситуаций и многое другое широко распространялось по стране, в первую очередь, в транспортных отраслях.

Особое место в книге занимают специфические вопросы, связанные с медицинским обеспечением безопасности движения. Вопросы медицинского и психофизиологического обеспечения безопасности движения на железнодорожном транспорте по человеческому фактору неоднократно доложены на различных конференциях. Такой системы профилактического здравоохранения не было ни в каком другом виде транспорта (авиационном, водном, автомобильном, городском). В результате была создана и в настоящее время во многом сохраненная система профилактического здравоохранения, состоящая из следующих этапов:

- медицинский и психофизиологический подбор при приеме на обучение профессиям железнодорожного транспорта в дорожно-технических школах;
- медицинский и психофизиологический профессиональный отбор при приеме на работу;
- периодическое медицинское и психофизиологическое освидетельствование в процессе профессиональной деятельности (ПМО);
- периодический динамический контроль функционального состояния по психофизиологическим показателям работоспособности;
- предрейсовый (предсменный) медицинский осмотр (ПРМО);
- непрерывный контроль функционального состояния в процессе производственной деятельности локомотивных бригад и работников диспетчерско-операторской группы;
- профессиональная реабилитация и восстановление в условиях дневных стационаров и оздоровительных центров;
- профессиональная реабилитация и восстановление в условиях санаториев-профилакториев без отрыва от производства;
- профессиональная реабилитация и восстановление в условиях санаториев и профилакториев с отрывом от производства.

Изменившиеся условия труда (развитие скоростного и высокоскоростного движения, работа машиниста без помощника с использованием автоматических систем ведения поездов) требуют совершенствования психофизиологического подбора в новые условия и виды движения.

Требовала совершенствования система периодических медицинских и психофизиологических осмотров, внедрения автоматизированных систем, доступных для использования средним медицинским персоналом. Необходимо было регистрировать глобальные показатели уровня здоровья, а не только профессиональные показатели.

При предсменном контроле состояния локомотивных бригад обязательна оценка не только показателей здоровья, но также работоспособности, общего состояния и степени готовности к вождению поездов. Для машинистов и операторов имеется в виду оценка состояния нервной системы в автоматическом режиме с учетом индивидуальной нормы.

При оценке состояния машиниста в процессе производственной деятельности требуется постоянная регистрация информативных показателей сердечно-сосудистой системы, в том числе для предупреждения случаев внезапной смерти.

Необходимо систематическое совершенствование системы профессиональной реабилитации и восстановления здоровья и трудоспособности.

Именно поэтому центральная часть данной книги посвящена профилактике, которая, правда, проходит красной нитью через все главы книги. К сожалению, не все в нашей стране представляют, что врачи должны заниматься причинами болезней и факторами на них влияющих, а не, как это происходит сейчас, только лечить и иметь дело со следствиями, к тому же нередко далеко зашедшими. В этом, в аналитической статистике и в некоторых иных аспектах и состоит наше отставание в теории и практике развития здравоохранения и отдельных его частей. Однако, во всем этом виновны не врачи, а созданная чиновниками система, ориентированная на последствия, на «тыловую» медицину и коммерциализацию.

По своему содержанию книга выходит за пределы железнодорожного здравоохранения, затрагивает вопросы общей сети здравоохранения и, в ряде случаев, социально-экономические проблемы, поскольку все они достаточно тесно переплетены, связаны между собой и, по крайней мере, не противоречат друг другу. Как известно, политика является продолжением экономики, но при довлеющей роли политики. Отто Эдуард Леопольд Бисмарк говорил, что политика- это искусство возможностей, имея в виду, что эффективной политика может быть только тогда, когда имеет дело с реальностью, с достижимыми целями, а не с тем, что находится за гранью возможного (реального), поскольку это будет уже не политика, а благие пожелания и пустые декларации. Так и в здравоохранении ведущая роль принадлежит политике в сфере охраны здоровья и организации медицинской помощи с реально достижимыми целями. Только у нас в стране создается и реализуется по распоряжению Правительства РФ государственная программа «Развитие здравоохранения», однако в развитых странах существуют программы улучшения здоровья, что далеко не одно и то же.

В книге также идет речь о целесообразности существования системы отраслевого здравоохранения, учитывающего специфику и характер патологии работников железнодорожного транспорта.

Отдельно представлено видение авторами стратегических перспектив железнодорожного здравоохранения, исходя из проблем подлежащего контингента, тем более, что эти проблемы относятся ко всем видам транспортного сообщения (водный, железнодорожный, авиационный, автомобильный). Конечно, отечественное железнодорожное здравоохранение нуждается в более широком представлении и в более глубоком анализе своего функционирования, но этим пусть займутся другие специалисты.

В книге намеренно допущены некоторые повторы с тем, чтобы привлечь особое внимание к высвечиваемым проблемам. Авторы допустили ссылки на исторические факты и кое-где проводят исторические параллели, поскольку уверены в том, что, как считали в Древнем Риме, история является учительницей жизни (*Historia est magistra vita*). В целом научно-публицистическая книга, как отмечалось, по своему содержанию несколько выходит за рамки только железнодорожного здравоохранения и потому она может представлять также интерес для работников территориального здравоохранения, а заинтересованный читатель сможет найти в ней кое-что полезное и интересное для себя. Авторы не претендуют на историческую широту и полную доказанность приведенных в книге фактов и фактиков, которые служат лишь общим фоном для представления динамики развития железнодорожного транспорта и связанной с ним железнодорожной медицины. Книга также содержит большое число малоизвестных сведений, что может тоже представлять определенный интерес для широкого читателя.

По сути книга рассчитана не на сегодняшнего читателя, поскольку многие предложения, вытекающие из ее содержания, в ближайшие годы реализовать не удастся. Поэтому книга обращена к читателю будущего, к тем, кто сейчас относится к молодежи, но со временем придет к управлению страной. И тогда многие представленные в книге соображения и предложения смогут, видимо, пригодиться.

## Глава 1. Особенности работы железнодорожного транспорта. Исторический экскурс.

*Omne initium difficile est (труден первый шаг)*

В главе показано, что развитие железнодорожного здравоохранения тесно увязано с динамикой железнодорожных сообщений, которые в свою очередь ~~зависели~~ ~~зависели~~ от условий и возможностей страны. Именно поэтому в главе освещены эти аспекты с добавлением не столь широко известных фактов. Первые нормальные дороги как пути сообщения появились еще в Древнем Риме, который находился в центре паутины всех дорог (все дороги ведут в Рим), и самой знаменитой из них была Аппиева дорога (Via Appia), вымощенная плоскими камнями и названная в честь цензора Аппия Клавдия Цеки, с именем которого связана прокладка самого древнего и существующего до сих пор римского водопровода и акведука, откуда чистая вода с гор поступает в дома и фонтаны. Начавшая строиться в 312 г. до н.э., дорога шириной в 4 метра с тем, чтобы могли разминуться 2 повозки, шла от Капенских ворот Вечного города на юг через Понтийские болота, Капую, Неаполь и Тарента до Брундизии- порта на побережье Адриатики, откуда морем можно было добраться куда угодно. Через каждую римскую милю (1478 метров) или через 10 стадиев (1800 м) на дороге устанавливались милевые каменные столбы (милиарии), позволяющие судить о расстоянии, и на третьей миле ее пересекала Ардеатинская дорога. Дорожные знаки появились гораздо раньше самих дорог, в Древней Греции на дорогах ориентирами служили гермы- четырехгранные каменные столбы с головой бога Гермеса. По Аппиевой дороге за день можно было проехать 35 миль. Частично дорога в пределах города сохранилась и дошла до наших дней; заросла травой, а в целом разрушилась за ненадобностью. В Древнем Риме все дороги сходились к храму Сатурна на площади в центре города, где был установлен начальный Бронзовый столб. Но это уже было при трибуне Гае Гракхе (2-й век до н.э.), а при Октавиане Августе (0 век) появились знаки.

Если раньше основные сообщения между населенными пунктами осуществлялись по водным артериям, то в последнее столетие их практически полностью и безоговорочно почти полностью заменил железнодорожный транспорт, ставший основным перевозчиком грузов и пассажиров во всем мире. В России железные дороги перевозят 1 миллиард 300 миллионов пассажиров каждый год. Для того, чтобы понять специфику организации медицинской помощи на железнодорожном транспорте, необходимо хотя бы вкратце обратиться к его истории и основным вехам его развития. Как известно, железная дорога состоит из трех основных элементов: рельсового пути, перевозочных средств и двигательной

Отформатировано: Шрифт: не курсив

(тягловой) силы. Вот и рассмотрим с этих позиций историю развития железных дорог.

Прототипы железных дорог появились еще в древние времена (Древние Египет, Греция, Рим), когда по выложенной камнем дороге с глубокой параллельной колеёй катились колеса повозок, перевозившие тяжелые грузы. Есть основания предполагать, что именно таким способом были доставлены огромные камни к месту строительства рабами египетских пирамид, сфинксов и архитектурных сооружений древних инков и ацтеков. Предшественником рельсового пути можно считать и древнегреческую каменную дорогу-волоку для ускоренной переброски кораблей через Коринфский перешеек с глубокими желобами, в которые помещали смазанные жиром полозья.

Об этом же свидетельствует в России комбинированный способ (водно-волочно-рельсовый), причем платформа с грузом перемещалась на 30 бронзовых шарах по желобчатым деревянным рельсам, обитым медью) для доставки, например, из района Лахты, в 12 верстах от столицы страны на Карельском перешейке, в 9 км от Финского залива, вросшей в землю огромной цельной монументальной скалы весом более 2500 тонн (гром-камень) в Санкт-Петербург в качестве основания в виде волны для знаменитой и оригинальной, не вполне одобренной всеми в то екатерининское время, скульптуры Петра Первого на вздыбленном коне орловской породы (Медный всадник) на Сенатской площади (скульптор- Этьен- Морис Фальконе).

Орловская порода лошадей (рысаков) выращивается уже 250 лет происходит от арабских скакунов и названа в честь известного конезаводчика, одного из известных братьев Орловых (Алексея Чесменского), приведших к власти Екатерину Вторую. Тогда же в Аравии и Турции были привезены купленные там лошади. По вине иностранных литейщиков чуть не закончилась [крахом](#) отливка превосходящего по мастерству все аналогичные памятники Европы. Литейщики раскаленную бронзу пустили вне формы и в мастерской начался пожар. Спас положение артиллерийский литейщик Емельян Хайлов. Кстати сам памятник (Петру 1 от Екатерины 11) был открыт в 1782 г. уже после вынужденного отъезда скульптора из страны. Скала в данном случае символизировала выход России к морю, а конь на задних лапах- укрощение патриархальной страны и ее преобразования. Медный всадник на Сенатской площади является также памятником непобедимой российской коррупции. Скульптор за отливку статуи запросил из казны гораздо меньше денег, чем получил куратор памятника сенатор И.Бецкой, прикарманивший 60 тысяч ливров золотом. В добавок к этому императрица наградила его орденом Святого Владимира и солидной денежной премией. Почестями обошли лишь самого скульптора, подлинного творца шедеврального памятника. Как тут не вспомнить знаменитые и вечные принципы о наказании невиновных и награждении непричастных.

Во всем мире для перемещения тяжестей вплоть до начала 19 столетия использовались деревянные рельсы, которые позднее стали покрываться металлическими полосками, а тележки с деревянными колесами

передвигались на конской тяге. Именно такие деревянные рельсовые дороги для вагонеток применялись в Англии еще во времена королевы Елизаветы I во второй половине 16 века в горнодобывающих районах. В дальнейшем они распространились и на другие страны. Свободный доступ в Черное и Азовское моря русские потеряли за несколько столетий до Петра Первого и полноправными хозяевами Причерноморья долгое время были крымские татары и их турецкие сюзерены. Они регулярно совершали набеги, угнали и продали в рабство около 3 млн славян. В 1571 году крымский хан Девлет-Гирей I, воспользовавшись тем, что русское войско увязло в Ливонской войне, захватил и разграбил Москву и угнал в неволю 60 тысяч человек - почти все население Москвы. Год спустя он решил повторить свой успех и двинул на Москву 120-тысячное войско, в которые кроме крымских входили турецкие и ногайские отряды. Им ~~противостояло~~ русское войско всего из 22 тысяч человек и перекрыло дорогу на Москву у села Молоди, близ Серпухова, в 45 верстах от Москвы под командованием князя Михаила Воротынского и воеводы Дмитрия Хвороститина. Благодаря построенному из повозок Гуляй-~~городу~~ и умелому маневрированию, русским войскам удалось победить татар и на последующие 20 лет освободить Русь от их нашествий, а граница была отодвинута на 300 км в сторону Дикого поля. Почему-то значение битвы при Молодах впоследствии ретушировалось, а сама историческая битва редко упоминалась. Запомните эту дату - 29 июля - 2 августа 1572 года. В начале царевна София и ее военачальник князь Василий Голицын безуспешно пытались получить доступ к южным морям, но потом в 1695 г. войска Петра Первого захватили Азов и начали строительство регулярного российского военно-морского флота. В 1700 г. был подписан с Турцией Константинопольский мирный договор, закрепивший позиции России в Приазовье, но Керченский пролив оставался в руках турок. И тогда Петр повернул на север, где складывался союз против сильнейшей тогда державы - Швеции, которая ранее отняла у России Карелию, Ингрию и часть Прибалтики. В начале Петр вернул Ингрию и взял Нарву, но европейские союзники предали Россию и Карл XII смело с мощным войском вторгся на территорию своего противника, дойдя до Полтавы на соединении с гетманом Мазепа. Время было тяжелым: ~~неудачные.~~ крымские походы, первый в 1687 г. Василия Голицына и второй - в 1689 г., первый стрельцкий бунт в 1682 г., во время которого София пряталась в Савва-Сторожевском монастыре, а потом повелела лидеру стрельцов князю Ивану Хованскому отрубить голову, стрельцкий мятеж 1698 года. Русь постоянно бурлила, Так, в 1771 году русские ссыльные на Камчатке во главе со словацким авантюристом Морицом Беневским учинили мятеж, захватили галеон «Святой Петр». Часть людей высадили на Курилах, затем небольшая остановка в Японии и длительная в Макао., откуда мятежники двинулись во Францию. По дороге завернули на Маврикий и Мадагаскар, где впоследствии ссыльный Беневский стал императором и основал город Луибур, где и погиб. А русские его последователи запросились на Родину, но Екатерина I

направила их на жительство в Сибирь и ~~на~~ Камчатку. После победы под Полтавой Петр мог легко повернуть на север и отвоевать выход к морю, но он совершил ошибку и предпочел требовать от Турции выдать ему шведского короля, на что Турция объявила войну России. Войска Петра, не получив обещанную поддержку со стороны румынских и молдавских союзников, были окружены многочисленными турками и вынуждены были подписать кабальный Прутский договор, по которому Россия возвращала Турции Азов и Приазовье. В Крыму помимо татар существовала иудейская община, включающая крымских караимов (потомки средневековых тюрок-хазар с иудейской религией, но отрицающих Талмуд), крымчаков (помесь татар с евреями), ~~евресеврен~~-ашкенази, ~~принявших~~~~принявшие~~ иудейскую веру. Караимы, не репатриированные в Израиль, расселились в ~~Евпатории~~~~Евпатории~~, Литве и Польше. Даже в Москве ~~напротив~~ ~~Белорусского вокзала~~ есть караимская церковь-кенасса. Караимы практически полностью утратили свою иудейскую идентичность и ~~считали~~~~считают~~ себя народом ~~тюркского происхождения~~~~тюркского происхождения~~. Во время ВОВ лидер караимов даже летал в ставку Гитлера и сумел доказать, что караимы- это не евреи, после чего оккупировавшие Крым немцы их не тронули, а уничтожали крымчаков и евреев. Загадочным караимским талисманом А.С.Пушкина был перстень с древнееврейской надписью, подаренной ему в Одессе Елизаветой Воронцовой, женой генерал-губернатора Новороссии. После гибели Пушкина талисман-кольцо переходил из рук в руки пока не был похищен из Пушкинского музей в 1917 г. и не затерялся в рядах старьевщиков. После освобождения Крыма от фашистов караимы попали под раздачу вместе с татарами и были насильственно выселены. Процветающие до революции караимы при советской власти значительно утратили свою численность.

Интенсивное развитие в самой России промышленности и сельскохозяйственного производства требовало новых дорог и транспортных сообщений для элементарного снабжения населения, торговли и перемещения продукции. Особенно это было важно для России, ставшей позднее других стран на путь капиталистического развития, с ее огромными пространствами и массовым бездорожьем. Понимая это, Петр 1 в 1712 г. повелел начать строительство автомобильной дороги с двойным слоем покрытия из каменного щебня между бывшей и новой столицами империи через Новгород, и по ней в 1820 г. началось первое в стране дилижанское сообщение. Поездка занимала 4-5 суток с остановками на ямах (станциях) для смены лошадей и отдыха. Позднее было организовано дилижанское сообщение из Санкт –Петербурга в Варшаву и Ригу. Для защиты от непогоды дилижансы имели стеклянный колпак. Однако, путешествуя из одной столицы в другую в кибитке можно было увидеть массу беспорядков, несправедливостей и тяжелую жизнь крепостного народа. Не случайно книга А.Н.Радищева, изданная в 1790 г., «Путешествие из Петербурга в Москву» ужасно не понравилась Екатерине Второй, хотя в книге и сквозило восхищение инженерными шлюзами в Вышнем Волочке. Более 240 лет тому

назад село Черная Грязь было переименовано в Царицыно, которое спустя столетие превратилось в дачное место для москвичей, куда вела железная дорога. Там помимо возникших дач была создана вся необходимая инфраструктура: парковые зоны, магазины, почта, аптека и т.д. Аналогичное дачное место располагалось за пределами Москвы вблизи сельхозугодий Тимирязевской сельскохозяйственной академии, куда ходил открытый трамвай. Теперь эти поля находятся почти в центре разросшейся Москвы и на земли академии нашлись претенденты во главе с любителем собак породы корги и по совместительству вице-премьером (БЫВШИМ) И.Шуваловым. Кстати, комиссия под его руководством решила под коттеджи отобрать землю у бережно (даже в голодные годы Ленинградской блокады) хранящих семена злаковых культур ленинградцев и регулярно их высеваящих на опытном поле под городом. Точно также Шувалов поступил и с землями Воронежской опытно-селекционной станции, где специалисты выводили твердые сорта пшеницы как для внутреннего, так и для внешнего пользования. Просто какие-то разбойные наскоки. Сейчас англичане угрожают отнять у Шувалова лондонские квартиры, деньги на приобретение которых; даже при его высокой зарплате, в 112 тысяч фунтов стерлингов нужно было собирать 76 лет. Но напрямую отобрать земли у Тимирязевки под жилую застройку не удалось и Президент В.В.Путин призвал оставить академию в покое. Поэтому заход был сделан с другой стороны. Министром сельского хозяйства стал тогда А.Ткачев, который всячески дистанцировался ~~дистанцировался~~ от мафиозных структур и массового убийства в станице Куцёвская (этом рассаднике бандитизма и коррупции) Краснодарского края, прогремевших на всю страну (уже стоит вопрос об объединении всех уголовных дел по Куцевке в одно производство), а Ткачев перевел в Москву свое протеже филолога Галину Золину, которую на некоторое время пристроил в министерстве, а потом сделал ректором сельхозакадемии, где она всю развернулась: стала увольнять и принижать специалистов, а земли академии выставлять на торги. Вся эта эпопея описана в первом номере газеты Аргументы недели за 2018 год. Это очень напомнило историю о сбежавшей от уголовного дела в Швейцарию врач-кардиологе из Челябинска Елене Скрынник, которая была учредительницей трех медицинских компаний и одной аграрной, а также какое-то время министром сельского хозяйства страны. Правда, Золина занялась вплотную ремонтом в академии, но это не делает ее более понимающей в сельском хозяйстве и селекционной работе. Вот и возникает вопрос, доколе у нас будут править не профессионалы и расхитители бюджета? Вспоминается мысль, высказанная Е.Т.Гайдаром в его книге «Гибель империи» о том, чтобы развалить страну, нужно очень долго рекрутировать особо некомпетентных людей в правительство этой страны. Но это, наверное, не о нас. Кстати сказать, наши министры получают больше, чем главы европейских стран и по доходам значительно опережают своих коллег из Европы.

Во время неудачной для России Крымской войны при Николае I русская армия и флот отразили нападение англо-французской эскадры на

Петропавловск- Камчатский и нанесли ей серьезное поражение в Авачинской губе. Точно также неудачей для интервентов закончилась их попытка захватить Соловецкие острова на Севере. Мы об этих мало известных фактах упомянули только потому, что разорительная Крымская война затянула проектные работы на дорожное строительство и повлияла на сроки начала развития железнодорожных сообщений. Российская империя покровительствовала притесняемым православным народам в Османском государстве. И после нескольких побед над слабосильной Османской империей Россия оказалась перед лицом коалиции, душой которой была русофобская Британия, ввязавшаяся в Крымскую войну и погубившая свою экономику. Крымская война стала апофеозом внешней политики ненавидящего Россию премьер-министра Великобритании лорда Пальмерстона. Напомним, что англичане всегда и везде (в Персии, Турции, Польше, на Балканах, на Кавказе и т.п.) старались противодействовать России. Длительное строительство Московского шоссе полностью завершилось лишь в 1833 г., поскольку трасса дороги проходила по неровной местности, что требовало выравнивания, на протяжении 250 км шла по болотам, нуждающимся в осушении путем строительства огромного числа отводных каналов и в создании под болотом деревянного настила-основы для насыпи, с необходимостью возведения множества каменных малых мостов и труб, больших мостов с деревянными пролетами на каменных быках и устоях, переправ через Волгу, Тверцу и Мсту. Отодвинула начало строительства этой дороги на 5 лет и Отечественная война 1812 года. Кстати, Новгородский мост, а шоссе проходило непосредственно через Детинец, т.е. через Новгородский кремль, был первым разводным мостом не только в России. Это было достоянием инженерной мысли отечественных мостостроителей во главе с К.Я. Рейхелем (1797-1871), Н.А.Белелюбским, Д.И.Журавским и др. В процессе сооружения Петербурго- Московского шоссе закладывались основы проектирования и строительства шоссейных дорог в стране, что было затем использовано при строительстве Военно-Грузинской и Военно-Сухумской дороги, а также дорог вокруг крупных городов. К сожалению, проблема дорог с любым покрытием остается актуальной и по сегодняшний день. Тогда дорог почти совсем не было, даже обычных грунтовых, а грузы необходимо было транспортировать, для чего использовались естественные водные пути, дополненные искусственными каналами. В то время (начало 19 века) функционировали четыре достаточно крупные водные системы, которые соединяли бассейн центральной реки России Волги с Балтийским морем и, соответственно, с Санкт-Петербургом: Мариинская, Вышневолоцкая, Ладожская и Тихвинская системы. Между тем, водная транспортировка грузов имела множество недостатков, в том числе: кратковременность сезонной навигации, вынужденная зимовка судов с грузом, сложности в движении против течения и по каналам. В последнем случае использовались бурлаки, которых только на Волге были многие десятки тысяч, объединенных в артели. Их прекрасно отобразил в поселке Ширяево на Волге (в 15 верстах от Самары) в одной из лучших своих картин

выдающийся русский художник И.Репин, скончавшийся в 1930 г. в своей усадьбе «Пенаты» в Куоккале, отошедшей к Финляндии, где он прожил более 30 лет. А бурлаки есть и сейчас, только они другие и тянут свою лямку всю жизнь. Из одних рек в другие, близлежащие, грузы перемещались на специальных волокушках, т.е. волоком. Кстати, отсюда произошло название городов Волоколамск (волок в реку Лама), Вышний (т.е. верхний) Волочек и др. Протяженность судоходных путей в Европейской части России была значительной и превышала соответствующие данные во Франции в 2.7 раза, в Германии- в 3 раза, в Великобритании- в 4.2 раза, в Италии- в 11 раз. Несколько улучшило ситуацию появление самодвижущихся судов-пароходов. Первый пригодный для судоходства пароход изобрел ирландский инженер-механик Роберт Фултон, который был испытан на реке Сене в Париже в 1803 г. Уже в 1807 г. Фултон создал колесный пароход «Клермонт», который по реке Гудзон (США) двигался против течения и при встречном ветре. Нужно сказать, что первое торговое парусное судно из Америки с грузом сахара, рома, индиго и красного дерева бросило якорь в порту Кронштадта в 1763 году, а обратно повезло коноплю, железо и полотно. Российско-американский договор о товарообмене благословил император Николай Первый. Однако, торговые отношения с Америкой значительно активизировались в связи с пароходостроением. В 1819 г. трансатлантический пароход с паровым двигателем «Саванна» появился в Петербургском порту, что положило начало отечественному пароходостроению. Первые отечественные пароходы курсировали между Петербургом и Кронштадтом, по Волге, Каме и т.д. Столетие назад из США доставлялись железнодорожные локомотивы, пишущие и швейные машинки, жатки и [сноповязалки](#)~~ененевязки~~, а из России полуфабрикаты, сырье, невыделанную шерсть, марганцевую руду и т.д. Не случайно Россия тогда считалась, по словам посла США Дэвида Фрэнсиса, наиболее привлекательной страной для инвестирования американского капитала. Пароходостроение встречало яростное сопротивление в стране со стороны владельцев старых судов и барж, хозяев бурлацких артелей и т.д., но эти трудности постепенно преодолевались. Однако, большинство проблем транспортировки требовало дальнейшего развития дорожных сообщений в виде железных дорог. Именно поэтому созданный в 1798 г. Департамент водных коммуникаций был преобразован в центральный орган (Департамент) по строительству и эксплуатации путей сообщения во главе с Н.П.Румянцевым, сыном известного русского генерал-фельдмаршала П.А.Румянцева- Задунайского (1725-1796), который в числе немногих венценосных особ и военачальников за вошедшие в золотую книгу ратной славы нашего Отечества громкие победы над турками при Ларге и Кагуле (1770 г.) был награжден редким Тевтонским орденом Черного орла. Несколько позднее в 1802 г. Румянцев-младший обратился к Александру Первому с предложением освободить крестьян из крепостного права, что было реализовано десятилетия спустя. В это время основы государственного устройства страны, используемые и сегодня, разработал М.М.Сперанский.

Указанный выше департамент доложил о завершении строительства Мариинской водной системы, которая на Всемирной выставке в Париже в 1813 г. была отмечена золотой медалью, о постройке ряда каналов, в том числе в обход Ильмень-озера. Сейчас Мариинская система не используется, зарастает, мелеет и высыхает. Кстати сказать, на Всемирной выставке в Париже в 1900 году золотой медали наряду с Эйфелевой башней был удостоен Красноярский шестипролетный металлический железнодорожный мост через Енисей (проект Лавра Проскуракова), уменьшенная точная ажурная копия этой вершины русской инженерно-железнодорожной и мостостроительной мысли была представлена на выставке, разместившейся на Марсовом поле. Несколько раньше по проекту Николая Белелюбского в 1881 г. был построен железнодорожный мост через Волгу длиной в 1443 метра, с 13 пролетами по 111 метров каждый. А первый мост из металла был построен в Англии в 1779 г. возле города Коулбрукдейла, потом Густав Эйфель построил железный арочный мост через реку Дора в Португалии. До этого мосты были деревянными, потом каменными с разными опорами и арками (мост Фабрицио в Риме, мост Понте-Веккьо во Флоренции, Карлов мост в Праге, Новый мост в Париже, мост Вздохов в Венеции и другие), строились и висячие мосты, например, Бруклинский в 1883 г. и спустя 10 лет Вильямсбургский мосты в Нью-Йорке, Детройтский мост Амбассадор, мост близ Фрайбурга в Швейцарии, мост Золотые Ворота в Сан-Франциско, французский Виадук Мийо, мост Акаси-Кайкё в Кобе (Япония) и другие. Оригинальный мост через Неву предложил Павлу I построить Иван Кулибин - арочный двухъярусный мост с опорами только на берегах реки. Накануне 1820 г. в России был создан Институт Корпуса инженеров путей сообщения, первым директором которого стал приглашенный из Испании ученый, строитель и механик А.А. Бетанкур (1758- 1824).

Но еще со второй половины 18 века в России стал формироваться капиталистический уклад, развивалась промышленность, росли города, возрастала торговля, увеличивались межгубернские связи, особенно крупных успехов добились в горно-металлургическом производстве, в первую очередь, на Урале. Оставаясь, в основном, сельскохозяйственной страной, где более 80% населения составляли крестьяне, в России уже к 20-м годам 19 столетия выплавлялось чугуна в 1.5 раза больше, чем во Франции, в 4.5 раза больше, чем в Пруссии, в 3 раза больше, чем в Бельгии. Русские домны по своей производительности значительно превосходили зарубежные образцы, они работали на древесном угле, имели мощные воздуходувки на основе гидросиловой установки, не имеющей аналогов в мире. Не случайно железо еще долгое время оставалось одной из главных статей экспорта России. Все это, естественно, требовало новых средств транспортировки массовых грузов.

И тут опять возникла идея насчет железнодорожного транспорта. Вначале деревянные рельсы заменили на металлические, потом на стальные, которые пришивались к деревянному брусу желобом сверху, затем появились чугунные рельсы и из чугуна стали делать колеса тележек. Для передвижения

вагонеток по рельсам, в том числе в горно-рудном деле, использовались либо лошади, либо мускульная сила человека. Когда перевозки были на значительные расстояния, за пределы рудничного двора, то применялась конная тяга, а для устойчивости при поворотах стали применять закраины у колес и рельсы стали делать грибовидной формы в разрезе. Для того, чтобы путь был, по возможности, горизонтальным, сооружали насыпи и заполняли выемки, а на подъемах использовали специальные канаты. Первая такая рельсовая пассажирская дорога была запущена в 1801 г. в Англии между Кройденом (графство Суррей, ныне район Большого Лондона) и Уондсвортом (сейчас район Большого Лондона). В городах для перевозки пассажиров появились конки на рельсах, прообраз трамвая, которые еще долго оставались основным городским общественным транспортом. Первая концессия на конную железную дорогу была выдана в 1801 г. в Англии на устройство линии по перевозке угля от берега Темзы до южных частей Лондона. В 1816 г. немецкий барон Карл фон Дрезе изобрел тележку, катящуюся по рельсам за счет мускульного привода, т.е. дрезину. Это изобретение было вынужденным, т.к. тогда в течение года в мире случились катаклизмы в виде одновременного извержения нескольких вулканов, которое повлекло не только многочисленные человеческие жертвы, но и полностью слой пепла закрыл небо, не пропуская лучи Солнца. Земля стала замерзать, летом выпал снег, возникли эпидемии, погиб почти весь урожай, наступил голод, нечем было кормить лошадей-основных перевозчиков грузов. Примерно в это же время Юстус фон Либих, чтобы не допустить повторения голодной вулканической зимы, придумал метод повышения урожайности растений с помощью суперфосфата.

Однако, первая в мире железная дорога со всеми необходимыми элементами (рельсы, насыпи, выемки, виадук, мост через реку на 12 каменных столбах) была сооружена на Змеиногорском руднике Колывано-Воскресенских заводов на Алтае, по которой одна лошадь могла перевезти в 25 раз больший груз, чем по грунтовой дороге. Одна из первых в России чугунных дорог длиной в 160 м была построена на Александровском (Онежском) заводе в Петрозаводске в 1788 г., что в 12 раз облегчило перевозку грузов. Тем не менее, в 1826 г. царскими властями строительство железных дорог было признано экономически невыгодным. Однако бурный промышленный рост Англии, обусловленный в том числе развитием железнодорожных сообщений, заставил изменить эту точку зрения и в 1857 г. император Александр Второй подписал указ о создании в России сети железных дорог. Правда, решение о постройке Царскосельской пассажирской железной дороги-первой в России- было принято в апреле 1836 г., поначалу на конной тяге, при финансировании со стороны частной акционерной компании, причем, почти все ее акции приобрел граф А.Бобринский. В России по настоянию австрийского инженера Франца Герстнера, руководящего строительством железной дороги между Санкт-Петербургом и Царским Селом с продлением до Гатчины, была принята более широкая колея, чем в Европе-1829 мм вместо 1435 мм. Потом она была переведена на

общероссийский стандарт. Царскосельская железная дорога почти вся была расположена на насыпи, было сооружено 42 небольших деревянных моста, самый большой из которых был через Обводной канал (25.6 м.). Даже эта небольшая Царскосельская железная дорога (строительство 1836-1838 гг.) продемонстрировала свою высокую рентабельность не только в летний сезон. Эта дорога была вначале однопутной (второй путь появился в 1876 г.) и потому в центральной части дороги был предусмотрен разъезд поездов, отправляющихся с конечных станций в одно и то же время с передачей «эстафетного кольца» от машиниста к встречному машинисту. Поезда ходили по расписанию с 9-00 до 22-00 при интервале в 4 часа, поездка занимала 35 минут. Прибытие первого поезда из Санкт-Петербурга в Царское село 30 октября 1837 г. с дымящим паровозом и толпой встречающих запечатлено на картине неизвестного художника. Паровоз «Проворный» выписанный из Англии и состав из 8 вагонов вел сам австрийский инженер Ф. Герстнер. С этого момента, особенно в 1870-ые годы, начинается в России бум строительства железных дорог, наиболее густая сеть которых разместилась на юго-западе страны, где осуществлялась добыча каменного коксующегося угля и размещались многие металлургические предприятия. Были также открыты Риго-Динабургская, Волго-Донская, Московско-Ярославская, Риго- Митавская и Московско- Саратовская железные дороги. Строительство Курско-Киевской железной дороги в 1866 г. было отделено от ее эксплуатации, в 1870 г. была построена Киево- Брестская железная дорога. Велось строительство и в других местах. Одновременно было построено по заимствованной из Англии идее несколько узкоколейных железных дорог: Новгородская, Ярославско-Вологодская. Благодаря интенсивному строительству железных дорог в России выросли и укрепились сотни городов, расцвели курорты, получили новую жизнь порты, приобрели международную известность ярмарочные центры (например, в Нижнем Новгороде), началась трудовая миграция, цены на многие товары снизились. Кстати, именно Александр 11, с его либеральными реформами, приближающими Россию к Западу, отменил крепостное право и сословное обучение, ввел суды присяжных и всеобщую воинскую повинность, провел земскую реформу и ввел местное самоуправление. В 1864 г. в России появился суд присяжных, были и присяжные поверенные-адвокаты. Фактически Ленин отменил институт защитников, присяжных заседателей и вместо этого предложил ввести представителя ЧК, который бы вел следствие и делопроизводство, выносил бы приговор и приводил его в исполнение. Идеологом всех этих преобразований был граф Михаил Муравьев (вешатель), который повесил меньше польских мятежников, чем те убили белорусских крестьян. Он сделал ставку не на польского помещика, а на русского мужика. Александр 111 вместе с Победоносцевым пытался развернуть либеральные реформы в консервативном направлении, но основные институты сохранились. Перемены в России были столь значительны, что Жюль Верн посвятил им роман «Клодиус Бомбарнак», в котором предвосхитил создание Великой Сибирской магистрали. Раздача

крупных государственных подрядов на строительство железных дорог вела к расцвету коррупции, но никак не способствовала улучшению качества проводимых работ. Имелись серьезные проблемы и с организацией грузовых и пассажирских перевозок. При таком положении рано или поздно должна была случиться крупная железнодорожная катастрофа. И она произошла в конце декабря 1875 г. на полугосударственной Одесской железной дороге с товарно-пассажирским поездом, вышедшим из Балты в Бирзулу. Состав двигался с опережением графика, но начальникам станций об этом по телеграфу не сообщалось, в поезде было всего 4 кондуктора вместо положенных шести, которые могли нажимать на тормоза, имевшиеся в каждом вагоне. Кроме того, без какого-либо оповещения, без опознавательных и предупреждающих знаков на длинном перегоне-спуске ремонтная бригада решила заменить лопнувший рельс, о чем почему-то не сообщила в службу организации дорожного движения. Несмотря на все усилия, поезд в составе паровоза, тендера с каменным углем, 11 вагонов с 419 призывниками, двух вагонов с пассажирами третьего класса и загруженной пшеницей и кукурузой платформой на большой скорости рухнул с 25-метровой высоты. Все новобранцы 14 пехотной дивизии погибли, 120 человек получили увечья. Виноватым, как это обычно бывает, оказался «стрелочник». На экстренном поезде к месту катастрофы примчался начальник службы движения Одесской железной дороги С.Ю.Витте, которого от наказания спасла начавшаяся очередная война с Турцией. Причины этой аварии были обозначены в газете «Биржевые ведомости»: дешевизна постройки при постоянном ремонте рельсов и насыпей со стороны частной компании, превышение скорости движения, несогласованность действий отдельных диспетчерских служб, отсутствие сигнальных предупреждающих знаков, некомплект кондукторов и т.д. В принципе такой же подход в строительстве автомобильных дорог сохранился до сих пор и нередко вскоре после завершения строительства эти дороги начинают ремонтировать. В 1879 г. несколько террористических групп Веры Фигнер, Андрея Желябова и Софьи Перовской хотели в разных местах подорвать императора Александра Второго, который ехал в поезде, но по случайности народовольцы взорвали не те вагоны. Жертв не было. Известна в 1888 г. авария царского поезда (Александр Третий и его семья), следовавшего по частной Курско- Харьковско- Азовской дороге с гнилыми шпалами из Крыма в Санкт-Петербург возле станции Борки южнее Харькова, когда по легенде могучий Александр Третий удержал на своих плечах падающую крышу вагона. В результате вся царская семья оказалась живой и погибла лишь царская любимица лайка по имени Камчатка. 10 из 15 вагонов на большой скорости завалились на насыпь, в первом вагоне находился министр путей сообщения Константин Посьет, во всех вагонах отказала система автоматического торможения. Погибло 23 человека, 68 были ранены. Перевязочных средств не хватало и императрица Мария Федоровна разрешила свои наряды на бинты. И когда на место аварии из Харькова прибыл вспомогательный поезд, император отправил на нем раненых, а сам остался

разбирать завалы. Разбирался с этой аварией С.Ю.Витте, который вскоре после этого был переведен в столицу. После этой аварии царь выкупил эту железную дорогу в доход государства. Другая крупная и получившая громкий резонанс авария произошла в США в 1918 г., когда на однопутной железной дороге произошло лобовое столкновение двух пассажирских поездов. В результате катастрофы погибло 87 пассажиров и 14 железнодорожников. В 1976 г. скорый поезд Ленинград-Рига столкнулся с 2 локомотивами у станции Югла под Ригой, в результате 46 человек погибли, а еще 61 получил ранения и травмы. Конечно же, описать все аварии на железнодорожном транспорте с анализом их причин тут не представляется возможным, тем более, что многие из них представлены в работах М.Ф. Вилька, А.Г.Базазяна, О.Н.Сорокина и других. Наиболее крупные железнодорожные катастрофы в СССР произошли в 1988 и 1989 гг. Первое чрезвычайное происшествие произошло во время прибытия пассажирского поезда на станции Арзамас в 1988 г., когда произошла детонация трех вагонов гексогена, которые направлялись в Казахстан. Всего пострадали 1500 человек, из которых 91 человек погиб. Основной причиной катастрофы являлось несоблюдение правил транспортировки промышленных взрывчатых веществ. Другая авария произошла ровно год спустя в районе города Аша Челябинской области, находящегося на границе с Башкирией. Там параллельно с железнодорожным полотном был проложен продуктопровод «Западная Сибирь- Урал- Поволжье», транспортирующий легкие углеводороды. На старой трубе образовался свищ, превратившийся в двухметровую трещину. В результате жидкие углеводороды, вытекающие под давлением, заполнили всю низину, где проходили железнодорожные пути. Накануне бригада прошедшего поезда сообщила диспетчеру о сильном и стойком запахе газа в этом районе. Диспетчер трубопровода, понадеявшись на «авось», решил этой проблемой заняться с утра следующего дня, а пока, заметив падение давления в трубе, увеличил подачу газа. А в месте утечки жидкого газа произошла незапланированная встреча около полуночи двух поездов, идущих друг напротив другу: поезд №211 Новосибирск-Адлер, опаздывающий на 20 минут из-за роженицы, и поезд Адлер-Новосибирск. В момент их встречи от торможения одного из составов прошла искра, и в низинке, где скопился газ, произошел мгновенный взрыв такой силы, что куски вагонов выбросило на расстояние 6 км от рельсов и два огромных состава просто сдуло с железнодорожного полотна. Семь вагонов выгорели полностью, 27 вагонов полностью выгорели внутри, длина пламени составила два километра. Первыми на помощь по бездорожью пришли жители близлежащих деревень, потом появились спасатели и войска. Из Уфы к месту взрыва выехали 53 бригады скорой помощи, прилетели Горбачев, Рыжков и Чазов, которые увидели развороченные вагоны, сгоревший лес на площади в 250 гектаров и обожженных людей. По силе взрыва он мог быть сопоставим с атомным взрывом в Хиросиме. Пострадавших развозили на грузовиках по ближайшим больницам, причем, сортировка шла таким образом, что в первую очередь спасали тех людей, у которых был шанс

выжить. Всего в больницы были доставлены 806 человек. Согласно официальным данным, в катастрофе погибли 575 человек, хотя по данным независимых экспертов это число достигло 780. Однако, на мемориале, воздвигнутом в 1992 г., высечено 675 имен. Это была самая крупная железнодорожная катастрофа в СССР. Скажем только, что из-за недавнего столкновения скорого поезда с электричкой на Курском вокзале Москвы на ряде пригородных станций произошло столпотворение пассажиров и железнодорожники вынуждены были их буквально заталкивать в вагоны электропоездов. Террористы замыслили столкновение «Сапсанов» на железной дороге между Москвой и Санкт-Петербургом с числом жертв не менее 1000 человек. На станции Фарфоровская при подъезде к Московскому вокзалу Санкт-Петербурга на пути они укрепили башмак в расчете на то, что скоростной поезд подпрыгнет как на трамплине и врежется во встречный поезд. Однако «Сапсан», налетев на башмак, не сошел с рельсов, не изменил траекторию движения, а разнес препятствие на части так легко, что пассажиры вообще ничего не почувствовали. Все семь террористов, выходцев из Центральноазиатских республик, были задержаны службой безопасности. Последнее чрезвычайное происшествие на отдельных участках Транссибирской железной дороги в Приморье носило выраженный природный характер, связанный с проливными дождями и наводнениями в Уссурийском крае, что привело к подмыванию насыпей, к разрушению железнодорожных мостов и сходу с рельс последних вагонов. Перевозку пассажиров стали осуществлять на автомашинах, хотя и автомобильные дороги также оказались размытыми и разрушенными. Порывом ураганного ветра повалило дерево на железнодорожную электрическую сеть на Октябрьской железной дороге, что привело к 2-х часовой остановке «Сапсанов» и других поездов. Удивительно, но ведь пожары, ураганы, ливни, ледоходы, снежные заносы и наводнения происходят у нас регулярно и на ликвидацию последствий этих природных катаклизмов каждый раз тратится немало сил и средств. Не проще ли было вложить эти средства в предупреждение негативных последствий этих явлений, или, что более правильно, в готовность к таким происшествиям? Тем не менее, с каждым годом вероятность железнодорожных аварий уменьшается благодаря внедрению современных технологий и усилению систематического контроля за безопасностью движения поездов. В конце 2017 г. в Северо-Западном штате Вашингтон (США) скоростной поезд Cascades компании Amtrak, следовавший из Сиэтла в Портленд, южнее города Такома потерпел аварию и несколько вагонов сошли с рельсов и сорвались с моста-переезда на автомобильное шоссе. В составе находилось 83 человека, число жертв и причины аварии сразу установить не удалось. Все катастрофы, аварии, сходы вагонов, взрывы, столкновения, теракты и т.д., произошедшие в России и за рубежом описать просто невозможно, да и не нужно, поскольку это могут сделать профессионалы. И тем не менее, железнодорожный транспорт является достаточно безопасным.

Примечание [K1]:

К концу XIX века стали формироваться железнодорожные узлы, создаваться сортировочные станции.

Много железных дорог было построено и в районе Урала. Укладку железнодорожных рельсов в период активного развития железных дорог осуществляли ручным способом (железнодорожные краны стали применяться позднее), что существенно затягивало сроки выполнения намеченных планов. Именно поэтому в 1899 году в г. Вятка (ныне- Кировск) был заложен уникальный крупнейший в Европе и Азии машиностроительный завод по производству железнодорожных кранов. Этот завод до сих пор являлся крупнейшим в России и в странах СНГ предприятием по разработке и производству железнодорожных грузоподъемных кранов с гидравлическим и дизель-электрическим приводом, а также крупнейшим поставщиком другой вспомогательной техники для железных дорог. Продукция Кировского машиностроительного завода 1 Мая (КМЗ) поставлялась в 35 стран. И вот теперь такое уникальное и нужное стране предприятие в условиях частной собственности банкротят. А произошло это из-за убытков, связанных с падением внутреннего спроса, поскольку в последние годы (конец XX- начало XXI века) в современной России железных дорог стали прокладывать намного меньше. Но не это оказалось главным. Фактически бандитский рейдерский захват предприятия нередко осуществляют местные чиновники и банкиры. Именно из-за них, как подчеркивалось в МК от 16.05.2017 г., исчезли тысячи крепко стоящих на ногах российских компаний. Работы лишились сотни тысяч людей. Точно также поступили в городе Кирове с госпредприятием ОАО «Лузский лесопромышленный комплекс», активы которого перешли в финскую компанию при полном безучастии государства. Теперь высокодоходный сегмент железнодорожной спецтехники с многомиллионными инвестконтрактами может отойти к германским производителям. Под угрозой оказалось выполнение программы ОАО «РЖД» по развитию технологического парка, по строительству стальных магистралей в Сибири и на Дальнем Востоке, а также выполнение крупных заказов министерства обороны и проектов по импортозамещению. Вот к чему приводит необдуманная приватизация жизненно важных для страны отраслей и предприятий. Весьма прискорбно, но в последнее время ускорился отток инвестиций из России. Так, только за июнь 2017 г. этот отток составил почти 230 млн долларов. Если по состоянию на 1990 г. в России было 336000 предприятий, то в 2016 г. их осталось только 5000, т.е. полтора процента (!). Промышленные предприятия были в каждом городе, они являлись источником жизни, давали людям работу, жилье, позволяли рожать и воспитывать детей. Среди ликвидированных предприятий можно выделить Воронежский машиностроительный завод, выпускавший нужные для страны экскаваторы, погрузчики, краны, сельскохозяйственную технику. Если раньше завод выпускал 1190 экскаваторов в год, то незадолго до своей кончины в 2009 г. всего 40 штук. А причины его ликвидации очевидны, поскольку завод занимал 24 га почти что в центре города. Точно также

закрылись Богородицкий завод теххимических изделий в Тульской области, Иркутский завод карданных валов, Красноярский завод «Синивит», станкостроительный завод «Свердлов», Томский приборный завод, Ульяновский радиозавод, 100-летняя Нижегородская швейная фабрика, многие часовые заводы, развалились многие комбинаты строительных материалов и т.д., всего более 300 тысяч предприятий, продукция которых внезапно оказалась совсем не нужной для страны. Это все относится к последствиям приватизации, от которой страна почти ничего не получила, поскольку разница между рыночной ценой и средствами, поступившими в бюджет, была просто огромной (в 100 и тысячи раз). На месте ряда закрытых предприятий построены торговые или развлекательные центры. А новые хозяева сохраненных предприятий, перешедших в частные руки, были больше озабочены получением прибыли и потому ликвидировали всю свою социальную инфраструктуру. При Ельцине и Козыреве разрушать военную науку стали с увольнением главных конструкторов. Всех тех, кто ратовал за замену американской электроники в ракетных комплексах на российскую, просто увольняли с работы. До сих пор отечественный автопром не может сравниться с второстепенными современными производителями грузовых и легковых автомобилей, а отечественный авиапром пока ничего не может противопоставить «Боингу-737», который выпускается с 1967 года.

За последние 27 лет в РФ построено предприятий в тысячи раз меньше, чем в предшествующие годы. Их можно легко перечислить:

Хакасский алюминиевый завод в г.Саяногорске  
 Антипинский нефтеперерабатывающий завод в Тюмени  
 Иностраный автозавод полного цикла в Сестрорецке  
 Группа автопредприятий в С-Петербурге и области (Скания, Форд)  
 Ярославский завод по производству отечественных двигателей  
 Тихвинский вагоностроительный завод  
 Серпуховской лифтостроительный завод  
 Мукомольный комбинат в Ингушетии  
 Metallургический завод в Калужской области  
 Завод по производству солнечных батарей в Чувашии  
 Транспортные объекты военно-промышленного и топливно-энергетического комплексов.

Все это важные объекты, выпускающие нужную для страны продукцию. Но зачем нужно было закрывать работающие предприятия?

И если первая в мире сдвоенная паровая машина была создана в 1762 году И.И. Ползуновым мощностью в 40 лошадиных сил, то на ее основе в 1833 г. отец –Е.А. (1774- 1842) и его сын- М.Е. (1803-1849) Черепановы построили первый в России паровоз удачной конструкции, опередив постройку паровоза в Германии на 2 года, и железную дорогу длиной в 3.5 км. Это был результат многолетней работы талантливых крепостных умельцев на Нижнетагильском металлургическом заводе, которым владело семейство Демидовых. Кстати, за изобретательскую деятельность Мирону Черепанову и его жене была дана вольная, а его отцу Ефиму- тремя годами

позже. Локомотив с паровой тягой кроме грузов мог перевезти до 40 пассажиров. Однако первая в мире железная дорога общего пользования с паровой тягой была построена Джорджем Стефенсоном в Англии между Дарлингтоном (входит в графство Дарем, расположен к юго-западу от города Мидлсбро, на реке Скерн) и Стоктоном (порт в северо-восточной Англии на реке Тисе), а затем между Ливерпулем (порт в северо-западной Англии в устье реки Мерси, графство Мерсисайд) и Манчестером (расположен в северо-западной Англии, в графстве Большой Манчестер). Там же построили первую ветку метро. Наибольшее развитие железные дороги в Англии получили в знаменитую Викторианскую эпоху (королева Виктория с ее высокими моральными принципами, преданностью интересам страны и прагматизмом правила страной в течение 64 лет из 81), особенно при лидере партии тори Бенджамине Дизраэли, который был дважды премьер-министром. Англия тогда стала ведущей державой в мировой экономике и в политике, достигла невиданного расцвета и могущества, в ней произошел стремительный рост индустриальной промышленности, торговли и финансов, значительно расширились границы за счет колоний. Больше таких периодов быстрого расцвета в Великобритании не было. Железные дороги, зародившись в Англии, быстро распространились по всему миру и первые дороги были построены во Франции в 1825-33 гг (Сент-Этьен, департамент Луара-Лион, префектура департамента Рона), в Германии (Бавария) в 1835 г. (Фюрт-Нюрнберг, оба на реке Пегниц), в Бельгии в 1835 г. (Брюссель, Фландрия-Мехельн, провинция Антверпен), в США в 1830 г. (Балтимор, штат Мэриленд-штат Огайо) и т.п. Стефенсон в 1812-1829 годах предложил несколько удачных конструкций паровозов, заменил зубчатую передачу на гладкую, спарил колеса с помощью жестких дышел, изменил соединение рельсов, смягчил толчки, снабдил паровоз подвесными рессорами и т.д. Поэтому на частные деньги паровоз для Царскосельской железной дороги протяженностью в 27 км в 1837 г. был куплен у Стефенсона в Англии (всего закупили 6 паровозов), а 44 пассажирских и 19 грузовых вагонов, а также рельсы были приобретены в Бельгии. П.Мельников и Н.Крафт, вернувшись из Америки, подготовили обстоятельный доклад об иностранных железных дорогах, в котором отмечалось важное экономическое и культурное значение железнодорожных сообщений. Потом было строительство дороги между Варшавой и Веной, уникальной двухпутной Николаевской железной дороги между Санкт-Петербургом и Москвой, построенной напрямую без захода в Новгород (постройка длилась с 1843 г. по 1851 г. и, помимо частных денег, обошлась казне в 100 млн рублей), а также между Санкт-Петербургом и Варшавой. Затраты на строительство первых дорог были чрезмерными с крайней дороговизной сооружений, что было обусловлено отсутствием должного опыта проектирования дорог с соответствующими финансовыми расчетами. Поскольку из-за боязни никто не хотел ехать в поезде до Москвы, то проезд в течение первых трех суток сделали бесплатным. Автор проекта и руководитель строительства железнодорожной магистрали между двумя столицами академик П.П.Мельников считал, что железные дороги более чем

для любой другой страны подходят для России с ее просторами и климатом. В 1865 г. П.П.Мельников стал первым министром путей сообщения и на этом посту содействовал развитию железнодорожных сообщения в европейской части России и по его настоянию ширина колеи была установлена в 1524 мм. В результате сеть была увеличена более, чем на 7 тысяч км. Кстати, после поражения в турецкой войне 1856 г. возник вопрос о том, как дальше развивать железнодорожное строительство. Тогда существовали две точки зрения. Одна, консервативная группа, во главе с П.Мельниковым, которая не доверяла частным инвестициям и считала, что доля государственного участия в строительстве и эксплуатации железных дорог должна быть доминирующей. Либеральную группу опекал министр финансов России М. Рейтерн и она настаивала на передаче железных дорог в частные руки. В то время возобладала первая точка зрения. Строительство Московско-Петербургской железной дороги велось одновременно в двух направлениях, навстречу друг другу. Эту дорогу назвали Николаевской, и по воле государя она была проложена прямолинейно по кратчайшему пути, но не параллельно шоссе, построенному по решению Петра 1, т.е. не через Новгород, а минуя его. Именно при строительстве Николаевской железной дороги впервые были применены широкоподошвенные рельсы, изготовленные на Людиновском заводе. Большую роль в этом строительстве сыграл русский инженер полковник Н.О. Крафт, который принял участие в разработке технического проекта, предложил способы возведения земляных насыпей в болотистой местности, разработал технические условия на проектирование искусственных сооружений и железнодорожных станций и т.д. Об условиях строительства железной дороги лучше всего говорится в известной поэме Н.А.Некрасова «Железная дорога» (1864 г.). В строительстве было занято одновременно по 5 тысяч человек из крепостных крестьян, солдат и мастеровых под присмотром подрядчиков и их десятников, которые грабили работающих и избивали их. Рабочие были на положении рабов, ведь крепостное право в России официально было отменено в 1861 г., т.е. гораздо позже, чем в Пруссии (1807 г.), Австро-Венгрии (1848 г.) и т.д., причем если в Европе под крепостным правом понимались лишь обязательные повинности, когда крестьянин был обязан платить оброк помещику и обрабатывать его землю, то в России с крестьянами можно было делать на законных основаниях все, что угодно (бить, продавать, покупать, гноить в домашней тюрьме, дарить, проигрывать в карты, разлучать семьи, убивать), т.е. крепостной был полноценным рабом. Это было весьма похоже на положение в прошлом негров (афроамериканцев) в США, где рабство было отменено в 1862 г. Правда, всего за 5 лет до этого Верховный суд США постановил считать рабов не гражданами, а имуществом. Отсюда видно, как нелегко в США принималось решение об отмене рабства. И это в США, которые считались мировым оплотом демократии, с их колоссальным 93-метровым памятником Свободе в 3-х километрах от Манхэттена, подарка Франции в 1876 г. в честь столетия американской независимости, Кстати сказать, металлическая основа всей конструкции статуи Свободы была

изготовлена в российском Екатеринбурге. Мы упомянули 1848 г., когда по Европе прокатилась волна революционных движений, начавшаяся на Сицилии и во Франции, где был свергнут король Луи Филипп I и образована Вторая республика. Потом волнения охватили итальянские государства (Неаполь, Сардинию) и отдельные страны Центральной Европы, в первую очередь Австрию, где активизировались национальные движения итальянцев, венгров, хорватов и румын. Революционные активисты Венгрии линчевали в Пеште увещевавшего их австрийского фельдмаршала Франца Ламберга. Именно в Пеште венгры сформировали Комитет обороны во главе с Лайошем Кошутом. Восставших венгров поддержали поляки (генералы Юзеф Бем и Генрих Дембинский). В ответ Габсбурги назначили хорватского генерала Елачица наместником Венгрии. Восставших поддержали венские студенты, разобравшие железную дорогу, чтобы не было подвоза правительственных войск. В Вене повесили военного министра Австрии Теодора фон Латура, а 18-летний император Франц Иосиф с приближенными бежал из столицы и слезно умолял Николая I подавить мятеж. Глава австрийского правительства князь Феликс цу Шварценберг передал соответствующее послание русскому наместнику в Царстве Польском фельдмаршалу князю Паскевичу. Русские войска разгромили венгров и командующий мятежными венграми Артур Гёргей вместе с 30-тысячной армией сдался в плен. Но венгры добились того, что империя стала Австро-Венгрией. Потом Николай I говорил, что самым глупым из польских королей был Ян Собеский, который спас Австрию в 1683 г., а самым глупым русским императором он считал себя, т.к. спас Австрию в 1848 г. И действительно, «благодарная» Австрия тут же стала союзницей Турции против России и неоднократно потом активничала против России на стороне Германии. Вот и спрашивается, для чего было русским солдатам проливать кровь за интересы Австрии? Может быть потому, что на австрийских землях до прихода немецких мигрантов в IX веке жили славяне? Кстати, святым покровителем Австрии и Вены является святой Леопольд из династии Бабенбергов, а последней королевой Австрии с коронацией была Цита Бурбон-Пармская, умершая в 1989 г. Габсбург-Лотарингский дом - старейшая и разветвленная династия правителей мира (Чехия, Венгрия, Хорватия, Испания, Богемия, Неополитанское королевство, Португалия, Трасильвания, Тоскана, Парма, Модена, Парма, Мексика, Австрия), а Австро-Венгрией до ее распада правил 68 лет император Франц Иосиф до 1916 года из фамильного замка Шенбрунн и королевского замка Хофбург (Вена). Расцвет империи пришелся на период правления Марии Терезии Австрийской в 18 веке, которая была единственной женщиной на троне из династии Габсбургов. Не случайно ее называли королевой просвещения, поскольку она заложила основы народному образованию и вела тяжелую и беспощадную войну с развратом и проституцией, за нравственное общество. За 40 лет правления Марии Терезии Австрия превратилась в процветающее государство. Будучи многодетной матерью (из 16 рожденных детей выжили 10), именно она устраивала династические браки, заложив основы будущей единой Европы.

Сразу нужно сказать, что крестьянское рабство было распространено в Европейской части России (Санкт-Петербург, Москва, Самара, Ярославль, Орел, Курск, Казань, Брянск и т.п.), а в Сибири и на Дальнем Востоке крепостного права не было и там на рынках могли торговать только инородцами (бурятами, якутами, чукчами, коряками, эвенками и т.д.). За более, чем 1000-летнюю историю Древний Рим пережил периоды: рабовладельческий, когда лиц знатного происхождения можно было приговорить к смерти за 4 преступления (убийство, поджог, магию и покушение на величие римского народа), республиканский- за противодействие законам и органам власти, выполняющим функции судебной системы, монархический-за заговор против императора, отрицание религиозного культа и угрозу жизни имперскому чиновнику. А с рабами, ранее бывшими свободными людьми в других странах, могли делать все, что угодно, в том числе гладиаторские бои, для чего было построено 250 амфитеатров, в том числе самый большой-Колизей на 55 тысяч зрителей, построенный за 10 лет в 1 веке при императорах Веспасиане и его сыне Тите. Глубина фундамента Колизея составляет 13 метров. Весь амфитеатр разделен на 80 секторов с отдельным выходом, над третьим этажом достроили еще один до высоты 50 метров и по окружности 524 метра Колизей сильно пострадал при землетрясении в 1349 году. В Китае каждая из 30 династий за 2300 лет устанавливала свои законы. Во времена династии Цинь (221-206 годы до н.э.) было установлено 12 видов наказаний за 4 тысячи преступлений: четвертование, повешение, пробоина в черепе, отрубание головы, выламывание ребер, распиливание тела, сваривание в котле, питание полусырым рисом, что потом разрывало внутренние органы, привязывание к веткам бамбука, который быстро пронзал тело несчастного. Правда, при этой династии появилась единая письменность, введена система мер и весов, начато строительство Великой китайской стены. При следующей династии Хань появилась бумага, проведена перепись населения (2-ой год до н.э.), проложен Великий шелковый путь, отменены некоторые виды наказания (отрезание носа и ушей, кастрация, ампутация коленных чашечек и др. Далее при династии Тан было изобретено книгопечатание, а к наказаниям добавили палочные удары и каторгу. При следующей династии Сун были изобретены порох и компас, а также варварский способ казни (линчи), когда человека привязывали к столбу и отрезали от него куски тела. В 14-м веке в Китае власть перешла к династии Мин, была достроена Китайская стена, создана огромная армия, столица перенесена в Пекин, создана тайная полиция, проводящая зачистки населения. Потом была маньчжурская династия Цин, которая, с одной стороны, содействовала развитию культуры, а с другой- контролировала деятелей культуры, вплоть до их смертной казни. Сейчас, конечно, таких изуверских законов в Китае уже нет. И.В.Сталин хорошо знал историю и многое перенял из опыта Древнего Рима и Китая: различные казни, безнаказанность, доноительство, приговоры пресловутых «троек», заградительные отряды и многое другое. Некое подобие сословного правосудия продолжалось и потом. Кстати, личность Сталина вызывает

интерес за рубежом. Так, английский режиссер создал гротескный фильм «Смерть Сталина», в котором исторически достоверные факты чередуются с вымыслами и примитивизмом характеристик основных персонажей. Из него следует, что страна должна была деградировать и развалиться еще в 1950-ые годы. Если фильм посвящен исторической личности, то даже замысел художественный должен опираться на реальные и доказанные факты.

Первый поезд на Санкт-Петербурго- Московской железной дороге по свидетельству газеты «Северная пчела» убыл из С-Петербурга 1 ноября 1851 г. в 11 ч.15 мин и через 21 час 45 мин. благополучно прибыл в Москву.

Люди на строительстве Николаевской железной дороги жили и работали в ужаснейших условиях, голодали, мерзли и мокли, часто болели, но в землянках и шалашах селились, в основном, артелями. Именно так, помогая друг другу, было легче в тех условиях выжить.

Вообще на Руси с давних времен преобладал коллективизм (в остальной Европе- индивидуализм), поскольку только общиной можно было осваивать новые земли, вести подсечное земледелие, защищать коллективно свои земли от нападения. Практически все насущные проблемы решались на общих сходах. Даже дома в общине строились «всем миром». В современной России, особенно в сельском хозяйстве, вполне возможно сочетание западного индивидуализма с традиционным российским коллективизмом. Поэтому наряду со всемерной государственной поддержкой фермеров и фермерских хозяйств нельзя ставить препоны на стремлении людей к коллективному хозяйствованию, к созданию кооперативов. К этому вопросу мы еще вернемся. На Западе сооружались дворцы и замки, но без туалетов, т.е. полностью загаженные, не было канализации и водопроводов, а пили вино и пиво, которые готовили в монастырях, что видно на картинах художников средневековья. Экскременты лились из домов прямо на улицы с криком «Берегись!», в богатейшем Версале можно было ходить прямо за портьеры. люди мылись 2 раза в жизни (грязь считалась признаком святости) и от дурного запаха немытого тела спасались, обливаясь с головы до ног одеколонной водой, а в модные тогда лицевые маски клали пахучую траву, чтобы заглушить уличные запахи. Система канализации на Руси возникла намного раньше, чем в Европе. Королева испанская Изабелла Первая мылась только 2 раза в жизни- при рождении и при смерти. Уход за своим телом тогда в западном христианском мире считался большим грехом. Кстати, прежде всего с антисанитарией связаны бушующие в Европе эпидемии чумы. Когда крестоносцы- освободители Гроба Господня вернулись в заваленные бытовыми отходами европейские города с запасами гречки, риса, шафрана и экзотических фруктов, то они завезли с собой несколько десятков крыс, которые быстро распространились по подвалам, чердакам, кладбищам, продуктовым рынкам, полям ржи и пшеницы. Кстати сказать, эти эпидемии были предсказаны. Предсказатели широко прогнозировали события, нередко с высокой точностью. Так, Филипп Ауреол Теофраст Бомбаст фон Гугенхайм (Парацельс) верно предсказал падение династии Валуа, казни Бурбонов, образование США. Другим известным пророком был Мишель Нострадамус,

предсказывали также гадалки, Василий Блаженный, Макс Гендель, Алиса Анна Бейли, старцы Владислав Шумов и Христофор Тульский, Вольф Мессинг, матрона Московская, болгарка Ванга, британец Крейс Гамильтон-Паркер, предсказавший победу Трампу, трагедию в Лас-Вегасе и другие. Кстати, Ванга в 1979 г. говорила, что нието не сможет уже остановить Россию. Может быть стоит прислушаться к их прогнозам на 2018 год с многочисленными природными катаклизмами и бурной политической жизнью? А началось это всё с волхвов, которые прошли из Вавилона через всю Аравийскую пустыню после спада основной жары, т.е. в начале осени, во владение царя Ирода, в Иерусалим, чтобы сообщить всем, что родился Царь Иудейский, о чем им сообщила яркая звезда, названная Вифлеемской, с тем, чтобы поклониться ему и поднести дары. Царь Ирод был жестоким и не мог допустить кого-то на свое место. Поэтому повелел он уничтожить в Вифлееме всех младенцев и детей в возрасте до 2-х лет. Однако за день до этого к Иосифу, отцу Иисуса, явился ангел Господень и велел ему вместе с семьей срочно бежать в Египет, что описано в Евангелии от Матфея и запечатлено на знаменитом полотне Вечеллио Тициана «Отдых Святого Семейства на пути в Египет», а также на картинах Паоло Веронезе, Лукаса Кранаха Старшего, Мурильо Бартоломео Эстебана и других. В книге древнего историка Иосифа Флавия «Иудейская война» описано, что царь Ирод, назначенный римским сенатом в 37 г. до н.э., владел неприступной крепостью Масада. Многих волнует вопрос, когда (где-известно, в хлеву в Вифлееме у Марии и Иосифа) все же родился Христос, 25 декабря или в другой день? В 1603 г. немецкий математик и астроном Иоганн Кеплер, сформулировавший закон о движении планет, наблюдал соединение двух планет, Юпитера и Сатурна в виде новой яркой звезды, а спустя 320 лет П.Шнабель расшифровал астрологические записи Вавилонской обсерватории и установил, что Юпитер и Сатурн находились близко друг от друга в знаке Рыб целых 5 месяцев в 7 году до н.э., давая очень яркое свечение, которое и породило миф о Вифлеемской звезде. А это значит, что Иисус Христос родился в 7 году до н.э., скорее всего в октябре. А царь Ирод умер спустя 3 года. Согласно Евангелиям, отряд воинов и служителей от первосвященников и фарисеев арестовал Иисуса в Гефсиманском саду и увел Христа во двор первосвященника, где ночью его немедленно судят и приговаривают к смерти. Осудив Христа, синедрион почему-то направляет его на новый суд к прокуратору Понтию Пилату. В этом есть множество нелепицей и отходов от канонов, что позволяет усомниться в правдивости изложения. Скорее всего никакого первого суда не было и синедрион направил Христа на суд прокуратора как бунтовщика, объявившего себя сыном Бога, призывающего не платить подати кесарю и желающего поднять народ против римского господства. Понтий Пилат не находит вины Иисуса и потому спрашивает собравшихся иудеев, осудить ли его или простить. И все выносят вердикт- осудить. На самом деле библейский образ прокуратора-гуманиста и демократа ничего общего с реалиями не имеет и Пилата спустя 3 года за излишнюю жестокость и чрезмерную алчность отозвали в Рим.

Правда, Пилат освободил разбойника Варавву по ходатайству синедриона. До сих пор некоторые в распятии Христа обвиняют иудеев, якобы требовавших этого, но единоличные решения всегда принимал прокуратор<sup>7</sup>. С введомо могущественного прокуратора римские солдаты издеваются и глумятся над Христом, на голову ему надевают терновый венок с колючками, на кресте написали : «Иисус-царь иудейский». Ведь Христос был врагом Рима, захотел восстановить независимое Иудейское царство.

Гораздо позже на Западе стали умываться и стирать в стоячей воде, что продолжается до сих пор. Интересно, что в Древнем Риме гигиене тела уделяли гораздо больше внимания, чем в Средние века, о чем говорят посещаемость терм и бань, проведение симпозиумов (в дословном переводе - пиршество, возлежание в бане у стола с яствами) и т.д. Кроме того, тогда же осуществлялась забота о сохранении зубов, которые поначалу чистили специальными ароматическими палочками, а затем стали применять бальзам, изобретенный монахами- бенедиктинцами. Похожие на ныне применяемые зубные порошки и пасты появились в Британии в 1790-ые годы, тогда же были изобретены зубные щетки. Но не только в Древнем Риме, но и в поселениях многих древних народов была больше развита личная гигиена, чем в «цивилизованной» средневековой Европе. Так, в неолитическом поселке Скара-Брей, а точнее в его развалинах (3000 лет до новой эры), на гигантском архипелаге к северу от Шотландии- Оркнейских островах в каждом доме помимо мастерских обнаружено что-то наподобие туалета. На Руси строили терема, обязательно с туалетом во дворе, регулярно коллективно мылись в банях, в основном, по-черному, стирали белье и одежду в проточной и чистой речной воде, носили льняную одежду, к которой не могли прицепиться разные насекомые, и т.п. В бане не только мылись и парились, но обшались и даже рожали детей. Бани на языческой Руси появились в те времена, когда в христианском мире о них и не слышали. Иностранцы удивлялись русскому обычаю регулярно мыться, но, особенно, их поражал веник: как это можно добровольно себя истязать. Веники были разные: березовые, дубовые, можжевельниковые, смородиновые, рябиновые, крапивные и т.д. изгонявшие разные хвори. Петр Первый, будучи в Париже, построил для своих гренадеров баню на берегу Сены, куда они, на удивление парижан, распаренные бегали окунаться. Екатерина II запретила совместное посещение мужчинами и женщинами городских общественных бань и были выделены мужские и женские дни. Бани распространились по Европе, когда русская армия в 1813-14 годах освобождала ее от Наполеона. Немецкий медик Михаэль Платен писал, что немцы, пользуясь русской баней, забывают, что этим шагом в своем культурном развитии они обязаны восточному соседу. При раскопках в Великом Новгороде нашли остатки водопровода, относящегося к одиннадцатому веку, а бани были повсеместно, как индивидуальные, так и общественные. Правда, в Древнем Риме, который прозвали вечным городом потому, что был построен на совесть, на века, уже 1,5 тысячи лет существует сеть акведуков, снабжающих Рим до сих пор чистой питьевой водой прямо с

горных вершин, поступающей в город и в многочисленные фонтаны (Треви, Тритона, Пчел, Наяд или Нимф, Баркачча, Черепах, Аква Паола, Моисей и др.) в том числе находящиеся на Пьяцца Навона (Четырех рек из четырех частей света с египетским обелиском, Нептуна с осьминогом и Мавра с тритонами). Не случайно по количеству исторических памятников архитектуры в расчете на квадратный метр земли Рим впереди планеты всей и потому в нем связь времен ощущается особенно остро. Если в Европе и раньше и теперь считают русских дикарями, одетыми в звериные шкуры, питающимися человечинной, а по улицам наших городов разгуливают медведи, то на самом деле еще жители Древнего Новгорода считали европейцев дикарями. Королева Франции Анна Ярославна жаловалась в письмах отцу Ярославу Мудрому, что ее послали в варварскую страну с ужасающей антисанитарией, без канализации, с загаженными улицами и дворцами, с неграмотным королевским окружением. В этом письме она обвиняла Ярослава в недостатке отцовской любви из-за того, что послал ее к варварам. Ей не понравился и хмурый, маленький (всего 15 тысяч жителей) и грязный Париж без белоснежных соборов, хотя город из скромной резиденции Каролингских королей превращался в столицу страны. В ту пору Киев, как столица Руси, был огромным и зеленым городом (50 тысяч жителей) с прямыми и относительно чистыми улицами, с ухоженными домами, со множеством соборов и церквей. Чтобы упрочить свое положение, киевский князь заключал династические браки и таким образом удалось породниться с Польшей, Византией, Венгрией и Норвегией. А свою младшую дочь красавицу Анну Ярослав выдал за стареющего короля Франции Генриха 1. Тогда во Франции все мужчины стремились стать рыцарями, не умели читать и писать, а на документах ставили крестики. Анна же была хорошо образованной, умела читать и писать, знала латынь и греческий и напрасно везла в подарок будущему супругу целую библиотеку. Все там ели руками без столовых приборов и практически не умывались и не мылись. За 6 лет после свадьбы Анна родила трех мальчиков (Филиппа, которого короновали в семилетнем возрасте, Роберта и Гуго) и девочку Эмму. И это, т.е. появление наследников, спасло династию Капетингов от свержения. После смерти мужа Анна повторно вышла замуж за графа Рауля де Валуа и дальнейшие следы ее потерялись. Известно лишь, что народ Франции ее любил и называл ее Агнессой и в Санлисе ей установлен красивый памятник во весь рост и что на ее славянском Евангелие с кириллицей и глаголицей клялись в Реймсе все французские короли вплоть до 18 века, веря (поскольку прочитать не могли) в таинственное происхождение этой книги. Только Петр 1 смог перевести ее содержание на французский язык. В 1563 году жители небольшого городка Холмогоры на берегу Северной Лвины обнаружили пришедший из Англии огромный 3-х мачтовый парусный корабль «Эдуард Бонавентура». Россия в 16-м веке была отгорожена от Западной Европы Ливонией, Речью Посполитой (Польша и Литва), даже для торговли. Поэтому прибывшие во главе с капитаном Ричардом Ченслером англичане были очень удивлены, увидев не полудиких

аборигенов в звериных шкурах, а точно таких же людей, живущих в деревянных домах, молящихся Иисусу Христу и подчиняющихся единому государю. На протяжении своей истории России приходилось много воевать, отражая угрозы с разных сторон. И если перед Александром Невским стояла не простая задача- сохранить Русь, то Петр 1 добивался, чтобы Россия превратилась в великую державу и почти все последующие правители следовали этим курсом. Начальный период становления Руси был очень тревожным и римский папа Григорий 1X в 1232 г. призвал католиков к крестовому походу на новгородцев. Русь оказалась зажатой с востока- Ордой, а с запада- крестоносцами и Литвой. Потом с севера стали угрожать шведы, а с юга- турки. Великий князь Ярослав (отец Александра Невского), много раз изгонявшийся новгородцами, очень грамотно оценивал врагов, которые в одинаковой степени жгли города, грабили, убивали, накладывали контрибуцию, что Орда, что крестоносцы. Однако, Орда была далеко (год пути туда и обратно), а Орден меченосцев (а потом Тевтонский) и Литва были рядом. Когда монголы напали на Русь в конце 1237 г., то им ожесточенное 5-дневное сопротивление вначале оказала первая на пути монголов Рязань во главе с малолетним князем, что не спасло ее от полного разрушения (на месте Рязани образовалось поле, а имя Рязани принял лежащий в 50 км Переславль- Рязанский), разорения и дикой резни и к которой никто из соседних князей не пришел на помощь, но рязанский боярин- богатырь Евпатий Коловрат, бывший тогда в Чернигове, с 1700 воинами разгромил вначале монгольский арьергард в Суздальских землях и далее- 5-тысячный отряд шурина Батыея, затем сопротивление оказал владимирский князь Юрий Игоревич, потом монголы за 10 дней взяли Торжок, и не дойдя 100 верст до Новгорода (по разным причинам), повернули вспять, осадив и разорив героически сопротивляющуюся целый месяц деревянную крепость Козельск, а потом ввели для руссов подушную посильную дань. Нашествие Батыея, начавшееся в 1237 г., не пережили 49 русских городов. Точное число погибших неизвестно, но огромно. Было утрачено много ремесел, резко снизился уровень социально-экономического развития регионов, что положило начало догоняющей Европу модели развития России в дальнейшем. Если бы русские князья объединились пперед лицом общей угрозы, то 300 тысячное войско хана Батыея, растянувшееся на 20 дней пути, не смогло бы нанести такой урон Руси. После монгольского нашествия на Древнюю Русь только 2 территории оказались свободными от ордынского порабощения- Галицко-Волынские земли с 6 епархиями и Владимиро-Суздальские с 12 епархиями. Первая территория получила название «Малая Русь», вторая- «Великая Русь». Киев до его захвата Литвой при князе Ольгерде в 1362 г. входил в состав «Великой Руси». Не является секретом тот факт, что русичи были не полностью славянами, а сложной смесью различных народностей (кривичи, вятичи и другие), одни из которых ассимилировались, например, меря, другие сохранили свою народность (водь, вепсы, карелы, эстонцы), что придает российскому народу мощное генетическое разнообразие. Точно

также происходило смешение в Белой Руси (русские, литовцы, поляки) и в Малой Руси (русские, балканские народы, венгры, поляки, румыны, сербы) при отсутствии выраженных внешних отличий.

Александр Ярославович с 1000 новгородцами вначале разгромил 2500 шведов в месте впадения Ижоры в Неву, затем в помощь Псковскому княжеству освободил от тевтонцев Копорье и Псков и на льду Чудского озера нанес им сокрушительное поражение, надолго отбив охоту нападения на Русь, а спустя 3 года разгромил захвативших Торжок и Бежецк три крупных отряда литовцев (под Торопцом, у Жижицкого озера и под Усвятом). Не сумев победить силой, Ливонский орден безуспешно пытался навязать католичество через правителей- Александра Ярославовича и независимого русского князя Даниила Галицкого. Данила Романович, сын князя Романа Мстиславовича из рода Мономахов, княжил в небольшом Галицко-Волынском княжестве благодаря борцу с несправедливостью киевскому князю Мстиславу Удалому, и потому очень опасался нападения Орды. Именно поэтому он вначале хотел «прислониться» к венгерскому королю Андрашу Второму и Беле Четвертому, а потом обратился за помощью к папе римскому и из рук Иннокентия IV принял в 1254 г. корону и титул короля русского. В результате он улучшил политическое положение своего княжества, превратил недавних агрессоров (венгров и поляков) в союзников, избавил Галицкую Русь от вторжения Орды и при этом ни на йоту не поступился в религиозном вопросе. Это была блестящая бескровная дипломатическая победа в истории Древней Руси. Ему удалось даже отбить Киев, разрушенный монголами в 1240 г., и объединить всю Юго-Западную Малую Русь. К сожалению, удивительный патриот и защитник Руси попал почти в полное забвение потомками. Между тем, Древняя Русь была крупным и далеко не отсталым государством: республика на Руси появилась за 700 лет до знаменитой Британской демократии, уровень грамотности населения по тому времени был достаточным, о чем говорят найденные берестяные грамоты с посланиями простых людей, а уровень жестокости даже при Иване Грозном (в период опричнины-личной гвардии- и последовавшего террора с 1565 по 1672 гг. погибло около 4 тысяч человек), когда «изводили государеву измену», был детским лепетом по сравнению с королевской жестокостью, когда только один король казнил десятки тысяч человек, а в бывшей резиденции французских королей, потом известном музее Лувре, по приказу короля Генриха II, последнего короля из династии Валуа, зверски кинжалами закололи герцога де Гиза, и спустя год там же религиозный фанатик монах-доминиканец Жак Клеман убил и самого короля. Людовик XI сажал крупных феодалов в Бастилию и морил их там голодом, Генрих VIII пытал своих феодалов в Тауэре, именно при нем в 16 веке Лондон превратился в город виселиц, когда вешали за любую провинность и только за бродяжничество повесили 72 тысячи человек, а с 1381 г. по указу короля Ричарда II ввели повешение в железных цепях и это варварство продолжалось до 1834 г. Жестокий век, жестокие сердца. В средние века инквизиция зародилась в Испании при королеве Изабелле и

короле Фердинанде. Великим инквизитором был Торквемаду, а его последователем Педро Арбуэс д'Эпила. Когда по доносу якобы в Сарагосе среди евреев (торговцев и банкиров) появилась ересь, то Арбуэс выехал туда и устроил показательное кровавое зрелище: еретиков одевали в белые и черные одежды, делая из них живые шахматы, ставили играть на шахматную доску и поверженной фигуре палач тут же отрубал голову. Но банкиры, собрав деньги, наняли убийц и покончили с инквизитором, которого потом, подумав только, канонизировала католическая церковь. Состоявший в переписке с Иваном Грозным шведский король Эрик XIV был подозрительным, страдал манией преследования и за семь лет правления казнил несколько сотен аристократов и многих невинных людей, но об этом почему-то никто не вспоминает. Такое было время. 44-х летний Эрик внезапно скончался в тюрьме крепости Эрбигус и только в 1958 г. после эксгумации было установлено, что его отравили мышьяком. Только за одну Варфоломеевскую ночь 1572 г. во Франции погибло более 30 тысяч человек. Но все западные аналитики считают главным извергом Ивана Грозного, хотя за безжалостный садизм Дарью Салтыкову (Салтычиху), загубившей сотни жизней, Екатерина II назвала «уродом рода человеческого». Среди наиболее известных одиночных убийц были средневековый французский поэт Франсуа Вийон, итальянский скульптор и ювелир Бенвенуто Челлини, итальянский художник эпохи Возрождения Микеланджело Меризи да Караваджо, русские драматург Александр Сухово-Кобылин, композитор Александра Алябьева, художник Орест Кипренский, английский писатель Чарльз Лютвидж Доджсон (Льюис Кэрролл), американский актер Джон Уилкс Бут, российский политик и писатель Борис Савинков, писатель Аркадий Гайдар (Голиков), советский киноактер Георгий Юматов, американский актер Лилло Бранкато и другие. Как и бандеровцы особой жестокостью при освобождении Европы на итальянской территории отличались входившие в состав Французского экспедиционного корпуса марокканские гумьеры-горцы, но они остались безнаказанными. Сталину очень импонировала политика опричнины, а потом и уничтожение ее идеологов и проводников, о чем говорят задуманные им серии фильма о своем кумире Иване Грозном. Кстати, первая оранжевая революция произошла не на Украине. В конце 16 века семь северных нидерландских протестантских провинций под названием Голландия (самая крупная провинция) под руководством трех поколений Оранских (оранжевых) при поддержке протестантской Англии отстаивали свою независимость от католической Испании, царившей тогда в Европе. Регентами только что родившегося Вильгельма Оранского на 20 лет стали братья де Витт (Ян и Корнелис), которых потом растерзали и в считавшейся цивилизованной стране съели. В России же в то время в почете были народные герои. Так, в 1380 году на Куликовом поле с благословения игумена Сергия Радонежского монах Александр Пересвет сразился с татарским витязем Челубеем. И хотя русские в этой битве с татарами победили, татаро-монгольское иго продолжалось еще ровно 100 лет, до великого стояния на Угре. Мало известный герой командир 18-пушечного

брига «Меркурий» во время русско-турецкой войны капитан-лейтенант Александр Казарский успешно сражался с двумя турецкими линкорами, в 10 раз превосходивших в огневой мощи в Черном море во время русско-турецкой войны 1828-1829 гг. В турецкую эскадру входило 14 судов и они решили силами двух быстроходных линкоров 110-пушечной «Селимие» и 74-пушечной «Роял-бей» (всего 184 тяжелых пушек) захватить тихоходный «Меркурий» с его 18 малыми пушками (каронадами). Другие русские корабли его уже не ждали, и пребывая в трауре, приспустили свои флаги. Но «Меркурий» появился, имея 22 пробоины в корпусе, в парусах-133, в рангоуте- 16 повреждений, в такелаже-128. Тогда базами Черноморского флота были не только Севастополь, но и Анапа, Варна, Инада, Бургас, Созополь. Несмотря на длительную историю морского флота: открытие Христофором Колумбом в 1492 г. Америки на 3-х мачтовых каракке «Санта Мария» и 2-х каравеллах «Нинья» и «Пинта», первое кругосветное путешествие парусника «Виктория» Фернана Магеллана в 1519-22 гг., русский флот также имел свои успехи и традиции. Первый российский военный парусник «Орел» (построен в Дединово Коломенского уезда на Оке) появился не при Петре Первом, а при его отце Алексее Михайловиче. Потом появился ботик Петра Первого и первый парусный фрегат Балтийского флота с 28 пушками «Штандарт» и одновременно на Олонецкой верфи в 1703 г. были заложены еще 7 фрегатов и большое число малых судов. На 3-х мачтовых шлюпах «Надежда» (Иван Крузенштерн) и «Нева» (Юрий Лисянский) русские в 1803-1806 гг. совершили кругосветное путешествие и ими были уточнены морские карты, сделаны новые географические открытия, выпущен 3-томный атлас. А шлюпы «Восток» (Фаддей Беллинсгаузен) и «Мирный» (Михаил Лазарев) открыли Антарктиду, наличие которой отвергал Кук, целый ряд новых островов. Победители многих современных регат и крупнейшие учебные парусники 4-х мачтовые барки «Седов» (построен в Киле, Германия в 1921г.), «Крузенштерн» (построен в Геестемюнде, Германия в 1925 г.) и 3-х мачтовый барк «Товарищ» попали в СССР вместе с другими кораблями в качестве репарации после 2-й Мировой войны. Героями были также участник 18 вылазок во время осады Севастополя матрос Черноморского флота Петр Кошка, русский пилот Александр Казаков, сбивший 32 самолета противника во время Первой мировой войны, и многие-многие другие. Россия, занимающая промежуточное положение между востоком и западом, не один раз спасала Европу от нашествий диких орд, от наполеоновского владычества и от германского порабощения. Половина стран Европы и часть Азии получили в разные годы свою государственность из рук России (Финляндия, Латвия, Литва и Эстония, Польша, Румыния, Молдавия, Азербайджан, Армения и Грузия, Туркмения, Киргизия, Казахстан, Украина и Белоруссия, Сербия, Монголия), Россия способствовала рождению и становлению ряда государств, способствовала избавлению мира от колоний. Иностранцев и тогда, и сегодня удивляло и удивляет русское гостеприимство. Например, у англичанина Чарльза Лютвиджа Доджсона (Льюис Кэрролл), автора книги

«Алиса в стране чудес», наибольшее впечатление от посещения России в 1867 г. оставил обед в трактире «Москва». Там были кушанья из баранины, говядины, свинины, зайчатины, лебедей и павлинов, рыбы, икры разной. На вертеле подавались зажаренные туши вепрей, косуль, оленей, после чего следовали супы и похлебки с пирогами, каши, на десерт- сладкая выпечка, фрукты, орехи, заморские деликатесы. Пили хмельные сорта меда, квас, морсы, пиво. Прямо какая-то обжираловка.

Еще во 2-14 веках в Крыму преобладало влияние Рима, Генуи, Венеции и Неаполя, а после падения Византийской империи- турок-сельджуков (западных тюрок). В 15-17 столетиях одним из злейших врагов России оставался Крым, откуда степняки совершали опустошительные набеги на южные земли страны. Для охраны границ по трем направлениям (дороги Муравская, Изюмская и Кальмиусская) были построены города: Воронеж, Тамбов, Козлов и Усмань, из которых в степь постоянно высылались подвижные и мобильные дозорные отряды, которые поджигали сухую траву в степи, чтобы нападающим на Россию нечем было кормить лошадей. Для организации и координации всей сторожевой службы был организован специальный Украиный (окраинный) разряд, т.е. своего рода военное ведомство, с центром в городе Туле. Вот откуда спустя столетия появилось название южнорусской территории –Украина. Россияне же гордятся своей длительной и непростой историей, огромными размерами страны, изобилующей природными богатствами, запасами ресурсов и прежде всего, водных, лесных и диких животных, глубокой российской культурой и литературой, изобретателями и талантами, а также уникальным прежде (в XX веке) школьным или средним образованием. К сожалению, преимущества нашего школьного образования утрачены и все сведено к системе ЕГЭ. В результате на международных олимпиадах школьников наши ученики с традиционно первых мест по всем предметам скатились на 21 место в общем зачете, а по математике- еще дальше. Былой престиж почти полностью утрачен. Кстати, святой Владимир Красное Солнышко не только крестил Русь в 988 г. и остановил процесс распада Руси на обособленные княжества, но и спас византийский трон, завоевал неприступный Корсунь (Херсонес), поддержал первые русские поселения в Крыму, появившиеся там еще при Святославе (964-972 гг.).

Последние опросы общественного мнения показывают, что россияне врагами своей страны считают США, Украину, Германию, Латвию и Литву, а друзьями- Беларусь, Китай, Казахстан, Сирию и Индию. По нашему мнению, все это очень зыбко и временно. На Западе сейчас почему-то уверены, что Россия готова напасть на Польшу и Литву, что она вмешивается в выборные компании США и Франции в виде хакерских атак, выпытывания секретов и установки подслушивающих жучков. В это мало кто верит, но раздувание этих проблем в СМИ скорее всего нужно западным политикам для активизации НАТО и для государственных изменений в США. Но если при демократах в США ВВП был достаточно высок в основном за счет надутого биржевого пузыря, т.е. биржевых спекуляций, то при Трампе экономическое

могущество США базируется на новых рабочих местах и реальном росте производства. Но выбор остается за американскими избирателями. Еще Б.Обама считал, что Россия- слабая страна с разорванной в клочья экономикой, где из-за санкций должны начаться голод и восстания, а спровоцированные вокруг России цветные революции должны ее развалить. Ничего этого не происходит и не может произойти, как бы трудно не было. В ответ на окружающие страну базы НАТО наши базы могут быть развернуты в Южной Америке, в Египте, на Кубе в 150 км от США, а на Чукотке в противовес 25-й дивизии США на Аляске может быть развернута дивизия береговой обороны. После революции 1905 г. волна вооруженных грабежей и налетов (экспроприация) буквально захлестнула всю Россию, а занимались этим боевики политических партий и откровенные разбойники. Им противостояли не только силы полиции и дворники, но и простые прохожие. С этим злом нужно было как-то беспощадно бороться. В то время судебно-следственная система императорской России не была такой медлительной и громоздкой, как сейчас, когда обвиняемые длительно томятся в тюрьме.

Теперь стоит вернуться к столыпинским реформам.

Постепенно отношение к «общему» стало в стране меняться и довлекло мнение о том, что общее- значит ничье. Так было до революционных потрясений, так и после них. Нужны были иные формы собственности. Эти противоречия остро прочувствовал выдающийся общественный деятель, премьер-министр Российской империи П.А.Столыпин (в прошлом- гродненский и саратовский губернатор), проводивший жесткую имперскую политику и прогрессивные крестьянские реформы (от общинной к частно-индивидуальной собственности) с разрешением выхода из общины и созданием индивидуального собственника на земле, для чего предусматривались различные льготы, ссуды, фонды, беспроцентные и безвозвратные кредиты, создание специального Крестьянского банка и многое другое, что можно вполне использовать и сегодня. Столыпин был категорическим противником войны и говорил, что Россию может затормозить только война. В центральной части России свободных земель было мало и потому для транспортировки крестьян по железной дороге на новые земли в Сибири были выделены специальные «столыпинские вагоны». Все денежные обязательства общины были обеспечены круговой порукой, то есть работающие крестьяне должны были платить за пьяниц и лентяев. Деревня быстро беднела, земля истощалась. Получалась некая уравниловка, но не в богатстве, а в бедности. По словам Столыпина (1906), если крестьянин беден, то и бедна вся страна. Крестьянин должен был превратиться в реального хозяина своей земли, в собственника. Фактически он нащупал ключевую проблему в реформировании всей страны и ее экономики, чего так остро (точки опоры по Архимеду из Сиракуз) не хватает сегодня. Кстати, в Саратове в течение трех лет Столыпин начал асфальтирование улиц (и, видимо, с тех пор они не ремонтировались), ввел освещение улиц газовыми фонарями, начал строительство водопровода, больниц, новых учебных заведений и т.п. В результате столыпинских

преобразований Россия постепенно превращалась в процветающее государство, в чем некоторые сомневаются и сегодня, правда, созданные крестьянские собственники при советской власти считались середняками, кулаками и подлежали уничтожению как класс. Столыпинские реформы не прекратились после убийства их инициатора в Киевском оперном театре 01.09. 1911 г. Богровым не без участия охранки, которая предоставила Богрову билет в оперу, а после теракта быстро его повесили без суда и следствия. Вообще, заговоров в царское время было предостаточно. В то время генерал-губернатором Киевской губернии был Ф.Ф. Трепов, один брат которого Александр был министром путей сообщения, а другой- министром внутренних дел. Создаваемые потом советской властью повсеместно комитеты бедноты (комбеды), проводимый отбор и как бы обобществление чужого имущества, насильственная коллективизация не смогли улучшить ситуацию. Надо сказать, что основная масса крестьян просто ненавидела Столыпина за расставленные виселицы (столыпинские «галстуки»), на которых вешали террористов, столыпинские вагоны для перемещения переселенцев и столыпинские реформы, которые внесли свой раскол в крестьянство и не решились принципиальный вопрос о земле и ее собственности. К террористам тогда справедливо относили народовольцев (Софья Перовская, Гесья Гельфман, Зинаида Коноплянская, Лидия Стуре, Елизавета Лебедева, Анна Распутина, Андрей Желябов, Николай Кибальчич, Игнатий Гриневицкий), а также ранее Дмитрия Каракозова, Александра Соловьева, Антона Березовского, Веру Засулич и их последователей, наивно считавших, что убийство царя или высших чиновников решит все проблемы свободы в России. Для них, например, Александр Второй был воплощением зла и на него они организовали 7 покушений в течение 15 лет. А между тем, этого царя называли Освободителем, т.к. именно он дал свободу крестьянам, амнистировал декабристов, вернул из Сибири участников Польского восстания и многих политических ссыльных, обуздал цензуру, учредил суды присяжных, ввел местное самоуправление и готовил иные реформы с внедрением Конституции, прекратившиеся при далеком от либерализма отца его сыне Александре Третьем, до которого русские цари не прятались от народа свободно гуляли без охраны по улицам и паркам. Только за 10 лет (1901-1911 гг.) было совершено 263 террористических актов. Женщины, участвовавшие в народническом движении, больше тяготели к террору, чем к мирной жизни. Они стреляли и убивали жандармов, губернаторов, полицмейстеров, генералов и адмиралов, градоначальников и царей

Тогда крестьянство состояло из 4% богатых собственников земли, 20% середняков, 75% бедноты, а также из хуторян и отрубников, т.е. крестьян-собственников земли, выделенной из общины. Просто удивительно, как много удалось сделать Столыпину всего за 5 лет премьерства в социально-политической сфере, включая введение обязательного начального образования, государственного страхования рабочих и, конечно же, знаменитой и тщательно проработанной аграрной реформы. Фактически Столыпин приостановил падение курса рубля, поручив выявить место

(Ницца) и авторов (Левенталь) печатания российских поддельных кредитных билетов в 100 рублей под названием «катеньки».

Временное правительство 3 марта 1917 г. приняло декларацию об отмене сословных привилегий, но не решило принципиальный вопрос о земельной собственности. Кстати сословное размежевание населения, по мнению социологов из Высшей школы экономики, наблюдается и в наши дни и социальное положение человека у нас определяется двумя признаками- к какому сословию он принадлежит и какое сословие обслуживает. Образованные тогда на местах временные земельные комитеты на Первом Всероссийском съезде крестьянских депутатов 28 мая 1917 г. приняли решение о передаче комитетам права реквизиции инвентаря, скота, помещичьих земель и т.д. Но Временное правительство почему-то крестьян не поддержало. И тогда вспыхнули бунты в Тамбовской, Саратовской, Симбирской и Казанской губерниях с поджогами и разорением помещичьих усадеб, подавить которые сразу не удалось, т.к. солдаты (те же крестьяне) переходили на сторону бунтующих. И только большевики конъюнктурно сообразили издать декрет о земле, где прописали все требования крестьян. После этого Белое движение в последующей Гражданской войне было полностью обречено, т.к. миллионы русских мужиков, получивших в руки оружие, намерены были отстоять свои завоевания. На этом столыпинские реформы стали трещать по швам. Окончательно все счета столыпинских реформ будут закрыты к 1930 году, т.е. к периоду раскулачивания и похорон НЭПа.

В 1862 г. на строительстве первой русской «железки» без участия иностранного капитала по маршруту Москва-Ярославль был вначале открыт проезд из Москвы до Сергиева Посада с четырьмя промежуточными станциями. Организатором строительства был московский профессор Ф.Чижов, а строилась вся дорога на деньги известного мецената купца И.Мамонтова, отца Саввы Ивановича. Весь путь длиной почти в 68 верст занимал 2 часа и даже при высокой стоимости проезда (80 копеек в третьем классе) с бесплатным багажом в 16 кг в 1863 г. было перевезено более 400 тысяч пассажиров. Вторая очередь дороги до Ярославля начала функционировать с 1870 г. Вообще большая и удивительная купеческая семья Мамонтовых нуждается в отдельном рассмотрении, не столько как промышленников и купцов, сколько как меценатов и покровителей культуры. В имении Саввы Ивановича Мамонтова Абрамцеве жили и творили художники Репин, Левитан, Поленов, Нестеров, Коровин, Врубель, Васнецов, скульптор Антокольский. В созданной им «Частной опере» пели Шаляпин и Тамань, дирижировал Рахманинов, а декорации создавали Васнецов и Врубель. Но, увлекаясь искусством, Савва Мамонтов не бросил семейное дело и преумножил доставшееся от отца состояние. По его инициативе были построены отрезки железнодорожного пути до Костромы и далее до Архангельска, он соединил железными дорогами Донбасс и Мариуполь, выкупал, строил и реконструировал заводы. Но государство далеко не всегда выкупало частные железные дороги, а большей частью просто отбирало их.

Так, узнав о намерении Саввы создать концерн, в состав которого войдет весь цикл работ: от производства железнодорожной техники и рельсов до строительства собственно дороги, под надуманным предлогом государство обвинило его в незаконной передаче средств из одного своего предприятия в другое, тоже свое, и по суду его частные железные дороги отошли в казну. Другой купеческий меценат Савва Морозов был одним из главных спонсоров большевиков через Марию Андрееву, гражданскую жену Горького. После передачи последних денег Андреевой (100-тысячный страховой полис) Морозов стал ненужен и был убит инженером Леонидом Красиным с имитацией самоубийства. Всего же за 37 лет с 1880 г. было построено 58251 км железных дорог, а за 38 лет к концу 1956 г.- только 36250 км, т.е. в 1.6 раза меньше. В 1896 г. был учрежден День железнодорожника и этот старейший в России профессиональный праздник, который, начиная с 1936 года, отмечается ежегодно 1 августа, в день рождения Николая Первого, положившего начало масштабному строительству железных дорог в России. Каждый железнодорожный вокзал имеет свою историю, равно как и малые станции железных дорог. Вокзалы проектировали не железнодорожники, а гражданские архитекторы. Например, архитектор К.А.Тон проектировал главные здания вокзалов Николаевской железной дороги, в С-Петербурге и в Москве. Тоже самое можно сказать и о железнодорожных мостах, например, об ажурном подъемном мосте через реку Дон. А слово вокзал до развития железных дорог означало совсем иной смысл: загородную постройку для увеселения публики с рестораном, залами для танцев и концертов. Но об этом как-нибудь в другой раз. Самый первый в истории немой документальный короткометражный фильм о движении поезда отсняли братья Луи и Огюст Люмьер в 1895 г. (прибытие почтового поезда на вокзал Ла Сьота), причем настолько профессионально и зрелищно, что публика при виде несущегося на нее поезда нервничала и с первых рядов в зрительном зале убежала. Потом поезда были показаны во многих фильмах, но наилучшим образом движение и шум поезда было передано в классическом музыкально- комедийном американском фильме «Серенада Солнечной долины» (Sun Valley Serenade) в виде песни из репертуара знаменитого американского джаз-оркестра Олтона Гленна Миллера Чаттануга чу-чу (Chattanooga Chu Chu или поезд на Чаттанугу). Производством этого фильма весной 1941 г. занималась киностудия «XX век Фокс», а музыку к нему написал Миллер (он был другом известного кларнетиста Бенни Гудмена), погибший в воинском звании майора в декабре 1944 г. при перелете из Лондона в Париж на маленьком самолете «Норсман С-64». Кстати сказать, прародителями по материнской линии саксофониста, композитора и руководителя популярного джаз- оркестра Г.Миллера были выходцы из России.

Впервые специальные военно-санитарные поезда для эвакуации больных и раненых были применены в русско-турецкой войне 1877-78 гг. и постепенно этот вид эвакуации становился ведущим в военное время.

Прослышав о неожиданных успехах России, о высоких темпах ее развития, опережающих аналогичные показатели в США, Англии и Германии, группа зарубежных экспертов во главе с германским профессором Губертом Аугагеном в августе 1913 г. провела с выездом на место оценку реформ в России. Россия в 1913 году занимала 5 место в мире по доле своей промышленной продукции на рынке. Выяснилось, что класс собственников (землевладельцев) пополнился к тому времени на 3.8 млн домохозяйств, вышедших из общины, а к 1916 г. из общины вышли более 6 млн крестьянских дворов, сбор зерновых, в том числе твердых и ценных по клейкости сортов пшеницы, вырос в 2 раза и российским хлебом кормилось полмира, на мировой рынок поставлялись российские сливочное масло и яйца, производилось 80% мирового производства льна. В 4 раза выросла производительность труда, доходы в золотых рублях значительно превышали расходы, бюджет страны вырос в 2 раза, ВВП - в 4 раза. Налоги были самыми низкими в мире, были снижены железнодорожные тарифы, население России за 20 лет с 1894 г. (год первой переписи населения) увеличилось на 50 млн человек при беспрецедентном росте рождаемости. В сельском хозяйстве, в самой системе землепользования произошел громадный переворот. В промышленности - сильный подъем, условием экономического успеха становятся личная инициатива и отсутствие ограничений, тормозящих частные начинания в области торговли, обслуживания и промышленности. Оставались еще серьезные проблемы с грамотностью населения, чем необходимо было заниматься. Правда, в это время возникли сельские волостные и церковно-приходские школы, т.е. процесс повышения грамотности правильно начали с детей, появились училища (реальные, военные и другие), различные курсы, гимназии и т.д. Учеба была как платной, так и за государственный кошт, в зависимости от имущественного положения семьи. Бесплатно обучались и проживали в пансионатах дети погибших в войнах офицеров и солдат. Это уже при советской власти повсеместно создавались кружки по ликвидации безграмотности (ликбезы), школы рабочей молодежи, фабрично-заводские и ремесленные училища, техникумы, а в 1929 г. появилась образовательная программа «Библиотечный поход» во главе с Н.К.Крупской. Когда было введено всеобщее среднее образование, то появились вечерние школы для работающих, дневные средние школы, а перед поступлением в вузы и техникумы существовали до 1940 г. так называемые рабочие факультеты (рабфаки) в виде курсов подготовки к среднему специальному и высшему образованию. Подробный анализ развития отдельных отраслей промышленности в царской России представлен в работе В.И.Ленина «Развитие капитализма в России», в которой каждая глава, посвященная отдельной отрасли промышленности, могла быть развернута в докторскую диссертацию, поскольку содержала историю вопроса, становление и развитие отрасли, аналитические разработки в динамике и перспективы. Вообще в трудах Ленина прослеживается патологическая целеустремленность, когда цель оправдывает средства, а человек становится разменной монетой или, как в шахматах, деревянной

фигуркой. Ленин любил играть в шахматы и люди для него были только пешками на шахматной доске и не более того.. Сталин ничего нового не предложил, просто он был его последовательный ученик. Несмотря на брата Александра и ссылки царское правительство выпустило Ленина за рубеж и он жил в Женеве, Париже и Лондоне. Ленин говорил Емельянову, отцу 7-х детей, сопровождавшего его в Разлив: «Партия вас не забудет». Партия действительно не забыла и вскоре Емельянова и его жену посадили на 10 лет, а нескольких сыновей расстреляли. Ленин пришел в Смольный в ночь на 25 октября, когда Троцкий с товарищами уже взяли телеграф, почту и готовились захватить Зимний дворец. В дальнейшем руководители вооруженного восстания: Антонов-Овсеенко был расстрелян, Троцкий изгнан из страны

И комиссия Г.Аугагена пришла к выводу, что если подобное развитие сохранится, то уже через 10 лет, к 1923 г. Россия превратится в сильнейшую страну в Европе. Именно поэтому было решено (и, прежде всего, английским правительством) Россию остановить и втянуть ее в мировую, а потом в результате революций и в разрушительную гражданскую войну. Кстати, все страны воевали за что-то материальное и только Россия, как раньше свидетельствовал прославленный генерал М.Д.Скобелев, могла воевать в гуманистических, альтруистских, освободительных и союзнических целях. В годы Первой мировой войны строительство железных дорог в России не прекратилось и в 1916 г. было открыто движение по Мурманской магистрали. Всего к 1917 г. было введено в строй 70260 км железных дорог, 70% которых находились в собственности государства. После захвата большевиками Зимнего дворца там начались погромы и грабежи. И тогда, чтобы спасти ценное, практически музейное имущество начальник дворцового управления генерал-лейтенант В.Комаров отправил в сентябре 1917 г. два груженных эшелона в Москву, а затем он сам был уничтожен большевиками.

В СССР большой террор начался не в 1937 г., а значительно раньше, в 1930 г. и даже еще раньше, когда на селе проводили насильственную коллективизацию, обдирая продразверсткой крестьян до нитки, вплоть до уничтожения сопротивляющихся, с закрытием и разграблением церквей, монастырей и мечетей под лозунгом «отречемся от старого мира». Еще свежи были в памяти голодные годы (1821, 1833, 1840 гг.), когда из-за засухи, ураганов, градобития, сильных летних заморозков (а Россия находится в зоне рискованного земледелия) погиб весь урожай. Голодали крестьяне, голодал и скот, которому скармливали солому с крыши, и отсутствие кормов привело к массовому падежу скота. Тогда в Тамбовской губернии был честный губернатор А.Корнилов, старший брат героя обороны Севастополя вице-адмирала В.Корнилова, и по указанию губернатора голодающим выдавали муку и зерновой хлеб из государственных запасов. К 1920-м годам завершилась гражданская война, однако спокойствия в стране не наблюдалось, тем более, что большевистская власть была еще откровенно слаба. Ленин людей не очень любил, фактически никогда не работал и не

знал, что такое реальная экономика, существовал в мире абстракций., не знал, что такое голод. Об этом свидетельствуют его слова о том, что о хлебе он никогда не думал и хлеб для него появлялся как-то сам собой, вроде побочного продукта политической работы. Возникло огромное число очагов самостоятельной власти: на Украине- отряды Нестора Махно (Нестор Иванович Михненко) и Юрия Тютюнника, в Крыму- «зеленые», в Новороссийске- отряды генерала Пржевальского, набирали силу повстанческие движения в Белоруссии, Грузии, России, чему способствовало тяжелое положение с продовольствием и введенная властями продовольственная разверстка. При освобождении от белых Одессы армия атамана Григорьева захватила ценности Одесского государственного банка, в том числе золота в слитках-124 кг, 238 пудов серебра, 1.3 млн золотых рублей царской чеканки. Нужно сказать, что армия Нестора Махно была третьей силой в Гражданской войне, во многом определившей ее исход. Махно из села Гуляйполе Екатеринославской губернии изобрел легендарную тачанку, поставив пулемет «Максим» на телегу. Именно во временном союзе со 100- тысячными бандами анархиста Махно, который был сторонником крестьянской республики, Красная армия громила войска Деникина, подавила мятеж атамана Григорьева (Махно его лично застрелил), завершила разгром войск барона Врангеля в Крыму, за что Махно был награжден орденом Красного Знамени. При штабе Махно работала советская разведчица и партизанка Мария Александровна Фортус (МириамАбрамовна Фортус), которая продолжила разведывательную деятельность во многих странах и нашла в Вене тайный подземный завод по производству комплектующих для ракет ФАУ-2. Благодаря ей был сохранен от тотального разрушения город Будапешт, после войны она стала почетной гражданкой венгерского города Секешфехервар. Сталин по рассказам Долорес Ибарурри хотел Марии присвоить звание Героя Советского Союза, но ограничился орденом Ленина, поскольку ее родной брат, основатель Института китаеведения, был ни за что репрессирован. По ее жизни были сняты фильмы «Салют, Мария» и «Альба Регия». Тем не менее, советскими историками вклад армии Махно в победу в Гражданской войне постоянно замалчивался. Тем более, что он единственный поделил землю и безоговорочно роздал ее крестьянам в вечное пользование, а также жестоко карал за мародерство. В 1921 г. Махно с остатками своей армии бежал в Румынию, затем в Польшу и во Францию, где и скончался в 1934 г. в нищете в больнице для бедных в возрасте 45 лет (у него было одно легкое и 13 рубленых и огнестрельных ран) и похоронен на кладбище Пер-Лашез в Париже. В январе 1919 г. бывшего террориста и налетчика Юзефа Пилсудского, который организовал банду грабителей банков, почтовых карет и поездов, сделали в Польше отцом нации. В том же 1919 г. Польша напала на Советскую Россию и захватила Киев. Однако, Красная армия перешла в контрнаступление и дошла до Варшавы, где у стен польской столицы армия Пилсудского нанесла чувствительное поражение частям Красной армии во главе с М.Тухачевским. В Риге был подписан мирный договор, по которому к Польше отошли

значительные территории Украины и Белоруссии, а Красная армия была направлена на усмирение бунтующих крестьян. Кстати, железнодорожники, перешедшие на сторону советской власти, активно участвовали в подавлении Кронштадтского мятежа, наступая по таявшему льду Финского залива. 22 июня 1918 г. большевики по приказу Л.Троцкого уничтожили адмирала А.Щасного, который спас остатки русского флота от сдачи немецкой эскадре и привел его в Кронштадт.

Крестьяне по понятным причинам теперь, при советской власти, не хотели добровольно и принудительно расстаться со своими запасами, опасаясь очередного голода и заботясь о своих семьях. Тогда одной из главных житниц страны являлась черноземная Тамбовская губерния. И, согласно плану продразверстки, там (и не только там) осуществлялась полная конфискация зерна и скота. И, естественно, крестьяне стали защищаться, они брали в руки вилы, топоры и нападали на заготовителей и их отряды, части особого назначения (ЧОН). Естественно, вспыхнули восстания в Сибири, на Кубани, в Тамбовской губернии (Моршанский и Лебедянский уезды) и в других местах, которые были жестоко подавлены, в том числе с применением химического оружия. Выпуск хлор- и фосфорорганических отравляющих веществ был налажен еще в 1914 г. на предприятиях в Ивано-Вознесенске, в Москве на Триумфальной площади и в районе нынешнего шоссе Энтузиастов, а также в Тамбове, полевые испытания тогда проводились за пределами Москвы в районе деревни Кузьминки. Советская власть испытывала действия отравляющих веществ не на подопытных животных, а на людях, которые считались классовыми врагами. Так, они использовались при подавлении восстания в Ярославле, против казачьих частей на Дону, для варварского умерщвления войсками М.Фрунзе десятков тысяч пленных солдат и офицеров Белого движения, которые остались в Крыму. В советских фильмах показана эвакуация из Крыма как паническое бегство с давкой и гибелью людей. Но по архивным документам эвакуация происходила очень организованно под руководством избранного вместо ушедшего в отставку Антона Деникина главы белого движения генерал-лейтенанта барона Петра Николаевича Врангеля, исключительно честного и порядочного человека, самолично обследовавшего все пункты эвакуации на миноносце. Барону удалось в короткие сроки восстановить дисциплину в армии, передать землю крестьянам, которые продавали хлеб за границу, организовать множество мелких и средних производств. Крым стал укором большевистской власти, обещавшей землю крестьянам, но так и не реализовавших свое обещание. Врангель задействовал 126 военных и торговых судов, куда поместил 100 тысяч армейских чинов и 50 тысяч гражданских лиц, включая 20 тысяч женщин и 7 тысяч детей. Гражданских высадили в Константинополе, а военные прибыли в Бизерту- небольшой порт на побережье Туниса, бывшей французской колонии. Умер барон Врангель в Брюсселе в 1928 г., а спустя год его прах перехоронили в Белграде на территории местной русской церкви Святой Троицы, а в Керчи ему установлен памятник. Большевики обещали полную амнистию тем, кто останется в Крыму и, поверив им, в Крыму

остались до 120 тысяч солдат и офицеров. Судьба их была ужасной. Большевики под руководством Розалии Землячки (Залкинд), венгра Белы Куна и Ефима Евдокимова жестоко их пытали и казнили, испытывали на них боевые отравляющие вещества. В конце 1917 г. Севастопольский ревком во главе со старым большевиком Юрием Гавеном организовал расстрел арестованных по социально-профессиональному принципу 62 офицеров на Малаховом кургане. Тогда в Севастополе были также убиты 8 сухопутных и 120 морских офицеров, а также немало матросов. Вот и на Тамбовщине было то же самое, и отравляющие вещества в количестве 2 тысяч химических снарядов и 250 баллонов с хлором использовали, чтобы выкурить из лесов скрывающихся там повстанцев. Правда, решение ВЦИКа о применении отравляющих газов было выполнено частично: баллоны не использовали, т.к. специалистов не было (бойцы химотряда Украины только обучались в Киевском и Харьковском военных округах), а вот газовые снаряды использовали, особенно в Пареевском лесу, но результаты обстрела ничему и никому (даже лошадям) не повредили. На этом «газовая эпопея» на Тамбовщине закончилась. Кстати, в разное время страны ликвидировали свое химическое оружие, которая Россия завершила ликвидацию только в конце сентября 2017 г. и отдельными запасами химического оружия пока владеют США. Села на Тамбовщине утопили в крови. Им предшествовали погромы и бунты во всех уездах Тамбовской области осенью 1917 г., что было обусловлено нерешенным вопросом о земле. Наибольшую активность и противодействие полному изъятию хлеба при этом проявила рабочая дружина, сформированная из рабочих Тамбовских вагоноремонтных мастерских, бывших крестьян. Первой после введения продразверстки вспыхнула Чапанная крестьянская война в Поволжье, на юге Симбирской и на западе Самарской губерний. Это было восстание крестьян-середняков, носивших дешевые длиннополые кафтаны-чапаны, вооруженных берданками, вилами, топорами, палками и пиками. Руководил восставшими А.Долинин-крестьянин, вернувшийся с фронтов Первой мировой войны в офицерском чине поручика. Всего восставших против большевиков и против проводимого ими откровенного грабежа в виде насильственной продразверстки, незаконной реквизиции, массовых злоупотреблений и избиения крестьян было свыше 100 тысяч. Их лозунг был «За советы без коммунистов». Восстание было зверски подавлено регулярными частями Красной армии, снятыми с Восточного фронта во главе с В. Куйбышевым и М.Фрунзе. Когда колчаковские войска подошли к границам Самарской губернии, восстание там было уже ликвидировано. Потом по тем же самым причинам восстали крестьяне Тамбовской губернии, где в лесах вокруг города Кирсанова А.Антонову, непримиримому врагу советской власти, удалось создать крупный крестьянский отряд. Потом разрозненные отряды объединились в армию общей численностью почти в 10 тысяч человек во главе с поручиком царской армии и полным Георгиевским кавалером Петром Токмаковым и начальником штаба Александром Антоновым. Восстание охватило почти всю Тамбовскую губернию, часть Пензенской и

Воронежской губерний. Жестокая власть направила письма на места от том, чтобы в отрастку в селах повесили не меньше 100 крестьян в каждом селе и забрать у крестьян весь хлеб. А жить то как? В селах висели повешенные, а мимо проходили их дети. Виновники несвоевременной сдачи зерна или утаивание его части были повешены, значит хлеб отнимали у их семей и детей с тем, чтобы они умерли с голоду. Для подавления крестьянского восстания в Тамбовской области, главным образом, в Моршанском уезде были направлены с польского фронта полки и дивизии, всего 55 тысяч военнослужащих Красной армии во главе с меньшевиком В. Антоновым-Овсеенко и М. Тухачевским. Владимир Александрович Антонов-Овсеенко в Таганроге лично расстрелял бывшего командующего одной из царских армий генерала П.Ф. Ренненкампа. Затем был консулом СССР в Барселоне, выступил против усиления власти Сталина, поддержал Л. Троцкого, за что и был расстрелян в 1938 г. в Бутырской тюрьме. Потом, после взятия Крыма, на Тамбовщину были переброшены дополнительные войска, имевшие опыт боевых действий, в том числе отряд железнодорожной охраны, при поддержке авиации, артиллерии, 4 бронепоездов, броневиков и т.д. под руководством М. Тухачевского и это против крестьян, вооруженных серпами, топорами, вилами. Оружие было только у тех селян, кто захватил его с фронтов, но боеприпасы заканчивались. В дополнение к этому, в конце марта 1921 г. советская власть объявила полную амнистию восставшим крестьянам, но не их предводителям. Были восстания и на Украине. Так, в селе Богдановка и в соседних селах Павлоградского округа (ныне Днепропетровская область) вспыхнуло настоящее вооруженное восстание против изъятия завышенных норм зерна. Главный чекист Украины Всеволод Балацкий понимал опасность насильственной коллективизации, за что и был репрессирован. Весной 1930 г. Сталин почувал угрозу и переложил ответственность за перегибы на местные органы власти, которые были показательно репрессированы, а в «Правде» вышла его статья «Головокружение от успехов». План хлебазаготовок возрастал. Зерно нужно было на экспорт т.к. денег в стране не было, золото и другие товары, кроме зерна, на мировых рынках не продавались, Вырученные деньги совершенно бесполезно тратились на устаревшие образцы вооружения. Так в стране возник новый голодомор. А вскоре на X съезде РКП (б) было объявлено о завершении гражданской войны, прекращении хлебных бунтов и о замене продразверстки на хлебный (продовольственный) налог. Так до поры, до времени закончились потрясения устоев советской власти. Правда, в советской истории есть немало событий, о которых предпочитают умалчивать. Так, если на Европейской части страны гражданская война действительно закончилась в 1920 г. и там возникла советская власть, то на Дальнем Востоке она окончательно установилась лишь в 1922 г. Дальний Восток был заселен переселенцами, причем первым из них царское правительство выделяло бесплатно землю, деньги на переезд и ссуды на обустройство. То, что происходит с переселением сейчас, является слабым отзвуком того времени. Однако приехавшие непосредственно перед и после

революции 1917 г. этого всего не получили и они становились красными партизанами в надежде поживиться за счет богатых и обжившихся первых переселенцев. Пополнили ряды лихих эскадронов приамурских партизан и амнистированные Временным правительством десятки тысяч бывших воров, каторжников и убийц. Они объединились в отряды, никому не подчиняясь, и занимались грабежом, мародерством и убийством сельской интеллигенции, раненых и больных в госпиталях. Один из таких отрядов захватил 20-тысячный город Николаевск-на-Амуре, уничтожил там не менее 10 тысяч человек (представителей интеллигенции, чиновничества, купечества, священнослужителей и прочих людей, не относящихся к крестьянскому сословию), с их семьями и детьми, а также японский гарнизон с их семьями, (около 800 человек), полностью разрушил весь город, а оставшихся жителей в качестве заложников перегнал в село Керби. Но это руководство отрядом не спасло и в июле 1920 г. по решению большевистского суда 10 командиров этого якобы краснопартизанского отряда были расстреляны. Таких отрядов на Дальнем Востоке было совсем немного. Одержав победу в войне 1904-1905 гг., японцы не особенно церемонились и с СССР, они всю хозяйничали в восточных районах нашей страны, а в наших внутренних морях вели незаконный лов рыбы и морепродуктов. В это время в одряхлевшем Китае царствовала династия Цин (Маньчжурская), присоединившая Верхнюю Монголию, Корею, Тибет, Джунгарию и Кашгарию. К концу 1930-х годов после Хасана и Халкин-Гола обстановка снова накалилась, и чтобы обезопасить свои восточные рубежи в 1940 г. из Белоруссии в Китай в тыл японской Квантунской армии был тайно переброшен целый полк с кавалерией, артиллерией и авиацией. Этот полк, переодетый в белогвардейскую форму с погонами, кокардами на фуражках и соответствующим обращением (ваше благородие, высочородие и т.д.), позволил в какой-то мере сдерживать агрессивные намерения Японии, и спустя 3 года полк был отправлен на Западный фронт. Эта операция является мало известной и частично засекреченной до сих пор.

Нужно заметить, что работы над совершенствованием химического оружия продолжались и потом. Тогда стали арестовывать химиков и формировать из них так называемые «лагерные шарашки», что по существу являлось дармовой рабочей силой. Таких сталинских «шарашек» по разным военным и гражданским разделам было создано в стране немало. Вся работа курировалась органами НКВД. На Колыме пел знаменитый тенор Козин, перед лагерным начальством выступала Русланова, в столице ГУЛАГа Норильске в Заполярном театре драмы и музыкальной комедии играли превосходные артисты- Жженов, Смоктуновский, Юровская, Лукьянов и другие. В то время многие деятели литературы и искусства сидели в лагерях или были расстреляны (Мандельштам, Квитко, Бабель, Мейерхольд, Окуневская и другие). Японцы-актирса Есико Осада и режиссер Рёкити Сугимото мечтали попасть в СССР, чтобы приобщиться к высокому искусству Константина Сергеевича Станиславского и Всеволода Эмильевича Мейерхольда. Они зимой пересекли границу на Сахалине и Сугимото, как

японский шпион, шелший на встречу с японским резидентом режиссером Мейерхольдом, был расстрелян, а Есико провела 10 лет в Вятлаге от звонка до звонка. Не случайно тогда в СССР на кухнях шёпотом говорили, что половина населения страны сидит в лагерях, а вторая половина их охраняет.

В советскую эпоху победителям в соцсоревновании, т.е. ударникам труда полагались особые льготы: специальные магазины или отделы в торговых точках, особое питание. Для этого либо строились отдельные предприятия общепита, либо выделялись особые места в уже существующих. Ударники имели право отовариться, им продавали за небольшую плату спецпайки, для чего были созданы спецраспределители. Распределительная система стала государственной политикой по стимулированию роста производительности труда. Но так было не всегда и не везде. Без рационализации производства и его стимулирования, без научных разработок поставленную ныне задачу роста производительности труда не решить. Средства массовой информации нередко прославляли ивановских ткачих и других передовиков производства, но о бунте ивановских ткачей в 1941 г. советские газеты не писали. С началом войны большинство мужчин Иваново ушли на фронт, на фабриках установили 10-часовой рабочий день, которые многие работницы из-за недоедания не выдерживали. В то же время фабричное руководство не бедствовало и все необходимое получало через распределители. Голодных, падающих в обморок ткачих обзывали, наказывали и обвиняли в антисоветской деятельности. Партийные органы Иваново, опасаясь реакции сверху, докладывали в Москву о беспорядках, не упоминая об их причинах. Когда в Иваново стали прибывать беженцы из Москвы и Подмосковья, когда к эвакуации готовили станки, но не людей, а руководство свои семьи уже эвакуировало, вспыхнул стихийный бунт. К нему по сути привело безграмотное и жадное руководство, которое стало использовать голодающих детей, стариков и беременных. Конечно, среди бунтовщиков были и провокаторы. Протесты не нашли поддержки среди всех жителей Иваново и постепенно стихли, а станки и люди возвращены на рабочие места. Органы НКВД арестовали особо активных ткачих, но главным виновникам бунта- руководителям области ничего не было. Этот урок нас ничему не научил и различия в доходах и возможностях разных людей продолжают нарастать. Вообще в СССР было подполье, главным образом, марксистского толка. Они надеялись очистить коммунистическое учение от «сталинских искажений» и восстановить чистый марксизм. Такие группы появились в Ленинградских университетах и НИИ, в Киргизии и в других местах. Членов этих групп постепенно арестовывали и изолировали.

В послевоенные годы, т.е. после 1945 г., большинство мировых «химических» держав полностью прекратили производство боевых отравляющих веществ: Великобритания и Франция- в 1956 г., США- в 1969 г., а вот СССР официально прекратил эту работу лишь в 1987 г. Если все роковые решения вермахта сведены в одну книгу, то роковые решения советского командования рассматриваются по одиночке, в частности, к какой войне мы готовились (к оборонительной или наступательной), в результате

оказались ни к чему не готовыми, далее резко отвергнутое Сталиным предложение сдать Киев из-за угрозы окружения двумя танковыми группами Гудериана и Клейста, в кольцо оказались 4 советские армии, Сталин рвал и метал, но тогда проза войны была такой. После битвы за Москву у Сталина появилась идея изгнать сразу же гитлеровцев из страны и именно он настоял на наступлении на Харьков без передышки, перегруппировки, разведки и без подтягивания резервов. Чем это в се закончилось \_ очередными большими потерями и гигантским котлом. Это очень крупные промахи, хотя мелких было гораздо больше.

Железнодорожный транспорт всю использовался и в годы гражданской войны, на железных дорогах были сформированы многочисленные бронепоезда как со стороны белых, так и со стороны красных. Бронепоезда не только расстреливали друг друга, но своим огнем поддерживали наземные войска. Так, во время штурма Омска бронепоездом «Грозный» командовал И.С.Конов, который организовал прокладку железнодорожных рельсов прямо по льду замершего Иртыша, тем самым вывел бронепоезд в тыл белых, что во многом решило исход боя.

К послереволюционной и послевоенной разрухе, к многочисленным эпидемиям в 1921 г. добавился еще и страшный голод, когда никакой животины на селе не осталось и поедали даже лебеду, крапиву, глину и солому с крыш. В это время Нобелевский лауреат известный норвежский полярный исследователь Фритъоф Нансен под эгидой Международного Красного креста на собранные им средства снарядил 4000 железнодорожных составов с продовольствием и отправил их в Россию. Кроме того Ф.Нансен создал на собственные средства (Нобелевская премия) сельхозпредприятия и организовал их работу в наиболее голодающих районах- на Украине и в Поволжье, которые позже, через три года государство в лице НКВД отобрало и организовало там совхозы, что фактически их уничтожило. Как раз в 1921 г. декретом Совнаркома были созданы ранее не существовавшие дома отдыха для восстановления силы и энергии в наиболее благоприятных и здоровых условиях. После Первой мировой войны многие миллионы людей, пленных и беженцев- немцев, греков, турок, армян, русских- оказались оторванными от дома, лишившимися накоплений и документов. Когда 2 млн русских людей (офицеров и солдат, донских и кубанских казаков, представителей интеллигенции и чиновников), бежавших от большевистской расправы из Крыма, наводнили без документов Константинополь и затем Европу, им для устройства на работу выдавались нансеновские паспорта, признанные в 52 странах мира, а Лига Наций назначила Ф.Нансена Верховным комиссаром по делам беженцев. Многие тогда бежали из Крыма и Одессы через Турцию. Тогда Одесса металась между красными и белыми, интерес к ней особенно усилился после выхода блестящего и колоритного фильма «Ликвидация», в моду вошли одесские песенки: «С одесского кичмана», «Как-то по проспекту с Манькой я гулял», «Шарабан», «Когда я был мальчишкой, носил я брюки клеш», «Мурка», «На Дерибасовской открылася пивная», «Город у моря», «Вернулся я в Одессу» и другие. Кстати, такие паспорта

также получили: одна из величайших балерин XX века, прима Мариинского театра Анна Матвеевна Павлова (умерла на 50 году жизни в Гааге, похоронена в Лондоне), танцевавшая вместе с Вацлавом Нижинским в балетах Сергея Дягилева, один из самых известных представителей мирового художественного авангарда XX века Марк Захарович (Мовша Хацкелевич) Шагал (1887, Витебск- 1985, Франция), крупнейший представитель мировой музыкальной культуры, ученик Н.А.Римского-Корсакова Игорь Федорович Стравинский (1882, Ораниенбаум- 1971, Нью-Йорк), композитор, пианист, дирижер мирового уровня Сергей Васильевич Рахманинов (1873, Новгородская губерния- 1943, Калифорния), великий русский художник-живописец, передвижник, академик Илья Ефимович Репин (1844, Чугуев- 1930, Финляндия), лауреат Нобелевской премии по литературе, русский писатель Иван Алексеевич Бунин (1870, Воронеж- 1953, Париж), четырнадцатилетний эмигрант из России Владимир Александрович Познер (1908-1975), будущий отец известного телеведущего и журналиста, и многие другие. В 1909 г.в Париже начались дягилевские сезоны и, по свидетельству очевидцев, русские варвары, скифы привезли в столицу мира все самое лучшее в искусстве, что только есть на свете. В это время блистала на балетной сцене Мариинского театра Анна Павлова, где ведущим балетмейстером был Морис Петипа, который не влюбил балерину Агриппину Ваганову, обладавшей великолепным прыжком, четкостью и отточенностью движений, хотя сама была некрасивой и обладала небалетной фигурой. Она не укладывалась в рамки французской школы танцев и потому в первых дягилевских сезонах не участвовала. В 1920-ые годы у нее проявился талант педагога и Ваганова стала преподавать балет и по сути стала основоположницей русского классического балета, из школы которого вышли Семенова, Уланова, Курганкина, Колпакова и другие легендарные танцовщицы. Активное участие в судьбах русских эмигрантов принимала участие в Праге Надежда Николаевна Абрикосова, жена известного чешского политика, первого премьер-министра независимой Чехословакии и последнего русофила Карела Крамаржа, пути которого с англофилами Бенешом и Масариком разошлись. Кстати, Крамарж был автором идей панславизма и инициатором объединения всех славян под эгидой России. Благодаря нансеновским паспортам беженцы получили возможность легализоваться и некоторые из них даже открыли свой собственный бизнес, в том числе в сфере высокой моды, организовав крупные дома моды. Вот и получается, что славу законодателя мод Парижу принесли русские белоэмигранты. В 1920-ые годы в Париже вообще было в моде все российское: «Русские сезоны» Дягилева в Гранд-опера и Театре Шатле, «Очи черные» в кафешантанах и брассери, славянский тип красоты в кино и на дефиле. Фактически русские были создателями для Коко Шанель духов Шанель №5 с особой ночной свежестью северных рек России, разлитых во флаконы, напоминающих по форме штофы для водки. Кстати, Габриэль Бонёр Шанель (Коко Шанель) с 1940 г. в возрасте 57 лет была завербована разведкой Третьего рейха под псевдонимом «Вестминстер». Однако,

большинство русских эмигрантов имели только военное образование и потому за рубежом многие офицеры и генералы, не прихватившие с собой капиталы, вынуждены были работать официантами, таксистами, гувернерами, вышибалами в барах и т.д. Но все они были носителями русского духа, русских традиций, чистоты русского языка и русской культуры. Для них Честь, Отечество, Родина и Россия значили очень много. Не случайно потом большевики выдвинули лозунг о том, что партия- это ум, честь и совесть советской эпохи. Насчет ума спорить не будем, поскольку, несмотря на отправленные за рубеж теплоходы с философами, писателями, преподавателями и учеными, в России оставалось еще много умных и талантливых людей, подрастало новое поколение, а вот все остальное-под большим вопросом. К числу необыкновенных талантов-самородков можно отнести академика математика И. Гельфанда, не имевшего законченного среднего и какого-либо высшего образования. Русский язык относится к обширной индоевропейской языковой семье, т.е. все европейские языки и индийский санскрит являются близкими родственниками. Незаслуженно забытый белорусский ученый Платон Лукашевич, наставник Н.В.Гоголя, сумел доказать, что русский язык является самым древним, впервые расшифровав древнейшие скандинавские руны и доказав, что в их основе лежат русские слоги. Это открытие вызвало негативную реакцию в мире: как же так, у древних славян, дремучих язычников- и вдруг у них сложнейшая письменность. А как же Рюрик, Кирилл и Мефодий, кириллица и глаголица? Это все было, только письменность на Руси существовала с незапамятных времен. Убедили русских в своей вторичности реформации германофила Петра 1 и его иностранных сподвижников. Не случайно все древние рукописи были уничтожены, но остались письмена на разных камнях. Итак, предшественниками азбуки (аз, буки) были руны, которых сотни тысяч лет назад было великое множество и они состояли из отдельных знаков, слогов и целых понятий. Сейчас ученые прослеживают 256 рун, сократившихся до 144. Первыми реформаторами азбуки по заданию Византии, озаботившейся политическим весом Руси, стали греческие монахи Кирилл и Мефодий. Постепенно из русской азбуки изымались отдельные звуки и буквы. И тем не менее, русский язык был и остается уникальным явлением и сегодня он занимает шестое место по числу говорящих на нем после китайского, хинди, английского, арабского и испанского. Украинский язык со своей спецификой появился гораздо позднее как смесь из разных языков. Классическим украинским языком владели Т.Г.Шевченко, русская писательница Марко Вовчок (Мария Александровна Вилинская, родившаяся в Орловской губернии), автор многих рассказов и повестей на обоих языках (Итститутка, Гайдамаки и др.), была знакома и ценима Шевченко, Лесковым, Тургеневым, жила в Москве, Орле, Киеве, Немирове, за границей, в Нальчике, где по ее желанию и была похоронена. Прекрасно писали на украинском языке Михайло Коцюбинский, Иван Нечуй-Левицкий, Михайло Стельмах и другие. Русским языком неплохо владеют в странах бывшего СССР и в странах

бывшего Варшавского договора, где как лидеры, так и обыватели, хотя по ряду причин не всегда в этом сознаются.

Всего упомянутое ранее тамбовское крестьянское восстание длилось по времени 4 месяца, после чего впоследствии продовольственную разверстку, обиравшую крестьян до нитки с выгребанием всего подчистую, правительство решилось отменить. К тому же крестьяне перестали распахать пашню, обходясь минимальным урожаем, почему-то не желая кормить бесплатно новую власть и рабочий класс. В результате продразверстку заменили на продналог- продовольственный налог, что несколько облегчило жизнь крестьян и явилось предтечей Новой экономической политики (НЭП) в стране. НЭП означал серьезное отступление от коммунистических идеалов и догм, что вызывало противодействие со стороны ряда чекистов и кондовых партийцев, но другого пути тогда не было, т.к. новая власть оказалась полным профаном в управлении и экономике, и большевики вынуждены были объявить о Новой экономической политике в стране и привлечь к работе оставшихся в стране бывших управленцев и финансистов. В России стали массово восстанавливаться предприятия, крестьяне стали сеять зерновые культуры и выращивать скот намного больше своих потребностей, продавая излишки частным предпринимателям и потребительским союзам, открылись торгсины- организации по торговле с иностранцами и по приему от советских граждан различных ценностей с обменом их на продовольственные и другие товары первой необходимости, была проведена денежная реформа, привязавшая новый рубль к золоту. Только в 1933 году советские власти выкачали у народа 105,4 млн золотых рублей, а всего- 287,3 млн золотых рублей. В общем, к 1929 г. НЭП свою задачу как бы выполнил, СССР как бы вырвался из глубокого кризиса и теперь «новых буржуев» и разбогатевших крестьян стали давить и уничтожать. Так страна лишилась самых организованных и способных земледельцев. К началу 1930-х годов село было ослаблено насильственной коллективизацией, что привело к падению производства зерна и мяса, а сильная засуха 1931 г. усугубила ситуацию. К тому же правительство все время повышало нормы хлебазаготовки с насильственным и жестоким изъятием урожая. Наступил второй голодомор, охвативший многие регионы страны и от голода и связанных с ним болезней в 1932-33 годах погибло около 7 млн человек. Несколько позже, в период мирового экономического кризиса и массовой безработицы СССР стал за валюту (от выручки ценностей, художественных произведений и хлеба) привлекать в страну иностранные квалифицированные инженерные кадры и приобретать целые заводы и технические средства, в основном, военного назначения. Кстати, очень умно поступили в период кризиса в США, начиная с 1929 г. Тогда советником Президента Франклина Делано Рузвельта был известный экономист-рыночник Дж.М. Кейнс, который, однако, считал, что в период кризиса требуется жесткая государственная (а не свободная рыночная) модель управления, чего, к сожалению, в нашей стране не все понимают. Вначале

там была прекращена утечка денег за рубеж под любым видом, сделали кредитную ставку минимальной, инвестиционные средства отделили от спекулятивных и направили их в реальные сектора экономики, был установлен минимальный заработок, а масса безработных (17 млн.) была направлена на общественно полезные работы за бюджетные средства. У нас же утечка денег за рубеж банками, компаниями, гражданами России и гастарбайтерами продолжается в немалых размерах. В результате в США было построено 300 новых аэропортов (узловых и аэропортов подлета), множество школ, больниц, электростанций, заводов, общественных и жилых зданий, высажены 20 млн деревьев, проведена ирригация, поощрялось развитие музеев, кино, музыки, архивов, было создано 70 тысяч больших и малых железнодорожных и автомобильных мостов и тоннелей, проложены прекрасные железнодорожные и автомобильные магистрали, ставшие лицом Америки. И, что интересно, работающим выдавалась лишь часть заработка, остальные деньги шли непосредственно на поддержку их семей. В общем, из экономического кризиса США вышли обновленными и еще более сильными, хотя консерваторы совершенно неоправданно называли Ф.Д. Рузвельта красным президентом. Опыт очень интересный и поучительный. Не случайно Ф.Рузвельта 4 раза избирали президентом США. Однако наибольший вклад в американо-советские отношения и в разрядку внес краткосрочный (всего 3 года) и неизбранный 38 Президент США Джеральд Форд (Лесли Линч Кинг). В 1975 г. он подписал знаменитые хельсинкские соглашения, единственный послевоенный документ по безопасности и сотрудничеству в Европе, вывел свои войска из Вьетнамской войны, а также договорился с Л.И.Брежневым об основных положениях Договора об ограничении стратегического вооружения на совместной встрече во Владивостоке, который был подписан следующим 39 Президентом США демократом Джимми Картером.

В советской России в период подавления Тамбовского восстания, по указанию М.Н.Тухачевского, стала создаваться сеть наскоро организованных концлагерей, в которых содержались не только взрослые, старики, но и грудные дети. И этот опыт впоследствии в виде исправительно-трудовых лагерей и колоний был взят на вооружение. Кстати, первые в мире концлагеря появились до Первой мировой войны и их создали англичане, загнавшие в них плененных во время второй англо-бурской войны (1899-1902) буров с женщинами и детьми. А потом большевиками были расстреляны и сами подавители восстания крестьян. К 1917 г. в России оказалось 350 000 китайцев, прибывших на работу, но потерявших ее из-за революции, и они в связи с безденежьем вынуждены были остаться и пойти служить в Красную армию. В нее же в надежде поживиться вошли латыши, образовавшие 16 полков. Особенно в годы Гражданской войны (красным командирам нравилось, когда китайцы прибывали гвоздями к плечам пленных белогвардейских офицеров погоны) и при подавлении крестьянского восстания (вырезали более 20 тысяч крестьян) зверствовали китайские отряды и красные латышские стрелки, в состав которых входил отряд женщин-латышек. Латыши за деньги, как наемники, охраняли не

только некоторых советских вождей, но и заключенных в концлагерях. В связи с этим 16 апреля 1970 г. в Риге открыли мемориальный Музей красных латышских стрелков, посвященный их роли в революции и гражданской войне, а ныне музей сохранился, но называется он Музеем 50-летней оккупации Латвии. И всех этих иностранных «варягов» и мародеров Сталин потом уничтожил, всех до единого. Основу лесных братьев в Латвии составляли айзсарги, в годы Великой Отечественной войны латышские эсэсовцы зверствовали во всю и символом их зверств является село Аудрини, большая деревня, а ныне волостной центр, часто называемый латышской Хатынью, хотя Хатынь в Белоруссии уничтожили вместе жителями, как и в остальных 85 не восстановленных населенных пунктах, украинские бандеровцы из Буковинского куреня, которым в Черновцах поставлен памятник. Всего же в Белоруссии были уничтожены 9093 поселения. Во время ВОВ латышские легионеры создали 7 батальонов карателей Ваффен-СС, которые до сих пор маршируют по городам Латвии, а литовский сейм решил выделить литовским легионерам, воевавшим на стороне фашистской Германии, ежегодную ренту в размере 90 тысяч долларов. Вот как сейчас чтут неонацистов в современной европейской Прибалтике.

Таким образом, бунтующих крестьян подавляли, главным образом, наемники. Кстати сказать, репрессивные «тройки» появились не при Сталине, а при Николае Втором для жестокого подавления через расстрел и повешение крестьянских бунтов 1905-1906 гг., когда в европейской части империи крестьяне сожгли 2 тысячи усадеб помещиков. Считается, что Сталина ожесточили суровое детство с непрерывными побоями от вечно пьяного отца, зарезанного в пьяной драке, когда Иосифу было 30 лет, смерть первой жены-сестры его однокашника Екатерины (Като) Сванидзе от брюшного Н тифа в Тифлисе и последующие разбойные налеты и нападения под кличкой Рябой. Сталин познакомился со своей будущей женой благодаря посещению Михаила Монаселидзе, шурином которого был Александр Сванидзе, расстрелянный в 1941 г. по приказу Сталина. На могиле своей 22-летней жены Сталин в 1907 г. понял, что вместе с ней умерли его последние теплые чувства к людям. Семья Сванидзе была большой: сам Александр, три его сестры Александра, Като (Екатерина) и Мишо, две из которых были известными в Тифлисе портнихами, и шурином Михаил. И когда стало ясно, что Като ждет ребенка от Сосо (Сталина), то их брак было сложно зарегистрировать, поскольку Сосо был нелегалом и жил по чужому паспорту. Когда 38-летний Сталин вернулся в Петроград из двух сибирских ссылок (первая была в Сольвычегорске) и из 8-домовой деревушки Курейка на берегу Енисея, где у него были женщины (ссыльная революционерка херсонская дворянка Стефания Леандровна Петровская, местные жители Серафима Хорошенина, Пелагея Онуфриева, Матрена Кузакова) и поселился в роскошной 4-комнатной квартире, предоставленной еще в царское время семье его друга по Баку кадрового рабочего Сергея Аллилуева, то он сразу же влюбился в его младшую дочь- 17-летнюю Надежду, и они вскоре зарегистрировали свой брак. В 1932 г. она написала

Сталину политико-обвинительное письмо и застрелилась из пистолета «Вальтер». Сталин был потрясен, он расценивал это как нож в спину и стал еще более жестоким, подлозрительным и озлобленным.

Видимо, с тех пор, т.е. после ликвидации НЭПа, сельское хозяйство страны уже полностью не могло оправиться, хотя к 1970-м годам положение в нем несколько улучшилось, а после 1990 г. началось в целом (кроме отдельных хозяйств) его разорение и запустение. Из оборота было выведено 93 млн. га сельхозугодий и лугов, а свыше 40 млн. га заросло чертополохом, бурьяном и мелколесьем, включая заброшенные деревни и забытые дороги. Закрытие школ и медицинских учреждений вело к умиранию деревни, а если умирала деревня, то все в ее округе приходило в запустение. Из общей площади земельного фонда в 1709,8 млн. га на сельхозугодья приходится 23.5%, 7.2% находится в частной собственности, а под дачное и индивидуальное строительство занято всего 1.1% земельного фонда. Отсюда видно, что основным собственником земли является государство, и чиновники с выгодой для себя ее используют для продажи под коттеджи и дворцы, особенно в пригородных зонах. За последние 20 лет посевные площади сократились на 34.6%, что свидетельствует о нерациональной трате земельных ресурсов. Имея множество разнообразных ресурсов, хорошее в прошлом школьное и профессионально-техническое образование, 9% мировой пашни, 40% чернозема, 20% мировых запасов пресных вод, 25% древесины, наш народ почему-то в своем большинстве живет гораздо хуже, чем в других странах, где всего этого нет. На каждого россиянина приходится 11.7 га земли, 5.9 га леса, 1.45 га площади воды, 1.5 га сельхозугодий, на каждого добывается в год по 2.1 тонны нефти и 4.1 тонны газа и о таких возможностях в других странах можно только мечтать. Во Франции, где пахотной земли на каждого человека приходится в 10 раз меньше, потребляется овощей каждым человеком в 60 раз больше, а мяса - на 40 кг больше, в Норвегии, экспортируемой сопоставимое с нашим количество нефти, уровень жизни намного выше, в большинстве стран Восточной Европы, не имеющих таких, как у нас, природных ресурсов, зарплаты и пенсии выше при более низких ценах, особенно на жизненно важные товары и услуги. Поскольку в западных странах часто используются средства пенсионных фондов для инвестиций, то пенсионные фонды США, Швеции, Норвегии и ряда других стран стали контролировать миллионы гектаров наших сельхозземель в Рязанской, Курской, Воронежской областях и на Дальнем Востоке. И хотя по закону продажа иностранцам земли в России сельскохозяйственного назначения запрещена, этот закон не работает, поскольку крупные фирмы с иностранными спонсорами скупают эти земли при полной поддержке экономически заинтересованных чиновников. Из 80 млн гектаров посевных площадей не менее 10 млн га принадлежат крупным агрохолдингам, в том числе с иностранным участием. Имеющиеся запреты на продажу сельскохозяйственных земель иностранцам легко обходятся путем создания дочерних и внучатых компаний и по смешным ценам, а все потому, что 40% мирового чернозема находится в России. Как правильно говорил

Ю.М.Лужков, важно чтобы все землевладельцы стали бы земледельцами. Нужно всеми силами возрождать российское село и сельскохозяйственное производство. Кое-что для этого делается в последнее время, растет производство птицепродукции, предполагается строительство новых овоще- и фруктохранилищ (фруктовые хранилища могут пока вместить в себя только 15% урожая), намечается снижение процентной ставки под кредиты, усиление государственных дотаций для производства некоторых дефицитных товаров из молока, говядины и т.д. Помимо зерна стали понемногу экспортировать картофель, рис, гречку, растительное масло и т.д., что, конечно же, не говорит об их перепроизводстве в стране. Правда, торговые отношения с Турцией и некоторыми другими странами, не выдвинувшими санкционные барьеры, нельзя назвать стабильными, и об этом уже говорилось. Кстати, Россия на протяжении многих десятилетий являлась крупнейшим для Турции рынком сбыта ее богатых урожаев овощей и фруктов, особенно цитрусовых, а также меда, орехов и сухофруктов. Разве можно сравнить спелые, красные, вкусные и дешевые помидоры из Турции с российскими тепличными, и даже с азербайджанскими травянистыми и очень дорогими (в 3 раза)? Но наши власти в угоду отечественным производителям, набравшим кредитов не менее, чем на 5 лет, пока не пускают турецкие томаты на российский рынок, и делается это в угоду 0.5 населения в ущерб 99.5% жителей. В свое время в телепередаче «Международная панорама» при поддержке КГБ демонстрировались преимущества советского образа жизни и показывалась бесправная нищая жизнь на Западе. Например, в передаче содержались сцены с уничтожением товаров и продуктов питания бульдозерами, когда капиталисты в погоне за прибылью были готовы уничтожать товары, колбасы, сыры и т.д. И ведущие передачу показывали роящихся в мусорных баках бедных людей, забывая упомянуть об их сносных пособиях. Так у советских людей формировался хищнический, античеловеческий облик капитализма, эксплуататора народных масс.

В отместку Турция ограничила экспорт зерна из России, из которого в Турции изготавливалось 75% муки. Чем не торговая война? В результате обе стороны потеряли по 1.5 млрд. долларов. Кроме того, это все может отразиться и на других совместных экономических проектах. Кому это все выгодно? Последний вопрос можно сделать практически постоянным ко всем действиям власти. А если это так, то окажется, что все действия (законы, постановления, решения, приказы и т.д.) направлены на удовлетворение потребностей олигархов, богатых людей и производителей, но в ущерб потребительскому спросу, потребителям и массам простых граждан. Таким путем страна никогда не выберется из кризиса и не станет процветающей державой. А как же быть с п.1 статьи 7 Конституции РФ, где говорится, что Россия-это социальное государство? Теперь Роспотребнадзор предлагает гражданам, чтобы не отравиться, внимательно изучать наклейки на продуктах питания. Это вместо того, чтобы усилить (или восстановить) контроль за составом и качеством продуктов питания. Вместо того, чтобы

централизованно устранять вредные для здоровья продукты питания, надзорные органы рекомендуют потребителям не приобретать, скажем, бастурму с канцерогеном нитритом натрия. Полный идиотизм.

С развалом колхозов, коммун (где все было общее и доходы делились не по труду, а поровну), артелей (где средства производства были общими, доходы распределялись по количеству и качеству труда, но каждый артельщик имел свой дом и подсобное хозяйство), товариществ (где работали сообща, но доходы каждого зависели от его труда и крестьяне имели свою собственность) и совхозов (где земля, постройки, орудия труда и т.п. принадлежали государству) шансов у села выжить было немного, поскольку масштабное фермерство так до сих пор и не получило должного развития. Фактически пока же ни жить на земле, ни работать многим фермерам сейчас просто не дают. Если к этому добавить высокие цены на горючее, электричество, удобрения, посадочные материалы и корма, то выходит, что государство в лице правительства и местной власти не очень заинтересовано в развитии села (им и так хорошо), не дотирует по примеру других стран сельхозпроизводство, а выделяемые крохи до тружеников села не доходят.

Во второй половине XX века колхозы представляли собой большие хозяйства со своими тракторами, комбайнами, грузовыми автомашинами, теплицами и животноводческими фермами. В колхозных деревнях и селах были свои школы, детские сады, библиотеки, клубы, медицинские учреждения (больницы, амбулатории, фельдшерские пункты, колхозные родильные дома и другие). К концу своего существования, до насильственного разрушения колхозного строя колхозники получали гарантированную зарплату (с 1966 г.) вместо трудодней, путевки в санатории и дома отдыха, бесплатные образование и медицинскую помощь, в старости- пенсию. Проведенные в 2000-е годы земельные реформы отбросили страну на десятилетия назад, поскольку повальная приватизация земель с их отбором у крестьян привела, в основном, к появлению крупных собственников- земельных спекулянтов.

Кстати, еще довольно долго крестьяне, как отмечалось, были полностью бесправны, не имели никаких документов, даже вида на жительство, не имели права покидать свое село, и были полностью опутаны различными налогами, в том числе на живность и плодовые деревья. По последним данным, сельхозтехника изношена на 80%, не хватает 80 тысяч комбайнов, 180 тысяч тракторов и т.д. Может быть есть смысл возродить МТС (машинно-тракторные станции), особенно в условиях предстоящей роботизации сельскохозяйственной техники. поскольку в Германии, например, централизованной машинной кооперацией охвачено 43% всех сельскохозяйственных земель, а многие наши фермеры не в состоянии иметь весь набор необходимой сельскохозяйственной техники, холодильных камер, перерабатывающих производств. Однако, наши фермеры просят даже не о помощи, а чтобы власти и чиновники от них отстали и не мешали жить и работать. Сейчас даже возникают интересные идеи о возрождении коллективных хозяйств. Все это имеет отношение к здоровью всего населения вообще и к работникам железнодорожного транспорта, в

частности. Достойный пример возрождения села демонстрирует Китай, где неподалеку от Шанхая есть деревня миллионеров- Хуаси. Все жители деревни образовали холдинг со множеством производств: ткани, одежда и другие товары при высоком качестве и низких ценах из деревни распространяются в 50 стран. Люди работают 7 дней в неделю, распространением средств занимается администрация поселения? Пуская 20% общего дохода поровну на всех жителей с учетом детей, остальные средства идут на расширение производства и благоустройство. Каждый житель минимально имеет на своем счету миллион юаней, живет в прекрасных внешних и внутренних условиях, имеет престижные автомобили. Они поняли, что прокормиться за счет земли не получится и стали развивать текстильное и металлургическое производство. Хуаси поражает гостей (только по приглашению или путевке и потому там нет преступности) чистотой, порядком, планировкой, архитектурой, зеленью, прудами и в деревне на средства общины построен 328-метровый небоскреб-шикарная гостиница. Если кто и уезжает из деревни, то лишается своей доли дохода. В деревне часто устраиваются спортивные соревнования на стадионах, кортах, бассейнах, скалодроме. В деревне развивается мощная социальная поддержка, медицина и образование бесплатные, продукты питания высокого качества и дешевые. Чем не достойный пример?

В 1920-ые годы идеи свободы и демократических ценностей доминировали в рабочей среде всего мира. В результате многие квалифицированные рабочие из стран Запада потянулись по железным дорогам в глубинки Советской России, чтобы оказать помощь в развитии экономики. В Сибири ими были организованы автономные индустриальные колонии. Они активно трудились, показывая тем самым пример окружающим, установили демократические принципы управления и распределения выручки, построили общежития, общественные столовые, прачечные и другие жилищно-бытовые заведения, использовали привезенные с собой тогда еще редкие в стране трактора, проводили электричество в окрестные деревни. Бухгалтерия всех предприятий была полностью прозрачной, управленческий аппарат минимальным, а производимая продукция поступала на рынок, где находила своих покупателей. В иностранные колонии потянулись за заработком местные рабочие и крестьяне. Все это ужасно не нравилось местным властям и полностью противоречило их интересам. Чиновничий беспредел проявился в различных придирках, проверках, в ограничениях, волокитах и конфликтах, что явно вело к удушению этих колоний. Со временем это коснулось тысяч организованных в стране сельских и городских производственно-потребительских коммун и на их месте стали организовываться лагеря для заключенных и малолетних преступников. В результате приехавшие в Россию иностранные рабочие в галстуках и шляпах не смогли работать в России и массовым порядком во второй половине 1920-х годов покинули страну.

Инженер и писатель Н.Г. Гарин- Михайловский, будучи строителем самой длинной в мире (9289 км) Транссибирской железнодорожной магистрали, начатого в 1891 г. благодаря усилиям С.Ю. Витте, считал, что без железных дорог Восток страны погибнет. Высочайший указ министру путей сообщения Адольфу фон Гюббенету о строительстве Транссибирской железной дороги подписал 9 марта 1891 г. император Александр Третий. Кстати, Транссибирская дорога была крайне необходима для России, для ее целостности и для освоения огромных природных богатств. Впервые идея строительства железной дороги на Востоке была выдвинута в 1850-х годах губернатором Муравьевым- Амурским. Строительство дороги было крайне тяжелым, в условиях сурового сибирского климата преобладал ручной труд с примитивными орудиями труда: лопаты, топоры, кирки, тачки и т.д. Рабочие, как обычно, жили в землянках, мерзли, мокли, болели, голодали и умирали. Строительство велось поэтапно, дорога за дорогой, с боковыми ответвлениями. О сложных природных условиях, которые приходилось преодолевать, говорит, например, факт строительства Кругобайкальской части Сибирской железной дороги с 33 тоннелями, множеством виадуков и акведуков, подпорных стенок на бетонной основе. Движение поездов по Транссибу началось глубокой осенью 1901 г., а окончилось строительство после пуска Хабаровского моста через Амур. Именно здесь в 1915 году произошла укладка рельсов на последнем Амурском прогоне Транссиба. На европейскую часть Транссиба приходится 19,1% его длины, а на азиатскую - 80,9%. Значение этой дороги было огромным, началось экономическое освоение Сибири, усилился туда приток населения, увеличился спрос на различную продукцию, оживились культурные связи. Интересно, что самый длинный (6.5 км) грузовой состав в 1970-ые годы курсировал в России по маршруту Экибастуз- Урал, обеспечивая углем доменное производство. Первые паровозы были построены Александровским заводом, потом их стали строить на Коломенском, Камско-Воткинском, Невском, Мальцевском, Брянском, Путиловском, Сормовском, Харьковском и Луганском заводах. Был введен императором Николаем I пятифутовый стандарт (фут по международным меркам составлял 0.3048 м) на ширину рельсового пути, обоснованный Н.О.Крафтом, -1524 против 1435 мм в европейском регионе. Это было связано с большей устойчивостью вагонов при поворотах, с более правильной конструкцией вагонов и паровозов, с невозможностью внезапного нападения на страну по железным дорогам, что проявилось в годы Великой Отечественной войны, когда возникли у немцев сложности с оперативным подкреплением своих войск. Вермахт постоянно испытывал недостаток локомотивов и вагонов для широкой колеи и в дни решающей битвы за Москву суточный подвоз для войск группы «Центр» составлял 23 эшелона вместо требуемых 70. А наша сторона полностью использовала преимущества широкой колеи не только для вывоза демонтированных заводов и ценностей на Восток, для подвоза подкреплений, сибирских дивизий, военной техники, снарядов, но и «одевая» поезда в броню в виде бронепоездов, правда, сослуживших меньшую роль, чем в годы гражданской

войны. Неоценимо значение железнодорожного транспорта в обеспечении и проведении многочисленных важнейших операций Красной Армии по разгрому вначале немецко-фашистских войск, а затем и огромной Квантунской армии Японии. О характере военных действиях и о роли железнодорожных сообщений в них можно написать отдельную книгу. Скажем только, что на территории советско-финской войны зимой 1939-1940 гг. финские вооруженные лыжники легко перемещались вдоль укрепленной линии Маннергейма, перегородившей Карельский перешеек от Финского залива до Ладожского озера длиной в 135 км, а в белых халатах среди ветвей прятались снайперы-«кукушки», выбивающие наших солдат и офицеров. Так, финский охотник-снайпер Симо Хяюхя из обычной винтовки Мосина без оптического прицела поразил до 700 наших бойцов, а из пистолета-пулемета еще 200. Линия маршала Карла Густава Маннергейма и генерала Оскара Энкеля представляла собой естественные препятствия (десятки озер и речушек, болота, густые лесные массивы с буреломом, каменные преграды), дополненные в промежутках железобетонными дотами, блиндажами и окопами для егерей, позади минных полей и противотанковых заграждений. Кстати, против линии Маннергейма, где было всего 8 артиллерийских дотов, была организована линия Сталина в Карельском Укрепленном районе из 20 артиллерийских дотов с 76,2 мм пушками, способными в то время поразить любой танк. Такие Укрепленные районы были созданы по всей западной границе СССР, но немцы их преодолели. К сожалению, линия Сталина не так известна, как линии Мажино, Маннергейма или Зигфрида, но она заслуживает гораздо большего внимания, так как ее остатки сейчас подвергаются разрушению. Командовал войсками Ленинградского военного округа в составе 16 дивизий при поддержке 500 самолетов генерал Кирилл Мерецков. Всего зимняя война длилась 105 дней. В отличие от наших замерзающих бойцов финны были теплее одеты, у них были вязаные свитера, теплые стельки и, главное, белые маскировочные халаты для летучих отрядов. Первый штурм оборонительных позиций оказался провальным и выявил полную неспособность разных родов войск взаимодействовать друг с другом: наша авиация бомбила нашу пехоту, а пехота не успевала прийти на помощь танкистам, финны легко отсекали механизированные части и уничтожали машины бутылками с зажигательной смесью. Кроме того, на стороне маленькой Суоми сражались местные жители, многие скандинавы, эстонцы и венгры, им технически помогали Франция и Англия. Наибольший урон Красной армии финны нанесли на узкой Раатской дороге, где заманили в ловушку и разгромили несколько стрелковых дивизий (163-ю и 44-ю Краснознаменную Киевскую). Тогда финнам в качестве трофеев достались новенькие 27 танков, 20 тракторов, 160 грузовиков, 70 противотанковых и полевых пушек, 30 полевых кухонь, а также 600 лошадей. В промежутках между наступлениями велась окопнотраншейная перестрелка. Вторая массивная атака 7-ой армии в феврале 1940 г. прорвала оборонительную линию и заставила финскую армию начать отход, но Выборг ни с какой стороны взять так и не удалось. Во время этой

войны Красная армия потеряла безвозвратно до 132 тысяч человек, а потери финнов были в несколько раз меньше.

На границе с Финляндией железных дорог тогда не было, машины, танки и лошади застревали в болотах и в глубоком снегу и потому оказались почти бесполезными. В противовес РККА создало особую лыжную диверсионно-разведывательную бригаду во главе с разведчиком полковником Х.Мансуровым, в состав бригады входили капитан Василий Маргелов, ставший потом командующим Воздушно-десантными войсками и чемпион СССР по лыжным гонкам Владимир Мягков. Бригада углублялась на сотни км за линию фронта, громила вражеские штабы, блокировала дороги, уничтожала автомобили, захватывала документы, в общем, вела полноценную диверсионную работу в тылу противника. Частые зимние туманы не способствовали налетам авиации, которая несколько раз бомбила Хельсинки, но не содействовала прорыву мощных оборонительных рубежей с дотами, противотанковыми надолбами и дзотами. В связи с этим впервые в мире под Ленинградом возле поселка Волосово в специально созданном питомнике совершенно неожиданно для финнов было подготовлено свыше 1500 боевых лосей, которых приучили к человеку, научили не реагировать на стрельбу, взрывы и различать русский и финский языки. Лоси выполняли много функций: транспортировка грузов, полевых кухонь, раненых, боеприпасов, к лосям крепили пулеметы. Но лосей-индивидуалистов не удалось как лошадей приучить собираться большими стадами и потому не получилось, как хотелось красным командирам, лосиной кавалерии. Но слух у них был превосходный и они распознавали интонации финской речи на расстоянии до 1 км и втаптывали противника в снег своими мощными копытами. Боевую выучку лоси не забыли. После окончания этой войны финские охотники натерпелись страху и были ошеломлены, когда на них под грохот ружейных выстрелов нападали разбежавшиеся из Волосовского питомника под Ленинградом лоси и, заслышав финскую речь, их яростно атаковали. Красной армии удалось отодвинуть на 30-150 км границы к северу, не удалось создать по инициативе Сталина еще одну социалистическую республику. В результате этой войны СССР был осужден мировой общественностью и исключен из Лиги Наций, немцы сделали преувеличенные выводы о слабости СССР и Красной армии, французы и англичане переоценили значение укрепленных оборонительных линий. Трио Сталин, Президент США и премьер-министр Англии вместе встречались 3 раза, в Тегеране, Ялте и Потсдаме, а поодиночке – чаще. Так, в 1942 г в отеле «Альфа» в Касабланке (Марокко) состоялась встреча Рузвельта и Черчилля, где по настоянию Рузвельта было принято решение бомбить Германию днем и ночью, высадить со временем десант на севере Франции, а не на Балканах, впервые стороны договорились о безоговорочной капитуляции Германии.

Опыт применения лосей пригодился и в последующем. Так, в 1941 г. наша армия на Карельском фронте столкнулась с теми же проблемами транспортировки боеприпасов, раненых солдат и подбитой техники в условиях тундры с ее долгой зимой и затяжными снегопадами. Опять же

автомашины и лошади зимой оказались бесполезными. И тогда в Заполярье стали создавать уникальные оленетранспортные дивизионы, в которых набирали ездовых оленеводов- 1400 каюров (ненцев, коми и саамов), а с ними 10 тысяч оленей. Только в распоряжение 14-ой армии Карельского фронта поступили 12 оленелыжных батальонов. Немцы, узнав об этом, приказали своей авиации и отрядам диверсантов уничтожать оленьи стада. Олени не только транспортировали грузы, но оленьи упряжки вывозили раненых наших летчиков из труднодоступных мест и транспортировали части подбитых самолетов. Оленелыжные подразделения бесшумно проникали в тыл врага и в 1942 г. уничтожили фашистский аэродром в Петсамо, участвовали в высадке морских десантов и т.д. О Мурманской наступательной операции весной 1942 г. известно много, но мало кто знает, что в ней активное участие принимали олени. Памятник подвигу участников оленетранспортных батальонов в годы Великой Отечественной войны открыт в 2012 г. в центре Нарьян-Мара. Кроме того, в период тяжелейших боев под Воронежем и Сталинградом тягловой силы для артиллерийских орудий не хватало и потому в 1942 г. при формировании в Астрахани 28 резервной армии, несмотря на многочисленные (485 тысяч, в том числе 32 тысячи в качестве подарка) поставки выносливых низкорослых мохнатых лошадей из Монголии, были задействованы все выловленные местными властями 350 верблюдов. Кстати, Монголия тогда поставила СССР 64 тысячи тонн шерсти, 500 тысяч тонн мяса (США по ленд-лизу 665 тысяч тонн тушенки), выделила 2,5 млн тугриков, 100 тысяч долларов США и 300 кг золота, на которые была построена танковая колонна, 2 млн тугриков на создание авиационной эскадрильи и направила 11 эшелонов с теплой одеждой, дубленками, шапками, обувью, продуктами питания, подарками и вольфрамом на сумму более 60 млн тугриков. Но от помощи монгольскими войсками мы отказались, они на месте были нужнее. Германская пропаганда сильно ошиблась, считая, что монголы воюют вместе нашими войсками; просто они перепутали эвенков, якутов, бурят, казахов и киргизов с монголами. Многие наши солдаты впервые видели двугорбых чудовищ-верблюдов со скверным и упрямым характером. С помощью пастухов верблюды были обучены носить упряжку, возить повозки и полевую кухню, тащить орудия. После окружения фашистов под Сталинградом 28 армия получила приказ двигаться на Ростов-на-Дону через Сальские степи в распутицу. При столкновении с армией Манштейна солдаты занимали окопы, а огромные верблюды служили мишенями для немцев и 90% верблюдов-тягачей полегло, а потом фашисты добивали раненых и кричащих верблюдов. Армию переформировали, укомплектовали студебеккерами и оставшимся верблюдам досталась обычная бытовая работа-повозки с боеприпасами, походные кухни, подвоз воды и дров, вытаскивание застрявших грузовиков. Позднее уже в Германии не только солдаты защищали своих любимившихся питомцев, но и верблюды спасали солдат. Они по звуку определяли немецкие самолеты, могли даже распознать, кто стреляет, наши или немцы. Среди сражавшихся за Берлин наших воинов был

знаменитый верблюд Яшка,,становившийся в конец очереди за солдатской кухней, а верблюдов громадного со светлой шерстью и спокойным характером Мишу и норовистую Машу оставили в Берлинском зоопарке, где они прожили еще 10 лет. А в Ахтубинке под Астраханью им поставлен памятник. Неприхотливость и выносливость верблюдов были оценены по достоинству еще в глубокой древности. Бедуины (арабы и берберы) еще в 1 веке до н.э. перебрасывали на верблюдах пехоту и грузы к месту битвы. Царь Сирии Антиох Третий Великий применил во 2-м веке до н.э. против римских войск арабскую верблюжью кавалерии. По сообщению римского историка Иосифа Флавия именно благодаря верблюжьим отрядам удалось разгромить иудейского правителя Александра Янная. Да и потом во время Крестовых походов (XI- XII века) закованная в броню европейская конница боялась верблюдов, которые могли вести активное и долгое преследование разбитого неприятеля вместе с мамлюками.. Кроме того, в годы ВОВ в армию были призваны 70 тысяч собак- овчарок, крупных дворняжек и других и из них сформировали 168 отрядов. Любая собака способна уловить и отличить свыше 200 тысяч запахов (в 25 раз больше обычного человека), для чего у собак имеется 225 млн обонятельных рецепторов. Собаки неутомимо работали разведчиками, ездовыми, почтальонами, связистами, санитарями, миноискателями, подрывниками, саперами и истребителями танков. Они первыми вместе с пограничниками приняли жестокий бой с немецкими оккупантами. На освобожденных территориях разминированием занимались не только профессионалы-минеры, не только специально обученные собаки, но и 15-летние подростки. Так, только в Курской области на разминировании освобожденной территории работали свыше 4500 подростков. Отличились собаки и в рельсовой войне, выскакивая на железнодорожные пути перед вражескими эшелонами и сбрасывая перед поездом рюкзак с взрывчаткой. В годы ВОВ было сформировано 15 тысяч собачьих упряжек. Ездовые и санитарные собаки, не боясь огня и разрывов бомб, подползали к раненому бойцу и подставляли ему бок с медицинской сумкой, они же вывезли с поля боя около 700 тысяч тяжелораненых бойцов и подвезли к передовым позициям 3500 тонн боеприпасов. Собаки- саперы помогли обнаружить 4 миллиона мин и фугасов, проверили 303 населенных пункта.Но не только обученные собаки участвовали в разминировании, на эти работы направляли необученных подростков. Так, в Курской области на разминировании освобожденной территории работали более 4500 подростков. Их направляли на разминирование огромных полей, нашпигованных минами, неразорвавшимися бомбами и снарядами, которые остались после Курской битвы; В 1941 г. на Украине под Уманью пограничники, прикрывая отход главных сил, приняли свой последний бой вместе со своими служебными собаками. Собаки вели себя героически, вгрызались фашистам в горло и даже погибая, не отпускали врагов. Собаки- разведчики сопровождали разведывательные группы в тыл врага и действовали при захвате «языка» быстро, четко и беззвучно. Собаки- подрывники, во вьюк которых закладывалась мина с 3-4 кг взрывчатки и детонатором, ценой своей жизни

уничтожили свыше 300 вражеских танков. В битве под Сталинградом отряд служебных собак уничтожил 42 танка и 2 бронемашину, а на Курской дуге в полосах обороны 57 и 67 гвардейских пехотных дивизий собаки подорвали несколько наступавших вражеских танков. Немецкие танкисты боялись собак-истребителей танков и увидев выбегающих собак, немедленно поворачивали назад. Сторожевые собаки работали в боевом охранении, в засадах и к тому же в любую погоду. Можно выделить несколько наиболее знаменитых служебных собак: диверсант-Дина, отличилась в рельсовой войне, выбегая перед идущим поездом на рельсы и сбрасывая ранец со взрывчаткой, подорвав таким образом несколько вражеских эшелонов и даже фашистский бронепоезд. Она же дважды проникала в брошенный немецкий госпиталь в Полоцке и находила там мины; связист-Рекс после переправы через Днепр под Никополем, когда оборвалась связь, переплыл Днепр и доставил послание командованию. В тот день Рекс трижды переплывал холодный февральский Днепр под ураганным огнем. Итого он доставил почти 1650 донесений, а всего с 1941 по 1945 г. собаками-связистами было доставлено более 200 тысяч донесений, псы с телефонными катушками на спине проложили под огнем 8000 км телефонной связи; санитар-Мухтар вытащил с поля боя более 400 раненых, согревая их своим телом; миноискатель-шотландский колли Дик, призванный из Ленинграда в 1941 г., обнаружил более 12 тысяч мин, помогал разминировать дома и улицы в Сталинграде и Праге, а в Павловске под Ленинградом в фундаменте дворца обнаружил мину за несколько минут до ее взрыва; разведчик-Джек помогал находить безопасные проходы в тылу врага, куда выходил 12 раз, помог взять в качестве «языка» 20 немецких офицеров, а одного ценного «языка» прямо из Глогау-старинной крепости на Одере. Но самым знаменитым стал пес Джульбарс, обученный всем видам службы, но отличившийся в качестве сапера. Боевой пес помогал обезвредить от мин могилу великого украинского поэта-кобзаря (кобзарь-народный певец, играющий на кобзе) Тараса Шевченко (ему поставили 1384 памятника в 35 странах мира) в Каневе над Днепром и Владимирский собор в Киеве, он принимал участие в боях и в последующем разминировании территорий Румынии, Чехословакии, Венгрии и Австрии. Им были обнаружены 468 мин и 150 неразорвавшихся снарядов. Он стал единственным псом, награжденным медалью «За боевые заслуги». В параде Победы в Москве приняли участие кинологи со своими героическими питомцами. А не оправившегося после ранения с перебинтованными лапами Джульбарса-бойца 14-й штурмовой инженерно-саперной бригады, пронес отдельно вне строя главный кинолог страны во время парада по Красной площади на шинели Сталина (по его личному распоряжению). Памятники погибшим служебным собакам установлены на Украине, в Ессентуках, в Москве в Терлецкой дубраве (район Перово) и т.д. На прошедших в 2017 г. Армейских международных играх в кинологическом конкурсе «Верный друг» победили российские кинологи со своими четвероногими служебными питомцами (три немецких и две бельгийских овчарки). В истории ВОВ остались несколько кличек собак, спасавших целые подразделения,- Аста,

Фрея, Каштанка, Альма, Тор, Норка и др. Израненные, истекающие кровью псы умудрялись добираться из окружения, под вражеским огнем, до своих и доставлять необходимые донесения. А сколько их погибло во время войны-неизвестно. Как отмечалось, уже установлены памятники собакам- санитарам и собакам-минерам, но подвиги четвероногих связистов пока что не увековечены, что является несправедливым.

В суровые годы войны были также задействованы почтовые голуби, доставившие свыше 15 тысяч сообщений. Что касается советских севастопольских дельфинов, то про их подвиги по уничтожению противника ничего не известно (видимо, данные засекречены), но известно, что они помогли поднять со дна Черного моря множество затонувших мин, торпед и ракет времен войны. Таким образом, в Великой Отечественной войне принимал участие не только весь советский народ, но представители одомашненного и дикого животного мира, т.е. фактически вся страна. На Севере, в Кольском заливе на мысе Тоня готовят тюленей искать диверсантов, обнаруживать мины, вести разведку, обследовать днища кораблей и подводных лодок, проверять целостность трубопроводов и кабелей и т.д. Тюлени могут работать на больших глубинах, в мутной воде, развивать огромную скорость, плыть на дальние расстояния и даже могут думать, т.е. принимать некоторые решения самостоятельно. Кошки разбегались и прятались при вхождении немцев в город или село. Когда Л.И. Брежнев совершал визит в Индию, там Далай-лама, гостивший у Индиры Ганди, не только определил прошлое и будущее Генерального секретаря, но подарил ему огромного черного кота с желтыми глазами, который потом неоднократно предупреждал Брежнева о возможных опасностях, когда кот громко мяукал, буйствовал и рвал штанины. Кстати, в Древнем Египте кошки считались священными животными- богинями, хозяева погибших кошек сбрасывали брови в знак траура, за задавленное даже случайно животное толпа забивала камнями. Когда персидское войско во главе с Камбисом, сыном Кира Великого, пытаясь покорить Египет, подошло к ключевой крепости египтян- Пелусии, то египтяне вместо луков и стрел взяли на руки кошек, не оказывая никакого сопротивления. Так, благодаря именно кошкам-богиням персы сумели завоевать Египет. Кстати, в Библии рассказывается о египетском плене иудеев, но скорее всего они сами пришли в Египет в неурожайные годы на правах гастарбайтеров. Потом плодovitость иудеев стала настораживать фараонов и Рамзес 11 (1279-1213 до н.э.) повелел повивальным бабкам умерщвлять новорожденных израильтян. В книге Исход Ветхого Завета описана драматическая история о том, как Моисею, сплотившего все колена Израилевы в единый народ, удалось его вывести из Египта, где иудеи фактически находились в рабстве. Исход состоялся при преемнике Рамзеса фараоне Мернептахе во время ослабления Египта. По косвенным признакам иудеи восстали в Египте и потому фараон вначале разрешивший иудеям покинуть Египет, затем бросился за ними в безуспешную погоню. Красное море (или Ям-Суф – море камыша) чудесным образом спасло верующих и погубило язычников. В течение 3000 лет до н.э.

в Египте правили 30 династий, первым фараоном был Менес, последним- Птолемей XV Цезарион, сын Клеопатры V11 Филопатор и Гая Юлия Цезаря. Последний из династии Птолемеев (Лагиды) фараон был казнен в 30 г. до н.э. первым римским императором Октавианом Августом. Тогда же покончила с собой и Клеопатра. Между прочим, до сих пор на территории Египта находят древности. Так, недавно к югу от Каира в провинции Эль-Минья археологами были обнаружены 8 неизвестных ранее гробниц и около 40 саргофагов с прекрасно сохранившимися мумиями. Смерть Гая Юлия Цезаря в 44 г. до н.э. от 23 ударов кинжалом явилась громким политическим убийством и вместе с ним умерла Великая Римская республика, сменившая существовавшее до этого Римское царство во главе с этрусскими правителями, и на смену ей пришла Римская империя. Были всего 3 этрусских царя в Риме: Луций Тарквиний Приск, правивший 37 лет, его зять Сервий Туллий правил 40 лет и Тарквиний Гордый, которого римляне за притеснения свергли и образовали Римскую республику с ее кодексом законов. Загадочные этруски жили в бассейнах рек Тибр и Арно на территории нынешних провинций Тоскана, Умбрия, Лацио с выходом на Адриатическое и Тирренское моря, гранича с лигурийцами, кельтами, венетами, умбрийцами, сабинами и самнитами, добывали руду и глину, занимались сельским хозяйством, владели секретами металлургии, изготавливали колесницы, бронзовые зеркала и сосуды для вина, статуэтки, черные фигурные амфоры (букерро), золотые украшения, бусы, серебряные фибулы, шкатулки, гробницы, были отличными строителями и мореходами. Их письма не удалось прочитать до сих пор. Однако, первой и самой древней человеческой цивилизацией справедливо считается шумерская, существовавшая на протяжении более 240 тысяч лет, пережившая Всемирный потоп и мощную войну, вспыхнувшую 12000 лет тому назад, о чем говорят сохранившиеся клинописные таблички.

В общей неразберихе первых военных лет Великой Отечественной войны (ВОВ), под непрерывными бомбежками и непрекращающимися обстрелами одна отрасль советской экономики работала безупречно, как часы. Это – железнодорожный транспорт, за который отвечал с 1935 г. малограмотный (не окончив школу, с 14 лет начал работать сапожником и грузчиком), но редкий по энергии и управленческой активности, один из лидеров сталинского воспитания нарком Лазарь Моисеевич Каганович (Лазарь Мосьевич Коган). Сталин при всей своей жесткости, подозрительности и тирании прекрасно разбирался в деловых качествах людей и он как раз перед Великой Отечественной войной (ВОВ) назначил Кагановича на реформирование железнодорожного сообщения и подготовку его к войне. Каганович обладал мощной хозяйственной хваткой, проявлял нужную инициативу и железной рукой наводил в отрасли порядок. До назначения наркомом МПС Каганович с 1930 по 1935 гг. руководил подъемом сельского хозяйства страны с созданием колхозов, совхозов и МТС, руководил развитием тяжелой промышленности- основы обороноспособности страны. Он, конечно же, активно участвовал в

проводимых чистках, составлении расстрельных списков, искренне веря в силу своей малокультурности и недостаточной образованности во вредителей и врагов трудового народа. Тогда, при сталинском подборе кадров деловые качества значительно преобладали над профессионализмом.

Буквально с первых дней ВОВ на железнодорожный транспорт страны легли такие невероятные нагрузки и такая ответственность, которые в других странах и в другое время никто бы просто не выдержал. Так, только за второе полугодие первого года войны в восточные регионы страны были перевезены полностью или частично демонтированные из западных районов 1523 промышленных предприятий, из которых 1360 были особо крупными предприятиями оборонной, тяжелой и жизненно необходимой промышленности. Вывозилось оборудование металлургических предприятий и шахт, транспортное и сельскохозяйственное оборудование, станки и механизмы, а также зерно, скот, домашняя утварь. Для этого потребовалось более 55 тысяч железнодорожных вагонов. Мы здесь не упоминаем об огромном числе вывезенных и спасенных культурных, научных и музейных ценностей, о перевозке эвакуированных людей, включая номенклатурных работников, рабочих и служащих, ученых и конструкторов и т.д. и т.п. Вся вывезенная на Восток техника монтировалась и запускалась в кратчайшие сроки. И тут опять выросло значение железнодорожного транспорта и его роли в доставке произведенных танков, артиллерии, оружия, боеприпасов и воинов на фронт. При этом также требовалась отлаженная и бесперебойная работа железнодорожного транспорта, который ни разу за годы ВОВ не подвел руководство страны и не послужил тормозом в проведении той или иной войсковой операции. Каганович на основе инженерного анализа узких мест в состоянии железных дорог и железнодорожного транспорта выделил приоритеты и ценой невероятных усилий всех железнодорожных работников и служб их жестко, последовательно и настойчиво реализовывал. С самого начала своего назначения в МПС Кагановичем был взят курс на строительство передвижных ремонтных заводов, мастерских и пунктов, где круглосуточно приводилась в порядок ремонтная и аварийная техника, а также осуществлялся срочный ремонт вагонов, платформ и паровозов. До этого на железных дорогах отмечалась высокая аварийность, возникали трудности с перевозками в виде снежных заносов, схода лавин и селей на железнодорожное полотно. Тогда все движение останавливалось и замирало. Теперь же немедленно начинались аварийно-ремонтные работы. Железнодорожники сделали все возможное и невозможное для мобилизации и развертывания главных сил Красной армии, для победы. Так, только за первую неделю ВОВ каждые сутки грузились около 32 тысяч вагонов-оперативных, снабженческих и других, всего свыше 220 тысяч вагонов, для чего в период Первой мировой войны потребовалось более 2-х месяцев напряженной работы. В 1935 г. произошло еще одно событие, замолчать которое не удалось. Пропагандистская шумиха, присущая большевистской России, привела к гибели 8-моторного гиганского комфортабельного воздушного лайнера «Максим Горький». Во время его показательного полета

в воздухе находились: 2-х местный самолет-разведчик с кинооператором и 1-местный истребитель И-5 (пилот- Николай Благин), который выполнял вокруг лайнера фигуры высшего пилотажа и рухнул на него. По рассекреченным материалам оба самолета упали на поселок художников «Сокол», на улицы Левитана и Сурикова. Сталин распорядился похоронить виновника трагедии Благина вместе с остальными 49 погибшими, а его семье выделил пособие, квартиру и пенсию. Как обычно наказаны были стрелочники- киношники.

Николай Первый 6 (18) августа 1851 г. положил начало формированию железнодорожных вооруженных войск, которым были предписаны охрана мостов, тоннелей и железнодорожных переездов, обеспечение бесперебойной работы станций и вокзалов и порядка в них, поддержание железнодорожных путей в исправном состоянии и т.д. А в 1859 г появилось наставление по оказанию первой помощи при крушении поездов. Всего за 10-летие с 1893 г. пассажирское движение в России выросло в 4 раза. Предприимчивые американцы быстро сообразили выгоду железных дорог и стали активно их строить. Железнодорожное строительство имело важные последствия для США: была создана инфраструктура, связавшая в единое целое внутренний рынок, развитие железнодорожных сообщений также способствовало подъему металлургии и транспортного машиностроения. Именно интенсивное развитие железнодорожных сообщений спустя годы вывело США в число экономических лидеров в мире.

Строительство железных дорог и сообщений по ним в России поначалу встречало яростное сопротивление как обычно со стороны бюрократов, а также лиц, заинтересованных в водном перемещении грузов, и собственников устаревших транспортных средств, так и со стороны общественности, выдвигающей в качестве аргументов вьюжные и морозные зимы и большое количество необходимого топлива для паровозов. Во время войны с Японией 1904-05 гг. проявились некоторые дефекты однопутной глобальной Транссибирской и Китайской Восточной железной дороги. Именно строительство этих дорог не понравилось Японии, которая хозяйничала на Корейском полуострове и в Манчжурии, что и послужило причиной начала этой войны со стороны Японии. Вообще когда-то, до 1879 г. архипелаг Рюкю посредине расстояния между Китаем и Японией, состоящий из 98 островов, с главным из них Окинавой, не принадлежал Японии, также как северный крупный остров Хоккайдо, где жили айны, принявшие российское подданство. Начиная с 16 века, выдающиеся русские первопроходцы осваивали Сибирь, Дальний Восток, Камчатку, Сахалин, Большую и Малую Курильские гряды, большой остров Хоккайдо, Калифорнийское побережье и Аляску, присоединяя их к России под Российскую имперскую корону. Россия прирастала новыми землями. Но потом американцы и испанцы выдавили россиян, которые построили фактории, крепости и поселения, из территорий нынешних штатов Калифорнии, Орегон и Вашингтон, а Аляску Александру 11 (по настоянию великого князя Константина Николаевича и князя Горчакова) пришлось

продать американцам, поскольку денег в казне на уплату компенсации помещикам за отмену крепостного права не было. Кстати, во время Второй мировой войны американцы увязли в морских сражениях с Японией и на Ялтинской конференции Рузвельт попросил у Сталина помощи сухопутными войсками против мощной японской Квантунской армии. Сталин согласился, но при условии, что южная часть Сахалина и все Курильские острова отойдут к СССР. Условия были приняты и в августе 1945 г. советская армия начала операцию против Японии. В то время была возможность захватить остров Хоккайдо и северную часть острова Хонсю, образовав там просоветскую часть Японии и тогда не было бы у Японии претензии к малой Курильской гряде. Но Сталин не пошел на это, т.к. четко следовал достигнутым договоренностям.

Не просто было закрепиться и на полярных островах, например на острове, открытом в 1823 г. лейтенантом русского флота Фердинандом Врангелем

В России в 1904 г., царили шапкозакидательские настроения по отношению к японцам. В результате японский адмирал Того Хэйхатиро, маркиз и маршал, внезапно напал на русский флот, стоящий в глубоководной бухте арендуемого Порт-Артура. Лидер российского флота и флагманский корабль 1-й Тихоокеанской эскадры броненосец «Петропавловск» при выходе из бухты в апреле 1904 г. подорвался на японской мине и затонул, а вместе с ним вице-адмирал С.О.Макаров и знаменитый художник Василий Верещагин, погибли 28 офицеров и более 600 матросов. Эта утрата была невозполнимой. Был на мине сильно поврежден броненосец «Победа». Но эти значимые потери не остались неотомщенными. Командир минного транспорта «Амур» капитан 2-го ранга Федор Иванов, командиры миноносцев «Сердитый» лейтенант Александр Колчак и «Скорый» лейтенант Иван Стеценко вопреки указанию струсившего нового командующего эскадрой адмирала Вильгельма Витгефта вышли в море и на рейде установили 50 мин, на которых взорвались японский флагман броненосец «Хацусэ» и броненосец «Ясима». Не спустивший российский флаг перед японской эскадрой, заблокировавшей выходы из Порт-Артура крейсер Изумруд» прорвал блокаду и вырвался на простор. Точно также поступил миноносец «Бесстрашный» под командованием капитана 2-го ранга князя Александра Алесандровича Ливена, который пробился в нейтральный китайский порт. А о минном заградителе «Амуре», потопившем вражеские броненосцы под Порт-Артуром незаслуженно забыли. Все моряки сражались героически, героями были и священники: с крейсера «Варяг»-Михаил Руднев, с эскадренного броненосца «Петропавловск»- Алексей Раевский и многие другие, о чем свидетельствует список погибших корабельных священников во время русско-японской войны. Упомянутая ранее однопутная железная дорога оказалась не готовой к перевозке множества военных грузов и солдат, и пропускная способность Сибирской железной дороги составляла тогда только 9 пар поездов в сутки, однако самым сдерживающим фактором был разрыв железной дороги у озера Байкал. Там зимой рельсы укладывались прямо на лед, а в остальное время года были задействованы баржи,

пароходы и 2 ледокола и только спустя год была достроена железная дорога вокруг Байкала. За 1,5 военных года было перевезено 2698 воинских и 2529 грузовых транспортов, задействовано 80 военно-санитарных поездов, в пути следования была создана необходимая придорожная инфраструктура. Однако Россия ту войну проиграла. Особенно пострадали ее морские базы и военно-морской флот. Страна лишилась мощного Тихоокеанского флота и в Цусимском сражении эскадры адмирала Рожественского, из которого удалось вырваться только одному кораблю и прибыть во Владивосток, который как военный пост между бухтами Золотой Рог и Диамид был заложен прибывшим в 1860 году на транспорте «Маньчжур» воинским подразделением и лишь спустя 20 лет получил статус города.

Главная база российского военно-морского флота на Тихом океане Порт-Артур пала 2 января 1905 г. не только в результате военных действий, но и вследствие предательства.

В соответствии со статьей 9 Портсмутского (США) мирного договора 1905 г. к Японии отошла только южная часть Сахалина с прилегающими островами: Монерон- к западу с прозрачной водой в природном морском парке и лежбищем морских львов и Тюлений- к востоку от Сахалина, а Курильские острова так и продолжали находиться под протекцией Японии. Вообще, после поражения в русско-японской войне Россия, которая к ней не была готова, лишилась не только ряда территорий, но и некоторых глубоководных гаваней, права держать Тихоокеанский флот, хотя удалось отказаться от выплаты огромной контрибуции, от демилитаризации Владивостока и т.д. И это только малая часть требований Японии, которые удалось сдержать благодаря дипломатическим усилиям главного российского переговорщика С.Ю.Витте. Кстати, его методы не потеряли своей актуальности и сегодня, особенно в условиях изоляции, правда, не полной. Лучшее всего русско-японская война представлена в книгах Б.Романова «Очерки дипломатической истории русско-японской войны (1895-1907)», А.Степанова «Порт-Артур» в 2-х томах, А.Новикова- Прибоя «Цусима», В.Пикуля «Крейсера», Б.Акунина «Алмазная колесница», Т.Комаровой «На сопках Маньчжурии», В.Третьякова «Организация работы Байкальской паромной переправы» и многих других.

После поражения царь создал комиссию по расследованию причин этого, которая среди прочих причин, в том числе связанных с чрезмерной пассивностью и отступательной тактикой некоторых царских генералов во главе с генерал-адъютантом А.Н.Куропаткиным, установила коммуникационные пробелы, связанные с удаленностью военных действий от центральных губерний и промышленных центров на 8850 км, а от Японии расстояние до театра военных действий не превышало 300 км. Дело было также в том, что незадолго до войны царь продал железные дороги, на каждой из них были организованы акционерные общества с частным капиталом и этим дорогам не выгодно было бесплатно перевозить на дальние расстояния войска и вооружения. В результате в воюющие войска нередко поступали пушки без снарядов, винтовки без патронов и т.д. По

результатам работы комиссии царь выкупил обратно все железные дороги по десятикратной цене и вернул их в собственность государства. И это было правильным решением, поскольку все важнейшие системы, обеспечивающие национальную безопасность и жизнедеятельность страны, должны быть в ведении государства, а не находиться в частных руках. Этот пример мог бы стать хорошим уроком для нынешних времен, но, к сожалению, не стал. История нас учит, что к приватизации жизненно важных для страны систем, включая отдельные железнодорожные объекты, следует подходить взвешенно и с особой осторожностью, поскольку железнодорожный транспорт - это единая система, один организм, жизнедеятельность которого требует четкого управления и слаженного функционирования. Приватизация отдельных объектов вполне возможна, если при этом не нарушается общий ритм работы. Еще С.Ю.Витте считал, что частные хозяйства не всегда способствуют удовлетворению потребностей общества, поскольку имеют перед собой цель - получение прибыли. А вот государство может строить железную дорогу в такой местности, где она долгое время не может служить источником дохода, но зато способствует развитию хозяйственной деятельности и повышению благосостояния населения. При этом государство обычно исходит из целесообразности, а не из прибыльности. В результате основная часть железных дорог в капиталистической царской России сооружалась за счет государства. И только отдельные линии строились совместными акционерными компаниями, которые заботились больше о барышах и в меньшей степени о качестве дорог. В результате построенные ими железнодорожные линии могли иметь множество недоделок, изъянов и были хуже подготовлены к эксплуатации, чем государственные дороги. Нередко при государственном и частном строительстве случался и параллелизм в железных дорогах и станциях, пример с 2-мя станциями в Гатчине, Варшавским и Балтийским вокзалами в Санкт-Петербурге, с 2-мя рядом расположенными станциями в Москве по Рижской и Савеловской линиям и т.д. Некоторые частные компании, получавшие правительственные субсидии, старались удлинить магистрали при самостоятельном выборе трассы, что позволяло им вымогать средства у городов и районов, угрожая в противном случае направить железную дорогу мимо них. Такой подход был в большей степени характерен для США. Расширение сети железных дорог в России в середине 19 века поглотило огромные капиталы и постоянно требовало дотаций из казны в связи с первоначальной малой доходностью ряда дорог. Но уже с середины 1870-х годов начинается поворот государственной политики относительно железных дорог. Война с Турцией и другие события выявили такие недостатки на частных железных дорогах, что Высочайшим указом была учреждена специальная комиссия для этого. По результатам ее работы в 1878 г. было значительно усилено государственное вмешательство в железнодорожное дело и с 1880 г. казна принимается за постройку собственных, т.е. государственных железных дорог, одновременно ужесточая контроль за частными железными дорогами. На государственные дороги стало приходиться более половины рельсовых путей при

параллельном существовании пяти крупных частных обществ на юго-западе, в центре и на Урале. Если при Николае Первом железные дороги строились, в основном, за государственный счет, при Александре Втором - на частные средства и эксплуатировались частными обществами, при Александре Третьем строились примерно пополам за счет казны (стратегические линии) и на частные средства, то при Николае Втором строительство железных дорог велось, главным образом, за частные деньги, но их эксплуатация осуществлялась за государственный счет. Это был некий прообраз неправильно называемого сейчас государственно-частного партнерства. Неправильно потому, что Public-Private Partnership означает общественно-частное партнерство с несколько иным смыслом и участием. К концу 19 века стали формироваться железнодорожные узлы, создаваться сортировочные станции, сортировочные горки. Эксплуатационная длина железных дорог России к 1917 г. составила, как отмечалось, 70260 км, причем перевозки осуществлялись в двухосных вагонах с ручными тормозами, а для управления движением поездов использовались главным образом жезловые аппараты. К этому времени из 33 дорог общесетевого назначения остались еще не выкупленными царем 10 частных дорог.

До Первой мировой войны паспорт считался необязательным документом для удостоверения личности, поскольку бурное развитие железнодорожных сообщений привело к огромному числу туристов и коммивояжеров, а контроль их перемещения через границы государств оказался очень затратным. И только с началом боевых действий паспорт был снова введен в обращение для учета военнообязанных, для управления миграционными потоками и для задержания шпионов. После Первой мировой войны созданная в 1920 г. Лига Наций пыталась несколько раз провести унификацию паспортов, но только в 1963 г. ее правопреемнице - Организации Объединенных Наций удалось сделать это. Правда, советских крестьян это не коснулось и они, беспаспортные, были самой бесправной группой населения и потом жестко привязаны к своей земле без права выезда в другие места, вплоть до 1961 года.

Кстати сказать, в 1917 г. вышел первый номер железнодорожной газеты «Гудок». Быстрый рост железных дорог тогда был обусловлен их значительными преимуществами в сравнении с гужевым или водным транспортом. Совершенно очевидное преимущество железных дорог во времени по сравнению с водным транспортом было продемонстрировано в США между городами Цинциннати (на границе штатов Огайо и Кентукки, неподалеку от Индианы, в округе Гамильтон) и Сент-Луис (штат Миссури, на западном берегу реки Миссисипи). Пароход это расстояние по рекам Огайо и Миссисипи прошел за 3 дня, а паровоз - за 16 часов, т.е. в 4.5 раза быстрее, к тому же по спрямленному пути. Во время Первой мировой войны правительство США взяло под свой контроль всю железнодорожную сферу, вернув ее частным собственникам к 1920 году в достаточно ветхом состоянии. На этом Золотой век железных дорог в США завершился. Правда, в США имеется множество функционирующих мостов и тоннелей,

свидетельствующих о высоком уровне инженерного искусства. После Первой мировой войны эмансипированные женщины занялись политикой и они же выступали за свободную любовь, за брак, но без регистрации, как бы отменяя все действовавшие до этого моральные устои. Кстати, Ленин и Троцкий называли брак пережитком бужуазного прошлого. Среди видных большевиков за полную свободу женщин и свободные сексуальные отношения выступали А.М.Коллонтай, дочь царского генерала М.Домонтовича, идеолог общества «Долой стыд» Карл Радек и Клара Цеткин (Эйсснер). Как только тогда не называли Коллонтай: сексуальная революционерка, эрос в мундире и т.п. Кстати, Александра Коллонтай после того, как разошлась с Дыбенко и выходила его после самоубийства, потом стала эффективным послом в Норвегии и Швеции: во время «зимней» войны с Финляндией не допустила втягивания Швеции в эту войну, а затем совместно с нашей разведчицей полковником НКВД Зоей Воскресенской приложила усилия к соблюдению Швецией нейтралитета в войне с Германией. Но Дыбенко, командарма 2-го ранга, это не спасло, его судили и по предложению главного обвинителя Крыленко его расстреляли как врага народа в затылок. Долгие годы нам внушали, что в советском руководстве все только и жили добродетелью и заботой о людях (помните, здоровье народа-богатство страны, все лучшее - детям и т.д.), но на самом деле в руководстве преобладали страстные оргии, разврат и распущенность, совращение малолетних, и все это устраивали большевики под грифом совершенно секретно. Благообразный, с бородкой и в очках Михаил Калинин или как его называли в своем кругу «Всесоюзный похотливый козел» любил общаться с балеринами только неглиже и в балетных пачках, Анатолий Луначарский, обожавший и боявшийся своей жены Натальи Сац-Розенель устраивал совершенно голые оргии, описанные Михаилом Булгаковым в виде бала Сатаны и т.п. Поставлял на кремлевские банкеты молоденьких женщин как партию свежей рыбы или икры главный хозяйственник страны Абель Енукидзе, которого потом за то, что много знал, расстреляли. 15 лет лагерей получила жена Калинина за то, что не смогла сдержать супруга от разврата.

Лучше всего исторический экскурс развития железных дорог в России до 1897 г. представлен в солидной книге (659 стр.) «Исторический очерк развития ЖЕЛЕЗНЫХ ДОРОГЪ ВЪ РОССИИ съ ихъ основанія», Санкт-Петербург, издательство Министерства путей сообщения, 1898 г. В 1918 г. Лев Троцкий (Лейба Давидович Бронштейн), как председатель Реввоенсовета, второе лицо в партии после Ленина и создатель Красной армии на «мобильном» поезде колесил по всем фронтам Гражданской войны. Осенью 1918 г. он оказался в Царицыне, оборона которого была возложена на И. Сталина и К.Ворошилова. Организация обороны Троцким была заслуженно подвергнута резкой критике и он оказался прав, поскольку вскоре город был легко захвачен войсками Деникина. Сталин едва успел ускользнуть, однако критику Троцкого никогда не забывал. Пока Троцкий в течение 2.5 лет жил в своем поезде и объезжал фронты, наводя своими

репрессиями ужас на бойцов Красной армии, Сталин потихонечку расставлял своих людей на руководящие и партийные должности (кадры решают всё), что позволило ему после ускоренной смерти В.И.Ленина победить в борьбе за власть. Союз со Сталиным полностью расторгался, о чем Ленин намекал в письме к Троцкому, которое перехватил Сталин. Выздоровление Ленина грозило Сталину опалой, отсюда и зародилась версия о том, что Сталин не мог допустить выздоровления Ленина. Ленин понимал, что его отравили любимым им грибным супом и даже подозревал, кто за этим стоит. Об отравлении Ленина Троцкий потом многократно писал. Когда здоровье Ильича резко ухудшилось, то сразу же появились его преемники лице русских Рыкова и Бухарина, т.к. Троцкий был евреем, Дзержинский-поляком, Сталин-грузином. Примерно также внезапно умерла Крупская, поев присланный Сталиным торт, как раз накануне 18 съезда партии в 1939 г., где она намеревалась выступить с разоблачительной речью. Не помогли Троцкому его лидерские и военные способности, его личная смелость и жестокость, поддержка со стороны Каменева и Зиновьева. Потом все трое были лишены руководящих постов. На объединенном пленуме ЦК и ЦКК ВКП(б) в 1927 г. их троих исключили из партии, но Троцкий произнес речь, в которой назвал власть группой бездарных бюрократов, которые не смогут защитить страну в случае опасности и в 1929 г. не по своей воле на теплоходе с символическим названием «Ильич» покинул Россию навсегда. И хотя известно, что красивыми речами государство не создать, эту речь ему простить не могли. Но уничтожение Троцкого в 1940 г. в Мексике (на памятнике его скромной могилы выбиты серп и молот) связано, в основном, с тем, что он вызвал раскол в республиканском движении во время Гражданской войны в Испании, организовав в тылу республиканцев смуту (мятеж в Каталонии), что среди прочих условий (мощная поддержка извне) привело к победе генерала Франко, уничтожению священного для басков городка Герники и падению испанской республики. Гражданская война в Испании началась после победы на парламентских выборах в 1936 г. левого Народного фронта. В то время среди депутатов Народного фронта республиканской Испании было всего 17 коммунистов во главе с пассионарией- Долорес Ибаррури, 88 социалистов и 158 республиканцев, а внутри них возникла «пятая колонна», сеющая рознь и разрушающая демократический строй. А фашистский мятеж фалангистов под руководством генерала Франциско Франко вспыхнул в Марокко, потом эта армия захватила неприступную крепость Вирхен де ла Кабеса на горе в Андалузии. А затем при поддержке фашистских режимов в Италии и Германии армия фалангистов захватила всю страну. Конечно, СССР помогал республиканцам, как мог, конечно были сформированы интернациональные бригады, в одной из которых воевали Эрнест Хемингуэй, Илья Эренбург и многие другие, но что они могли сделать в условиях полной дезорганизации и превосходства вражеских сил. Важно, что все награбленное за время покорения индейских племен золото Испании республиканское правительство (руководители-видный деятель рабочего движения Ларго Кабальеро Франциско и ученый-

физиолог Хуан Негрин Лопес) в связи с наступлением Франко на Мадрид решило спрятать в СССР-636 тонн. Эту операцию блестяще организовали генерал НКВД Александр Михайлович Орлов (Лейба Лазаревич Фельдбин) и из Картахены главный военно-морской советник Николай Герасимович Кузнецов на 14 советских судах вывезли 7900 ящиков золотых слитков и золотых монет, которые никогда больше в Испанию не вернутся, несмотря на многочисленные запросы, вплоть до разрыва дипломатических отношений. Частично это золото было пущено в оплату военныз поставок республиканцам и в оплату за размещенных в 20 домах-интернатах 3,5 тымьячи юных испанцев в возрасте от 3-х до 14 лет. Больше испанских детей приютила Франция (20 тысяч), Бельгия (5 тысяч), Великобритания (4 тысячи), а также Швейцария, Дания, Мексика и после завершения войны в Испании они все, кроме прибывших в СССР, вернулись домой. Из потомков выросших испанских детей вышли актеры и режиссеры, известные спортсмены, в том числе выдающийся хоккеист Валерий Харламов. Кстати, генерал Орлов, узнав что на Родине егот ждут репрессии, решил домой не возвращаться и написал Сталину письмо, что он никого из агентов не сдаст, если его семью не тронут. Условия сторон были выполнены. В 1934 г. Льва Каменева арестовали на 5 лет за расхождение взглядов с верхушкой партии, через год добавили еще 10 лет, а в 1936 г. расстреляли по сути ни за что. А что произошло с его семьей? В отличие от царского времени, которое презирали большевики, первую его жену арестовали и расстреляли, двое сыновей также расстреляли вопреки заявлением вождя о том, что сын за отца не отвечает. Вторую жену также расстреляли, а их 7-летний сын из 27 прожитых им лет 17 лет он провел в ссылках и лагерях. Были также расстреляны брат Каменева- Николай, его жена и сын. За что? Такое в царское время никому и в голову бы не пришло. Всего с 1932 по 1937 годы исчезло 7 млн 200 тысяч наших сограждан, причем русские люди не были покорными рабами или холопами, а активно сопротивлялись насилию и число выступлений непрерывно росло.

Сталину удалось так быстро прибрать в свои руки всю власть в стране потому, что он, отстраняя ленинскую гвардию от власти, на их места ставил угодных ему людей, а также потому, что у него на руках был компромат на каждого члена ЦК, полученный от бывшего наркома финансов Исидора Эммануиловича Гуковского, из его дневника с черной бухгалтерией. Тогда через него шел золотой поток на Запад из захваченной большевиками части царской казны, а присвоение части этих денег прикрывалось благими делами: финансированием европейских компартий через Коминтерн (Зиновьев), приобретением оружия для революций в Германии и Австрии, куда деньги так и не поступили и там установились буржуазные режимы, аферой под названием «паровозное дело», когда собственные паровозы стояли, стоял и выпускавший их Путиловский завод, а большевики зачем-то закупили 1000 новых паровозов в 1920 г. у мало мощной шведской фирмы «Нидквист и Хольм», выпускавшей только до 40 далеко не лучших паровозов в год, оплатив за это 200 млн золотых рублей и т.д. В то время, когда

Наркомом путей сообщения был Л. Троцкий, и возникла эта афера в виде «паровозного дела», о чем стало известно благодаря статье в журнале «Экономист». Но В.И. Ленин активно вмешался в это дело, журнал «Экономист» закрыли, сотрудников редакции осудили за «контрреволюционную деятельность, пособничество Антанте и шпионаж», а деньги отправили в Швецию. Скорее всего паровозы были лишь прикрытием и деньги являлись возвратом германской субсидии на революцию, что проводилось через шведскую банковскую систему. На протяжении десятков лет сталинская пропаганда чернила Троцкого, который несомненно был одаренным, грамотным и деятельным человеком, активно боровшимся с царизмом, саботажем и контрреволюцией. Но, видимо, не Троцкого следует реабилитировать и обелить (что совсем не стоит делать), а показать отношение Сталина к собственному народу, не забывая о том, что они оба в той или иной степени были верными учениками Ленина. Кстати, роль «еврея при губернаторе», т.е. ближайшего советника исполняли: при Иване Грозном- Курбский, при Петре Первом- Меншиков, при Анне Иоановне- Бирон, при Екатерине Второй-Потемкин, при Николае Втором-Распутин, при Ленине-Троцкий, при Ельцине-Березовский, но Сталин принимал решения (нередко ошибочные) самостоятельно при видимости коллегиальности. До 1927 г. в стране было принято наряжать рождественскую елку (даже Ленин в этом участвовал), а потом ее отменили, как буржуазный пережиток. И только в 1935 году по решению Сталина елка вернулась в российские квартиры, но не как рождественская, а как новогодняя, и не с вифлеемской шестиконечной звездой, а с советской пятиконечной, и у Деда Мороза появилась Снегурочка.

В первые годы советской власти, т.е. в 1920-ые годы на железной дороге произошли серьезные изменения., связанные с начавшейся электрификацией дорог в рамках плана ГОЭРЛО. К 1928 г. протяженность железных дорог в СССР составила 74656 км, и вся сеть была разбита на 26 отдельных дорог, ведущих свое самостоятельное хозяйство и управляемых отдельными правлениями дорог в рамках единого Наркомата путей сообщения. Железнодорожное хозяйство включало в себя железнодорожные пути со всеми устройствами, путевые и станционные здания, подвижной состав из локомотивов, вагонов и т.п., а также целый ряд вспомогательных отраслей, включая железнодорожные мастерские, крупные заводы (паровозостроительные, вагоностроительные, шпалопропиточные и другие), депо и многое другое. В это же хозяйство входили жилые здания для рабочих и служащих, а также учреждения социального характера, нередко целые поселения. До отмены карточной распределительной системы в 1935 г. в стране было очень строго регламентировано потребление. Все транспортное хозяйство обслуживалось 1140 тысячами рабочих и служащих, которые вместе с членами их семей (всего тогда было 3.5 млн человек) составляли «транспортное население». Правда, в течение всего периода до Великой Отечественной войны преобладала паровозная тяга. За годы Советской власти сеть железных дорог выросла почти в 2 раза, и новые линии создавались, в основном, в восточных районах страны. По сравнению с 1913

г. (любимым годом для сравнения) уже к 1970 г. грузооборот увеличился в 33 раза, а пассажирооборот- в 9 раз. Несмотря на то, что сеть железных дорог СССР составляла всего 10% от мировой, на нее приходилась почти половина мирового объема грузоперевозок, что, конечно же, вело к изнашиванию дорог. К началу Второй мировой войны наиболее густая сеть железных дорог была в США, Британии, Германии, Франции и Японии, а в России железнодорожная сеть была пока еще невелика. Достижения железнодорожного транспорта в годы предвоенных пятилеток были бы еще более значительными, если бы не ошибки и промахи плановых органов и Народного Комиссариата Путей Сообщения в осуществлении технической политики, что проявлялось, в частности, в затягивании до 1935 г. перехода на более прогрессивные виды тяги. Намеченные пятилетние планы выполнялись не в полной мере. Большой урон железнодорожному транспорту, в частности профсоюзу железнодорожников- ВИКЖЕЛЬ, был нанесен в годы сталинских репрессий, когда погибли многие высококвалифицированные кадры инженерно-командного состава, талантливые ученые, проектировщики, профсоюзные деятели и строители. Сейчас по страницам газет и журналов гуляет множество спекуляций относительно Великой Отечественной войны, победа в которой осталась святым периодом в истории страны и в памяти народа, и потому на них можно даже не реагировать. Правда, Сталин празднование дня Победы регулярно отменял, а в 1965 г. Николай Егорычев предложил установить памятник погибшим за оборону столицы, против чего резко выступил Л.Брежнев, поскольку идея была не его. Егорычева отправили подальше, послом в Данию, а Вечный огонь был зажжен на могиле Неизвестного солдата от огня на Марсовом поле в Ленинграде. Все упомянутые спекуляции касаются разных родов войск и разных воинов. Так, до сих пор идут споры о причинах гибели первых наших реактивных установок «Катюша». Когда в 1941 г. в результате мощного огневого удара одновременно 112 реактивными снарядами были уничтожены вражеские эшелоны, боеприпасы и переправа через реку Оршицу. Немцы страшно боялись залпов передвижных «Катюш». Попав в окружение, командир установки капитан Флёров отдал приказ ее уничтожить, чтобы не досталась врагу. До сих пор среди некоторых западных и наших политиков бытует мнение о том, что причина неудач немцев под Москвой –это неожиданный мороз, который на самом деле ударил лишь месяц спустя, а в те дни температура колебалась от 0 до -7 градусов, что типично для европейской погоды. Действительно, несколько дней в Москве была паника, которая завершилась 20 октября 1941 г. в связи с введением в Москве осадного положения. Правда ведь не в том, были ли 28 панфиловцев или больше, а в том, что сформированная в Казахстане 316 стрелковая дивизия генерал-майора И.В. Панфилова не допустила прорыва немецких танков к Москве по совершенно незащищенному Волоколамскому шоссе и практически все герои- панфиловцы погибли в неравном бою. Это была интернациональная дивизия. Во время ВОВ погибли почти 590 тысяч казахов (каждый второй из призванных на фронт), погибли 115 тысяч киргизов (каждый третий

фронтовик), воевали 289 тысяч таджиков, 1.5 млн узбеков, 300 тысяч туркмен и т.д. Хватит спекулировать на подвиге разведчицы комсомолки Зои Космодемьянской, которая вместе с Н.Кузнецовым в диверсионную школу Павла Судоплатова попала по рекомендации Шелепина, и погибла выполняя приказ от 17 ноября 1941 г. об уничтожении всех населенных пунктов и тёплых помещений в 40-60 км от переднего края и в 30 км вправо и влево от дороги с тем, чтобы любой ценой лишить немецких захватчиков теплых помещений. Мы не будем заострять внимание читателей на подвигах бойца Александра Матросова, летчиков Виктора Талалихина и Николая Гастелло, разведчика Николая Кузнецова, уничтожившего немало гитлеровских бонз и предупредившего о возможном теракте в период Тегеранской конференции, партизана- железнодорожника Константина Заслонова, снайпера Людмилы Павличенко или старшины медицинской службы, санинструктора Героя Советского Союза 18-летней Ксении Константиновой, спасшей множество раненых и защищавшей их в одиночку от большой группы гитлеровцев, и многих- многих других героев. Кстати, в одной группе с Зоей Космодемьянской линию фронта с аналогичным заданием во второй раз переходила спортсменка Вера Волошина, которая безымянной была обнаружена немцами и повешена под Наро-Фоминском. Имя ее удалось установить спустя 16 лет, а звание Героя России было ей присвоено посмертно в 1994 г. Просто противно слушать, к тому же, где были бы эти спекулянты, если бы не защитники-герои, родились бы они вообще и выжили бы- это не известно. Одним из советских партизан был генерал армии Израиль Ицхак Арад, вся родня которого (40 человек) погибла от рук нацистов. В 17 лет тайно уйдя в лес к партизанам, участвовал в подрыве 13 вражеских эшелонов на территории Литвы. Одним из лидеров партизанского движения был Сидор Артемович Ковпак, председатель Путивльского райисполкома, с началом войны занимался эвакуацией и подготовкой партизанских баз. Органы НКВД организовали на него донос, что он не форсирует партизанское движение и предложили его расстрелять. На юге, в степной Украине партизанские отряды организовать было сложно и о нежелании Ковпака вывести партизан из леса последовал очередной донос. Сталин собрал партизанских командиров и предложил им двигаться на запад от Днепра, ведь там тоже была наша земля. И тут последовал третий донос НКВД на Ковпака о его преступной осторожности, хотя ему пришлось вести борьбу на 2 фронта, с немцами и бандеровцами. Ковпак понимал, что только при постоянном движении партизаны могут избежать окружения и можно неожиданно нанести противнику наибольший урон. Когда немецкие танки в Курской битве требовалось много горючего, отряды Ковпака пресекли его доставку. Сталин присвоил Ковпаку звание генерала. Фашисты сформировали 10 литовских батальонов, которые расстреливали евреев и советских военнопленных. Так было в местечке Понары, где было уничтожено 100 тысяч человек. Но не все литовцы были такими. Одни сочувствовали немцам и помогали оккупантам, но не участвовали в карательных операциях, другие воевали против немцев с

оружием в руках. В 2007 году прокуратура Литвы вызвала Арада на допрос, обвинив партизана « в убийствах мирных жителей и в работе на НКВД», что вызвало скандал в Израиле. Среди танкистов было меньше героев, чем среди летчиков. Известны имена танкистов Дмитрия Лавриненко, одержавшего 52 победы, Владимира Бочковского, подбившего 36 вражеских танков, но мало известен подвиг капитана Зиновия Григорьевича Колобанова, получившего задание своей танковой группы перекрыть в 1941 г. дороги на Гатчину (тогда Красногвардейск) из Луги, Кингисеппа и Волосово. На первые 2 дороги Колобанов послал по 2 танка, а его танк занял удобную позицию на перекрестке дорог на Мариенбург и Войковицы. Вокруг дорог были топи и, пропустив мотоциклистов, Колобанов вначале подбил головные танки немецкой колонны, затем замыкающие, а потом расстрелял и остальные. За короткое время одного боя было уничтожено 22 вражеских танка. Однако звездой Героя Колобанова обошли из-за его контактов с финнами во время зимней компании 1940 г. И таких безвестных героев у нас было немало.

Перед тем, как перейти к вопросам совершенствования непосредственно самого транспортного средства на железной дороге, скажем сразу, что по многим идеям и опытным образцам Россия почти всегда значительно превосходила и опережала другие страны. Не случайно японцы многие идеи, не попавшие в Государственный регистр научных открытий, черпали из наших популярных изданий «Наука и жизнь», «Техника молодежи», «Химия и жизнь» и других, в чем японцы сами признавались. Однако отечественная бюрократическая система была (и остается) настолько сильной и монолитной с преклонением перед западными разработками, что слабо развивала патентное дело, игнорировала отечественные открытия, не осознавая их важное политическое и экономическое значение. Это хорошо видно на примере изобретения радио А.С.Попова, Германа Герца (Германия) и Томаса Эдисона (США), свечи и лампочки накаливания П.Н.Яблочкова, А.Н.Лодыгина и Томаса Эдисона, паровой машины И.И.Ползунова и спустя 10 лет Джеймса Уатта и т.д. В последнее пятилетие 19 века развернулась ожесточенная борьба за первенство в открытии радио. На это претендовали в США Никола Тесла, во Франции- Эдуард Бранли, в Англии- Оливер Джозеф Лодж, в Германии- Генрих Герц. Однако первым продемонстрировал прототип радио А.С.Попов в 1895 г., а в марте 1896 г. он же передал на значительное расстояние первую в мире радиogramму. Повторил такую передачу спустя год с небольшим итальянец Гульельмо Маркони, который видел в этом бизнес и успел первым запатентовать изобретение, что позволило ему называться изобретателем радио. А.Н.Лодыгин (1847-1923) впервые в 1873 г. осветил лампочкой накаливания одну из площадей Санкт-Петербурга, а спустя 2 года лампочками освещалось строительство Литейного моста. Только в 1877 г. русский лейтенант Хованский привез лампочку в США, где этим изобретением воспользовался Томас Алва Эдисон (1847-1931) и запатентовал его в американском патентном бюро. Русский ученый немецкого происхождения Франц Ульрих Мария Теодор Эпинус (1724-1802), действительный член Петербургской академии наук, открыл

электрическую индукцию и изобрел конденсатор в развитие идей Лейденской банки, что в деталях было представлено в вестнике Академии наук. Вычитав это, итальянец Алессандро Вольта скопировал конденсатор, выдал его за свое изобретение и получил патент. Другой русский физик Василий Петров открыл электрическую дугу. И это изобретение, неосторожно опубликованное в «Технологическом журнале», спустя 9 лет приписали англичанину Хэмфри Деви. Владимир Чиколев (1845-1898) изобрел регулятор к электрической дуге и в 1880 г. подробно описал его во французском научном журнале «Ля люмьер электрик», а спустя 19 дней полностью переписанное описание изобретения было зарегистрировано в германском патентном бюро на имя предпринимателя Шуккерта. Официальной родиной танкостроения неправомерно принято считать Великобританию. Однако первая в мире танковая гусеница появилась в 1878 г.; патент был выдан сельскому умельцу Саратовской губернии Ф.А.Блинову. А чертежи первого в мире танка на гусеничном ходу подготовил незаслуженно забытый инженер-кораблестроитель Василий Дмитриевич Менделеев, сын знаменитого ученого-химика. В 1914 г. танк был спроектирован капитаном Николаем Николаевичем Лебедевым. Считается, что первым изобретателем гиперблоида, т.е. резонансной пушки, был петербургский профессор М.М.Филиппов в 1903 г. Однако ученый был убит, его изделие уничтожено, а чертежи похищены. Точно также первооткрывателем таких парапсихологических феноменов, как ясновидение, гипноз и телепатия стал русский специалист А.В. Барченко, который изучал «психическую энергию» и ставил опыты в 1910-11 гг. под руководством директора института мозга и высшей нервной деятельности академика В.М.Бехтерева и готовился к экспедиции на Тибет. Однако, в 1925 г. нарком иностранных дел Георгий Чичерин дал отрицательный отзыв на проект Барченко и заявил, что проникнуть на Тибет можно другими путями. Потом Барченко заведовал секретной нейроэнергетической лабораторией, в 1938 г. был по решению следствия расстрелян за контакты с чекистом Глебом Бокием, который собирал досье на руководителей страны. Русский ученый Николай Луин в 1881 г. открыл витамины под названием «неорганические соли». Им в Дерпте был проведен любопытный эксперимент: мышам давали химическое молоко в составе нужных белков, жиров, углеводов и минеральных веществ и они погибали, но если им давали натуральное молоко, то они оживали. Открытие молодого русского ученого было забыто. А в 1929 г. англичанин Ф. Хопкинс и голландец Х. Эйкман получили за это открытие Нобелевскую премию. Даже в Древние времена отличились русские изобретатели, придумав стреляющий лук из двух пород дерева. В 1825 г. заключенный Шлиссельбургской крепости Казимир Черновский написал письмо Николаю Первому о том, что он изобрел подводное судно (лодку), и это письмо император передал на отзыв генералу Павлу Базену, который вместе с проектом сбежал на свою родину, во Францию. Российский конструктор Петр Рассказов в 1904 г. отправил в британский технический журнал статью, где говорилось (с чертежами) о

создании специальной капсулы, способной преодолевать большие расстояния под землей. Однако ученый был убит, а его чертежи оказались в Германии, где ими благополучно воспользовались. В развитие идей Рассказова Александр Требелев в начале 1930-х годов хотел создать подземную лодку с мощным буром спереди и с 4-мя домкратами сзади. Экспериментальная модель была создана, проверена на горе Благодать (Урал), однако в 1933 г. Требелева как германского шпиона расстреляли. Повторные работы по созданию субтеррин проводились в СССР в 1949 и в 1962 гг. На западном побережье Крыма (вблизи поселка Громовка) началось строительство завода по изготовлению подземных лодок. Через 2 года субтеррина «Боевой крот» из титана длиной в 35 метров и диаметром в 3 метра с экипажем в 5 человек на скорости в 7 км в час была испытана, но взорвалась на глубине 10 км. Работы по ней прекратили, секретный завод на месте переселенного поселения закрыли и преобразовали в ТЭЦ. А немцы в годы Второй мировой войны создали опытный образец и провели успешные испытания, но серийное производство наладить не успели. В 1933 г. немецкий инженер Хорнер фон Вернер запатентовал подземоход, а в 1934 г. другой немецкий инженер Риттер построил подземоход под названием «Змей Мидгарда» длиной в 500 метров с четырьмя 1,5-метровыми бурами, а неудачная экспериментальная его проверка проведена в районе Кенигсберга. Отечественный опыт стал использоваться в мире для строительства метро (подземки) в виде проходческих щитов. За год до американцев один из пионеров отечественной авиации Лев Мациевич (1877-1910) подготовил проект с соответствующими техническим расчетами о возможности применения аэропланов в военно-морском флоте, т.е. по сути создал весной 1909 г. техническое обоснование и проект постройки авианосца, способного нести на борту 25 самолетов, с оригинальной системой их взлета и посадки. Конкретные предложения по переустройству броненосца «Адмирал Лазарев» с двумя палубами вместе с технической документацией и чертежами были направлены в морской генеральный штаб. Если бы этот проект, одобренный морским техническим комитетом и великим кораблестроителем академиком А. Крыловым, был реализован, то Россия встретила бы Первую мировую войну с собственными авианосцами. Проект Мациевича оказался в архиве с пометкой о том, что делопроизводство само собой прекращено. Возникает вопрос: это глупость, недальновидность или измена? 7 октября 1910 г. малоизвестный в мире и в современной России Л. Мациевич, талантливый инженер и легендарный русский авиатор, разбился при показательном полете в Санкт-Петербурге (это была первая катастрофа в истории отечественной авиации), а изобретателем идеи авианосного флота считается американский пилот Юджин Эли (1886-1911), первый в истории совершивший в ноябре 1910 г. взлет с палубы корабля. Ранцевый парашют, спасший жизни сотням летчиков, изобрел в 1914 году Глеб Евгеньевич Котельников. Есть и другие примеры просто наглого плагиата. Даже из выходявших в стране позднее многих научно-популярных журналов, как отмечалось, зарубежным аналитикам удавалось извлекать предлагаемые там новации и реализовывать

их у себя на практике. Не случайно говорят, что в России люди творческие и могут создать уникальный механизм (прибор), но в единственном экземпляре в виде опытного образца, а американцы могут поставить его производство на поток, на конвейер. Вот бы сочетать эти интеллектуальные усилия, да в мирных целях. Первым путешественником, пересекшим США в 1834-1836 гг от Канады до Аргентины, прошедшим всю Мексику и Южную Америку, был последователь Александра фон Гумбольдта русский отставной офицер Платон Чихачев, который, однако, был незаслуженно забыт. В 1872 г. Александр Федорович Можайский установил зависимость между подъемной силой и лобовым сопротивлением за 17 лет до немецкого исследователя Лилиенталя, в 1976 г. Можайский первым в мире летал на воздушных змеях, за 10 лет до французского испытателя Майо, а потом Можайский создал впервые в мире самолет, опередив братьев Райт на 20 лет. На Западе фюзеляжные самолеты начали строить лишь в 1909-1910 годах. Итальянский барон Роберт Бартини, попавший в русский плен, бежавший от фашистского режима Муссолини, затем русский инженер, учитель С.П. Королева добился в авиастроении рекордных скоростей самолетов, создал самолет-амфибию с вертикальными взлетами и посадками, в 1938 г. арестовали за шпионаж в пользу Италии, но 10-летний срок отбывал в шарашке с А.Н.Туполевым. Затем он создал образец сверхзвукового дальнего самолета-разведчика с ядерной установкой. Умер в 1974 г. и похоронен на Введенском кладбище Москвы. По логике вещей имя Бартини должно стоять в одном ряду с Туполевым, Ильюшиным, Лавочкиным, Микояном, Сухим и другими авиаконструкторами. На самом деле первый в мире персональный компьютер был изобретен не американской фирмой «Эппл» в 1975 году, а в 1968 г. омским конструктором Арсением Гороховым. В выданном ему авторском свидетельстве описан программируемый прибор, состоящий из монитора, отдельного системного блока с жестким диском, материнской платой, памятью, видеокартой и другой начинкой. Лучший изобретатель СССР, физик и музыкант Лев Сергеевич Термен (расширил возможности телевидения, изобрел синтезатор, в 1920 г. изобрел принципиально новый бесконтактный музыкальный аппарат-терменвокс, подслушивающий эндовибратор, сигнализацию, установленную в Форт-Ноксе и в знаменитых тюрьмах Синг-Синг и Алькатрас и т.п.) выступал с такими мировыми знаменитостями как Альберт Эйнштейн, Иегуди Менухин, Джордж Гершвин, Морис Равель. Чарли Чаплин, Джон Рокфеллер, Дуайт Эйзенхауэр и другие, собирал информацию разведывательного характера и передавал ее в СССР. После его женитьбы на мулатке и утери связи с поставщиками секретной информации Термен был срочно отозван на родину, где его тут же арестовали. Ему повезло (не расстреляли), но, обвинив в работе на множество иностранных разведок, в участии в террористических еврейских и фашистских организациях, в покушении на С.М. Кирова, когда Термен был в США, отправили в лагерь на Колыму, где он изобрел новую тачку, систему подслушивания «Буран» и был переведен в «шарашку» к заключенным А.Туполеву и С. Королеву. Умер гениальный изобретатель в нищете и

безвестности в 1993 году. Россия славилась не только своими выдающимися инженерами, физиками, химиками, деятелями литературы и искусства, но шахматистами, спортсменами, математиками (Николай Иванович Лобачевский, один из создателей неевклидовой геометрии, Софья Васильевна Корвин- Круковская (Ковалевская) из семьи генерал-лейтенанта артиллерии, первая в истории женщина-профессор математики, академик АН СССР Никита Николаевич Моисеев, Григорий Яковлевич Перельман, доказавший гипотезу Пуанкаре, и др.). Очень много в СССР изобретений военного характера приходилось на открытые и закрытые (шарашки) конструкторские бюро, особенно накануне ВОВ и во время военных действий. Это касалось самолетов (истребителей, штурмовиков, бомбардировщиков, учебных), танков (Т-34, КВ, ИС), пулеметов (ручных и станковых), карабинов и автоматов, минометов и орудий, в том числе залпового дня, авиационных пушек и пулеметов и т.д. Как тут не вспомнить Петлякова, Мясничева, Туполева, Шпитального, Конкина, Дегтярева, Шпагина и многих других. Всех русских ученых, первооткрывателей, конструкторов и их изобретений не перечислить. Так что россиянам есть чем гордиться. Ломоносовы и Менделеевы, Кулибины и Пироговы, Мечниковы и Циолковские – ими богата русская земля. Россия всегда находилась в авангарде научного и технического прогресса, демонстрируя каждый раз свою интеллектуальную силу и мощь. В отличие от других стран, в отечественном изобретательстве всегда наука отделялась от коммерции и потому некоторые изобретения возвращались в Россию спустя годы. Так произошло и с Ковалевской, занимавшейся дифференцированными уравнениями и вращением твердого тела., которую на Родине не очень почитали, умершей в 41 год и похороненной на северном кладбище Стокгольма, но вернувшейся в Россию в виде большого трехсекционного музея в деревне Полибино Псковской области.

Всё вышеизложенное лишь в малой степени развенчивает до сих пор бытующее на Западе полностью искаженное мнение о том, что в России живут одни лапотные дикари, у которых кроме водки и автомата Калашникова больше ничего нет и быть не может. Особенно в этом отношении постарались англичане в период правления королевы Виктории, лорда Пальмерстона, У. Черчилля и других. Стереотипы о пьющих русских на Западе создавались столетиями, хотя в 1960-е годы в СССР потребляли алкоголя в 3 раза меньше, чем в Британии, в 10 раз меньше, чем во Франции. Кстати, пивом на Руси считался разведенный водой мед. Алкоголизация пришла на Русь именно с Запада, при Петре Первом, открывшим «окно» в Европу, создавшим армию и флот. Именно тогда начался в стране процесс алкоголизации. Когда стали открываться питейные заведения – шинки и кабаки, то против них в середине XIX века возникли многочисленные крестьянские антиалкогольные бунты с разрушением кабаков. Особенно это движение усилилось после 1858 г., когда экономически заинтересованные власти решили полностью искоренить в стране трезвость. Народные бунты против спаивания подавляла армия. В 1893 г. по инициативе тогдашнего

министра финансов Сергея Витте была постепенно с охватом 75 губерний введена алкогольная монополия государства (Казенная продажа питей), однако хозяева алкогольной и табачной продукции находились за рубежом. Правда, доход от «винной монополии» стал важным источником формирования бюджета России. При этом четко использовался опыт новых американцев по спаиванию индейцев и по приобретению (захвату) их земель. То, что на Руси жил трезвый и трудолюбивый народ, никак не устраивало западные страны. Так было на протяжении многих лет. Поэтому уже тогда в глазах Запада главным было то, чтобы первенство изобретений не принадлежало как бы пьющей и дикой нищей России. Исходя из изложенного, на Россию периодически налагались различные ограничения в виде санкций, о чем говорится в Истории государства Российского Н.М.Карамзина. Так, во времена Ивана Грозного западные правительства запрещали купцам ввозить к нам металлы, оружие, доспехи, а вывозить воск, мед, сало и т.д., запрещали въезд в Россию высококвалифицированным специалистам- металлургам, ювелирам, оружейникам, медикам и другим, напрасно стараясь тем самым затормозить развитие страны.

В конце XIX столетия Германия запретила импорт продуктов питания из России. Англия на протяжении столетий старалась не пустить Россию на Балканы и к проливам Босфор и Дарданеллы. Даже в начале Второй мировой войны Великобритания, объявившая войну Германии, не исключала сепаратный мир с немцами с тем, чтобы направить их на восток и тем самым обезопасить свой остров. Англия, имея опыт колонизации Канады, США, Индии, Бенгалии, Австралии и Новой Зеландии с истреблением местного населения или создавая условия для его вымирания, всегда стремилась ослабить Россию, разделить ее на части и по частям ее поработить, что проявлялось всегда, но, особенно, в годы Гражданской войны в России. Если немцы на подлог были не способны, то у саксов отмечалось тройное дно с четвертой крышкой. Сегодня мало кто знает, но 215 лет тому назад русский император Павел I, пытаясь установить причины негативного отношения властей Западной Европы к России, вызвал сразу всех королей Европы на дуэль, т.е. решил все проблемы устранить одним махом в частном порядке, не доведя их отношения до большой войны. Вызов был официально оформленным и документально подтвержденным, на Западе вызов на дуэль был опубликован в 1801 г., однако этот вызов остался без ответа и европейские правители испугались дуэли. Правда, подобные случаи имели место множество раз во время борьбы за испанский престол. Дело окончилось тем, что Павел I был убит заговорщиками и струсившие европейские монархи вздохнули спокойно. Не случайно все выходцы из России, даже давно и навсегда ее покинувшие, независимо от национальной принадлежности до сих пор за рубежом считаются русскими. Имеется множество других подобных примеров далеко не дружественного и подстрекательского отношения Запада и Англии к России. Поэтому И.Сталин Англии просто не доверял. Не случайно император Александр Третий считал, что у России есть только два союзника: ее армия и ее флот.

Кстати, Ивана Грозного считают кровавым диктатором, тираном и протестуют против установления ему памятников, хотя при нем было уничтожено за все время его правления столько человек, сколько за одну ночь при французском короле Карле 1X, а во всей Западной Европе (при королях Филиппе 11, Карле V, Генрихе V111) в то же самое время с чудовищной жестокостью- не менее 400 тысяч, о чем писали историк Вадим Кожин, польский историк и писатель Казимир Валишевский и другие. Мы уже не говорим о XX веке, о сталинских и фашистских лагерях, о хорватском усташе Пётре (Петаре) Брзица, приспешнике фашистской Германии, который только за одну ночь казнил 1360 пленных сербов и т.д., что в какой-то степени снимает с Ивана 1V пелену чудовища. Такие были нравы, такое было время и оправдать его нельзя.

Накануне революции 1917 г. Россия по объему промышленного производства в расчете на душу населения отставала от наиболее развитых европейских стран и США, однако в абсолютных показателях разница была менее значимой и постепенно сглаживалась. Это было обусловлено тем, что Россия была и продолжала тогда оставаться аграрной крестьянской страной с огромным по численности сельским населением (до 85%). Однако Российская империя обладала прекрасной инженерной и культурной школой, представители которой доказали свою компетентность на мировом уровне. Достаточно вспомнить многих художников, композиторов, писателей и поэтов, певцов, представителей балета, экономистов, ученых, философов и инженеров, например ученого, изобретателя, авиаконструктора с мировым именем Игоря Ивановича Сикорского, (1885, Киев- 1972, США), экономиста, Нобелевского лауреата, создателя теории межотраслевого анализа и метода «затраты-выпуск» Василия Васильевича Леонтьева (1905, Мюнхен- 1999, Нью-Йорк) и других, многие из которых были вынуждены по разным причинам покинуть свою страну. Большевики лишили страну значительной части ее интеллектуальной элиты, что на многие годы обусловило экономическое, духовное, технологическое и культурное отставание, и СССР был все время в роли догоняющего. Для отечественных изобретателей важным было открытие нового, ранее неизвестного, а зарубежные инженеры старались из каждого изобретения извлечь коммерческую выгоду путем его патентования и массового производства. К сожалению, до сих пор, видимо уже по традиции, руководящие органы недооценивают многих отечественных специалистов и не прислушиваются к их профессиональному мнению. Отмечается дефицит квалификационных инженерных кадров и по сегодняшним данным ректора Сколковского института науки и технологий академика А.Кулешова по уровню обеспеченности грамотными инженерами мы сейчас скатились до уровня 1929 г., что произошло вследствие ошибочной кадровой политики в стране. Сохраняется и соответствующее отношение и к науке в целом, а также к умным и образованным людям. Англичане в 1971 г. выслали из своей страны 105 советских граждан, не имеющих никакого отношения к разведке, вскоре после того, как им удалось завербовать советского разведчика и диверсанта майора КГБ Олега

Лялина, работающего под легальным прикрытием. Он окончил Высшую разведовательную школу №101 в Подмосковной Балашихе, затем расположенные по соседству Курсы усовершенствования офицерского состава, которые в 1993 г. под нажимом США были неоправданно закрыты. По прибытии в Лондон он попал под наблюдение контрразведки (МИ-5 и спецотдел Скотленд-Ярда) и его поймали на любовницах. Местные журналисты даже приписали ему намерение затопить лондонское метро в случае войны. Англия до 1970-х годов была главным посредником между СССР и странами НАТО, взимая за это солидные проценты. Но вначале Шарль де Голль не позволил организовать в Париже штаб-квартиру НАТО, затем заявил о выходе из этого блока с закрытием 29 иностранных военных баз на территории Франции, о развитии взаимовыгодных отношений с СССР, потом социал-демократы ФРГ взяли курс на установление прямых контактов с СССР. Англия была в ярости и вместо давления на ФРГ решила устроить громкий политический скандал, в чем и преуспела.

Джеймс Уатт запатентовал вакуумную паровую машину с кривошипношатунным механизмом, которая производила непрерывное вращательное движение вала. Именно с вакуумным двигателем Уатта связывают начало промышленной революции в Англии. Однако, задолго до изобретения парового двигателя (за 1700 лет до этого) гениальный изобретатель Герон Александрийский создал работавшую простую паровую турбину. Он же изобрел автомат по продаже святой воды и создал первый как бы программируемый робот в виде трехколесной тележки.

Постепенно менялся подвижной железнодорожный состав, внедрялись новые технологии и организационные формы работы, менялся облик станций и вокзалов, изменялись и совершенствовались локомотивы, менялся и кадровый состав работников. Паровоз, как основной локомотив, начал уступать свое место тепловозам и электровозам и постепенно совсем исчез с железнодорожных магистралей, оставаясь на какое-то время на маневровой работе. Сейчас паровозам место в музеях. Муромский завод продолжал выпускать паровозы до 1957 г., а Воткинский паровозостроительный завод выпускал узкоколейные паровозы вплоть до 1960 г., хотя еще в 1956 г. было принято правительственное решение о переводе железных дорог на перспективные виды тяги- дизельную и электрическую. Впервые электрическая тяга на железнодорожном транспорте была применена в Германии в 1879 г. Вернером Сименсом, и уже в 1881 г. было открыто пассажирское сообщение на первой городской электрической железной дороге Берлин (одна из 16 земель Германии на реке Шпрее)- Лихтерфельд (земля Бранденбург). Позже электрическая железная дорога составила в Германии густую сеть между всеми городами и промышленными районами., появились пригородная и городская электричка, метрополитен, S-bahn и U-bahn. Первоначально электрическая тяга применялась на городских трамваях, но затем область ее применения значительно расширилась. В России Ф.А. Пироцкому в 1880 г. удалось создать электрическую тягу для перевозки пассажиров. На Коломенском заводе был создан самый быстрый

тепловоз в мире- ТЭП80. Это все ознаменовало новый этап в развитии железных дорог.

В связи с затянувшейся бесперспективной Первой мировой войной, разорением многих крестьянских хозяйств, дефицитом продовольственных и других товаров, забастовками, процветающей коррупцией, особенно при выполнении государственных военных заказов, тяжелым положением 1.3 млн железнодорожников, развитием революционного движения и разрушением центральной власти положение дел на железнодорожном транспорте резко осложнилось. Правда, в ходе этой войны была построена Мурманская железная дорога протяженностью почти в 1.5 тысячи км, поскольку военная помощь от союзников шла через Север морским путем.

Николай Второй был любящим мужем, прекрасным отцом и семьянином, но царем он был никудышным. Он постоянно находился под чьим-то влиянием, главным образом, со стороны матери- Марии Федоровны и жены- Александры Федоровны, периодически взбрыкивая. Его могучий отец, любитель простой мужицкой кухни, не имея достаточного образования и воспитания, облегчил жизнь простого народа, укрепил армию и флот, не допустил втягивания России в международные конфликты, но не передал сыну элементарные знания и навыки по управлению Великой Россией. Даже когда начиналась революция, царь Николай Второй считал ее бунтом и рассчитывал подавить силой, но и тогда главным для него была не рушащаяся страна, а корь у его детей. Поводом к революции послужило возможное отсутствие хлеба в Петербурге, хотя в стране зерна от предшествующих урожайных лет было вполне достаточно и проблема заключалась в сложностях подвоза. Такая же проблема недостатка хлеба была характерна для Москвы, Смоленской, Черниговской, Калужской и Костромской губерний. Дело в том, что на подступах к Петербургу застряли 5700 вагонов с мукой по непонятным, до сих пор не установленным причинам: то ли помешали снежные заносы, которые были и раньше, то ли кто-то намеренно их задержал. Да и в самом городе были трехдневные запасы муки. Значит, кому-то было выгодно распускать слухи, создавать ажиотаж и громадные очереди.

О том, каким царь был властителем страны, можно судить по его регулярно ведущемуся дневнике: стрелял ворон, потом пил чай, гулял, принял двух посетителей, обедал. И примерно так каждый день, даже когда царь взял на себя Верховное главнокомандование вооруженными силами и пребывал в ставке в Могилеве. Николай застрелил 11592 собаки (в среднем-429 собак за год) и 18679 кошек, что говорит о его жестокости. Все остальные члены царской семьи собак любили и сестра Николая Ольга Александровна, дожившая до 1960 года, возмущалась, когда запустили в космос спутник с собакой, а больной гемофилией царевич Алексей подружился со спаниелем по кличке Джой, который был единственным существом, кто спасся от кровавого расстрела. Правда, Николай II и Александра Федоровна жили очень скромно, уединенно и проводили все свободное время в узком семейном кругу. Такое впечатление, что страна осталась там, где-то за

кадром и за забором. Слабость характера царя проявилась и в его (из-за большого гемофилией сына Алексея) отречения от престола, которое было по сути насильственным, ультимативным и скорее напоминало свержение царя в пользу брата Михаила Александровича, который, подумав, согласился, но только при поддержке народа, избранного в Учредительное собрание. На это думцы и генералы не рассчитывали, они хотели создать правительство «народного доверия» и де факто управлять страной при слабом царе. Не стоит забывать, что перед Первой мировой войной именно благодаря великому князю Александру Михайловичу, двоюродному дяде царствующего императора, в Севастополе в 1910 г. была открыта отечественная лётная школа и Россия имела самый большой в мире воздушный флот - 263 самолета вооруженных пулеметами. До сих пор рядом с горой Узун-Сырт вблизи Коктебеля существует планерная школа. Николай Второй боролся за свою власть, но, в отличие от других правителей, не ради себя, а ради блага России. При последнем русском царе выработка электроэнергии возросла в 100 раз (в ленинский период упала в 1,6 раза), выплавка стали - в 4,3 раза (при новой власти упала в 3 раза), добыча нефти выросла в 3 раза (после снизилась в 1,4 раза), в 4 раза увеличилось число больниц и еще в царское время образование и медицина стали бесплатными, появилась скорая помощь, началось ведение учета заболеваемости, с 1912 года было введено обязательное страхование рабочих от несчастных случаев. В 1913 г. в начальной школе учеников было больше, чем в 1928 г. Главный советский миф состоял в том, что царская Россия была аграрной страной и на ее долю приходилось 40% мирового экспорта сельхозпродукции, хотя к 1913 году Россия занимала первое место в мире по темпам промышленного производства, были построены сотни новых заводов и фабрик. 90% земель находились в личном пользовании крестьян, однако после революции они ее лишились. Именно в эпоху Николая II родились русская авиация и русский подводный флот. Российский рубль считался самой надежной валютой благодаря завершению финансовой реформы Сергея Витте. Рубль стал золотым (содержал 17,424 доли чистого золота) и конвертируемым. В 1899 году было отчеканено 27 млн золотых десятирублевых монет (Николаевских червонцев) с золотом самой высокой 900-й пробы. Большие золотые монеты (империалы), весом почти в 13 г. выпускались только 3 года из-за значительных затрат на их изготовление. Еще в 1883 г. бело-сине-красные цвета были объявлены национальными цветами России и с тех пор наш флаг стал трехцветным. Закон о подушной подати был введен еще в 1724 году Петром I, однако из-за сложности его сбора и огромные недоимки привели к его отмене в 1886 году. Совершенно очевидно, что тогда страна была на подъеме. Естественный прирост населения ежегодно составлял 2-3 млн человек за счет высокой рождаемости. Но и смертность была достаточно высокой, особенно, младенческая смертность (244-273 на 1000 родившихся), а СПЖ составляла всего 32 года. Кстати сказать, первая Государственная Дума (первого созыва), избранная в 1906 г. в составе 524 депутатов, отличалась демократичностью, в ней по настоянию царя пропорционально

были представлены все российские сословия (крестьянское, рабочее, городское и землевладельческое) и партии (42% выборщиков от крестьян, 34% - от землевладельцев, 24% - от горожан), обсуждение проблем было гласным со множеством дискуссий. Государственная Дума третьего созыва образовала Временный комитет (Временное правительство), не пользующееся доверием народа, поскольку ратовало за продолжение войны «до победного конца». Временное правительство сразу же освободило заключенных в тюрьмах и лагерях, причем наряду с политическими на свободу вышла масса уголовников. В результате уровень преступности сразу же возрос, а царская полиция была вся разогнана. И тогда Временное правительство своим постановлением от 17 апреля 1917 г. создало народную милицию. Именно в этот день зародилась милиция, а не, как у нас отмечают, 10 ноября 1917 г., когда появилась по постановлению Совета народных комиссаров советская милиция. Временное правительство отличалось красноречием и произносило много слов, некоторые из которых, хотя и не были реализованы, но были абсолютно правильными и справедливыми. Например, говорилось о том, что цель свободной России - не господство над другими народами, не отнятие у них национального их достоинства, не насильственный захват чужих территорий, но утверждение прочного мира на основе самоопределения народов. К сожалению, это никак не соответствовало намерению продолжать войну. Февральская революция 1917 г. породила охлократию, демократию и бандитизм, что было также характерно для периода распада СССР, правда, охлократии и демократии стало меньше, а бандитизм приобрел выраженный экономико-приватизационный грабительский характер. Той революции предшествовали стачка в Петрограде, в которой приняли участие 140 тысяч рабочих и забастовка на Путиловском заводе, где рабочие требовали 50% надбавки, а им давали только 20%. В то время охлократия (власть толпы) смыла тонкий слой культуры, ликвидировала традиции, правила и запреты, а также необходимость соблюдения законов и моральных норм. Все это породило насилие, ожесточение, цинизм, уничтожение всех тех, кто не относился к рабочим и крестьянам. На волю вырвались наихудшие человеческие качества и хаос. Во Временном правительстве из 11 членов десять являлись масонами. Но при этом Временное правительство отменило черту оседлости для евреев в России, за что американская финансовая элита решила подарить России 93-х метровую копию статуи Свободы и собрала на ее установку несколько миллионов долларов. Однако, пока искали место для памятника, власть поменялась, большевики отказались от такого подарка, а направленные в Россию деньги исчезли. Временное правительство сразу же развалило армию, ликвидировало в ней единоначалие, подчинив ее 1 марта 1917 г. Советам рабочих и солдатских депутатов. Отсюда видно, что не большевики, позиции которых в армии тогда были откровенно слабыми, развалили действующую русскую армию. Русская армия не хотела воевать и потому братание с немецкими солдатами на нейтральной полосе проходило постоянно, начиная с Пасхи 1915 г. Кроме того для армии были характерны

дезертирство, добровольная сдача в плен, самострелы, отказы выполнять приказы начальства. Большевики этот подрыв воинской дисциплины, естественно, поддерживали и видели в этом верный путь разрушить единственную в стране вооруженную силу, окончить войну и спровоцировать в России смуту. Важнейшую роль в свержении царского строя, а затем и Временного правительства сыграл бунт солдат питерского гарнизона, где сосредоточилось почти 150 тысяч солдат из запасных учебных частей, которые отличались низкой дисциплиной, нежеланием отправляться на фронт, мародерством и убийством офицеров, например, командующего Балтийским флотом адмирала А.Непенина. Эта разношерстная масса солдат (и матросов) послужила питательной средой для революционных действий и быстро большевизировалась. В это очередное смутное время люди с коммерческой жилкой богатели. Так, Александр Парвус (Израиль Гельфанд) разбогател на торговле оружием, сапогами с картонными подошвами и получил миллионы в Германии на организацию революции в России. Им же была разработана четкая смета и схема смуты, которые потом легли в основу многих цветных революций. Ленин же никаких денег от немцев не брал, это исторический факт, подтвержденный его же словами о том, что революцию нужно делать чистыми руками. Тем не менее, В.И.Ленин, выехав 9 апреля 1917 г., с соратниками (Н.Крупская, И.Арманд, имевшая пятерых детей от двух браков и бывшая любовница Парвуса, Г.Усиевич, Г.Зиновьев-Радомыльский с 2-мя гражданскими женами, Г.Сокольников-Брильянт, К.Радек и еще 24 человека с детьми) прибыли 3 апреля 1918 г. в Петроград. Причем они ехали в закрытом, но не опломбированном вагоне без паспортного контроля и таможенного досмотра в первом классе с максимальным комфортом через всю Германию (Готтмадинген-Штутгарт-Франфурт-на-Майне-Берлин-Штальзунд-Зосниц), от Швейцарии до конечной станции в Германии, потом на пароходе «Королева Виктория» в Швецию (там их в Треллеборге встречал Яков Ганецкий-Фюрстенберг, вручивший деньги) согласно договоренности швейцарца Ф.Платтена с германским посольством под охраной немцев и за их деньги (для конспирации из Швейцарии через Германию шли три поезда), а проезд от Стокгольма до Петрограда был полностью оплачен Временным правительством. В Белоострове во время короткой остановки к ним присоединился И. Сталин. Вместе с Лениным и его соратниками через всю Германию проехали еще 65 членов РСДП, 33 бундовца, 17 эсеров, 14 анархистов и другие при сопровождении 2-х офицеров германского генерального штаба. Немцы транспортировали В.И.Ленина и его единомышленников как чумную бациллу, в полной изоляции. Правда, до этого в течение двух дней Ленин в декабре 1916 г. находился постоянно в германском посольстве в Берне и по результатам его бесед с послом руководство Германии сделало ставку на большевиков. В 1943 г. известный австрийский писатель Стефан Цвейг в опубликованной статье назвал тогдашнюю транспортировку большевиков «транспортом живого тринитротолуола». Он считал, что миллионы смертоносных снарядов не

обладали столь разрушительной силой, как большевики, вернувшиеся в Россию. А известный германский генерал Эрих фон Людендорф писал, что с военной точки зрения провоз большевиков в Россию был оправдан, а нам представляется, что и с экономических позиций тоже. После Октябрьской революции финансирование ленинского советского правительства Германской империей не прекратилось, но долги нужно было возвращать. На первом этапе произошел развал армии, к чему огромные усилия приложило Временное правительство. На втором этапе нужно было передать Германии огромные территории и по договоренности с Троцким (ни мира, ни войны) мирные переговоры были сорваны и немцы захватили значительную часть территории России. И здесь путем как бы внутренних разногласий для сохранения власти была осуществлена изумительная комбинация в том, что выполнение немецких требований-шаг абсолютно вынужденный и не имеет альтернативы. При этом Ленин намеренно запоздало отменил приказ Троцкого о демобилизации и потребовал заключения мира на германских условиях. Так был произведен расчет за финансовую помощь. Кстати, именно Временное правительство и Петросовет во главе с меньшевиком Н.Чхеидзе организовали В.И.Ленину с его соратниками торжественную встречу в «царской» комнате Финляндского вокзала, с почетным караулом и оркестром и предоставило ему автомобиль, на котором В.И.Ленин с женой поехал в бывший особняк балерины Матильды Кшесинской, где размещался штаб большевиков. Броневик был, было с него и 3-х минутное выступление в виде лозунгов, и все спрашивали, кто это приехал, но основную краткую речь В.И.Ленин произнес в VIP- зале вокзала. Но почему В.Ленину и Г.Зиновьеву после такой торжественной встречи потом пришлось прятаться в сарае токаря Н.Емельянова в Сестрорецке, потом бежать в Разлив и жить в чухонском шалаше несколько недель (здесь же В.И.Ленин завершил книгу «Государство и революция»), а потом еще дальше в Финляндию? Оказывается, все банально и очень просто. Вначале на фронте началось разрекламированное июньское наступление 8-ой ударной армии генерала Л.Г. Корнилова против слабых австро-венгерских войск с занятием городов Станислав, Галич, Калуш и выходом на реку Ломница; в результате укрепился курс рубля, подскочили вверх акции русских ценных бумаг, но затем наступление провалилось с треском, потери составили 1222 офицера и 37.5 тысяч солдат, экономика рухнула, в Петрограде взбунтовался гарнизон, кадеты вышли из Временного правительства, а министр путей сообщения Н. Некрасов вышел из партии кадетов, начались стихийные демонстрации. Самая большая из них, организованная сильнейшей движущей силой революции- анархистами, но возглавляемая большевиками, пыталась силой захватить 4 июля 1917 г. Таврический и Зимний дворцы под лозунгами «Долой Временное правительство!», «Безвластие и самоустройство», «Анархия- мать порядка». В.И.Ленин это все пропустил, т.к. отдыхал на загородной даче Бонч-Бруевича. Вернувшись, он высказался резко против своих коллег по партии, считая их выступление преждевременным. Однако власти обвинили во всех бедах и беспорядках большевиков, в течение недели

громили большевистские штабы, распространяли негласные приказы генерала Петра Половцова, войска которого накануне разогнали демонстрантов огнем из пушек, об устранении лидеров большевиков и в конце концов решили устроить над ними судилище. В городе было объявлено военное положение, тираж газеты «Правда» был изъят и уничтожен. Начаты массовые преследования и аресты участников демонстрации, руководство которой и подстрекатели, поднявшие вооруженное восстание против «установленной народом государственной власти», обвинены в измене родине и предательстве революции. Создается специальная комиссия для расследования по поводу связей большевиков с Германией. Были выписаны ордера на арест Ленина, Зиновьева и Каменева, а Сталин, как «умеренный» оставлен на свободе. Поэтому Ленин и Зиновьев, объявленные в розыск, вначале хотели сдаться, но потом скрывались у рабочего Сестрорецкого оружейного завода Николая Емельянова, а в ночь на 23 июля бежали в Разлив, откуда спустя время в августе в сопровождении Емельянова, Шотмана и Рахья добрались до станции Дибуны, выехали по железной дороге в Петроград и дальше Ленина вывез в Финляндию под видом кочегара на паровозе финляндский машинист Гуго Ялавы. На территории великого княжества Финляндского Ленин проживал до начала октября 1917 г., а на суд явился Л.Троцкий и отправился в тюрьму, откуда написал письмо Временному правительству с опровержением всех выдвинутых против него обвинений. Вскоре, через месяц в сентябре начался Корниловский мятеж и Временное правительство вернуло эмигрантов, выпустило большевиков из тюрем и вооружило их для отпора мятежникам. Вот и получилось, что власть, которую подточили члены Государственной Думы (они опасались предстоящего роспуска Думы) и высший генералитет (что еще более странно), как перезревшее яблоко свалилась прямо в руки большевиков. Приходу большевиков к власти способствовали затянувшаяся Первая мировая война, падение воинской дисциплины среди солдат и массовое дезертирство. Октябрьского переворота могло не случиться, если бы премьер-министр с 18 мая 1917 г. Временного правительства А.Керенский проявил больше политической гибкости и меньше самовлюбленности, позерства и демагогии. Сохранившиеся стенограммы его речей производят удручающее впечатление и являются смесью дешевенького пафоса и погоней за чрезмерной красотостью оборотов, например, «Я растопчу цветы души моей». Ему восторженно аплодировали экзальтированные барышни, но простым людям он был не понятен. Его подвели самоуверенность и желание войти в историю. Страны Антанты давали деньги Временному правительству для продолжения войны, а Германия давала деньги большевикам, чтобы они войну прекратили; Именно немецкому разведчику Вальтеру Николаи принадлежала идея вывода России из войны путем доставки из Европы в Россию противников войны - членов РСДРП (б) и снабжения их деньгами через немецкие банки, находящиеся в Швеции. Получателями этих денег могли быть Ленин, Зиновьев, Каменев, Троцкий, Суменсон, Козловский, Коллонтай, Стивенс и Меркалин. По сути Вальтер Николаи изменил ход

истории. В поездке Ленина и его соратников через Германию сопровождали почти 300 немецких разведчиков. На тайной встрече перед Октябрьским переворотом с участием представителей Антанты, разведчиков и банкиров было принято решение отстранить бездеятельного главу Временного правительства от власти. Узнав об этом, Керенский бежал из Петрограда в машине американского посла, не оставив никаких поручений правительству. Временное правительство пребывало в растерянности и, не зная, что предпринять, сконцентрировалось беспомощно в Зимнем дворце, не сумело накормить и вооружить охранявших его безусых юнкеров и ударниц женского батальона Бочаровой. Этой неразберихой немедленно воспользовался Ленин и буквально «через колено» заставил большинство своих соратников принять решение о вооруженном восстании, которым руководили Троцкий и его подвижники Антонов-Овсеенко, Подвойский, Чудновский. Мешать большевикам никто не собирался и не пытался. Пыж, вылетевший в результате холостого выстрела с крейсера «Аврора», пробил 2 стены Зимнего дворца, а обстрел из орудий Петропавловской крепости полностью деморализовал защитников дворца. Конечно, никакого штурма Зимнего дворца и его металлических высоких ворот не было, а революционные солдаты с их лидерами вошли в Зимний дворец через открытый черный ход и добрались до малой столовой, где прятались министры. Их на время арестовали, а потом по договоренности выпустили. Нужно сказать, что в течение десяти лет, с 1907 по 1917 г., В.И. Ленин в России вообще ни дня не находился. Большевиков к Февральской революции было всего 24 тысячи, меньшевиков- 35 тысяч, кадетов-100 тысяч, эсеров (левых и правых)- 400 тысяч человек. О слабости, бездействии и нерешительности Временного правительства можно, к примеру, судить по сильнейшему пожару в столице Алтая Барнауле в мае 1917 г., с которым не смогли справиться представители Временного правительства на местах, хотя и были задействованы все наличные пожарные расчеты. Выгорел весь центр города, сгорела городская управа, амбулатория, управление Алтайской железной дороги, военные казармы, гостиницы, конторы, типографии, заводы, учебные заведения, ночлежки для бездомных, приюты для детей-подкидышей, склады, десятки магазинов, без жилья осталось более 10 тысяч человек. В городе были уничтожены все продовольственные запасы, наступил голод, хозяйничали мародеры и грабители. Обращения за помощью к Временному правительству в Петрограде не помогли. И тогда наведением порядка в городе занялся местный Совет рабочих и солдатских депутатов: на улицах появились патрули, из Томска прибыл санитарный поезд, из Новониколаевска (ныне Новосибирск) прибыл поезд с продовольствием и кроватями, были организованы бесплатные пункты питания и выданы значительные ссуды, в том числе на приобретение медикаментов. Дети обеспечивались горячей пищей и молоком. Просто в составе Совета нашлись инициативные и организованные люди, а во Временном правительстве преобладали бездеятельные трибуны, краснобаи и демагоги. Вообще, только в Европейской части России за 50 предреволюционных лет было

зарегистрировано почти 2 млн пожаров, которые уничтожили 6.5 млн деревянных домов. Правда, от Временного правительства запах демократии ощущается до сих пор и оно оставило свой след в истории страны, даже в том, что 100 лет тому назад основало до сих пор действующую Всероссийскую книжную палату. Кроме того, был принят акт «О свободе совести», внесены изменения в законы о состоянии, в положение об инородцах, в положение о наказаниях, в уставы о воинской повинности и иностранных исповеданий, о всеобщей амнистии и освобождении заключенных и многие другие решения, направленные на демократизацию страны, как тогда это понималось. Всеобщая амнистия привела к охлократии, к власти толпы, к мародерству, бандитизму и грабежам. Усугубил положение приказ №1 Временного правительства о подчинении армии не офицерам и командованию, а выборным комитетам, который полностью разложил русскую армию.

Поразительно, но никто не выступил в поддержку императора: ни одно поселение, ни армия, ни полиция, ни придворные, ни родня, в том числе 16 великих князей, и т.п. Все это выглядело как заговор, а, как известно, революции совершаются из-за глубоких внутренних проблем и неурядиц при возможном давлении и подталкивании (мягким или жестким) со стороны. Так, вместо демократических преобразований власти (по английскому парламентско-королевскому типу) получилась охлократия, т.е. власть толпы. Октябрьский переворот, в результате которого большевики получили власть в России, не мог бы состояться без поддержки левых эсеров, с которыми вскоре большевики расправились. Большевики не выполнили ни одного своего пиаровского привлекательного лозунга: власть- народу, земля- крестьянам, фабрики- рабочим, но сохранили свою власть ценой временной утраты стратегически важных территорий (Польши с Украиной, Прибалтики, Финляндии, Молдавии, части Белоруссии и Закавказья (Карскую область и Батумский округ), Пскова и некоторых областей центральной и южной России, где проживали 56 млн человек, т.е. треть всех подданных Российской империи), и за счет выплаты огромной контрибуции в 6 млрд. марок или 500 млн золотых рублей (в Германию были отправлены эшелоны с 450 тоннами золота), остановили кровопролитную войну с Германией и Австро-Венгрией по Брестскому кабальному (по типу Версальского договора) мирному договору от 3 марта 1918 г. Балтийский флот выводился из баз в Финляндии и Прибалтики, Черноморский флот со всей инфраструктурой передавался Германии. А переговоры начались за полгода до этого и немцы соглашались на нулевой вариант, но не желали освободить оккупированные территории. Большевиков подвел принятый ими Декрет о мире, в части права на самоопределение, чем немцы благополучно воспользовались. И когда Троцкий заявил, война закончена, Россия отказывается подписать мирный договор и распускает армию, то начальник германского штаба генерал Макс Гофман принял решение двигаться дальше на восток, захватывая все новые территории. Когда германцы заняли Псков и подошли к Нарве, то по предложению В.И.Бонч-Бруевича правительство

спешно, со светомаскировкой и в тайне переезжает в Москву. Однако план эвакуации был сразу же нарушен и за первым (из двух) литерным поездом с товарных путей Николаевского вокзала Петербурга неожиданно тронулся воинский эшелон с матросами-анархистами, дезертировавшими с фронта, которых в Малой Вишере удалось разоружить. В то время, по свидетельству ряда историков, Россия не проигрывала войну, а выигрывала при окрепшей промышленности, значительных запасах продовольствия и достаточности вооружения. Выигрывала вся Антанта (Англия, Франция и Россия) против четверного союза (Германия, Австро-Венгрия, Турция и Болгария), поскольку в войну из-за провокационной телеграммы германского министра иностранных дел Артура Циммермана президенту Мексики на стороне Антанты вступили США, помогая не только оружием и кредитами, но и высадив сотни тысяч американских солдат на европейском континенте. К тому же в Германии назревала революция. И в ноябре 1918 года Германия капитулировала. Но это так, между прочим. Большевики придали независимость Польше и Финляндии и 19 декабря 1917 г. Финский парламент (эдускунта) одобрил декларацию независимости и сопроводительный документ, в котором написано, что народ России, после свержения царизма, неоднократно давал понять, что предоставляет народу Финляндии право определять свое будущее на основе своего многовекового культурного развития. Народ Финляндии твердо верит, что свободный народ России не будет препятствовать желанию народа Финляндии присоединиться к другим свободным и суверенным нациям.

Фактически власть большевиков спасло заключение мира, против которого резко возражали Дзержинский, Бухарин, Урицкий, Радек, Иоффе, Крыленко и другие, однако Ленину при поддержке Сталина, Зиновьева и Свердлова большинством всего в один голос удалось провалить нужное решение, не раскрывая всех своих далеко идущих замыслов. Брестский мир позволил Германии сосредоточить свои силы на Западном фронте, а страны Антанты поэтому считали большевиков предателями и врагами. Особенно шокировало европейское сообщество разгон демократически избранного народом Учредительного собрания, расстрел царской семьи, проведение красного террора, отказ платить долги и т.д. Утром 5 января 1918 г. в Таврическом дворце должно было начаться Учредительное собрание, на котором большевики были в меньшинстве и в знак протеста покинули зал, а зачитывающий проект резолюции эсер Чернов был остановлен анархо-коммунистом из Кронштадта матросом Анатолием Железняковым, который и закрыл Учредительное собрание, как надежду на либерализацию в стране при союзе большевиков и левых эсеров, со знаменитыми словами: «Караул устал!». И хотя история обратного хода не имеет и к ней неприемлемо сослагательное наклонение, представим себе Россию с действующим Учредительным собранием. Тогда большевики в союзе с другими левыми силами стали бы в нем и в последующем демократически избранном парламенте сильной левой оппозицией. Если бы большевики не захватили подпаленную власть и не установили советскую диктатуру, то не было бы

опустошительной Гражданской войны, международной изоляции страны и вероятность Второй мировой войны была бы минимальной. Но эти гипотетические рассуждения разбиваются не только о реальность событий, но и на традиционное негативное отношение Запада к России, независимо от ее устройства. На сторону большевиков после объявленной амнистии участникам Белого движения перешли такие генералы, как главный крымский вешатель большевиков Яков Слащев, генерал-лейтенант в отставке Владимир Джунковский, предложивший провести операцию «Трест», генералы Бонч-Бруевич, Брусилов, Потапов, Свечин и другие. Они служили в Генеральном штабе Красной армии, преподавали на курсах высшего командного состава, являлись консультантами. Джунковский слыл либералом, будучи губернатором Москвы, хорошо относился к подчиненным, учредил антиалкогольный музей, открыл Коммерческий институт, Университет, два педагогических института, Елизаветинскую Марфо-Мариинскую обитель, учредил общество воздухоплавания, Музей изящных искусств, инициировал празднование 100-летия Бородинской битвы, по Москве ездил на велосипеде. Он, не желая видеть развал армии, вышел в отставку со скромной пенсией. Благодарные большевики его арестовали и выпустили в 1921 г. по ходатайству московских артистов во главе с известной певицей Антониной Неждановой, после чего Джунковский устроился церковным сторожем, преподавал французский язык и консультировал ВЧК в проведении ряда операций. В 1938 г. по решению «тройки» его арестовали и по утвержденному Сталиным списку расстреляли, а посмертно реабилитировали в 1989 г. Остальным генералам повезло больше - они вскоре умерли своей смертью. Всего же на призыв большевиков вернуться в Россию откликнулись 233 тысячи бывших белогвардейцев различных чинов и званий, потом почти все они погибли в концлагерях. Кстати, то, что в истории называется брусиловским (Луцким) прорывом с захватом Перемышля, на самом деле организовала 8 армия под командованием генерала Каледина, который выпал из истории, поскольку потом воевал против советской власти. А Брусилов тогда командовал Юго-Западным фронтом и был не инициатором, а противником этого прорыва из-за возможных значительных жертв. В итоге активных военных действий австро-венгерская армия была разбита, противник потерял 1.5 млн убитыми и ранеными и еще 0.5 млн были взяты в плен. Наступление было прервано из-за укрепления австро-венгерских позиций переброшенными немецкими войсками, что убедило Брусилова в несостоятельности царского управления войсками и в отсутствии координации действий армий и фронтов. Брусилов служил не правителям, а России и потому потом он, будучи в отставке, не принял предложение возглавить Белое движение. На сторону красных его склонили известие о расстреле его сына «дроздовцами» (гвардией Добровольческой армии Деникина под командованием полковника Дроздовского) и начавшаяся Советско-польская война, во время которой он согласился быть консультантом Рабоче-крестьянской Красной армии. Только отбыв в 1925 г. на лечение в Карловы Вары, Брусилов завершил свои

мемуары с откровенными мыслями о большевиках, Ленине и революции и, когда они были опубликованы на Западе, в СССР о Брусилове предпочли забыть. Названная пролетарской, диктатура стала на самом деле большевистской, а по сути- вначале нескольких партийных вождей, а затем и одного из них. Правда, похоронили генерала Алексея Алексеевича Брусилова в 1926 году на Новодевичьем кладбище со всеми почестями.

Октябрьский переворот- так это событие все тогда, включая В.И.Ленина, называли- лишь в 1936 г. Сталиным, который лично переделывал историю много раз и выпустил Краткий курс истории ВКП(б), был официально заменен на Великую Октябрьскую социалистическую революцию. Кстати, именно в этом Кратком курсе появилась дата 23 февраля как день рождения Красной армии, поскольку тогда продвижение немцев было приостановлено. В.И.Ленин часто болел, не смог оправиться от удара после смерти Инессы Арманд от холеры в возрасте 46 лет, не дожил до своего 54-летия и многие специалисты утверждают, что на его здоровье сэкономила вначале несостоявшаяся учительница Мария Александровна, прижимистая мать будущего вождя при высоком семейном доходе, за который ежемесячно тогда можно было купить 15-20 коров, а затем и его жена- Надежда Константиновна Крупская, любившая не столько на год младшего Ленина, сколько революцию в нем, не спешившая выкладывать деньги на лечение своего мужа и консультировала его у студентов-недоучек, хотя В.И.Ленин за рубежом написал ряд хорошо продаваемых книг. И, несмотря на то, что ей не удалось получить высшее образование (она окончила гимназию с золотой медалью, что позволило ей преподавать в вечерней школе для рабочих), она за несколько лет добилась всеобщей грамотности, создала избы-читальни, клубы, школы для взрослых, музеи Лермонтова и Белинского, помогала многим литераторам (писателю Михаилу Булгакову выхлопотала квартиру), редактировала многие просветительские журналы, ей во многом обязана одна из лучших в мире советская система школьного образования, о чем авторы книги могут судить по себе, стояла у истоков комсомола и пионерской организации. К сожалению, от прежней системы школьного образования сейчас почти ничего не осталось, и к этому вопросу мы еще не раз вернемся. С другой стороны, Н.К.Крупская демонстрировала полное мракобесие с требованиями изъять из библиотек книги известных философов- Платона, Аристотеля, Декарта, Канта, Шопенгауэра, Владимира Соловьева, а также запретить некоторые сочинения Л.Н. Толстого, Корнея Чуковского, Аксакова, Апухтина, Лескова и других. Она в газете «Правда» за 1928 г. полностью разгромила сказки Корнея Чуковского (Николая Корнейчукова или Николая Эммануиловича Левенсона) «Крокодил» и «Муху-цокотуху», обозвав их «буржуазной мутью». В Москве ей установлены 2 памятника. Совершенно неоднозначная личность, как и все наши руководители. В то время, да и послевоенные годы тоже, для получения образования большое значение

имело происхождение, о чем была специальная графа в анкетах. Выходцам из рабочих или крестьян отдавалось серьезное предпочтение, а выходцам из служащих и, особенно, из других социальных слоев, путь к образованию мог быть закрытым. Именно классовый подход к образованию привел к тому, что страной управляли люди, которые с трудом читали и писали, и именно для них были придуманы рабочие факультеты (рабфаки) в виде подготовительных курсов и вечерние школы рабочей молодежи. Из образования и уровня культуры вырисовывалась автократичная модель управления страной, когда люди становились лишь винтиками большого и сложного механизма, отсюда же вытекали репрессии с нулевой стоимостью человеческой жизни и т.д. В последние годы развенчиваются многие мифы, придуманные большевиками, например, о бандите Махно, враге народа Троцком, о репрессированных, о расстреле плененных польских офицерах и много-много других. После смерти Ленина Крупская растерялась, она пробовала бороться со сталинской кликой, но возможный раскол в партии ее испугал. Сталин опасался только Горького, как правдолюбца, и Крупскую как свидетельницу истории партии и знающую место Сталина в этой истории. Иезуитство состояло в том, что внешне ей оказывались знаки уважения, хотя она была под жесточайшем тотальном контролем, внутри аппарата ее постоянно компрометировали, унижали, чернили, заставляли в ее статьи вносить многочисленные правки и распространяли самые нелепые слухи и сплетни. Тем самым превратили ее 15 лет изолированной жизни после Ленина в кромешный ад.

Пришло время разоблачить данные о поголовной безграмотности в царской России. Мы здесь не будем говорить о 6-классных и 7-классных гимназиях (частных и казенных, реальных, военных и других), выпускники которых помимо общеобразовательных и светских дисциплин владели латинским и греческим, немецким и французским языками настолько, что могли читать книги и рукописи в оригинале. Понятно, что туда могли поступить далеко не все. Грамотность проверялась, в основном, у армейских новобранцев, в подавляющем большинстве выходцев из крестьян. Если в 1875 г. грамотных призывников было только 21%, то в 1916 г. эта величина достигла 80%, а это говорит о значительных усилиях по образованию всего населения. На 1894 г. в России насчитывалось 60592 начальных училищ и школ грамотности. Самая высокая доля (70-80%) грамотных людей тогда была характерна для трех Прибалтийских губерний. Однодневная школьная перепись 1911 г. зарегистрировала 100295 начальных школ для детей 8-12 лет, находящихся в ведении министерства Народного просвещения (59,5%), Духовного ведомства (37,8%) и других. К 1914 г. число начальных учебных заведений возросло до 123745. Число учащихся на день переписи составляло 6180510 человек. В этом отношении Россия отставала от других развитых стран, где к тому времени были приняты

законы о всеобщем обучении: в Пруссии- в 1763 г., в Австрии- в 1774 г., в Дании- в 1814 г., в Швеции- в 1843 г., в Норвегии- в 1848 г., в США- в 1852 г., в Японии- в 1872 г., в Италии- в 1877 г., в Великобритании- в 1880 г., во Франции- в 1882 г. Как следует из Отчета государственного контроля, «достижение в недалеком будущем общедоступности начального обучения можно считать обеспеченным». Но этим будущим пришлось заниматься Н.К. Крупской. В.И. Ленин отчетливо понимал, что если война продолжится, то власть большевиков будет сметена, и мир будет заключен уже другим правительством. Но на радость большевикам 4 ноября 1918 г. в результате бунта немецких матросов в портовом городе Киле (в начале Кильского канала) началась революция в Германии, где социал-демократам не удалось допустить экстремистов к власти. Начавшаяся революция в Германии привела к свержению кайзера Вильгельма, к образованию Веймарской республики, просуществовавшей вплоть до прихода Гитлера к власти. Бунты солдат тогда прокатились по всей Европе и спровоцировали политический кризис, однако с бунтующими удалось в конечном итоге совладать (во Франции это сделал Ж. Клемансо, в Британии- У. Черчилль, в Бремене, Берлине, в Рурском бассейне и Баварии- организация Фрайкор, представляющая собой полувоенное реваншистское образование, уничтожившее немецких коммунистов и примкнувшее гораздо позднее к нацистскому движению и т.д.). А затем в России разразилась братоубийственная гражданская война, унесшая много жизней и разбросавшая русских людей по всему миру, от Европы до США, Латинской Америки, Китая и даже Австралии, о чем свидетельствуют кладбищенские русские захоронения в Сент-Женевьев де-Буа вблизи Парижа, в русском некатолическом римском некрополе Тестацхо за пирамидой Цестия, построенной до нашей эры для магистрата Гая Цестия Эпулона (она была встроена в оборонительную стену Аврелиана, 271-275 гг. н.э.) рядом с воротами Сан-Паоло, недалеко от Колизея в центре Рима, а также в США, Южной Америке и т.д. Кстати, на кладбище под Парижем похоронен знакомый одного из авторов данной книги известный писатель Виктор Платонович Некрасов, автор одной из правдивейших повестей о ВОВ «В окопах Сталинграда». Сталинград для него был символом, не связанным с именем вождя, а мстительный Хрущев требовал изменить название повести и из-за нежелания менять название устроил ему полную обструкцию. А началось все с заказной и кляузной статьи в газете Правда «романтика» Мэлоу Стурра «Турист с тросточкой» в ответ на путевые заметки Некрасова, опубликованные в журнале «Новый мир» под названием «По обе стороны океана».

Для большинства российских эмигрантов лозунг «За веру, Царя и Отечество» многое значил, а честь и достоинство они старались соблюдать. Кстати, отсюда пошел советский слоган о том, что партия- это ум, честь и совесть нашей эпохи. Насчет ума спорить не будем, поскольку появилось множество просто талантливых людей, а вот

остальное- под большим вопросом. Прошло 100 лет и русская белая эмиграция размылась, хотя поначалу держались все вместе возле собора Александра Невского на знаменитой парижской улице Дарю, где располагались русские кафе и учрежденная в 1923 г. русская консерватория. Однако потом, осознав, что большевики пришли всерьез и надолго, русские люди разехались по разным странам, ассимилировались, часть из них потянуло на Родину, но судьба их неизвестна. Они уже перестали быть носителями языка, достоинства и культуры и, вообще, всего русского.

В 1921 г. эсер Блюмкин, внедренный под видом ювелира в заграничный Таллин, выявил действующие каналы продажи работниками Гохрана ценностей за рубеж, что нашло свое отражение в романе Юлиана Семенова «Бриллианты для диктатуры пролетариата». Яков Гершевич Блюмкин известен не только тем, что накануне убил немецкого посла Вильгельма фон Мирбаха, чем спровоцировал наступление германских войск с большими территориальными потерями для России, но и тем, что был резидентом нашей разведки на Востоке. И когда в 1929 г. через Иран сбежал личный секретарь Сталина Борис Бажанов, которого достать не смогли, то по приказу разгневанного Сталина Я.Блюмкина расстреляли, тем более, что он одно время был ближайшим помощником Троцкого. На место Бажанова был назначен маленький и невзрачный Алесандр Николаевич Поскребышев. Садистские наклонности Сталина проявились даже в отношении к своим помощникам. Он регулярно избивал Поскребышева, таскал его за волосы, когда они еще были, закладывал ему бумажки между пальцами ног и поджигал их, расстрелял его жену. Когда Лаврентию Берия удалось снять Поскребышева в 1953 г., Сталин хотел его расстрелять якобы за пропажу отдельных листков своего нового «гениального» труда «Экономические проблемы социализма в СССР», но не успел и умер. И хотя о Сталине написано многое, о различиях в подходах Ленина и Сталина можно прочитать в книге Александра Пыжикова «Корни сталинского большевизма, 2018 г». Кстати, весьма значимая роль Троцкого в победе большевиков в годы Гражданской войны замалчивалась долгое время по вполне понятным причинам. Считается, что Красная армия родилась 23 февраля 1918 г, но эта дата условная. В связи с демобилизацией русской царской армией немцы легко заняли Двинск (Даугавпилс), а русский город Псков собирались безуспешно защищать в основном латыши, поскольку 28 февраля немцы заняли Псков, но остановил на этом направлении наступление немцев полк Черепанова, прикрывший шоссе на Лугу. Поэтому немцы продолжили наступление на Нарвском направлении, где во главе «братишек»-балтийских матросов был Павел Дыбенко, бывший корабельный электрик, но матросы перепились и бежали с линии фронта, а положение спас царский генерал-лейтенант Дмитрий Павлович Парский, организовавший оборону. Он умер в 1921 г. от тифа. Против

направления умеющих только митинговать моряков и Дыбенко на фронт выступил генерал Михаил Бонч-Бруевич. Таким образом, выбранная Сталиным дата является случайной и привязана не к победе большевиков, а к дате подписания декрета «Социалистическое отечество в опасности». В 1918 году начальник Балтийского флота адмирал Алексей Михайлович Щастный перевел все 16 кораблей из Гельсинфорса в Кронштадт, спасая тем самым флот от захвата германцами. Его встречали в Петрограде как героя, но потом ускоренно судили при главном обвинителе Крыленко и расстреляли. Именно ради него ВЦИК отозвал свой декрет об отмене смертной казни и смертная казнь с тех пор прочно вошла в повседневность советской жизни при Сталине. 3 марта 1918 г. был подписан кабальный Брест-Литовский мирный договор с государствами Четверного союза- Австро-Венгрией, Германией, Османской империей и Болгарией. Возмущенный Ленин отозвал струсившего Дыбенко и 13 марта Народным комиссаром по военным делам был назначен Троцкий, получивший широкие полномочия. А Павел Дыбенко, Борис Позерн и Бела Кун потом были арестованы и расстреляны. Буквально с первых дней после Октябрьского переворота в кругу верхушки большевиков развернулась внешне не очень видимая (подковерная) борьба за власть. Юридически главой государства являлся не Ленин, а председатель Всероссийского центрального исполнительного комитета (ВЦИК) РСФСР Яков Михайлович Свердлов. Он же ведал и Секретариатом ЦК РКП (б), т.е. курировал все партийные организации и партийные кадры. А вот аппаратом ЦК руководила жена Свердлова Клавдия Новгородцева. На Ленина, как Председателя правительства, возлагалось лишь решение хозяйственных проблем в стране, что его, как партийного идеолога, явно не устраивало. Ну, не могла подслеповатая Фанни Каплан, никогда не державшая в руках оружие, стрелять в Ленина после митинга на заводе Михельсона, тем более, что по данным экспертизы стреляли из двух разных пистолетов. Так, до сих пор точно не известно, кто стрелял в Ленина и кто за этим всем стоял. И этот клубок противоречий вместе с возникшей военной оппозицией против Троцкого планировалось вынести на Восьмой съезд партии 18 марта 1919 года, а за 2 дня до съезда Свердлов скорострительно скончался от гриппа в своей Кремлевской квартире в самом расцвете сил, его тихо вынесли из Кремля и без положенного патологоанатомического вскрытия замуровали в кремлевскую стенку. А победителем в этой борьбе стал молчаливый Сталин, который последовательно убирал своих конкурентов (Троцкий, Зиновьев, Каменев, Бухарин, Рыков, Сокольский, Томский и другие) и их окружение под совершенно разными предложениями. Если западные профсоюзы боролись за то, чтобы пролетарии поменьше работали и побольше получали, то советские профсоюзы под нажимом Сталина стремились к обратному, особенно, после начала стахановского движения.

Вот за что большевики так люто ненавидели русскую интеллигенцию, которую хотели даже поначалу расстрелять, но побоялись мирового резонанса? Тогда они собрали почти всех писателей, мыслителей, ученых, конструкторов, философов и педагогов и отправили их за рубеж: два корабля из Петербурга в германский Штеттин, один корабль из Одессы в Константинополь и несколько поездов Москва-Рига. Этих людей хватило бы на много университетов. Если покидавшие Родину соглашались это сделать за свой счет, их немедленно выпускали из тюрьмы, а остальных держали в тюрьме вплоть до самой высылки. Они еще не поняли главного, что остались живы. Так с подачи большевиков началась «утечка мозгов», фактически продолжающаяся до сих пор, хотя причины этого явления разные. Всего за годы Гражданской войны военные потери составили около 800 тысяч человек, но от голода, болезней и террора погибло около 13 млн, 2 млн эмигрировало, резко увеличилось число беспризорных детей (до 7 млн). В Красной армии служили рабочие, крестьяне, мелкое чиновничество, около трети офицерского корпуса, всего более 5 млн человек; в Белой армии, отстаивающей дореволюционные ценности, парламентское устройство и частную собственность, костяк составляли офицеры, юнкера, кадеты, студенты, гимназисты, крестьяне. Активные борцы против смертной казни в 1917 г., большевики стали ее широко использовать как на фронте, так и в тылу. Если поначалу перевес был на стороне большевиков, то в 1919 г. советская власть оказалась в кольце фронтов: в Прибалтике, Белоруссии и на Украине находились германские войска вместе с гайдамаками, на Дону и Кубани- Добровольческая армия М. Алексева, а затем Деникина, на Северном Кавказе- войска П. Краснова, в Закавказье- местные националисты, в Туркестане- кровавая гражданская война с участием англичан, на Урале, Сибири и Дальнем Востоке- чехословацкий корпус, войска адмирала А.Колчака и отдельные казачьи отряды, на Петроград двигалась армия героя войны с Турцией генерала Н.Юденича. Кстати, чехословацкий корпус насчитывал 45 тысяч человек, из-за недостатков паровозов он растянулся почти по всей стране, их обязали в Пензе сдать большую часть оружия (50 тысяч винтовок, 1200 пулеметов, 72 орудия, 3 самолета и множество патронов и снарядов), но потом Троцкий двигавшийся на восток корпус решил полностью разоружить и по его приказу № 377 каждый чех или словак, оказавшийся вооруженным на железной дороге, должен быть расстрелян. Реакция корпуса на этот приказ была однозначной- мятеж с захватом городов и железнодорожных станций. Советское государство было на грани поражения. Однако большевики заключили негласное перемирие с Польшей, улучшили отношения с Эстонией и Финляндией и, главное, воспользовались политической и географической разрозненностью белого движения, неспособностью его лидеров объединить все силы против большевиков, жестоким отношением белогвардейцев по отношению к местному населению и поочередно разбирались с каждой изолированной армией. Особенно трагичной была судьба полного кавалера двух высших орденов Российской империи

казачьего атамана Филиппа Миронова, выступавшего против зверств большевиков в казачьих станицах. Под его командованием 2-я Красная конная армия сокрушала армию Врангеля и ликвидировала отряды попавшего в опалу Нестора Махно. А потом Миронова арестовали и в Бутырской тюрьме уничтожили, а арестованную его жену с родившимся в тюрьме сыном через некоторое время помиловали. В 1920-23 гг. основная борьба происходила на окраинах страны и уже не представляла непосредственной угрозы власти большевиков. Сложность и неустойчивость ситуации в стране, естественно, не способствовали развитию железнодорожных сообщений.

Конечно, тогда (1917-1921 гг) в России было не до развития железных дорог и помимо борьбы за власть шла также борьба с голодом, заразными инфекционными болезнями (сыпной и возвратный тифы, туберкулез, малярия и др.). Однако, всеобщего голода не было, особенно среди большевиков. В.И. Ленин 14 июня 1920 г. подписал мало известное постановление «О пайке для особо ответственных и совершенно незаменимых работников центральных учреждений», в которую входило в месяц 8 кг муки, 4 кг мяса, масла коровьего 600 г., рыбы 4 кг, масла растительного 800 г., овощей 16 кг и т.д., включая чай, сахар, мыло и спички. Сталин считал, что незаменимых у нас нет, но при Ленине они оказываются были, в том числе в условиях первого голодомора в стране. В связи с голодом люди начали массово переселяться в Сибирь, однако Совнарком запретил это переселение и заявил, что крестьяне на новом месте земли не получают и они лишатся имущества на старом месте. О том, что народ голодает, никто не переживал, беспокоились лишь о нужных людях, которым было обеспечено регулярное и калорийное питание не только в кремлевской столовой и при отпуске обедов на дом, но и при бесплатном получении любых продуктов и деликатесов на складе без ограничений, вплоть до клубники в начале весны. Советские чиновники быстро отдалялись от народа (изолированные столовые, санатории, больницы, курорты, транспорт, жилье и т.п.) и с раздражением воспринимали постоянно возникающие в народе жалобы на суровую жизнь. Такого рода «кормушки» действовали и потом.

Затем начался период восстановления разрушенного хозяйства, ведь было разрушено множество мостов, вокзалов, депо, рельсов и т.д. До 1930 года техническое состояние паровозов в России резко ухудшилось, что было связано с переходом от закрепления паровоза за каждой паровозной бригадой к «обезличенной» езде. Поэтому с 1931 г. была восстановлена турная (прикрепленная) езда. Однако в связи с изменениями в тяге локомотивов вновь вскоре была введена обезличенная езда, поскольку ее преимущества превысили ее недостатки. И сейчас эта обезличенность присутствует на всех видах транспорта. Из международной изоляции СССР вышел в 1920-1921 гг. путем заключения мирных договоров с Литвой и Польшей, а затем с Турцией, Ираном, Афганистаном и с Монголией. Однако ведущие державы не торопились заключать договоры с СССР до решения вопроса о выплате долгов. В 1922 г. в предместье Генуи Рапалло был подписан российско-

германский договор и следом торговые договора с Австрией, Великобританией, Данией, Италией и Норвегией. Инициатором соглашения с Германией был нарком Чичерин, которого потом Сталин отстранил от всех дел. С 1924 г. начался период дипломатических признаний СССР. Великобритания, установившая фактическую торговую изоляцию СССР, признала Советский союз в 1924 г. и лишь США оттянули признание до 1933 г. В это время между отдельными группировками продолжалась ожесточенная борьба за власть в стране, шла борьба за выбор пути дальнейшего развития страны. Наиболее привлекательной была линия «правых» (Бухарин, Рыков, Сокольников, Преображенский и др), которая предполагала продолжение НЭПа, нормализацию отношений с капиталистическими странами, плавную индустриализацию, осуществляемую не за счет крестьянства, а путем привлечения внешних инвестиций. Но, к сожалению, эта политика не стала доминирующей в стране. Сталину нужно было сразу и много. В 1930-ые годы СССР стоял перед необходимостью ускоренной индустриализации страны в связи с неизбежностью войны и за ближайшие 10 лет необходимо было преодолеть отставание от других стран на 50-100 лет. Как раз такую задачу выдвигал И.Сталин. Частично именно этим и можно в малой степени объяснить все происходящее в стране до 1940 года. Ведь Сталин в отличие от нынешних руководителей в других странах не нажил личного богатства, был неприязнителен в одежде и еде. Наличные деньги были ему ни к чему, да он и не знал цену деньгам, поскольку не покупал ничего, а был на всем готовом. Несмотря на это, он регулярно получал зарплату, рублевые и валютные гонорары за публикацию своих трудов, издававшихся невероятными тиражами. В его распоряжении было 18 дач, в том числе 2 под Москвой: ближняя- в Кунцево и дальняя- в Успенском. На трассе до ближней дачи постоянно в три смены дежурили по 1200 человек охраны. В Кремле вождь постоянно устраивал грандиозные многолюдные банкеты, в распоряжении Сталина и его охраны находились 32 бронированных автомобиля ЗИС-115. Так что Сталин обходился стране не дешево, несмотря на внешний аскетизм. Примерно также жили и люди из его ближайшего окружения. У них были дачи с мраморными лестницами и статуями, со многими комнатами, витражами, зеркалами, стеклянными потолками, с кинозалом, бильярдной, с большим числом туалетов и ванн, обеденным залом, везде гардины, шторы, люстры, хрусталь, ковры, а также комбинат-кухня, охрана, прислуга, оранжерея, теплицы, теннисный корт, конюшни с лошадьми, гаражи, вертолетная площадка, бассейн, высокий забор и т.д., не говоря уже о квартире и отдаленных, в том числе на Кавказе, дачах. Все это дорого обходилось стране. И хотя Хрущев потом резко умерил аппетиты своих соратников, у него самого была шикарная государственная дача на Пицунде, а также в селе Семеновском и в других местах. Власть как была за высоким забором, так за ним и осталась и говорит (если такое случается) с народом на разных языках. Власть и элита, нуждающаяся в смене, с простыми людьми не

пересекается нигде: ни в магазинах, ни в мастерских, ни на отдыхе и даже ни на кладбище. У них своя жизнь, свои интересы и проблемы, а у народа- свои.

Умирал Сталин в 1953 г. в полной беспомощности, покинутым всеми, в неподобающем виде. На его похоронах в несколько сот тысяч много людей погибло, замерла вся страна. До сих пор не утихают споры о том, умер ли Сталин своей смертью или ему помогли «соратнички». Скорее всего не помогли, когда Сталин нуждался в незамедлительной и экстренной медицинской помощи.

Вообще-то 1930-ые годы вошли в историю нашей страны не только как время грандиозных и неоправданных чисток и жертв с «черными воронами», забиравшими людей по ночам, но и как эпоха «великих строек коммунизма». При этом царила атмосфера всеобщего страха, широко применялся принудительный труд тех граждан, которые, как считало руководство страны, должны были пройти через систему концентрационных лагерей. То есть, практически все стройки каскада электростанций, строительство Беломорско-Балтийского и Волго-Донского каналов, стройки в Сибири и на Дальнем Востоке осуществлялись, в основном, дармовыми силами заключенных, для чего по всей стране от западных границ до самых восточных областей была создана сталинская сеть концлагерей системы ГУЛАГ, куда по разнарядке направляли людей. Всего было создано более 50 отдельных концлагерей и свыше 400 трудовых колоний, функционирующих с 1918 по 1960 годы. Через них прошла огромная масса людей-14 миллионов и, по меньшей мере, 1,6 миллионов из этих несчастных нашли там свою смерть. Такой жестокости мир не знал. Во всех своих просчетах и экономических неудачах Сталин обвинял шпионов, вредителей и предателей. Ниже представлены не расстрельные статьи голословных обвинений.

Наименование	наказание	Примечание
Опоздание на работу	3 года	В ГУЛАГе
Шутка или анекдот	До 25 лет	В лагерях
Мелкие кражи	До 10 лет каторги	Закон о 3-х колосках
Родство и знакомство с «врагами»	Ссылка от 10 лет	С лишением всех прав и имущества
Пребывание на оккупированной земле	До 10 лет	В лагерях
Донос	3-25 лет	Зависит от доноса
Верующие	Ссылка и казнь	За иконы и молитвы

Согласно Постановлению ЦИК и Совнаркома СССР от 7 апреля 1935 года в стране вводилась уголовная ответственность с 12 лет за кражи, насилие, телесные повреждения, увечия, убийство или попытку к убийству, и это Постановление действовало до конца 1958 года, до утверждения Основ уголовного законодательства. А смертная казнь могла применяться к лицам, достигшим 18-летнего возраста.

В отличие от Ленина, который верил, что с помощью коммунистических идей можно построить справедливое общество равных, Сталин использовал идеи коммунизма только для строительства системы своей неограниченной власти, какими бы красивыми фразами это не прикрывалось. Ленин, столкнувшись с проблемами экономики, разрешил мелкий бизнес, а Сталин, напротив, ограбил крестьян, превратив их в рабов и доведя сельское хозяйство до полного упадка. Если при Ленине преобладало право нации на самоопределение и самостоятельность получили Польша, Финляндия, Прибалтика, то при Сталине путем аннексий и прямой агрессии страна расширялась.

В зоне бассейна Волги сейчас проживает около 60 млн человек, там вылавливают рыб-мутантов, берега зарастают нередко ядовитыми сине-зелеными водорослями, там брошено около 2,5 тысяч кораблей, баркасов, барж и даже нефтеналивных судов. Сейчас власти озаботились состоянием Волги, проводят ее очистку и «оздоровление». Тогда в 1930-ые годы стояла задача освоения северных территорий и укрепления обороны страны. Для строительства канала Москва-Волга был создан в 1932 году Дмитровский исправительно- трудовой лагерь для заключенных, просуществовавший более 5 лет. После завершения всех работ под торжественный грохот оркестров многие строители были арестованы. Число жертв Дмитровлага составило 22 842 человека. В Москву пришла волжская питьевая вода. Беломорско-Балтийский канал должен был через Неву-Ладожское озеро-Свирь соединить Балтику с Северным ледовитым океаном, а Мариинская система- с Каспийским морем и посредством Волго-Донского канала с Черным морем. Возник вопрос, а где для этого взять деньги и трудовые ресурсы? И эти проблемы взялся решить НКВД, готовый предоставить практически бесплатную рабочую силу при минимальных затратах на скудную еду, бараки, палатки и землянки. Особенно тяжелые условия были в Соловецком лагере особого назначения (СЛОИ), организованного еще в 1930 году. Тогда большевикам достался монастырь и прекрасная инфраструктура: жилые и молельные дома, коровники и свинарники, покосы, свечной заводик, тепло от которого шло на обогрев оранжереи с экзотическими растениями и фруктами, чистейшая питьевая вода, лесопилка, множество баркасов, ведущих улов трески и сельди, добычу тюленей и белух, садки для выращивания озерной рыбы, электростанция и т.д. На островах были созданы предприятия: иодопромышленное, салотопленное, смолокурное, кожевенное, известково-алебастровое, проложена узкоколейная железная дорога, велась культурно-воспитательная работа, работали школа, библиотека, театр, духовой и симфонические оркестры. И вот на этом месте многое было разрушено и организовали лагерь для политзаключенных, в том числе лагерь смерти «Овсянка» с лесоповалом. Особо провинившихся привязывали к бревнам и сбрасывали с высокой Секирной горки. Садистские начальники лагеря восторженно докладывали о количестве умерших и погибших. Большевики создали и изолятор в соловецком Савватьевском ските. Лагеря были разбросаны по разным островам (Большой

и Малый Заячь, Большая Муксалма). Контингент лагерей, в первую очередь Белбалтлага, исправно пополнялся за счет уголовников и «гнилой интеллигенции». Одновременно на стройке Беломорско-Балтийского канала работали максимально 108 тысяч заключенных и почти за 2 года умерло свыше 12 тысяч человек. Прокладка канала потребовала даже переноса функционирующей железной дороги, ведущей в незамерзающий порт Мурманск. Беломорско-Балтийский канал имени Сталина, длиной в 227 км, с 15 плотинами, 49 дамбами, 16 шлюзами и 5 гидроэлектростанциями в невероятно трудных, нечеловеческих условиях был построен всего за 20 месяцев. Для сравнения укажем, что Панамский канал длиной 80 км строился 28 лет, а на строительство Суэцкого канала (160 км) потребовалось 10 лет. Правда, когда стройка закончилась, 12500 заключенных были досрочно освобождены, некоторые временно, а почти 60 тысячам эков сократили сроки. Среди них оказался студент Дмитрий Лихачев, будущий академик. После завершения строительства по каналу совершили прогулку на катере сам вождь и его соратники. А потом по предложению Горького на канале побывала группа из 120 писателей и художников, которым втирали очки, бараки срочно превратили в «потемкинские деревни», а встречи со специально подготовленными заключенными были заранее отрепетированы. Все было направлено на то, чтобы приезжие поверили в перевоспитывающую силу труда, а потом их заставили подготовить восхваляющую вождя художественную выставку на эту тему, написать коллективный труд и даже снять художественный фильм «Заключенные», а уже в августе 1937 г. расстреляли 2-х из трех редакторов коллективного исторического труда. Если Сталин сумел обвести вокруг пальца приглашенного маститого писателя Лиона Фейхтвангера, то с советскими писателями было намного проще. В частности, о Горьком Сталин знал всё: что он не жил с единственной женой Екатериной Пешковой (Волжиной), что его сын Максим был непутевым и вместе со своей женой жил за счет отца, что у самого Горького было множество любовниц (Мария Закревская, Мария Андреева и другие). В 1921 г. Горький уехал на Капри, а спустя 7 лет по приглашению Сталина вернулся в страну и в течение 5 лет ездил в Сорренто и обратно, но в 1933 г. клетка захлопнулась. На кончину сына писатель отреагировал спокойно. Правда, оказалось (и советские историки это скрывали), что у него был еще один приемный сын - Зиновий Пешков (Иешуа-Залман Мойшевич Свердлов, старший брат Якова Михайловича Свердлова), который вступил во французский легион, потерял руку в Первой мировой войне, награжден за отвагу дважды Военным крестом с пальмовой ветвью, сражался с фашистами в рядах Иностранного легиона и в чине четырехзвездного генерала (у де Голля было три звезды) был торжественно похоронен в возрасте 82 лет в 1966 г. на русском кладбище Сент-Женевьев де Буа под Парижем в присутствии Шарля де Голля, Луи Арагона и представителей посольства СССР. К сожалению, на его родине в Нижнем Новгороде никаких упоминаний о нем нет. Одновременно с «великими» стройками всю работу вели сталинские шарашки НКВД (ранее-ГПУ)-

закрытые лагерно-тюремные конструкторские бюро, где намеренно арестованные специалисты (авиаконструкторы, танкостроители, оружейники, артиллеристы и другие) практически бесплатно работали над повышением военного потенциала СССР. Потом по предложению Л. Берия все шарашки приобрели специализацию- самолетостроение, авиационные двигатели, судостроение, артиллерия, порох и взрывчатые вещества, отравляющие вещества, броневые стали. Через эти шарашки прошли Поликарпов, Королев, Мясищев, Туполев, Глушко, Солженицын, Термен, Григорович, Фишман и многие другие выдающиеся люди. В это время американские кредиты стали важнейшим источником финансирования российской экономики и СССР приобретал треть производимого в США оборудования для нефтедобывающей и нефтеперерабатывающей промышленности, две трети всех тракторов и половину комбайнов, произведенных в США. Страна ускоренно готовилась к войне, которая была неизбежной. Готовили к ней и население: в то время были сплошные займы и облигации, повсеместно развитые ОСАВИАХИМы, ДОСААФы, Санитарные дружины, Санхимзащиты, спортивные занятия, частые учения и тревоги, строительство бомбоубежищ, Ворошиловские стрелки, Лётные клубы и т.д. и т.п. В школах были введены допризывная подготовка, военное дело и патриотическое воспитание, в том числе через школьные, районные и городские игры «Зарницы» с деревянными автоматами, выпиленными на уроках труда. Однако страшные чистки в армии и в народном хозяйстве привели к извращениям в кадровой политике. Колоссальные людские потери СССР в Великой Отечественной войне во многом были результатом того, что на ведущие командные должности в армии и оборонной промышленности, в разведке, в сельском хозяйстве и промышленности, в образовании и науке попадали (назначались) люди не по уровню компетентности, образованности, честности и профессионализму, а по угодничеству, подхалимству и подделыванию под вкусы партийных вождей разного уровня. За это страна заплатила десятками миллионов жизней, а такой принцип подбора кадров наносил непоправимый ущерб и вред. Параллельно в соседней Швеции с 1920-х годов социал-демократы во главе со своим премьер-министром (Пер Альбин Ханссон) создавали народный дом для всех шведов в виде государства всеобщего социального благоденствия. Они смотрели, что делается в СССР, и поступали наоборот. Они значительно сократили военные расходы, увеличили социальные расходы, выплачивали всеобщие достойные пенсии, пособия по безработице, создавали рабочие места для проведения общественных работ, помогали сельскому хозяйству, стимулировали и регулировали экономику, ввели огромные пособия на детей, вкладывали средства в людей, стимулируя спрос, т.е. все то, что потом стало называться шведским социализмом. Даже в период советско-финской войны Швеция из-за своих принципов не выступила на стороне Финляндии. Все это уже к 1946 г. создало в Швеции сытость, покой, благополучие, высокую рождаемость, хорошую медицинскую помощь с центрами здоровья в городах и на селе при бюджетном финансировании, прекрасное будущее. И это в то время, когда

весь мир сошел с ума- одни строили армию для расширения границ рейха, другие уничтожали своих людей ради призрачного будущего, в котором некому будет жить. Что бы, по нашему мнению, нужно сейчас делать: критически переосмыслить опыт США во время Великой депрессии, опыт Швеции и взять оттуда самое полезное и подходящее к условиям современной России.

К 1938 г. объемы производства вооружений в СССР возросли в 70 раз, но этого было явно недостаточно, несмотря на мобилизацию всех усилий и всех возможностей. Денег не хватало, поэтому на зарубежных аукционах продавали вывезенные из СССР произведения искусства и ценности (на этом обогатился Арман Хаммер), были созданы интерклубы для выкачивания денег из иностранных моряков и торгсины, где за иностранную валюту, золотые и ценные вещи, камни, антиквариат, платину и т.п., уходившие потом за рубеж и продаваемые там на золотые рубли и франки, можно было приобрести кое-какие дефицитные товары. В это время в стране был голодомор, действовала карточная система, но власти продовольствие намеренно придерживали. Золотые вещи в торгсинах принимали на вес без учета их художественной ценности. Покупали люди в торгсинах, в основном, продукты питания- в 67% случаев (муку, крупу, масло, сахар), хотя в продаже были меха, парфюмерия, грампластинки, спортивные изделия и т.д., вплоть до калош и чернилниц. После распада СССР были рассекречены некоторые документы о торгсинах, в которых говорится о том, что в 1930-ые годы, несмотря на неурожайные 1931-32 годы, продовольствия в стране хватало, но оно специально придерживалось и граждан поставили в такое положение только потому, что власти хотели задешево отнять у малой части из них припрятанные материальные ценности и положить их не в частные карманы, а пустить их на индустриализацию страны. А это значит, что голодомор большей частью носил искусственный и преднамеренный характер. Курс был таким: тонна чистого золота стоила 1.3 млн золотых рублей. На вырученные деньги и американские кредиты, пользуясь мировым экономическим кризисом, было во время первых пятилеток полностью закуплено оборудование 1.5 тысяч крупных объектов, в том числе для Горьковского автозавода, для Челябинского тракторного завода, для Уралмаша, Турксиба и Уралвагонзавода, трубопрокатных и других предприятий, в том числе для железнодорожного транспорта, приобретены новые промышленные технологии, приглашены в страну безработные зарубежные специалисты вместе с семьями. При помощи и содействии американцев построены ДнепроГЭС, Магнитогорский, Липецкий, Норильский и Кузнецкий металлургические комбинаты (Запсиб построен в 1950-ые годы по германскому проекту), ГАЗ, ЗИС, а Сталинградский тракторный завод был полностью перенесен на Волгу в готовом виде. Мы начали на автозаводе имени Молотова (потом Горьковский автозавод) с 1932 г. производить легендарный и предельно простой грузовой автомобиль- «полуторку», полного аналога переделанного Форда-6, основного автомобиля в годы Великой Отечественной войны, а также более

мощный- ЗИС-5. Каждая полуторка ГАЗ-АА по «дороге жизни», по льду Ладожского озера перевозила в сутки 2.25 тонны ценных грузов. Потери в продуктах для осажденного Ленинграда были из-за старых затертых до дыр мешков, отсутствия упаковочной бумаги, т.е. из-за плохой тары и упаковки, а не вследствие мародерства, как некоторые пытаются это преподнести. Да, учет велся не по весу, а по числу мест, однако воровства практически не было. После налета немецких бомбардировщиков загорелись Бадаевские продовольственные склады, где хранились городские запасы на 2-3 дня, но сгоревшие 2,5 тысячи тонн сахара, смешавшись с водой из брандспойтов, осели в земле, которая стала разменной монетой и помогла выжить некоторым ленинградцам. Ленинград тогда был несколько дней окутан дымом от горящих продуктов.

Несколько раз на Лужском рубеже и под Новгородом корпус генерала Александра Ксенофонтова наносил внезапные контрудары по немецким войскам, что задержало их наступление на Ленинград. В сентябре 1941 г. немецкие солдаты группы армий «Север» захватили город Шлиссельбург и вышли к пригородам Ленинграда, где даже блокировали трамвай №28 с пассажирами. С этого момента началась 872-дневная блокада Ленинграда, в которой оказались почти 2.5 млн мирных жителей, из которых погибло до 1.5 млн, в том числе 97% умерли от голода. После того, как 8 сентября 1941 г. были блокированы все сухопутные пути к Ленинграду, советские войска в течение 1941-44 годов предприняли в общей сложности семь попыток наступательных операций совместными усилиями Волховского и Ленинградского фронтов с целью снять блокаду Ленинграда с огромными потерями, в 2 раза больше немецких, и оказались в котле вермахта, что говорит о важности этой стратегической задачи. В 1942 г. войска 2-й ударной армии и остатки 59-ой армии Калининского фронта попали в немецкий котел и попытки выбраться из него привели к гибели 300 тысяч советских воинов. Они участвовали в так называемой Любанской операции, плохо подготовленной и неудачной попытке прорвать блокаду Ленинграда. Воины полегли у деревни Мясной Бор на реке Волхов. После войны руководство Ленинградской и Новгородской областей не смогли захоронить останки погибших надлежащим образом. Более того, в 1960-ые годы местные власти перепахали поля у Мясного Бора и засадили их деревьями. Памятных знаков нет до сих пор, хотя поисковики ведут свои раскопки, восстанавливая доброе имя погибших, а не пропавшим без вести. В поддержку жителей осажденного Ленинграда по радио звучали произведения Ольги Берггольц (никто не забыт, и ничто не забыто), Джембула Джабаева и Седьмая («Ленинградская») симфония Дмитрия Шостаковича (1906-1975), которая разносилась не только среди жителей осажденного города, но и среди немцев через громкоговорители, демонстрируя силу духа ленинградцев. По силе воздействия она сопоставима с великолепной Девятой симфонией Людвиг Бетховена, которую он писал 2 года, уже будучи совершенно глухим. Ее партитура занимает более 200 страниц и 74 минуты звучания, последняя часть, названная «Ода к радости» на стихи Фридриха Шиллера, в настоящее

время является гимном Евросоюза. Кстати, во время блокады люди вели себя по-разному, а уголовники занялись убийствами, грабежами и мародерством. По поддельным талонам они крали продукты с вовлечением в кражи директоров магазинов и продавцов, но все они были выявлены и расстреляны органами НКВД. Немцы засылали в город агентов абвера из созданной в Гатчине разведшколы для создания в осажденном городе диверсионного центра. Они готовили разведчиков, диверсанов, ракетчиков, обозначавших во время вражеских налетов военные объекты, сформировали из состава длительного вражеского подполья даже теневое правительство Ленинграда. Но все эти меры были своевременно пресечены, в том числе попытки пересечь фронт.

Фашисты были уверены в скором падении города и потому они планировали 2 танковые дивизии перебросить на московское направление. А пока фон Лееб решил нанести сокрушительный удар в районе Пулковских высот против ослабленных частей Красной армии. Г.К. Жуков, не рассчитывая на дополнительные резервы и перегруппировавшись, нанес удар во фланг немецких войск, после чего штурм Ленинграда стал невозможным. В 1942 г. 53 армия под командованием упомянутого ранее генерала Ксенофонтова ликвидировала попавшую в окружение группировку гитлеровцев в районе поселка Демянск («Демянский котел»). Правда, поначалу в воздухе господствовали немецкие истребители «Мессершмитты Vf 109»-немецкие асы под руководством полковника Иоханесса Траутлофта с эмблемой зеленого сердца (символ Тюрингии), причем каждый летчик имел на своем счету многие десятки сбитых советских самолетов. Но потом наши «ястребки» научились сбивать не только вражеские самолеты, но и спесь с летчиков Люфтваффе. Кстати, в боях за Ленинград принимали участие девять 130-миллиметровых орудий с крейсера «Аврора» в районе Дудергофских высот в полном вражеском окружении. Когда обороняться дальше стало невозможным, оставшиеся моряки подорвали орудия и пошли в прорыв (из 165 вышли к своим только 26 моряков). Блокада Ленинграда была снята лишь в январе 1944 г. во время Красносельско-Ропшинской операции и через три дня тяжелых боев (немцы знали о начале этой операции) советские войска разгромили 18 немецкую армию, подошли к окраинам Красного Села, после взятия которого войсками 42 армией генерала Ивана Федюнинского, немцы были отброшены на 200-250 км к границам Эстонии и Латвии. Все знают о «дороге жизни» через Ладогу, однако, мало кто знает, что действовала еще и «малая дорога жизни» между Кронштадтом и Лисьем Носом. Уже потом по программе ленд-лиза в страну стали поступать мощные американские грузовики студебеккеры, что видно из переписки Сталина, Рузвельта и Черчилля. Вообще непосредственно перед войной были введены в строй 9800 новых заводов, выпускающих вполне гражданскую продукцию, но которые можно было легко перестроить на военные нужды. К 1939 г. торгсины были закрыты, поскольку у населения кончились ценности и к тому же была отменена карточная система. В дальнейшем торгсиновский принцип изъятия денег и ценностей у населения был повторен несколько раз опять же

в виде займов, облигаций, сети «Березок» и т.д. Интересно отметить, что создатель рейсхвера (первой в мире профессиональной армии, которая позже была развернута в призывную) Веймарской республики, образовавшейся после Первой мировой войны, генерал Ханс фон Сект подготовил завещание для будущих правителей Германии, в котором предостерегал их от войны с СССР. Но у Гитлера уже были иные планы и он засекретил указанное «завещание» чтобы не влиять на психологический статус вермахта.

В 1918 г. уже в Советской России 200 русских инженеров-оптиков развернули в Подольске на базе бывшей фабрики «Зингер» производство оптических приборов, которое затем было перенесено в ближнее Подмосковье, на берег реки Банька, и в 1927 г. в Красногорске (Московской области) заработал оптико-механический завод, выпускавший фотоаппараты Горизонт, Зоркий, Zenit-E, по количеству и сложности разработок опережавшие японские Canon и Nikon, американский Kodak и немецкие гиганты- Leica и Hasselblad, и красногорскую продукцию (всего было выпущено 3.5 млн фотоаппаратов) продавали в десятках тысяч магазинов 76 стран. В октябре 1941 г. завод остановили, станки разобрали и по железной дороге вывезли в Новосибирск, где стали изготавливать военные оптические прицелы. После окончания ВОВ завод вернули на место и сюда же поставили технологические линии с германского завода Karl Zeiss, поскольку немецкая оптика тогда считалась лучшей в мире. Около сотни немецких специалистов пять лет трудились на этом заводе. Первый фотоаппарат «Москва 1» как копия с Zeiss ikon C 521/2 появился в 1946 году, а в 1948 г. завод выпустил фотоаппарат «Зоркий» на базе советского «ФЭДа», производимого в Харькове, а в 1952 г. завод стал выпускать прекрасный фотоаппарат «Зенит», который из-за высокой стоимости был мало доступен. С 1970 г. в течение 25 лет завод выпустил свыше 21 млн экземпляров дешевого и народного фотоаппарата «Смена-8М», которым могли пользоваться дети и начинающие фотолюбители. Но затем продукцию завода вытеснили дешевые китайские «мыльницы», завод проморгал переход в цифровую эру, мы отстали в производстве современных фотоаппаратов и потому их выпуск был прекращен. Вина в этом не завода, а плановой экономики, нацеленной на «вал продукции». Поэтому завод сконцентрировался на оборонном заказе-выпуске прицелов и оборудования для танков Т-80, Армата и вертолетов «Черная акула». Из изложенного следует, что никак нельзя отставать в технологическом плане.

В течение полугода (зимой 1939-1940 гг) длилась война с Финляндией. Ранее Финляндия с 1808 г. на правах Великого княжества, как и Царство польское, входила в состав России, однако она стала независимой, что было подтверждено постановлением Совнаркома и ВЦИК РСФСР 18 декабря 1917 г., когда управляющий делами Совнаркома В.Бонч-Бруевич вручил ожидавшему более 2-х часов в приемной решения председателю сената Эвинду Свинхувуду (потом он был Президентом Финляндии) полностью оформленный документ. Понимая неизбежность войны с Германией, советская сторона предложила Финляндии отодвинуть границу на 90 км от

Ленинграда и передать ей полуостров Ханко, остров Гогланд и несколько других мелких островов Балтийского залива, которые не использовались Финляндией. Взамен финской стороне предлагалось передать вдвое большую территорию в Карелии. Ю.К. Паасикиви и фельдмаршал К.Г.Маннергейм (бывший генерал-лейтенант царской армии, герой России и Финляндии, участник русско-японской и Первой мировой войн, прошедший путь от русского корнета до фельдмаршала и Президента Финляндии) на это были согласны, но воспротивился финский парламент, что и послужило началом военных действий. А непосредственным поводом к войне по примеру провокации на германо-польской границы послужил провокационный обстрел войсками НКВД советских позиций у пограничного поселка Майнила, обвинив в случившемся финскую сторону. В этом районе, как отмечалось, железных дорог не было, танки, автомашины и лошади вязли в глубоком снегу (холод был -40 градусов) и болотах. И хотя самая древняя лыжа, возраст которой определялся в 4 тысячи лет, была найдена при раскопках в Псковской области, лучшими лыжниками все же были скандинавы- норвежцы, финны и шведы, которые легко и быстро передвигались по снегу вдоль линии Маннергейма, которая состояла из 3-х полос долговременных укреплений (350 железобетонных и 2400 деревянно-земляных огневых точек), глубиной 90 км, с 30 рядами колючей проволоки и многочисленными снайперами. Несмотря на многократное преимущество Красной Армии (например, в танках в 88 раз) финны оказали ожесточенное и умелое сопротивление, но вынуждены были после прорыва оборонительной линии Маннергейма запросить перемирие. СССР получил все искомые территории, отодвинул сухопутные и морские границы от Ленинграда и Мурманска, установил полный контроль над Ладожским озером. Однако, были и несколько значимых и негативных последствия этой войны для СССР:

- СССР, как агрессора, исключили из Лиги Наций по предложению мировой общественности;
- потери советских войск (солдат и танков) превысили финские в 8-10 раз;
- Финляндия заключила альянс с фашистской Германией, правда, Карл Густав Маннергейм не позволил немцам разместить дальнобойную артиллерию на Карельском перешейке для обстрела Ленинграда, всячески препятствовал проходу вермахта через финскую территорию и сам не начинал наступления на линию Сталина, Ленинград и Мурманск, а в 1944 г., будучи президентом, вообще вывел Финляндию из войны; в результате Сталин лично вычеркнул Маннергейма из списка военных преступников;
- у руководства ряда стран, в том числе у Англии и Франции, сложилось представление о слабости Красной Армии и о не очень грамотном командовании ею, что, возможно, и послужило одной из непосредственных причин германского нападения.

Германия воспринимала нашу страну как колосса на глиняных ногах, поскольку революции, Гражданская война и разруха отбросили развитие России минимум на 20 лет назад и только к 1939-1940 гг. по некоторому ряду

показателей мы достигли уровня 1913 года. Для Гитлера не было тайной, что в СССР миллионы людей сидят в лагерях по политическим мотивам, как враги народа, отсюда он мог делать вывод, что многие люди в СССР недовольны советской властью. Фактически «Шахтинское дело» 1928 года о диверсиях, которых не было, послужило концом НЭПа и началом репрессиям в стране. Чего только не инкриминировали шахтинским руководителям и инженерам: от умышленного вредительства до шпионажа в пользу Польши и Бельгии. Суд под председательством тогдашнего ректора МГУ А.Я.Вышинского (главными обвинителями были Николай Крыленко и Григорий Рогинский) приговорил 11 человек, оговоривших себя на допросах, к расстрелу, 4 были помилованы, остальные 38 человек были лишены свободы. А причиной волнений шахтеров Донбасса были преступная бесхозяйственность в стране, введение повышенных норм выработки и снижение расценок. Цель процесса- показать, что во всех хозяйственных неудачах виновата не мало компетентная советская власть, а вредители и шпионы. В 2000 году все осужденные по этому делу работники угольной промышленности были реабилитированы. Об общем количестве репрессированных есть много разных источников. Например, из справки силовых структур, подготовленной для Хрущева к XX съезду КПСС, следует, что с 1921 по 1954 гг. за контрреволюционные преступления было осуждено 3777380 человек, из них- к высшей мере наказания, т.е. к расстрелу, приговорены 642980 (17%), а из числа заключенных умерли почти 1,8 млн человек- 72%. По данным историка Виктора Земскова, который в отличие от Роя Медведева, в число репрессированных не включает умерших от голода в 1932-33 гг., общее число жертв сталинских репрессий насчитывает 24,8 млн человек, в том числе около 5 млн умерших от голода в 1921-22 гг. в результате продразверстки, до 7 млн умерших от голода в 1932-33 гг. вследствие коллективизации, до 3 млн эмигрировавших после Гражданской войны и 500 тысяч- после Второй мировой войны, 3,8 млн осужденных за контрреволюционную деятельность, 4 млн раскулаченных, до 800 тысяч расстрелянных, 2 млн направленных на спецпоселения, 2 млн лишенных имущества, до 10 млн пострадавших по политическим мотивам, 1,5 млн депортированных этнических меньшинств (чеченцы, калмыки, балкарцы, греки, турки), а также эстонцев-10016, литовцев-17501, латышей-16900, молдаван- 30389, западных украинцев- 11093, западных белоруссов-21000. В 1929 г. во внесудебном порядке расстреляны Н. фон Мекк, П.Пальчинский, и А.Величко как члены контрреволюционной вредительской организации в Народном комиссариате путей сообщения и на железных дорогах СССР. Они своей вины не признали, а академик В.И. Вернадский считал, что они были совершенно невиновны. Всего за 1937-1953 гг. были арестованы 2.760.234 чел, из них расстреляны 748.146 человек, т.е. 27,1%. За наиболее репрессивные годы 1937-1938 гг. из семей врагов народа были изъяты 25.342 ребенка, арестовано 18 тысяч жен осужденных. Потом для них ввели разные ограничения, что подталкивало людей к сокрытию некоторых фактов своей биографии. Наиболее тяжелые последствия были для осужденных по 58

статье УК РСФСР, подпункты которой означали контрреволюционную антисоветскую деятельность, измену родине, шпионаж, подрыв государственного имущества, пособничество, доноительство. Кстати отдельные статьи нынешнего УК РФ напоминают некоторые статьи пресловутой 58 статьи, но без расстрела.

Годы	Арестовано в тыс.	Расстреляно	Доля в %
1929	56		
1930	208		
1935	267	1229	0,46
1936	274	1118	0,41
1937	792	353000	44,6
1938	554	328000	39,2
1939	64	2552	4,0
1940	72	1649	2,3
1942	124		
1946	123		
1947	123		

Кроме того, осуждались люди по статье 59 УК РСФСР- особо опасный бандитизм и военный шпионаж. Людей расстреливали по решению тройки без суда и следствия. И никаких доказательств не требовалось. Почему многие подписывали признательные показания? Не только потому, что НКВДэшные костоломы выбивали их силой и постоянными издевательствами, но и опасаясь репрессий в отношении своих семей и детей. Особенно большевики зверствовали в отношении церкви. К 1939 г. из 146 тысяч православных священнослужителей и монашествующих было уничтожено 120 тысяч вместе с семьями и к этому времени осталось не более 300 православных приходов и 350 неразрушенных храмов. Это по всей стране. Фактически большевикам удалось почти полностью уничтожить самую крупную поместную Православную церковь в мире. Коменданты и надзиратели созданных ВЧК (Всероссийской чрезвычайной комиссией) концлагерей, не только постоянно пьянствовали, но издевались и зверски уничтожали заключенных. Особенно зверствовал выходец из дворян чекист Михаил Кедров, который на месте Соловецкого монастыря организовал концлагерь СЛОН, где люди умирали очень быстро, а сам кровожадный чекист попал в психушку и потом был расстрелян. В 1933 г. Совнаркомснаб установил минимальные нормы питания для переселенцев, что снизило производительность труда в леспромпхозах на 25%. Во время войны заключенных кормили все хуже и хуже, а работать их заставляли все больше и больше. Была отменена практика условно-досрочного освобождения (УДО) тех, у кого не было замечаний. Попавшие в плен, даже в бессознательном состоянии, приравнивались к предателям. Накануне войны были арестованы начальник Генерального штаба К.Мерецков, Начальник ПВО страны Г.Штерн, командующий Прибалтийским военным округом А.Локтионов,, а также многие генералы, руководители ВВС, директора военных заводов,

руководители отделов ряда наркоматов и другие, часть которых были расстреляны. Тюремная биография была также у маршала Рокоссовского, генералов армии Горбатов и Сандалова и у многих других командиров. Почти 40 тысяч человек были уволены из армии, из них под следствием оказались 12 тысяч, в том числе свыше 7 тысяч арестованных по расстрельному делу маршалов Тухачевского-Егорова-Блюхера-Якира. Считается, что донос на генералитет организовали в НКВД, передавшие соответствующие данные двойному агенту из самого опасного внешнего врага советской республики Российского общевойскового союза во Франции царскому генерал-майору Н.В. Скоблину, выдавшего НКВД генералов Кутепова в 1930 г. и Миллера в 1937 г., через главу внешней разведки Германии Вальтера Шелленберга, который этот донос сумел передать подозрительному Сталину, который параноидально во всем видел заговоры и шпионаж. Фактически армия и военное снабжение были обезглавлены. Репрессии продолжались и в годы войны и в послевоенное время. Тогда главным фактором обвинения (в случае скороспелого суда) было признание обвиняемым своей вины, которое получалось разными способами (смертельными побоями, изощренными издевательствами и пытками, угрозами семьям, ложью и т.д.). Интересно, что в 1937 г. трое из пяти маршалов вообще нигде не учились военному делу (Ворошилов, Буденный, Блюхер) и только один имел высшее военное образование. Ниже маршалов находились 8 командармов 1-го ранга (Шапошников, Тимошенко, Кулик, остальные 5 были расстреляны). И подобная картина была практически во всех родах войск. В 1939 г. военно-морской флот СССР возглавил талантливый профессионал адмирал Н.Г. Кузнецов, сменивший сгинувших вместе с семьями в подвалах Лубянки Петра Смирнова и наркома ВМФ Михаила Фриновского (инициатора «чистки» в армии), кадровых чекистов и политработников, не имевших абсолютно никакого отношения к флоту. Только благодаря Кузнецову все военные флоты и флотилии в 1940 г. возглавили выпускники военно-морских училищ и академий. ВМФ считался самым интеллектуальным родом войск той эпохи и умному адмиралу Кузнецову (1904-1974), который несколько раз попадал в опалу вплоть до понижения в звании, удалось пройти службу без роковых ошибок и так наладить отношения с подозрительным вождем, чтобы остаться живым и сохранить своих подчиненных. Благодаря инициативе Кузнецова, не одобренной сверху, ни один боевой корабль, ни одна береговая батарея, ни один самолет ВМФ в первый день войны не были поражены. Фактически моряки и флот были спасены от разгрома в результате объявленной на флоте готовности к войне номер один.

А одной из причин слабости командования и руководства войсками было уничтожение Сталиным, которому повсюду мерещились заговоры, несколько слоев командного состава Красной армии. Однако военные, видимо, не стремились свергнуть руководство и захватить власть в стране, поскольку слабо разбирались в экономике и управлении страной. Вся верхушка Красной армии была так или иначе связана с Л.Д. Троцким, злейшим врагом

Сталина, среди них не было не виновных в чистках, хотя и не было инкриминированного им шпионажа и они не участвовали в заговоре против Сталина. Все они во время Гражданской войны действовали жесточайшим образом против населения: при подавлении кронштадтского восстания, крестьянских мятежей, при расправах с не признававшими советскую власть. А началось все с враждебного отношения между Тухачевским и Ворошиловым. Сталин не только расправлялся с людьми в своей стране, но даже мог достать любого человека в любой стране. Например, Льва Троцкого в Мексике, Федора Раскольникова в Париже, испанца Андреса Нина, отказавшегося признать авторитет Сталина, в Мадриде и т.п.

К тому же все страны Запада старались перенаправить агрессивную и разрушительную энергию гитлеризма на нашу страну, которую воспринимали как враждебное государство, особенно после устремлений наших вождей к мировой революции. Это все нужно учитывать, поскольку строительство многих объектов в советское время, включая железные дороги, велось заключенными. А в третьем рейхе на фоне результативной и беспощадной борьбы с уголовными и другими преступлениями пышным цветом расцвела тотальная коррупция, связанная с обогащением верхушки рейха. Бывшая браконьерская команда благодаря притоку уголовников выросла до размеров 36-й карательной гренадерской дивизии СС под командованием Оскара Дирлевангера, в которой потом служили украинские националисты- бандеровцы.

К 1935 г. в СССР было электрифицировано 1907 км железнодорожных путей и в эксплуатации находились 84 электровоза. За 23 года советской власти в развитие транспорта и связи были вложены очень большие по тогдашним меркам деньги- свыше 7.9 млрд. руб. Протяженность железных дорог к 1941 г. составила 106,1 тысяч км, причем железные дороги строились, в основном, усилиями заключенных. К началу Великой Отечественной войны героическими усилиями многое на железных дорогах удалось не только восстановить, но развить и улучшить. Тем не менее, ни экономика, ни армия страны не были готовы к войне и поэтому ее оттягивали любой ценой. Еще в 1924 г. был принят план Дауэса на восстановление экономики Германии и по проникновению американского капитала в Европу. Английский лорд Галифакс еще в 1937 г. после встречи с Гитлером заявил о том, что только Гитлер может стать барьером на пути распространения большевизма, нацелив тем самым фашистскую армаду на Восток. А фашистская Германия непрерывно наращивала свою военную мощь и предъявила претензии на чешские Судеты под предлогом притеснения живущих там немцев. Польское правительство при поддержке Англии отказалось пропустить через свою территорию советские войска на защиту вопящей о помощи Чехии, угрожая начать боевые действия против СССР. И 14 марта 1939 года германские войска начали оккупацию Чехословакии. У СССР в то время было только 2 пути на международной арене: заключить договор о взаимопомощи с западными странами или заключить мирный договор с Германией. Третьего пути не было (*tertium non datur*). В течение 6

лет СССР безуспешно пытался уговорить европейские державы подписать соглашение о взаимопомощи и остановить намечающуюся агрессию Германии. Англичане и французы не собирались помогать СССР в случае войны, хотя сами требовали помощи от СССР. Трехсторонние переговоры будущих союзников в Москве на уровне ничего не решающих представителей ни к чему не привели. Было ясно, что Англия и Франция не намерены заключать договор о ненападении и взаимной выручке с СССР. Более того, вместо этого в Мюнхене в конце сентября 1938 г. Невиль Чемберлен, ненавидевший до глубины своей души Россию, и Эдуард Даладьё предпочли союз с Германией и Италией (с Гитлером и Муссолини), открывший Гитлеру ворота для агрессии. Как видно из документов, они желали столкнуть Германию с СССР, но поначалу ошиблись. Судетская часть Чехословакии и Польша должны были, по замыслу Гитлера, стать первыми жертвами агрессивной политики. Провожая Чемберлена и Даладьё после подписания этого пакта, Гитлер брезгливо заметил Риббентропу: «Ужасно, какие эти ничтожества». Между прочим, до войны в 1938 г. промышленность Чехословакии была одной из наиболее развитой в Европе, она была крупнейшим экспортером оружия в мире, ее армия была превосходно вооружена и опиралась на мощные оборонительные сооружения в Судетской области., но ее судьба была решена в Мюнхенском сговоре. Кстати, вместе с Германией в Чехословакию вторглась также и Польша. Назначенный в СССР министром иностранных дел В.М.Молотов (Скрябин) проявил должное упорство в достижении поставленных перед ним задач, повышенное внимание к мелочам и протокольным деталям и создал одну из эффективных дипломатических систем. Ведь стояли главные задачи: оттянуть как можно дольше войну, отодвинуть границы подальше от Ленинграда, Киева и Минска. В связи с полным тупиком на переговорах с Англией и Францией 23 августа 1939 г., за неделю до начала Второй мировой войны, СССР пришлось заключить договор с Германией с приложением секретного протокола о разделе влияния. Польские власти, тем не менее, считают СССР агрессором и уверены в том, что если бы не пакт Молотова-Риббентропа, Польша не была бы оккупированной. Но для СССР это был не сговор и не союз с фашистами, а лишь еще одна попытка оттянуть войну. Мера была вынужденная, т.к. Даладьё и Чемберлен подписали с Гитлером мюнхенский договор, но почему-то никто не считал и не считает Англию и Францию союзниками Германии. После нападения Гитлера на Польшу, промежуточную страну перед СССР, Англия и Франция вступили в войну, что подтвердило недалёковидность и ущербность проводимой западными странами политики, и свыше 100 союзных дивизий вяло противостояли 20 германским дивизиям, ничего не предпринимая. Одновременно с началом Второй мировой войны Гитлер подписал документы на запуск евгенической программы Т-4, предусматривающей уничтожение многих «ненужных» людей с психическими отклонениями, туберкулезом, хронически больных, инвалидов, подростков с физическими уродствами и т.д., на лечение которых уходило большое число рейхсмарок, путем их удушения в передвижных и

стационарных душегубках, отравления, гибельных уколов смертельными инъекциями. Почему бы фашистам параллельно не решить проблему дефицита пенсионных накоплений, расстреляв или уничтожив заодно и всех пенсионеров? Действие программы Т-4 продолжалось на оккупированных землях Польши и СССР, где в психиатрических и туберкулезных больницах и санаториях, включая детские, уничтожались все больные и персонал. Видимо, гитлеровцы считали, что в этом отношении являются наследниками Спарты, однако версия Плутарха о том, что в Спарте уничтожали слабых и больных младенцев, сбрасывая их в ущелье Апофеты возле горы Тайгет, не подтвердилась.

К этому времени, т.е. к 1941 г., фашистская Германия покорила почти всю Европу, за исключением воюющей Англии на Западе и СССР на Востоке, связанным с Германией договором о взаимном ненападении, а также наводненных немецкими агентами как бы нейтральных Швейцарии и Швеции. Одни страны были покоренными при слабом сопротивлении, например, в Польше (уже через 9 дней после вторжения немцы заняли столицу- Варшаву) и во Франции, северная часть которой и Париж были оккупированы (Даладье был отправлен в концлагерь), а на юге по типу протектората сформировано лояльное фашистам коллаборационистское правительство Виши, в то время как Австрия (аншлюс) и Чехия (Судеты) были легко присоединены, а Данию (за один день при потере 2-х солдат: у одного не раскрылся парашют, а другой попал под машину), Нидерланды, Люксембург и Бельгию вермахт прошел свободно и прогулочно, даже сохраняя прежние капитулировавшие правительства. В Дании король Христиан и премьер-министр Торвальд Стаунинг даже обратились к нации с просьбой сохранять спокойствие и оказывать оккупантам всяческое содействие. Вообще во Франции республиканская форма правления устанавливалась трижды: в 1792 г. после казни Людовика 16-го, в 1848 г. после всержения Луи-Филиппа и в 1870 г. после падения Наполеона Третьего. Огромную роль в объединении страны и в развитие третьей республики сыграл генерал Шарль Де Голль в суровые годы Второй мировой войны и в послевоенное время. Республика (всенародное дело)- такая форма государственного устройства, когда все органы государственной власти избираются на определенный срок, либо формируются общенациональными представительными учреждениями и зависят от граждан, обладающих личными и политическими правами. В мире насчитывается 140 республик.

Другие страны были союзниками Германии (Испания, Италия, Венгрия, Словакия, Румыния, Португалия, Финляндия). 9 апреля 1940 г. немцы высадились в Норвегии- в Нарвике, Тронхейме и Кристиансанне. Однако норвежцы оказали сопротивление и огнем крепости Оскарборг вблизи Осло потопили тяжелый германский крейсер «Блюхер». Однако высадившийся парашютный немецкий десант столицу Осло все же захватил. На помощь Норвегии спешила мощная английская эскадра, но не успела. Норвежская батарея города Берген в содружестве с британскими летчиками потопила новейший легкий немецкий крейсер «Кёнигсберг». Берген был взят,

Норвегия была оккупирована из-за производства там тяжелой дейтериевой воды и редких металлов. Несмотря на поставленное в Норвегии пронемецки настроенное правительство Квислинга, подпольная борьба с фашистами продолжалась. И, пожалуй, Норвегия - это одна из немногих стран, где на западном кладбище Осло сохранили памятник советским воинам-освободителям, на котором начертано «Норвегия благодарна вам». В ходе Петсамо-Киркинесской операции советской армией была от немцев очищена не только Финляндия, но и часть Норвегии. Малоизвестная война произошла между союзниками Германией и Финляндией. Как известно, в 1941 г. войска Финляндии вторглись на территорию СССР, но дальнейшее продвижение их было приостановлено. Советское правительство пыталось несколько раз договориться с Финляндией о перемирии, в том числе при посредничестве США. В 1944 г. финны потребовали, чтобы немецкие войска покинули территорию Суоми. Однако в ответ немецкие корабли пытались высадить десант на остров Гогланд, посредине Финского залива. 16-й финский полк на острове отказался капитулировать и по немецкому десанту открыл огонь, что послужило началом Лапландской войне. Немцы не спешили покидать Финляндию и тогда войска 3-го армейского корпуса финнов под командованием генерала Ялмара Сиилосуо атаковали 200-тысячную немецкую горную армию генерала Лотара Рендулича под городом Пудасъярви. В отместку немцы полностью разрушили город Рованиеми. Финские войска воевали при поддержке танков Т-34 и КВ, а также советской авиации и отогнали немцев на территорию Норвегии. В результате упоминавшейся Петсамо-Киркинесской операции советские войска почти полностью разгромили 20-ю немецкую горную армию и захватили стратегически важные никелиевые рудники. Своевременный выход Суоми из войны заложил основы добрососедских отношений с республикой Финляндии. Кстати, в Осло есть замечательный и известный на весь мир парк скульптур, где выставлено 200 скульптурных композиций из бронзы, камня и кованого железа из общего числа в 1600 скульптур известного норвежского скульптора Густава Вигеланда. Упомянув об этом парке скульптур, известный писатель-москвовед Лев Колодный справедливо указывает, что в мастерских знаменитых отечественных ваятелей (Церетели, Рукавишников, Томского, Франгуляна, Щербакова, Ковальчука и др.) находятся множество скульптур и изваяний, которые нашли бы свое место в парках и скверах, на территориях больниц для всеобщего обозрения. Еще одна малоизвестная война произошла весной 1941 года, когда вермахт форсированным маршем прошел Югославию и вторгся в Грецию, где греческая армия могла организовать слабое сопротивление. И тогда грекам в помощь Британия направила туда австралийские и новозеландские дивизии, которые тоже не смогли остановить вермахт и вынуждены были эвакуироваться, оставив немцам пленных британцев в количестве 7 тысяч человек. Еще один малоизвестный факт. Когда в 1943 г. американские войска высадились на Сицилию, то во избежание потерь они воевали под флагом сицилийской мафии. Только сидевший на 50 лет в американской тюрьме

кровавый гангстер Сальваторе Лучано (кличка- счастливчик) ради своей свободы мог приказать сицилийской мафии (глава- дон Кало или Калоджеро Виццини) не оказывать сопротивления американцам. Сделка состоялась и операция «Хаски» прошла успешно.

И окончательное решение Гитлера напасть на СССР проявилось в подписанной им неожиданной для руководства вооруженными силами Германии директивы № 21, означавшей план Барбаросса. Все захваченные страны позволили Гитлеру дополнительно вооружить свою армию танками, орудиями, самолетами, автомашинами, стрелковым оружием, мотоциклами и т.д. Однако, поддержание фашистского вермахта в боевом состоянии требовало немало сил и средств и международные концерны приняли в этом самое деятельное и непосредственное участие. Так, многие американские банки и, прежде всего, Chase Bank, спонсировал Гитлера деньгами, в основном, со счетов евреев, погибших в Германии во время «Хрустальной ночи» и погромов по всей стране; заводы Krupp, находящиеся в Германии и Швеции, поставляли фашистскому режиму вооружение и сталь; мундиры вермахт носил от Hugo Boss; многие грузовики поступили от Форда и его заводов в Германии; детонаторы и другие изделия военного назначения поступали от Кодака; сортировочные устройства для концлагерей, а также счетные машины и перфокарты к ним- от ИВМ; крематории поставляла фирма Siemens; смертоносный газ Циклон-Б поставляла компания Bayer; шоколад поступал от Nestle, фанта – от Coca-Cola; кремы и парфюмерия- от Nivea; листовки и другая печатная продукция- от медиаконцерна Bertelsmann. В общей сложности в Германии имелось до 60 филиалов американских концернов. Всего в Германской империи с учетом находящихся под ее управлением протекторатов проживало свыше 117 млн. человек. Благодаря завоевательной политике Германия в 1941 г. увеличила свой потенциал по производству электроэнергии, чугуна, стали, алюминия, каменного угля и автомобилей в 2 раза, по добычи нефти и бокситов- в десятки раз, по добыче меди- в 3.2 раза. Даже после начала Второй мировой войны сотрудничество между финансово-промышленными группами США и Германии продолжалось: рокфеллеровский центр «Стандард ойл», химконцерн «Дюпон де Немур» с германским концерном «ИГ Фарбениндустри»; «Дженерал электрик» с германскими «АЭГ» и «Крупп»; «Юнайтед стейтс стил корпорейшн», «Бетихем стил» с германскими металлургическими концернами; «Алюминий компани оф Америка» с «Ферайнигте алюминий» и т.д. Американские монополии помогали фашистской Германии также в производстве синтетического каучука, алюминия, магния, никеля, карбид-вольфрама, бериллия и других стратегических материалов, в погашении германского долга на 97%, в предоставлении кредитов, практически безвозвратных. Компания «Форд Мотор» обеспечила нацистам доступ к стратегическому сырью, за что Генри Форд, симпатизировавший Гитлеру, был награжден Большим крестом ордена германского орла. В 1938 г. экономика Германии, ориентированная на колоссальные военные расходы, была накануне краха, однако с аншлюсом Австрии ей достались большие

запасы золота, от краха спасло и присоединение Саара и Рейнской зоны, что противоречило Версальскому договору, на что западные страны полностью закрыли глаза. Если бы не помощь США, Англии и кредиты Швейцарии, то нацистская Германия не состоялась бы, а Второй мировой войны, принесшей более 50 млн жертв, могло бы и не быть. Не случайно Фонд Рокфеллера в 1946 г. выделил значительные деньги для того, чтобы скрыть тот факт, что режим нацистов был установлен на средства американских банкиров и при поддержке рокфеллеровской «Стандард ойл». На военную Германию работали 80% всех заводов Франции и вклад оккупированных стран, особенно Чехословакии, в экономику рейха превышал в 2.6 раза вклад союзников Германии. Из Чехословакии в Германию поступили 1582 самолета, а фирма «Шкода» поставляла немцам танки и грузовики. Франция поставила Германии 4000 самолетов и 52 тысячи грузовиков. Швейцария поставляла химическую промышленность, полуфабрикаты и часы, Швеция-шарикоподшипники, сталь и руду, из Бельгии и Голландии в Третий рейх поступали рыба и консервы, шли составы с углем, чугуном, железом, марганцем, цинком и т.д. Всем этим занималось немецкое Управление централизованного планирования по типу советского Госплана. Эти данные здесь приведены намеренно для того, чтобы показать огромную силу, обрушившуюся на нашу страну. Из изложенного видно, что по сути в нападении на СССР были задействованы многие страны, и это, в том числе, привело к огромным потерям, к затягиванию войны, ко многим разрушениям в СССР, включая железные дороги. Дилетантизм Гитлера, имеющего неполное среднее образование, проявился, в том числе в его назначениях: философа Альфреда Розенберга- министром по делам восточных территорий, архитектора Альберта Шпеера- министром вооружений и боеприпасов, винооторговца Иоахима фон Риббентропа- министром иностранных дел, военного летчика Германа Геринга- министром экономики, а скрипач Рейнхард Гейдрих стал главным палачом Третьего рейха и т.д., руководствуясь принципом личной преданности, при полном игнорировании целого ряда профессионалов. Это кое-что должно нам напоминать, например, министра обороны- мебельщика или последние назначения специалиста по ипотеке, защитившего диссертацию по научному докладу, главой одного из ведущих космических предприятий- гендиректором Центра Хруничева и филолога-ректором сельхозакадемии. Именно обергруппенфюрер СС и глава РСХА Рейнхард Гейдрих был инициатором окончательного решения еврейского вопроса, инициатором создания концлагеря Маутхаузен, в котором погибли свыше 120 тысяч человек, в том числе инженер генерал-лейтенант Сергей Карбышев, замороженный ледяной водой. Будучи главой протектората Богемии и Моравии, организатором массового уничтожения мирного чешского населения, 38-летний Гейдрих был ликвидирован по дороге из замка Юнгферн- Брешан в Прагу в 1942 г. британской военной спецслужбой МИ-6 и чешскими ликвидаторами, высадившимися за 4 месяца до этого в пригороде Праги Негвизды. Это не могло пройти мимо внимания гестапо, но помимо Президента в изгнании Эдуарда Бенеша, англичан, в

ликвидации Гейдриха был также заинтересован его тайный враг, шеф гестапо рейхсфюрер СС Гиммлер. В отместку немцы уничтожили целую чешскую деревню Лидице. Кстати, граната, брошенная в Гейдриха, была изготовлена в английской секретной лаборатории химического и биологического оружия в Портон-Дауне и начинена сильно действующим колбасным ядом. Этим же ядом и парализующим газом впоследствии англичане пытались несколько раз убить Президента Египта Гамаль Абдель Насера, особенно, после его национализации Суэцкого канала в 1956 г., что привело к ощутимым торговым потерям Великобритании. Несмотря на взаимодействие МИ-6, МИ-5 (британская служба безопасности) и американских сил специального назначения, все попытки отравления Насера оказались настолько неудачными, что английский премьер-министр Энтони Иден подал в отставку. После этого британские спецслужбы не прекратили свою деятельность и их усилия представлены в книге Питера Райта «Охотник за шпионами» (Spy Catcher), которую сразу же запретили в Британии.

В 1940-41 гг. наши войска, оставив хорошо укрепленные оборонительные позиции, не полностью передислоцировались и укрепились гораздо западнее, поскольку граница была отодвинута на 200-300 км. И хотя страна ускоренными темпами готовилась к неизбежной войне (в 1942 г. доля военной продукции составляла более половины всей промышленности СССР), вопреки позиции бывшего сотрудника Главного Разведывательного управления писателя-эмигранта В.Б.Резуна (псевдоним- Виктор Суворов), выпустившего ряд книг, в которых очернил и свою бывшую организацию, и историю страны, Советский Союз не собирался ни на кого-либо нападать (а И.Сталин давно похоронил идею о мировой революции), о чем достаточным образом свидетельствуют железные дороги, число которых подводящих к западным границам было в 2 раза меньше числа железных дорог, ведущих из европейских стран в СССР. Примерно такая же картина была и накануне Первой мировой войны, когда к нашей западной границе подходило всего 13 железнодорожных линий, из которых только пять были двухпутными, а к нашей границе с запада подходили 32 линии железных дорог, из которых 14 были двухпутными. Россия могла подвезти к западным границам 211 поездов в сутки, а железные дороги противника - в 2.5 раза больше. Это создавало для России значительные трудности в ведении военных действий. Однако, этот негативный опыт не был учтен, и к Великой Отечественной войне мы оказались неготовыми по разным причинам, которые здесь мы разбирать не будем. Будто бы Резун исходил из количества войск, сконцентрированных на границе, но на самом деле он лишь озвучил слухи, ходившие в Третьем рейхе. Немцы всерьез опасались (или это была пропаганда), что Сталин собирался напасть на Германию, но нет ни одного подтверждающего это документа. Домыслы и предположения могли также опираться на Соображения к плану стратегического развертывания сил СССР на случай войны, подготовленные Василевским и на слова Сталина в виде тоста на встрече с выпускниками военных академий о том, что «крепости считались занятыми только тогда, когда в них вступала пехота». И далее, ... так выпьем

за царицу полей- пехоту. Вот и всё. Считается, что Великая Отечественная война началась внезапно, но это не так, и помимо разведанных многие ее пророчили. Так, Мишель Нострадамус сквозь века почти правильно определил имя Гитлера и в деталях смог описать многие эпизоды ВОВ. Григорий Распутин еще в 1913 г. заявил, что через четверть века после его смерти Петербург будет окружен, чтобы взять его измором. Эдгар Кейси предсказал точные даты начала и окончания войны и страну-победителя. Вольф Мессинг заявил, что если Гитлер нападет на СССР, то его ждет бесславная гибель. Но самые смелые и точные предсказания накануне войны сделал московский школьник Лева Федотов, который описал весь ход будущей войны с неизбежной победой Красной армии над немецкими фашистами.

Перед агрессией против СССР в Германии был создан под эгидой адмирала Вильгельма Франца Канариса, начальника фашистской службы военной разведки и контрразведки (абвера), специальный отряд (элитный фашистский спецназ) Бранденбург-800, переросший в дивизию и предназначенный для разведывательно-диверсионной деятельности в том числе на территории СССР, к тому же в форме красноармейцев. Вначале в этот отряд принимали этнических немцев, в совершенстве владеющих польским языком, потом языковый спектр был значительно расширен за счет украинцев, арабов, индусов и других. Основная задача отряда- сеять панику в тылу противника, захватывая или разрушая жизненно важные коммуникации- мосты, тоннели, средства связи, железнодорожные станции и т.п. Бранденбург-800 сильно помог вермахту в Бельгии, Норвегии, Греции и Югославии, а также в районе Риги, где диверсантам удалось сохранить мост через Даугаву (Западную Двину), и в Майкопе, где малочисленные диверсанты, переодетые красноармейцами, сумели посеять панику и в связи с плохой связью наши войска спешно покинули занимаемые позиции, что позволило немцам без боя завладеть городом. Тогда, в СССР им успешно противостояла организация СМЕРШ- смерть шпионам и диверсантам, созданная в 1943 г., когда немцы сообразили активизировать разведывательную и диверсионную работу. Только в полосе немецкой группы армий «Север» действовали 14 абверовских разведшкол и подготовленная агентура. Даже фельдмаршал Кейтель признавал, что советские военные контрразведчики начисто переиграли германские службы. СМЕРШ не участвовал в вынесении приговоров, этим занимался военный трибунал, не имел отношение к репрессиям мирного населения, этим занимался НКВД. Потом по настоянию американцев немецкий генерал Рейнхард Гелен, обладающий аналитическими и организационными способностями, направленными с 1940 г. против СССР, создал Федеральную разведывательную службу (БНД) ФРГ. В годы войны он часто выезжал в концлагеря, в основном, под Винницей, где находились пленные высшие офицеры Красной армии и где склонил к сотрудничеству с Германией генерал-лейтенанта Андрея Власова, на которого постоянно охотились спецслужбы СССР. По дороге в Пльзень, где находился штаб 3-й американской армии, Власов был схвачен советскими

военными и доставлен в Москву. Понимая неизбежность поражения в этой войне и до занятия Берлина Красной армией, Гелен, скопировав все разведывательные документы, бежит на запад, предвидя предстоящее противостояние между союзниками в антигитлеровской коалиции. Именно опытная немецкая разведка больше всего завербовала ценных агентов в странах Восточной Европы и СССР. После его ухода в отставку БНД возглавил Герхард Вессель. Кстати, военная разведка зародилась тысячи лет назад, но в России она появилась лишь при Александре I после Тильзитского договора и при получении сведений о готовящемся нападении Наполеона на Россию в количестве 11 офицеров во главе с Александром Чернышевым. Перед нападением на СССР немцы содали множество корреспондентских рот с целью показать силу, мощь и непобедимость вермахта, а также неминуемость поражения его противников. И так было до битвы за Москву, потом тональность корреспондентов поменялась

После Второй мировой войны бранденбургцы входили в состав секретной службы Британии, французского иностранного легиона, спецподразделений США, в состав советников Мао Цзэдуна, Сукарно, Чомбе, правительства Египта. Однако на Ближнем Востоке им активно и успешно противостоял израильский МОССАД, многие сотрудники которого прошли школу советской разведки и контрразведки. В 1940 г. приказом по вермахту №1085 в воинских частях Германии были созданы женские вспомогательные службы: связи, воздушного наблюдения, зенитной артиллерии на флоте и т.п. Многие немки, отправленные на Восточный фронт, служили в войсках связи, в делопроизводстве, в карательных отрядах и в лагерях смерти (Равенсбрюк, Берлин-Бельзене, Аушвиц) в качестве надзирательниц, зверствовавших и забивавших узниц насмерть. Адмирал Канарис, племянник греческого адмирала Константина Канариса, хоть и не любил коммунизм, но и не был членом партии НСДАП, не разделял нацистских взглядов Гитлера и потому участвовал в антигитлеровской коалиции, за что был казнен в 1945 г.

Сталин, возможно, исходил из известной латинской пословицы *Si vis pacem, para bellum* (хочешь мира- готовься к войне); он умом понимал неизбежность войны, но находился в плену иллюзий и дезинформации абвера о том, что фашистская Германия воевать на 2 фронта не будет, что сосредоточение войск на советской границе- это отвлечение внимания Англии перед нападением на нее, и полностью отвергал и игнорировал, в том числе разведывательные данные (*combat intelligence*) и другие точки зрения. И это все успокаивающе действовало на армию и все население СССР, для которых нападение Германии оказалось полностью неожиданным. На самом деле Гитлер активно готовился к нападению на СССР, о чем свидетельствовали многочисленные данные разведки, проводимая немецкими офицерами рекогносцировка вдоль наших границ, подготовка немецких артиллерийских позиций, концентрация значительных войск у наших границ, строительство бомбоубежищ в Восточной Пруссии, сигналы перебежчиков с немецкой стороны и другие признаки. Чрезвычайно эффективно действовали недостаточно широко известные разведчики

Разведупра РККА (затем-ГРУ), которое финансировалось гораздо хуже, чем ГПУ-НКВД, такие как Яков Серебрянский, организовавший нелегальные разведывательные сети с диверсионным уклоном по всей Европе, в Палестине, США, Японии и Китае, Геворк Вартамян и Николай Кузнецов, предупредившие о готовящемся покушении на Сталина, Рузвельта и Черчилля в Тегеране в 1943 г., Михаил Аллахвердов, обезопасивший южные границы СССР во время ВОВ, Гарри Робинсон (Арнольд Шее и его жена Клара Шаббель), возглавивший советскую резидентуру во многих странах, Анатолий Гуревич, Леопольд Треппер, Дмитрий Быстролетов, группа «послушников» из числа священнослужителей и другие патриоты, несмотря на репрессии, чинимые на Родине, и непрофессиональный провал разведывательной сети СССР в других странах, когда в шифровке из Москвы были указаны фамилии многих агентов. Достаточно успешно руководил Иностранным отделом НКВД Павел Михайлович Фитин, который, зная подозрительность вождя в отношении возможных провокаций, преподносил ему многократно проверенные обобщенные данные разведки весьма дозированно, и Сталин ему доверял. Берия, считая генерал-лейтенанта Фитина своим конкурентом по разведке, устранить его не посмел, но добился его многократного понижения, а затем и увольнения в 45 лет без воинской и генеральской пенсии и без работы. Умер он в должности руководителя фотокомбината в 1971 г. в возрасте 64 лет. Можно считать, что ему еще повезло, поскольку многие другие его коллеги, также внесшие неоценимый вклад в победу над Германией, сгинули в лагерях. Но это совсем другая история. Легенда советской разведки генерал Наум Исаакович Эйтингтон боролся с польскими бандами Булак-Балаховича, боевиками Бориса Савинкова, организовал убийство Троцкого (совершил его выходец из богатой семье владельцев железных дорог Рамон Меркадер), участвовал в отправке испанского золота в Москву, в 1951 г. был обвинен в «сионистском» заговоре, а в 1953 г. его как члена «банды» Берия осудили на 12 лет. Умер он в полном забвении, без некрологов и без присутствия официальных лиц и реабилитирован в 1992 году. Об отношении Сталина к агентурным данным можно прочитать в книге Анатолия Терещенко «Сталин и контрразведка». Гитлер заявил, что война с СССР - пустячное дело, что будет очередной блицкриг и первые месяцы войны подтверждали его позиции. Он оценивал возможности страны и Красной армии к сопротивлению как крайне низкие. Непонятна была лишь вначале войны ожесточенная оборона Брестской крепости, но он так и не понял причины героизма ее защитников, которые защищали не Сталина, а Родину и свои семьи. Удар немецкой авиации в 3-50 утра 22 июля 1941 г. застал наши войска в момент выдвижения их для занятия оборонительных позиций, хотя заблаговременный выход наших войск на подготовленные позиции был категорически запрещен. И именно до начала войны многие командиры не знали о сущности мобилизационного плана, с содержанием которого до этого не имели права знакомиться. Руководствуясь стратегией молниеносной войны (блицкригом), немецкие войска наступали в трех главных

направлениях без учета танковых клиньев: группа армий «Юг» шла через Киев, Харьков на Кавказ, группа армий «Центр» через Минск нацелилась на Москву, группа армий «Север» продвигалась к Ленинграду и 8 сентября 1941 г. замкнула кольцо окружения вокруг города на 872 дня. С началом войны прагматичные и хитроумные украинские руководящие деятели на Днестре, будущей вотчине Л.Брежнева, думали лишь о том, как пережить войну с комфортом и выбрали для этого никому не нужные Днепропровские плавни, куда немцы точно не сунутся, в виде созданных там якобы партизанских отрядов. Туда свозились автомобили, велосипеды, лошади, отары овец, 2 тонны муки, 10 центнеров сала, 70 кг меда, 5 центнеров мяса и деньги, но не оружие и боеприпасы. Всего в Днепропровских плавнях прятались 600 человек, объединенных как бы в 5 партизанских отрядов. Потом их ряды пополнялись, а когда в 1943 г. стало ясно, что СССР выигрывает войну, то доедающие овец «партизаны» и местные партийные лидеры решили как-то проявиться. Высадившаяся в плавнях разведгруппа с Большой земли обнаружила вполне упитанных «партизан», доедавших последние продукты питания, и выявила, что там никакого партизанского движения и партизанской активности не было вообще. Командир партизанского отряда Герой Советского Союза (за финскую войну) М. Ткачев еще в 1941 г. сдался вместе со своей батареей в плен немцам и потом прибыл в родное село Кут Днепропетровской области к отцу, а оттуда переместился в плавни. Не зная обо всем этом, известный кинорежиссер А. Довженко написал сценарий фильма «Украина в огне», что вызвало такое негодование Сталина, что Довженко чудом избежал лагерей. А с лже-партизанами поступили соответствующим образом. До сих пор историки безуспешно анализируют первые дни и месяцы войны, причины тяжелых поражений Красной армии, причины пленения 5 миллионов наших солдат (по данным Генштаба РФ, опубликованным в 2005 г.), из которых 300 тысяч призванных из Прибалтики и Западной Украины были распушены немцами по домам, и не могут прийти к какому-нибудь общему мнению. Люди в годы испытаний вели себя по-разному. Только в первые месяцы войны огромным колоннам советских военнопленных немцы разрешали двигаться самостоятельно к назначенным местам сбора без сопровождения и конвоя, правда, предварительно расстреляв политработников, коммунистов и евреев. Но в Прибалтике евреев уничтожали не немцы, а местные жители и даже сегодня местных нацистов власти всячески покрывают. Кстати, наших солдат поражали не только дисциплинированность и трудолюбие немцев, но и их антисанитария, когда немецкие блиндажи кишели насекомыми, а в первые месяцы войны у них не было условий для мытья и стирки, а также мародерство.

В котлах окружения в 1941-42 гг. оказались: в районе Белостока и Минска в июле 1941 г. - 320 тысяч советских воинов, а также 3300 танков, 250 самолетов и 1800 орудий; под Уманью в августе 1941 г. - 100 тысяч воинов, 300 танков и 850 орудий; под Киевом в сентябре 1941 г. - 700 000 воинов, 400 танков, 2800 орудий, 400 самолетов; в районе Смоленска и Рославля к сентябрю 1941 г. - 310 000, 3000 танков; под Азовом в октябре 1941 г. - 100

тысяч воинов; под Брянском и Вязьмой в октябре 1941 г.- свыше 600 000, 1200 танков и 5000 орудий; под Харьковом в мае 1942 г.- 270 000, 1200 танков; в районе Любани в июне 1942 г.-40 000, 170 танков и 650 орудий; в Севастополе в июле 1942 г.- 95 000. Всего в немецкий плен угодило 83 советских генерала, почти все раненые или контуженные. Практически все выпущенные новые тяжелые танки KB-2 (204 штуки) с уникальной 152 мм пушкой и мощной броневой защитой оказались брошенными своими экипажами в первые же месяцы войны. Однако немцы не сумели воспользоваться захваченной советской техникой из-за отсутствия запчастей и ремонтной базы. Но разбираться в этом, включая тяжелые поражения в первые годы войны,- удел историков и военных специалистов, им нужны факты, доказательства, документы. Мы же считаем, что этому предшествовала насильственная коллективизация, раскулачивание, рабский крестьянский труд, множественные репрессии, уничтожение командного состава армии, безграмотное управление войсками, а точнее- его отсутствие, т.е. непосредственно перед войной сталинская политика казалась многим людям более бесчеловечной, чем немецкая оккупация. Советские граждане с изумлением узнавали, что шпионы, предатели и диверсанты проникли во всё руководство рабоче-крестьянской Красной армии и с 1936 по 1940 годы были уничтожены в том числе 3 маршала, все 20 командармов 1-го и 2-го рангов, 69 командиров корпусов, 153 командира дивизии из 201, более 200 командиров бригад из 474 и т.п., фактически все руководство Красной армии в количестве около 40 тысяч человек. Это очень вдохновило Гитлера и стало одним из факторов, повлиявших на нападение на СССР. Кроме того, в стране царил ворошиловский шапкозакидательский дух (что видно по фильмам, плакатам и песням тех лет), мол, Красная армия (легендарная, непобедимая) всех сильнее и разобьет врага малой кровью на чужой территории, пусть только сунутся, неправильная оценка внешней ситуации, боязнь провокаций и ответственности, запаздывание мобилизации и директивы №1, жесткое единоначалие. Из Вяземского котла спаслось немного советских воинов, в том числе медсестра Антонина Макарова, которая блуждая по лесам 4 месяца вышла к селу Локоть, где на границе трех областей (Курская, Орловская и Брянская) и Украины образовалась Локотская антисоветская республика. Полицаи этой республики вели борьбу с партизанами, но убивать их и их семьи доверили Макаровой, дав ей пулемет. За полтора года Тонька-пулеметчица уничтожила более 1500 партизан, женщин и детей, считая это своей повседневной работой за кров и кусок хлеба. Отступавшие немцы поместили ее в концлагерь под Кенигсбергом, откуда ее освободили советские войска. Она вышла замуж, сменила фамилию и переехала в белорусский городок Лепель. Но соответствующие органы настойчиво искали ее и нашли летом 1978 г. Был суд, ее опознали и расстреляли. Это к тому, что во время войны особенно остро проявляется каждый человек.

К 1941 г. сразу 4 маршала оказались выходцами из Первой конной армии (К.Ворошилов, С.Буденный, С.Тимошенко и Г.Кулик), которые не очень

ориентировались в ситуации и потому не могли предложить ничего, кроме смелого кавалерийского наскока. После начала войны с Германией некомпетентность военных руководителей проявилась во всем, в том числе в непонимании тогдашней механизированной войны. За их одни и те же ошибки и бездарность не только в трагическом 1941 г., а также за их обучение заплатили жизнью сотни тысяч советских солдат и офицеров. Особенно эта бездарность проявилась, когда отражать врага на южном направлении было поручено Буденному, в центре- Тимошенко, на севере- Ворошилову, который чуть не сдал Ленинград, спасти который прибыл на его замену Г. К. Жуков, демонстративно отказавшийся от встречи с Ворошиловым. Поэтому нельзя полностью винить только одного И. Сталина, которого, видимо, устраивали такие кадры, за страшные военные поражения первых месяцев войны, хотя и перед войной и в начале ее им были допущены непростительные ошибки, граничащие с преступлением. Кстати, в Ленинграде существовал дальновидно основанный еще Петром Первым Артиллерийский исторический музей. Большую часть экспонатов удалось вывезти на Урал, а некоторые экспонаты и часть сотрудников при них осталась. Оружие музея (пушки, винтовки, автоматы, патроны, артиллерийские и стрелковые приборы и др.) после приведения их в боевое состояние пригодилось на фронте. Сотрудники музея проводили выставки своих образцов для раненых бойцов, рассказывали им о разных видах оружия, учили, как пользоваться трофейными финскими и немецкими пушками и т.д. Они относились к наркомату обороны, где о них благополучно забыли и сняли с денежного и продовольственного довольствия, что облекло их на болезни и голодную смерть. Писатель Виктор Астафьев, ушедший добровольцем на фронт, писал, что никакой предварительной подготовки призывников в начале войны не было, и фактически на войну отправлялись необученные солдаты, нередко без оружия. Все указанные выше маршалы и выходец из Первой конной армии генерал Е. Щаденко считали кавалерию главной опорой всей армии и потому к имевшимся 13 добавили еще 80 новых кавалерийских дивизий. Также имела место разноречивость приказов: согласно Директивы №1, направленной в военные округа в ночь на 22 июня 1941 г., когда нужно было скрытно занять новые приграничные позиции, а из штабов фронтов вдогонку пошел противоположный приказ отвести войска от границы. Сама Директива №1 уже ничего изменить не могла: войска не успевали скрытно занять огневые точки укрепленных районов на государственной границе, не удавалось рассредоточить всю авиацию по полевым аэродромам и тщательно самолеты замаскировать, все части привести в боевую готовность, войска держать рассредоточено и замаскировано. К этой Директиве был чисто сталинский довесок о том, чтобы войскам не поддаваться на провокации, могущие вызвать крупные последствия. Директива явно запоздала и всем военным начальникам, кроме И. Сталина, было ясно, что война стоит прямо у порога. Вплоть до 22 июня 1941 г. советскому народу сталинская пропаганда внушала, что Германия на нас не нападет (об этом, в частности, говорилось в

заявлении ТАСС за 8 дней до начала войны) и потому и армию, и народ война застала врасплох. Вот почему объявил о начале войны Молотов, а Сталин выступил перед народом только спустя 10 дней. Единственный род войск, оказавшийся готовым к агрессии и отпору, был военно-морской флот, приказ на который наркома адмирала Н.Кузнецова, действовавшего на свой страх и риск, о полной боевой готовности пришел заблаговременно. Вообще, военно-морская история хранит немало имен женщин, например, старшины 2-й статьи Антонины Куприяновой, командовавшей женским экипажем тральщика ТЩ-611 на Волжской военной флотилии (контр-адмирал Ю.Пантелеев)И.Сталин, не имея всей информации и находясь в плену «былинников речистых» о мощи красной кавалерии и о том, что непобедимая Красная армия всех сильнее (от Москвы до британских морей), отдал нереальный приказ Кулику организовать контрнаступление на Белосток и отбросить немцев за границу. Но Кулик с вверенными ему армиями быстро попал в окружение, из которого выбирался в крестьянском зипуне. Затем он по приказу И.Сталина безуспешно пытался прорвать блокаду Ленинграда, не смог защитить Керчь и терпение у вождя кончилось- маршал Кулик был разжалован, лишен наград и в 1950 году расстрелян. Правда, в 1957 г. он был полностью реабилитирован посмертно и восстановлен в звании. Примерно такая же судьба могла ожидать и Тимошенко, под руководством которого совместно с погибшим вместе со своим штабом командующим Юго-Западным фронтом генерал-полковником М.П. Кирпоносом под Киевом была окружена и разгромлена крупнейшая в истории войн группировка советских войск. Михаил Кирпонос приказал генералу Баграмяну прорываться на восток с одной из штабных групп. Но Тимошенко сумел в ноябре 1941 г. удержать Ростов-на-Дону и тем самым реабилитировать себя в глазах вождя. Правда, в 1942 г. он полностью провалил наступление на Харьков. Это только несколько примеров полной дезорганизации даже накануне войны; что тогда можно говорить о ее начальной стадии. Жуков на какое-то время попал в опалу из-за предложения выровнять фронт и сдать Киев, чтобы избежать там окружения. Сталин отправил его командовать Резервным фронтом. Но и там Жуков проявил себя, проведя в начале сентября 1941 г. первую успешную наступательную операцию Красной армии с нанесением фланговых ударов, вытеснив с большими германскими потерями из Ельнинского выступа 4-ю немецкую армию генерала Гюнтера фон Клюге. Однако, несмотря на огромные потери в первые дни войны и растерянность в армии, не поддавшемуся панике командованию, благодаря военной хитрости, все же удалось провести успешную операцию по эвакуации без потерь большой Приморской армии (80 тысяч бойцов) из осажденной Одессы на кораблях в Крым. Некоторые еще считали немцев культурной нацией, давшей миру многих философов, писателей и композиторов, и потому их особенно первоначально не опасались. И, действительно, поначалу солдаты вермахта вели себя с мирными жителями относительно корректно, а основные зверства начались позже. В самом начале Великой Отечественной войны в конце августа 1941 г. три советские

армии вошли в пронемецки настроенный Иран с севера, а навстречу им с юга двинулись три дивизии и две бригады британцев. В результате с Ираном (последний 35-й шах Мохаммед Реза Пехлеви) было подписано соглашение об оккупационных зонах, были защищены южные рубежи нашей страны, особенно, бакинские нефтепромыслы, немцы не допущены к иранской нефти, создан южный маршрут для поступающей к нам помощи по ленд-лизу, а полностью отомобилизованная Турция- союзница Германии- была вынуждена заявить о своем нейтралитете, поскольку там решили не вмешиваться в европейскую войну. После тяжелых боев, поражений и потерь вермахта в процессе войны мужской потенциал Германии и ее сателлитов быстро исчерпывался и потому было принято решение вывезти с Украины в рейх не менее 500 тысяч отборных девушек для работы в тылу и обновления немецкой нации. Кроме того, многие малые народности приветствовали фашистские войска, за что потом были сосланы, а в составе войск вермахта находились подразделения, сформированные из представителей различных национальностей СССР. Так, когда донские земли были освобождены от оккупантов, то вслед за немцами на запад двинулось более 300 тысяч казаков и членов их семей во главе с казачьими генералами Красновым, Шкуро и Домановым. Все они потом сдались англичанам и были насильно (в соответствии с Ялтинским соглашением) интернированы в СССР. После того, как союзники передали СССР несколько тысяч казаков, германский казачий атаман Гельмут фон Пачвиц, командовавший в годы войны казачьей дивизией, сражавшейся против советских войск, решил разделить их судьбу. И разделил и был в 1947 г. повешен.

Молодой выпускник военного училища советский разведчик Александр Козлов попал в плен и ему удалось по распоряжению СМЕРШа проникнуть на секретную базу абвера «Сатурн» в районе города Борисова, где в течение трех лет он дослужился до гауптмана, получил 5 немецких орденов, в том числе железный крест с дубовыми листьями и несколько советских орденов, и умудрялся поставлять советской разведке данные о забрасываемых диверсантах. После войны в 1949 г. его уже дома осудили как немецкого шпиона и дали 10 лет лагерей. Выйдя на свободу, он не смог никуда устроиться и не получал пенсию, т.к. по документам он всю войну провел в плену. И только на исходе его жизни справедливость частично восторжествовала, когда официально Московским военным трибуналом неохотно была признана допущенная ошибка и бывший разведчик стал хотя бы получать льготы. По его жизни и работе в тылу у фашистов снято несколько фильмов. Украинец Иван Даценко совершил 213 боевых вылетов на тяжелом и тихоходном бомбардировщике, несколько раз был подбит, получил звание Героя Советского Союза. В апреле 1944 г. при бомбардировке железнодорожной станции Львов-2 был сбит, попал в плен, откуда сбежал к своим. Свой трибунал расстрелял бы его, если бы не звезда Героя, но присудил к 25 годам лагерей. По дороге под Красноярском ему удалось бежать, добраться до военного аэродрома, захватить бомбардировщик и на нем улететь на Аляску, где он стал вождем индейцев-

ирокезов, обзавелся семьей и все племя научил украинскому языку. Просто удивительно: Герой Советского Союза- вождь североамериканских индейцев! Другой интересный человек-Иосиф Григулевич долго жил и работал в испаноговорящих странах, подрывая суда, везущие в Германию ценное сырье, а после Второй мировой войны под именем Теодоро Кастро он стал послом Коста-Рики при Ватикане, в Италии и Югославии, но после смерти Сталина был отозван на Родину, стал крупным ученым по истории и этнографии. Удивительное дело- советский разведчик стал послом от Коста-Рики. Когда Умберто Нобиле с командой на дирижабле «Италия» в 1928 г., долетев до Северного полюса, повернул обратно, то в результате аварии члены экипажа, подававшие сигнал SOS, остались на льдине. Нобиле смог вывезти пилот одномоторного самолета, а остальных спасла команда советского ледокола «Красин», которую в Ленинградском порту ожидала торжественная встреча. Правда, потом все участники спасательной экспедиции с ледокола «Красин» были арестованы по обвинению в шпионаже и связи с фашистами. И это не единичный случай отношения органов НКВД и власти к советским людям, даже героям. Сто лет назад бывший солдат царской армии, потом красноармеец Иосиф Дзева поселился в Псковском округе и стал работать простым модельщиком на фабрике. В 1937 г. его, жену, сына и невестку арестовали ни за что, просто по разнарядке (по Ленинградской области был план в 14 тысяч репрессированных, из них 4000-по первой категории и 10000- по второй). Ему инкриминировали шпионаж в пользу Польши, намерение взорвать шпигатную фабрику и расстреляли как врага народа (правда, передачи с мизерными деньгами и продуктами принимали еще долго), неграмотную жену отправили на 5 лет в голодные степи Казахстана, сына (по доносу) обвинили в пособничестве шпионажу и расстреляли, невестку осудили как преступницу. Вот так была уничтожена не одна семья. Что толку, что потом это было признано ошибкой, а руководителя следственной бригады лейтенанта госбезопасности расстреляли? Все это относилось и к железнодорожникам, стоит только заглянуть в архивы. Особенно чтут память расстрелянных органами НКВД железнодорожников в Минске. Всего с 1921 по 1953 гг. за контрреволюционную деятельность осуждено 3.8 млн человек, из них расстреляны 700 тысяч. Даже малые дети остро ощущали царящий произвол и несправедливость, но в силу отсутствия понимания политической ситуации и по наивности не могли представить себе все возможные последствия своих слов и намерений. Так, группа московских школьников, пытаясь кое-что изменить в стране и придать существующему строю цивилизованные черты, была расстреляна. Для чего мы на этом периоде несколько остановились? Только для того, чтобы показать, в каких условиях осуществлялась работа железнодорожного транспорта и почему он понес значительные потери. Инициатива и раньше, и теперь наказуема и примеров тому очень много. Так, недавно в Челябинской области егерь И.Шарипов на болоте всего за 40 тысяч рублей построил дорогу, и самый справедливый суд присудил его к штрафу в 2.5 млн рублей якобы за порчу сельхозземель. А в городе Ржев Тверской

области рухнула дамба и размыло дорогу в несколько поселений, но власти не стали ее восстанавливать. И тогда предприниматели на свои деньги начали ремонтные работы, но их оштрафовали за работы в водоохранной зоне, за рубку деревьев и т.д. Имеются случаи, когда построенную по частной инициативе дорогу приходилось полностью перекапывать. При таком подходе о создании в стране гражданского общества можно только мечтать.

С началом войны, пользуясь практически полным преимуществом в воздухе, немецкие многоцелевые самолеты и лучшие бомбардировщики люфтваффе Юнкерсы-88 совершенно безнаказанно бомбили наши города, узловые железнодорожные станции, железнодорожные пути и гонялись за отдельными пассажирскими и грузовыми составами и военно-санитарными эшелонами с нарисованными на них красными крестами. Только опыт и хладнокровие отечественных машинистов и их помощников позволили сберечь многие жизни и ценные грузы, в том числе военного назначения. Это уже в 1943 г. почти все эшелоны сопровождалось нашими истребителями, а до того на некоторые платформы устанавливались зенитные орудия или спаренные пулеметы и многое зависело от мастерства паровозной бригады и точности зенитчиков. Поскольку Донбасс с его коксующимся углем был отрезан, приходилось в ряде случаев в топку паровозов бросать дрова, которых нужно было много. Кроме того, необходимо было в зимний период отапливать города и поселки, штабные сооружения и т.д. Поэтому на лесоповал направлялись не только заключенные, но и студенты, выпускники вузов и другие, освобожденные от фронта. Каждому из них, включая женщин и стариков, нужно было заготовить 200 кубометров дров весом в 176 тонн с помощью топора и двуручной пилы. Жили в землянках, недоедали, одолевали вши. Вольнонаемных иногда отпускали домой для приведения себя в порядок. После выполнения положенной нормы вольнонаемные были свободны и их самоотверженный труд проходил под лозунгом «Всё для фронта, все для победы!». Опубликованные в последние годы уникальные документы времен Великой Отечественной войны показывают, как из прибывших из мест заключения и бомжей формировали солдат по направлениям от военкоматов в места прохождения военно-учетного сбора.

Учитывая опыт формирования поездов для раненых и больных в течение Первой мировой войны, по указанию Народного комиссариата путей сообщения от 24 июня 1941 г. было задействовано 288 эшелонов военно-санитарного железнодорожного транспорта. В состав поездов помимо пассажирских вагонов для раненых и больных входили следующие вагоны: аптеки, перевязочные, кухни, прачечная, складские вагоны, вагоны для персонала и т.п. Вагоны для тяжелораненых вмещали до 30 человек, для легкораненых - в 2 раза больше. Общая вместимость такого поезда составляла до 600 человек. Именно в это время военно-санитарные поезда были условно разделены на три части: временные (ВВСП), постоянные (ПВСП) и врачебно-санитарные летучки (ВСЛ). ВВСП использовались для эвакуации легкораненых в тыл на небольшие расстояния. ПВСП содержали

специализированные вагоны для тяжелораненых и предназначались для эвакуации в глубокие тыловые многопрофильные и специализированные госпитали. В них были специализированные вагоны для раненых в грудную клетку, конечности, брюшную полость, в голову и т.д. Кроме того, в состав ПВСП входили также изоляторы для тяжелых инфекционных больных, вагоны для больных с психическими расстройствами и другие. ВСЛ состояли преимущественно из грузовых специально оборудованных вагонов и платформ, в них была аптека, перевязочная, кухня и другие медицинские и хозяйственные вагоны. ВСЛ были самыми массовыми и перевозили наибольшее число легкораненых и легкобольных в ближайшие тыловые госпитали.

В годы Великой Отечественной войны военно-санитарные поезда представляли собой своеобразные передвижные госпитали на колесах с минимальным числом оперативных вмешательств, разве что исключительно по жизненно важным показаниям. В этих госпиталях, не зная сна и отдыха, врачи и медсестры круглосуточно работали у перевязочных и операционных столов. В случае острой необходимости раненые и больные не довозились до мест назначения и направлялись в близлежащие местные госпитали и гражданские больницы, расположенные по ходу движения поезда. Все же главная задача состояла в том, чтобы довести эвакуированных до места их назначения, для чего в пути применялись поддерживающая терапия, перевязки, переливания крови, остановка кровотечения и т.п. Фактически все железные дороги формировали военно-санитарные поезда. Начальником Саратовского военно-санитарного поезда №87 был майор медицинской службы П.К. Табаков, отец народного артиста СССР О.П. Табакова. Санитарный поезд №1722 Свердловского формирования, в котором трудились вольнонаемные, передвигаясь по Ростовской области, постоянно своими силами собирал раненых с поля боя. Имеются и другие множественные свидетельства того, что санитарные поезда были широко востребованными, в них нуждались раненые и медицинские службы каждого фронта и каждой армии. Движение поездов в годы войны осуществлялось сплошным потоком и разрыв между ними иногда не превышал 700 метров. Поезда шли по особому графику, которому способствовали различные технические новинки: скоростное формирование поездов, безотцепный ремонт вагонов, вождение тяжеловесных составов, отправление сдвоенных поездов. На перегонах стояли сигнальщики, изменились графики работы машинистов и паровозные бригады водили составы за тысячи км. До 1943 г. железнодорожники принимали непосредственное участие в боевых действиях и на смену воюющим железнодорожникам (машинистам, кочегарам и др.) пришли необученные молодежь и подростки. Поэтому в 1943 г. вышел приказ И.В. Сталина о возвращении всех железнодорожников на свои рабочие места. Во время войны в общей сложности железнодорожным транспортом было перевезено около 20 млн вагонов с военнослужащими, боевой техникой, снарядами, продовольствием, эвакуированными. В 1941 г. на долю железнодорожного транспорта

пришлось 93% всего грузооборота страны. Во время сражений вблизи Москвы воинские перевозки осуществляли 333,5 тысяч вагонов, при подготовке битвы на Курской дуге – свыше 14 тысяч эшелонов, которые перевозили целые армии. Кроме того, за Урал по железной дороге было эвакуировано 2,5 тысячи заводов и 18 млн человек. Многие заводы были развернуты в Новокузнецке (ферросплавов, алюминиевый и т.п.) и в других сибирских городах. Срочность демонтажа многих заводов в сочетании со скоростью продвижения гитлеровцев по нашей земле приводили к тому, что нередко составы с оборудованием отправлялись на восток буквально накануне прихода немцев, которые не щадили железнодорожников и их расстреливали. А потом немцы старались восстановить эти заводы и разрушенные предприятия, что четко прослеживается на примере ДнепроГЭСа. Многие эшелоны, груженные углем, рудой, реквизированным скотом, украинским черноземом и др., немцы гнали на запад, вывозя наиболее ценное из оставшегося оборудования, музейные экспонаты и ценности, сырье, скот и награбленные продукты переработки.

В том, что советские войска победили фашистского агрессора, имеется огромная заслуга железнодорожников и железнодорожного транспорта, перевезившего в отдельные военные годы до 95% всего грузооборота страны. Таким образом, железнодорожный транспорт стал четким связующим звеном между фронтом и тылом, железнодорожники обеспечили более 50 стратегических и наступательных военных операций. Несмотря на осуществление многочисленных перевозок, железнодорожники буквально с первых дней Великой Отечественной войны активно сражались с немецкими оккупантами. Город Брест был включен в состав СССР в 1939 г. До этого немцы практически без потерь прошли за 36 дней через всю Польшу и уже через 9 дней, как отмечалось, оккупировали Варшаву, а войска Г.Гудериана заняли польский Брест, который вместе с пленными поляками достался СССР по пакту Молотова-Риббентропа. И, конечно же, при нападении вермахта на СССР первым городом на пути внезапно напавших немцев был Брест с его не представляющей тогда ценности крепостью.

Немногочисленные советские военнослужащие и члены их семей защищали Брестскую крепость до последней возможности от окружившей их 45 австрийской пехотной дивизии вермахта под командованием генерал-лейтенанта Ф.Шлипера при участии Отто Скорцени в течение почти 2-х месяцев, когда фронт ушел далеко вглубь страны и основные силы немцев уже подошли к Смоленску. Всего же в германских войсках воевали 156 тысяч австрийцев. Только за один день, 23 июня 1941 г., немцы потеряли под Брестом вдвое больше солдат, чем за всю Польскую кампанию. Все это описал писатель и журналист С.С.Смирнов, восстановивший доброе имя защитников Бреста (в том числе майора Гаврилова), первыми принявшими на себя удар мощного концентрированного кулака всех родов войска немецкой армии. Среди 7000 защитников Брестской крепости было немало героически сражавшихся чеченцев, и это факт упорно замалчивался длительное время. Там были также русские, ингуши, адыгейцы, евреи, армяне и кумыки. А 26

августа 1941 г. мертвую и разрушенную крепость посетили Гитлер и Муссолини, пытавшиеся понять причины стойкости и героизма многонациональных защитников крепости, но так ничего и не поняли и не сделали из этого соответствующих выводов. Кроме того, гитлеровцы не могли почти 10 дней взять брестский вокзал, который защищали железнодорожники вместе с пограничниками; они по ночам совершали вылазки из подвалов, расстреливая солдат и офицеров вермахта. В итоге все защитники погибли, поскольку немцы затопили водой все подвалы. Есть множество других свидетельств героического сопротивления железнодорожников с оружием в руках. Особенно тяжело пришлось на границе только что призванным в армию, вчерашних школьников, командиры которых (литовцы) разошлись по домам, а новобранцы, голодные, без вещей, оружия и продовольствия стали группами отступать на восток, преследуемые образовавшимися полицаями, под бомбежками и огнем вражеских самолетов. За время Великой Отечественной войны- ВОВ накопилось множество мало известных фактов. Например, в 1942 г. воюющий Северный флот потерял сразу 9 подводных лодок из 15, и было принято решение перевести туда 6 подводных лодок (4 средних и 2 подводных минных заградителя) с Тихого океана при поддержке США. Однако произошла утечка информации и обычный переход из Петропавловска-Камчатского к Калифорнии, затем через Панамский канал в Атлантику и порт назначения зимой 1943 г. оказался весьма непростым и, даже боевым. В середине сентября 1971 г. в Ладожском озере баржа, перевозившая более 1600 ленинградцев попала в жестокий шторм и под удары немецких Юнкерсов. Тут же данные об этой трагедии, «Ладожском Титанике» были засекречены, о чем стало известно спустя 63 года. Не очень известен факт гибели баржи в Ладожском озере с количеством ленинградцев, превышающим число жертв (1635) океанского лайнера «Титаника», правда, несколько меньшим, чем рекордная гибель (1700) человек на взорвавшемся на реке Миссисипи речного парохода «Султанша» в 1865 г. Спустя 100 лет после гибели «Титаника» произошло крушение примерно такого же по габаритам круизного лайнера «Коста Конкордия», затонувшего неподалеку от итальянского острова Джильо, и только благодаря близости к берегу людских жертв удалось избежать. С учетом недостатков «Титаника» по заказу Канадской тихоокеанской компании были построены два пассажирских парохода-города, которые осуществляли перевозку пассажиров по маршруту Квебек-Ливерпуль-Квебек. Один из них, «Императрица Ирландии», на борту которого находилось 1477 человек, во время густого тумана в акватории реки Святого Лаврентия столкнулся с другим судном и затонул. Погибли 1012 человек. В 1986 г. самый крупный на Черном море пассажирский пароход «Адмирал Нахимов» на выходе из новороссийской бухты столкнулся с сухогрузом и затонул за 7 минут. Погибли 423 человека. В 1950 г. в акватории г.Рига из-за плохой организации входа/ выхода пассажиров перевернулся всего в 5 метрах от причала пароход «Маяковский» и погибли 147 человек. Были и другие

катастрофы на воде с человеческими жертвами. Если первая катастрофа произошла в результате бомбардировки, то в других случаях вина относится полностью к человеческому фактору.

Хлеб в городе выдавали по карточкам: 400 г. в день рабочим и инженерам и 200 г.- остальным. Когда немецко-фашистские войска в начале сентября 1941 г. замкнули вокруг Ленинграда блокадное кольцо, начались массированные артобстрелы города и постоянные налеты вражеской авиации, вначале с дальних аэродромов, а затем- с прифронтовых, за полчаса подлета к городу. Важным звеном противовоздушной обороны Ленинграда была система наблюдения и раннего оповещения, для чего применялись громоздкие и не очень эффективные устаревшие звукоуловители. Поэтому уже в декабре на дежурство вышли призванные в армию незрячие музыканты, инвалиды 1-й группы, обладающие уникальным слухом и способные распознать приближающиеся самолеты не только на более значительном расстоянии, но также определить потолок полета и тип немецкого бомбардировщика. Все это позволяло силам ПВО города принять необходимые предупредительные меры: поднять в воздух истребительную авиацию или организовать плотный заградительный зенитно-огневой заслон, даже в полной темноте, включая потом прожекторы и превращая самолеты противника в уязвимую для зенитной артиллерии цель.

В годы Великой Отечественной войны железнодорожная медицина, как обычно, тесно взаимодействовала с гражданской и военной медициной и с ее руководителями генералами Е.И.Смирновым, Н.Н.Бурденко М.Е.Вовси, В.С.Левитом, Г.И. Митеревым, Ф.Г. Кротковым и другими.

Кстати, в составе паровозных бригад были и женщины, троим из которых было затем присвоено звание Героя Социалистического Труда. К сожалению, сейчас эти работы не входят в число допустимых женских профессий, что порождает определенную дискриминацию по половому признаку. На наш взгляд, каждая женщина сама вправе решать, каким трудом ей заниматься и какую выбрать для себя специальность.

Особо следует подчеркнуть роль бронепоездов, которые использовались Красной армией во все годы войны. К ее началу было 53 бронепоезда, в которых было 53 бронепаровоза, размещавшихся, как правило, в середине состава, 106 артиллерийских бронеплощадок, 28 бронеплощадок ПВО и свыше 160 броневедомостей, приспособленным для движения по железнодорожным рельсам и предназначенных для разведывательно- боевых и поисковых действий. Кроме Красной армии бронепоездами располагали также оперативные войска НКВД. Длинноствольные пушки бронепоездов могли вести прицельную стрельбу на глубину до 12 км. Кроме того, бронепоезда были вооружены зенитными, противотанковыми и противопехотными пушками разного калибра, станковыми и зенитными пулеметами, установками для реактивных снарядов, оснащены средствами связи. Мы не станем здесь описывать сражения, в которых принимали участие бронепоезда.

В августе 1942 г. фашисты оказались в глубоком тылу СССР, линкор «Адмирал Шеер» появился в Северном Ледовитом океане, в устье Енисея (Красноярский край). Его должен был сопровождать другой «карманный» линкор «Лютцов», который перед выходом получил повреждения и был отправлен в ремонт. Задача линкора состояла в потоплении советских кораблей, доставляющих на отдаленные острова и зимовки все необходимое. Но каравану советских судов удалось ускользнуть, а остров Диксон огрызнулся артиллерийским огнем и взять его не удалось, получилось только подбить в Карском море до конца отстреливающийся ледокол «Александр Серебряков», который открыл кингстоны и с красным знаменем, не сдаваясь, затонул. Спаслись только 19 человек, попавшие в плен. После ВОВ они вернулись на Родину, были репрессированы и направлены в концентрационный лагерь в Уфе. Всего этого могло не быть, поскольку командование Северного морского пути было заранее обо всем информировано, но понадеялось на авось. Кстати, Третий рейх осваивал и просторы Антарктиды с 1938 года, организовывая там подводные и надводные базы, складские помещения. В 1946 году к берегам Антарктиды направилась американская экспедиция в составе 13 кораблей и нескольких самолетов, но ее результаты полностью засекречены до сих пор.

Великая Отечественная война длилась 1418 дней, из которых только около 250 дней велась на 2 фронта, и в это время были попытки строительства временных железнодорожных путей как с нашей стороны, так и с немецкой. Когда после победной битвы на Курской дуге и неудачного наступления наших войск в Харьковском направлении, немцы, взяв в «котел» многие тысячи советских воинов при 1200 утраченных танках, двинулись на Сталинград по железной дороге Харьков- Ростов-на-Дону, то на узловой железнодорожной станции Лиски они встретили ожесточенное сопротивление. Катастрофа под Харьковом в Барвенковском выступе произошла из-за полного отсутствия разведки, что давало недостаточно компетентному командованию смутное представление о силах противника, войска передвигались без должной маскировки, снабжение оказалось негодным и солдаты голодали, никакого значения не придавалось тщательной подготовке предстоящей атаке и предварительной артиллерийской подготовке, и все это из-за отсутствия централизованного управления, разноречивых и запаздывающих указаний из штаба Юго-Западного фронта (начальник штаба- генерал-лейтенант Иван Баграмян). Несмотря на мнение начальника Генерального штаба СССР А.Василевского о необходимости срочного отвода войск из пока еще не замкнутого кольца окружения, из Харькова шли обнадеживающие и недостоверные сведения (С.Тимошенко, И.Баграмян, Н.Хрущев) и Сталин, поверивший им, запретил отступление. Сталинские кавалерийские маршалы если и побеждали, то не просто числом и неисчислимостью своих солдат. И.Баграмяна спасло от репрессий вмешательство бывшего соученика по Высшей кавалерийской школе в Ленинграде (1925 г.) набравшего авторитет Г.К.Жукова. Потом маршал Иван Христофорович Баграмян освобождал от фашистов Украину и

Прибалтику. В это же время появился печально известный приказ № 227 «Ни шагу назад!» и были созданы заградительные отряды. Потом в его развитие был выпущен приказ № 270 о расстреле офицеров, дезертиров и аресте членов их семей. Взять узловую железнодорожную станцию Лиски фашисты с ходу не сумели и тогда силами 30 тысяч советских военнопленных они в обход станции построили за 4 месяца однопутную железнодорожную ветку «Берлинку», длиной в 36 км между Острожском и Каменкой (одноколейка со множеством мостов на деревянных опорах, вокзалом и т.д.), которую они же при отступлении уничтожили, в чем помогла им наша авиация, не допуская прорыва подкреплений от генерала-фельдмаршала Эриха фон Манштейна к осажденным фашистам в районе Сталинграда, захватившим почти 90% города. С аэродрома у станции Тацинской транспортные немецкие самолеты осуществляли снабжение окруженной группировки Паулюса. В декабре 1942 г. в тыл вражеской группировки совершил дерзкий рейд танковый корпус генерала В. Баданова, который на указанном аэродроме уничтожил 428 самолетов люфтваффе, за что командир корпуса был награжден только что введенным орденом Суворова. Двинувшаяся на прорыв окружения армия Эриха фон Манштейна вместе с танковой группой генерал-полковника Германа Гота была остановлена советскими войсками, не дойдя 48 км до осажденных гитлеровцев. Из-за плохой подготовки к русской зиме (-20 градусов), голодного пайка и двойного окружения советскими войсками гитлеровцы, не рассчитывая на помощь извне, решили сдаться. Командовал капитулировавшей 30 января 1943 г. 6-й германской армией в 40-километровом котле фельдмаршал Фридрих Вильгельм Эрнст Паулюс (вместо В. Рейхенау), который после сдачи в плен находился в Красногорском пересыльном лагере для немецких военнопленных № 27, в генеральском лагере в Спас-Ефимьевом монастыре Суздаля, в санатории им. Войкова в глуши Ивановской области, на даче в Ильинском и лишь после 1.5 лет плена он отказался от нацистских убеждений, за что гестапо жестоко расправилось с его большой семьей. И только после смерти Сталина в 1953 г. он смог выехать в ГДР, где в Дрездене в 1957 г. скончался, а урну с его прахом перевезли в Баден-Баден поближе к могиле раньше умершей его жены. Решающая битва под Сталинградом длилась в течение 200 дней, в ней участвовали свыше 2 млн человек и 30 тысяч единиц боевой техники и орудий. Потери немцев были огромные, 91 тысяча попала в плен, из них только 6000 вернулись в Германию в 1956 г. Все это значительно подорвало дух в вермахте и подняло настроение в СССР. Но окончательный перелом в Великой Отечественной войне произошел после полуторамесячной Курской битвы. Немцы не были гуманистами и организовали тысячи концентрационных лагерей с чудовищными условиями для заключенных и военнопленных. На слуху находятся наиболее крупные из них с печами для сжигания людей: Освенцим, Маутхаузен, Берген-Бельзен, Треблинка, Собибор, Бухенвальд, Дахау, Заксенхаузен, Равенсбрюк, Брянск, Житомир, Бердичев, Шепетовка, Славута, Заслав, Белжец, Остров Мазовецкий и многие другие. Власти нынешней Латвии отрицают наличие концлагеря в

Саласпилсе, мол, там не было газовых камер и крематории, а жуткие условия содержания заключенных, в том числе мирного населения из Витебской, Псковской и Ленинградской областей (люди жевали сухую траву, полуистлевшую одежду, коренья, у детей и матерей выкачивали кровь и т.д.) называли советской пропагандой. Всего в Саласпилсе погибли 100 тысяч человек, в том числе 7 тысяч детей. Сейчас мемориал погибшим разрушается и власти хотят его снести совсем. В учебном лагере СС Травники готовили 5000 вахманов-убийц, т.е. охранников концлагерей из немцев-фольксдойче из Прибалтики, Поволжья и Средней Азии, а также из 3600 в основном западных украинцев. Поляков среди них не было, но к ним отношение двойственное: одни поляки помогали евреям и прятали их от немцев, например, Ирена Свидлер, спасавшая детей из Варшавского гетто, другие прятали за определенную мзду, а потом выдавали, а некоторые просто охотились на евреев и выдавали их нацистам за определенное вознаграждение. Однако когда группенфюрер СС Штроп с двумя батальонами войск СС ворвался в гетто, там вспыхнуло восстание и в немцев полетели бутылки с зажигательной смесью. Варшавские евреи сражались отчаянно, понимая, что у них нет шансов выжить. Вина за все это полностью лежит на хитроумных действиях польского правительства в изгнании. Даже Армия Крайова, боровшаяся с нацистами, убивала евреев. Но об этом согласно принятому закону упоминать запрещено. А как быть с уже выпущенной литературой (Яна Томаша Гросса «Золотая жатва», «Соседи» о массовом убийстве евреев поляками в местечке Едвабне, Василия Гроссмана «Треблинский ад» и другие), с прокатными фильмами «Пограничная улица», «Конец нашего света» Ванды Якубовской, «Самсон» Анджея Вайды и многие другие. Запрещать, извлекать их из проката?

Кстати, в Заксенхаузене евреев-специалистов принудили готовить фальшивые доллары и фунты: которые банки Швейцарии признали настоящими. В первой мастерской по изготовлению фальшивых долларов, фунтов и рублей, расположенной в Грюневальде, спецслужбами СС и СД по идее группенфюрера СС Артура Небе были проведены две широкомасштабные операции по изготовлению фальшивок «Андреас» и «Бернгард», которые не смогли подорвать экономику США, Англии и СССР, а отразились лишь на шпионивших в пользу Германии, с которыми рассчитывались фальшивками. Кстати, этим делом не гнушался и Сталин, по заданию которого ОГПУ напечатало поддельные доллары и пыталось пропустить их через банк «Сасс унд Мартини» и по другим каналам, что вызвало большой международный скандал. Среди советских фальшивомонетчиков обогатиться смог только один человек- ставропольский умелец Баранов, бывший шофер М.Горбачева, превосходно копирующий 25-рублевки на изготовленном домашнем станке.

Только на территории Калужской области концлагерей было 22. Например, в Юхнове (там сейчас швейная фабрика) военнопленных держали в холоде и голоде, они рыли землянки, умирали сотнями каждый день от этих причин и от тифа. В шталагах (сокращенное название концентрационных лагерей

германских вооруженных сил) №346 возле Кременчуга и №337 в Барановичах к советским женщинам-военнопленным, включая медсестер и санитарок, применялись изощренные пытки, средневековой жестокости: их сажали на кол, загоняли внутрь красный жгучий перец, зверски насиловали, а потом убивали. Командовал шталагом № 337 украинский бандеровец Ярош. Особенно зверствовали немки-комендантши, отличающиеся садистскими наклонностями. Ежедневно в шталаге №337 уничтожали свыше 700 пленных. Всего за время Второй мировой войны фашисты организовали более 14 тысяч концентрационных лагерей на оккупированных ими территориях, предназначенных для так называемого «расового очищения Европы». Например, шталаг № 384 находился в Альтенбурге, шталаг № 324- на острове Мазовецка, шталаг №312- в Торуне, шталаг №18А был освобожден англичанами и т.д. и т.п. На этих конвейерах смерти были уничтожены свыше 11 миллионов человек. В концлагерях из кожи уничтоженных людей готовили абажуры, салфетки, скатерти, перчатки, занавеси и даже ажурное женское нижнее белье, из трупного жира делали мыло. Чинимые зверства и людоедское «ремесло» претило даже нацистским судам, которые осуждали «лагерников» за чрезмерную жестокость и моральное разложение. Зимой 1945 г. в связи с приближением советских войск из пересыльных концлагерей в районе Кенисберга почти 10000 евреев, в большинстве женщин из Варшавского гетто и из Венгрии, а мужчины- из Вильнюсского гетто немцы гнали их на расстрел к обрывистому берегу Балтийского моря у нынешнего поселка Янтарный. Чудом удалось спастись нескольким женщинам, которые и поведали об этой чудовищной трагедии. Не случайно день освобождения войсками Первого Украинского фронта концлагеря Освенцим, в витринах которого сейчас можно увидеть тысячи башмаков, переплетения очков и полуистлевшие бантики на детских косичках, т.е. 27 января, считается международным днем Холокоста. Фашисты постепенно подходили к уничтожению евреев: в 1935 г. они ввели расовые законы они ввели так называемые «паспорта предков» при восстановлении родословной каждого человека вплоть до 1750 года. Это потом были концлагеря, газовые камеры и печи. В фабрике смерти Освенциме 90% всех узников составляли евреи, а число охранников доходило до 6 тысяч. В пепел превратили почти 2 млн человек, не говоря уже о чудовищных опытах команды Йозефа Менгеле. Евреи уже в 1942 году знали, что гитлеровцы взяли курс на полное их уничтожение, но продолжали покорно идти на заклание, хотя иногда вспыхивали подавляемые восстания. «Практичные» нацисты делили весь поток пребывающих в концлагеря на 2 части: бесполезных (слабых, немощных и больных), которых уничтожали сразу или с короткой отсрочкой, и полезных (физически крепких или имеющих нужные немцам специальности), которых направляли на разные работы. Свыше 5 млн советских граждан побывали в фашистских концлагерях и свыше трети из них (точнее-1,86 млн) вернулись на Родину, причем, половину из них органы НКВД заподозрили в пособничестве фашистам и предательстве. Все они в плену работали и кое-чему научились, несмотря на голод, холод, болезни,

издевательства и рабский труд. На территории Германии и оккупированных ею стран были созданы свыше 22 тысяч концлагерей. Чему точно научились все выжившие, так это умению выживать, преодолевая все тяготы и лишения. Например, в лагере Хаммерштейн (польский город Чарне) заключенные получали 200 г. эрзац-хлеба, овощную похлебку из отходов и суррогат кофейного напитка. В других лагерях пайка была в 2 раза меньше. На территориях концлагерей находились десятки диверсионных школ, горюющих диверсантов для заброски в советский тыл. Советские люди работали по 12 часов и более на тяжелых работах в металлургической и горной промышленности, на строительстве и в сельском хозяйстве. Многие немецкие предприятия (автозаводы, пивоварни, агрокомплексы) платили руководству концлагерей за «аренду» военнопленных. Впоследствии, во времена Западной Германии, осудившей фашизм, команды «лагерников» были судимы и приговорены к длительным срокам тюремного заключения. Комиссиям Красного Креста немцы объясняли бесчеловечные условия советских военнопленных тем, что СССР не ратифицировал Гаагскую конвенцию 1907 г., отказался от сотрудничества с Международным Красным Крестом и в свое время (в 1929 г.) не подписал Женевскую конвенцию о правах пленных и обращении с военнопленными. А она не была подписана, т.к. содержала неравные условия содержания для офицеров и солдат, для зажиточных привилегированных пленных и выходцев из крестьян и т.д. Но в статье 82 Женевской конвенции прямо записано: «... Если на случай войны одна из воюющих сторон окажется не участвовавшей в конвенции, тем не менее положения таковой являются обязательными для всех воюющих, подписавших конвенцию». Основные положения Женевской конвенции нашли свое место в утвержденном в 1931 г. в СССР Положении о военнопленных, полностью соответствовавшим принятым тогда международным нормам. Однако, не следует быть настолько наивным, поскольку нацистский режим за 12 лет своего существования сознательно уничтожил десятки миллионов людей, нарушил сотни важных международных соглашений и договоров, и не стоит связывать уничтожение советских людей с фиговым для фашистов листком Женевской конвенции. Человеческая ненависть и готовность истребить целые народы не помешали нацистам создать самое совершенное зоозащитное законодательство с запретом ставить эксперименты на животных, держать их в цирке, варить живых ракообразных и поощрением вегетарианцев и держащих домашних животных. После войны оказалось, что 5,3 млн советских граждан оказались в Европе, в том числе свыше 3 млн в зоне оккупации наших союзников. По решению Ялтинской конференции все они должны были репатрированы в СССР, где их уже поджидали органы НКВД. Но осенью 1945 г. насильственное возвращение в СССР было прекращено и 375 тысяч остались на Западе: в ФРГ, Австрии, Швеции, Франции, Бельгии, Англии, Австралии, Канаде, США и Аргентине. В указанных ранее лагерях смерти находились люди с негибким характером, и о многих из них хорошо известно. Мы же здесь остановимся на личности лейтенанта

(интенданта второго ранга) Александра Ароновича Печерского, который раненым попал в плен под Вязьмой в 1941 г., потом лагеря в Вязьме, Смоленске, Борисове, а в 1943 г. его в составе группы заключенных евреев отправили в концлагерь Собибор, созданный весной 1942 года, на уничтожение, где нашли свою гибель от нацистов 250 тысяч человек. Собибор находится на юго-востоке Польши, в 180 км от Варшавы, в Люблинском воеводстве вблизи границы с национальным природным парком «Шацкий» (Волинская область Украины). Всего в этом лагере менее, чем за 1,5 года, погибли 250 тысяч евреев. Там под руководством Печерского 14 октября 1943 г. началось восстание и восставшие убили 12 эсэсовцев из охраны, но завладеть оружейным складом не удалось. Из 550 заключенных 130 остались в лагере, где и погибли, 80 погибли при побеге, 170 были пойманы за вознаграждение, частично на Украине бандеровцами, частично в Польше, и все они были уничтожены. До конца войны дожили лишь 40 участников восстания благодаря поддержке местных жителей. Восемь евреев из числа советских военнопленных Печерский привел в партизанский отряд в Белоруссии, где они храбро сражались. Потом на основе рассказа Печерского Павел Антокольский и Вениамин Каверин опубликовали очерк «Восстание в Собиборе» в сборнике «Черная книга», который был запрещен в стране вплоть до 2015 г. Печерский продолжал воевать, стал капитаном, был ранен и стал инвалидом. Вернувшись в Ростов-на-Дону, откуда был призван, работал в театре музыкальной комедии администратором. Работу потерял на волне политической компании борьбы с «безродными космополитами» в 1948 г. и потом 5 лет не мог устроиться на работу. Его представили к награждению орденом Отечественной войны, но областной военком лично изменил награду на медаль «За боевые заслуги». Только после смерти Сталина он смог устроиться на завод Ростсельмаш. Умер А.Печерский в 1990 г. и похоронен на Северном кладбище Ростова-на-Дону, вдалеке от Аллеи Героев. В 2016 г. указом В.В.Путина он посмертно был награжден орденом Мужества, имеются посвященная ему мемориальная доска, названная в честь его улица. Однако, памятник ему поставлен в Тель-Авиве (Израиль). Авторы данной книги считают несправедливым отсутствие памятника на Родине человеку, прошедшему круги ада и руководителю единственному относительно успешному восстанию в гитлеровских концентрационных лагерях. Правда, в 2018 г. в Ростове-на-Дону все же установили ему памятник и даже сняли о восстании фильм под названием «Собибор». Советский разведчик Лев Ефимович Маневич (он же коммерсант Конрад Кентнер, владелец фирмы «Эврика», полковник Яков Старостин) проводил разведывательные действия в Италии, но в 1932 г. был арестован итальянской контрразведкой и 11 лет провел в 3-х итальянских тюрьмах, пока в 1943 г. всех узников не выпустили американцы и отправили их на сортировку в порт Гаэта, который был захвачен фашистами. Маневича (Старостина) отправили в концлагерь Маутхаузен, где он возглавил подготовку к восстанию. Но оно не понадобилось, т.к. заключенных освободили наступающие американцы. Но Маневич умер 11 мая 1945 г, был

посмертно удостоен звания Героя Советского Союза и похоронен на воинском кладбище австрийского города Линц. Пленные немцы (около 3:5 млн) и 750 тысяч их союзников (австрийцев, румын, венгров, итальянцев и финов) находились в наших лагерях под Нижнем Новгородом, Красногорском, Суздалью, Сталинградом, Киевом и т.д. в гораздо более лучших условиях, а затем постепенно были отправлены домой. Широкую известность получило также восстание в лагере Бадабер недалеко от Пешавара (Афганистан) в 1983 году, где советские и афганские военнопленные вели неравный и последний бой с отрядами афганских моджахедов и регулярными войсками пакистанской армии. Лидер душманов Бурхануддин Раббани приказал шурави (русских) в плен не брать.

Подобных описанному выше эпизоду временного сооружения железных дорог в те годы было немало. Например, когда в 1942 г. немцами были перерезаны все железные дороги, ведущие к Сталинграду по правому берегу Волги, было принято решение о срочном строительстве Волжской рокады от Сталинграда через Саратов и Сызрань до Свияжска длиной в 978 км. И хотя рельсы там иногда укладывали прямо на землю, эта дорога существует до сих пор. Для доставки грузов в блокированный Ленинград в дополнение к «дороге жизни» через Ладожское озеро была построена железнодорожная линия Поляны- Шлиссельбург. Есть и другие подобные примеры. Что просто потрясает: война еще не кончилась и фронт только придвинулся к границе СССР, а И. В. Сталин отдает распоряжение о строительстве оперного театра в Новосибирске и о создании Академии медицинских наук, которую потом в относительно спокойное время благополучно ликвидировали, придумав соответствующее обоснование. Действительно, кому нужна эта медицинская наука? И еще несколько фактов. В 1941 г. Москва была как бы защищена с юга, запада и севера, а с востока никаких оборонительных укреплений не было вообще. И туда рвалась Вторая танковая армия Г. Гудериана, которая не смогла взять Тулу и обошла ее. В своих воспоминаниях Г.К.Жуков пишет, что он собирал войска в кулак, чтобы ударить им по немцам, подошедшим близко к Москве, но И.Сталин, мол, необоснованно использовал по-своему усмотрению часть предназначенных для этого сил и средств. А в записках германского генерального штаба четко указано, что Красная армия нанесла 2 упреждающих удара в тыл танковой армии Г. Гудериана, что заставило ее повернуть обратно. После прорыва немецкими войсками фронта на Можайском направлении в Москве 16 октября 1941 г. началась паника и хаос. Первыми побежали из города около 780 руководящих работников, похитивших крупные суммы денег и угнавшие сто легковых и грузовых автомобилей. Сотрудники ЦК ВКП(б) бежали почти в полном составе, сжигая и бросая партбилеты, учетные карточки и секретные материалы. В течение двух дней в городе царил мародерство, грабежи ювелирных, промтоварных и продовольственных магазинов. Были и убийства на почве ограбления дезертирами, бежавшими с фронта с оружием, а противодействовать мелким бандам (по 4-5 человек), возникавшим на

Тишинском рынке или в Марьиной Роще, поначалу было некому, т.к. лучшие милицейские работники находились на фронте. По слабо обстреливаемому шоссе Энтузиастов катили автомобили с никелированными кроватями, коврами, кожаными чемоданами и т.п. А в это время солдаты гибли, стараясь не допустить врага в столицу. Но Сталин спас Москву в политическом смысле, он не покинул Кремль и не переехал в резервную столицу (Куйбышев), а уже 20 октября в Москве и прилегающих районах было введено военное положение и мародеров расстреливали на месте. Жесткими и оперативными мерами высшего командования порядок в столице был восстановлен, а сам факт «московской паники» был зачислен в разряд секретных дел. Жители Москвы правильно поняли необходимость введения жестких мер. Однако, на самом деле в военном отношении спас Москву Г.К.Жуков, организовавший разгром немцев под Москвой. Но из-за недоверия и зависти Сталина Жуков не получил за эту операцию никакой награды. В Ленинграде число убийств возросло в 3 раза, однако шайки по 3-5 человек было выявить нелегко. Наибольшую известность получила банда «Зиг-Заг», которая помимо всего прочего промышляла также подделкой документов. В регионах наиболее тяжелой была ситуация в Куйбышеве (Самаре)- запасной столице СССР. В годы войны в городе и области бействовало около 50 банд. В Курской области во время оккупации возникло множество бандитских групп, которые потом были ликвидированы. Особой жестокостью отличалась группная бандитская группировка (до 800 человек) Хасана Исраилова в Чечено- Ингушетии. Всего в СССР тогда было не менее 1000 банд.

Кстати, англо-американские войска могли раньше нашей армии взять Берлин, когда в 1944 г. подошли к хорошо укрепленной оборонительной линии Зигфрида, которая шла по западной границе Германии. Фельдмаршал Бернанд Лоу Монтгомери предложил командующему объединенными войсками Дуайту Эйзенхауэру обойти оборонительную линию с севера через Эйдховен, Неймеген, Арнем с высодкой десантов для внезапного захвата мостов, а потом выйти на плато-прямую дорогу на Берлин. Эта операция получила название «Маркет Гарден», но она провалилась и данные о ней были переданы абверу немецким шпионом Христианом Линдеммансом, считавшимся героем голландского сопротивления. Во Второй мировой войны США потеряла 170 тысяч солдат, Великобритания- 678 тысяч, что конечно же не может сравниться с потерями СССР. Приводя эти данные, шведский журналист Леннарт Арвидссон делает удививший западных обывателей вывод о том, что Германию победил именно СССР. Если бы не быстрое и стремительное наступление нашей армии, проламывающей хорошо укрепленные Зееловские высоты- укрепленные холмы недалеко от города Зеелов в 90 км от Берлина, где была разгромлена 9-я немецкая армия, если бы не открытие Второго фронта союзниками в Европе (операция «Оверлорд», 6.06.-31. 08. 1944 г.), если бы война затянулась, то тогда немцы успели бы создать многие новые типы и виды вооружений: десантный вездеход, проходящий по дну рек и

каналов, подземоход, липкую бомбу, подводный танк, огнеметы (grossflammenwerfer), атомное ракетное оружие Вернера фон Брауна на базе Фау-2 (оружие возмездия), баллистическую ракету дальнего действия, которых было произведено 6000 штук, из них 4200 были запущены и только 2266 достигли цели в Париже, Лондоне и в других городах при крайне низкой эффективности (на одного погибшего жителя тратилось 180 тысяч марок). За потраченные деньги можно было бы создать 8000 истребителей или систему защиты из множества зенитных ракет. В США на этой основе разрабатывались баллистические ракеты серии «Юпитер» и спутники «Эксплорер», а созданная Брауном ракета «Сатурн-5», вывела на окололунную орбиту корабль «Аполлон-11» с космонавтом Нилом Армстронгом, ступившим на Луну. Немцы бы также могли произвести атомную бомбу, они создали морские базы в Арктике и Антарктиде, наладили бы массовое производство сверхтяжелых и непобедимых танков «Мышь», весом в 200 тонн, которых немцы успели в 1944 г. выпустить в 2 экземплярах (для сравнения наш тяжелый танк КВ-2 весил только 52 тонны, а наиболее распространенный и мощный немецкий танк Т-4 весил чуть больше 26 тонн) и т.д. Однако, в 1941 г. немецкие танкисты побеждали не калибром (слабым) своей пушки или весом танка, а тактикой, качеством подготовки экипажей и взаимодействием разных родов войск. Этому мы также потом научились. Правда, в 1942 г. немецкая фирма Эрвина Адера «Хеншель» стала производить тяжелый 35-тонный танк прорыва «Тигр» с двумя двигателями Maybach по 650 лошадиных сил каждый и с 88 мм пушкой. Всего их было выпущено 1200 штук, причем на один подбитый «Тигр» приходилось по 6-7 сгоревших Т-34. А фирма Фердинанда Порше выпустила тяжелое штурмовое самоходное орудие «Фердинанд». Кроме того, известный немецкий инженер, штурмбанфюрер СС Вернер фон Браун совершил первый в мире боевой запуск с базы Пенемюнде одноступенчатой баллистической ракеты на жидкостном двигателе-ФАУ-2 и за последних три месяца было выпущено свыше 1500 баллистических ракет без ядерной начинки, из которых 924 ракеты были направлены на Антверпен и 447- на Лондон. Разработка атомного заряда для двухступенчатой межконтинентальной баллистической ракеты, предназначенной для удара по районам Вашингтона и Нью-Йорка, велась поспешно, но война завершилась быстро. Испытания атомной бомбы проводились немцами в 1945 г. на острове Рюген, недалеко от ракетного полигона Пенемюнде, и в Ордруфе, в Тюрингии, и наци были близки к созданию атомного оружия, но не хватило несколько недель. Когда советские войска были в 100 км от Пенемюнде, всех разработчиков и охранников на подводных лодках переправили в Патагонию. А разработкой атомного оружия с 1938 г. занимались всемирно-известные ученые, выдающиеся физики Отто Хан, Фриц Штрассман, Вернер Гейзенберг и другие, объединенные в 22 научные организации на базе Центра атомных исследований Физического института общества кайзера Вильгельма. [По сути в нацистской Германии был реализован практически весь спектр военных технологий: реактивная авиация, различные типы](#)

ракетного оружия и другие. Специалисты, увидевшие немецкую баллистическую ракету А-4, не могли поверить, что уже в 1940 г. была создана столь совершенная конструкция. Но, к счастью, многие немецкие разработки не были доведены до серийного производства, они просто не успели благодаря активным наступательным действиям Советской армии и армий союзников. Все их исследования базировались на теоретической базе института Аненербе (Наследие предков), который занимался изучением древности и поиском там новых оккультных идей (Атлантида, Гиперборея, Тибет), а также поисками Святого Грааля и Шамбалы, в нем увлекались скандинавскими рунами, разрабатывали доктрину вечного льда под названием «Ледовая космогония Хёрбингера». Там же доказывалось расовое превосходство арийцев над другими народами с поиском древних корней «истинной арийской расы». Институт был включен в личный штаб рейхсфюрера СС Генриха Гимлера и в нем работали многие известные ученые, в том числе лауреаты Нобелевской премии. Одним из идеологов Аненербе был немецкий географ, социолог и мыслитель Карл Хаускофер, интересующийся исследованием человеческих возможностей и покончивший с собой через год после поражения Третьего рейха. Сам же Гитлер всегда опирался не на традиционную, а на иррациональную науку и его пламенные речи больше вызвали к эмоциям аудитории, нежели были наполнены реальными фактами. Однако не стоит думать, что Гитлер был наивным сумасшедшим, хватающимся за любую достаточно впечатляющую и загадочную идею. Уже к 1942 г. Германия обладала лучшими ядерными технологиями в мире. Кстати, атомная бомба, сброшенная американцами на Хиросиму, имела немецкое происхождение. Огромные ресурсы, ушедшие на эту германскую программу, фактически обнулили средства на истребительную авиацию и другие средства обычного вооружения. Нечто подобное в виде американских ракет «Атлас» и «Титан» было создано лишь спустя 15 лет после Второй мировой войны. Когда во время Потсдамской конференции Гарри Трумен с гордостью заявил об успешном испытании атомной бомбы в США, он-н был удивлен равнодушием Сталина. А это спокойствие было обусловлено, с одной стороны, постоянно поступающими на стол Сталину разведанными, а с другой- советской разведке сдалась целая секретная германская лаборатория «Уран-проект» со всеми кадрами, наработками, аппаратурой и материалами во главе с талантливым физиком, кавалером Рыцарского креста с дубовыми листьями, любимцем фюрера, немецким аристократом, штандартенфюрером СС бароном Манфредом фон Арденне. Все члены лаборатории пользовались значительными привилегиями, их разместили в Москве на Октябрьском поле в специальном объекте строгого режима, а полигоном служил Челябинск-40, где на промышленном реакторе был получен оружейный плутоний. Многие из членов лаборатории стали лауреатами Сталинской премии, а за успешное испытание первой советской атомной бомбы выдающийся немецкий ученый доктор Николаус Риль получил звание Героя Социалистического труда. Немецкие ученые построили установку по производству тяжелой воды,

Примечание [K2]:

центрифугу для разделения урана и т.д. Нисколько не умаляя заслуги отца советской атомной бомбы И.В.Курчатова и разведчиков (супругов Василия и Елизаветы Зарубиных, Михаила и Елизаветы Мукасей, начальника отдела научно-технической разведки НКВД Леонида Квасникова, резидента НКВД в Сан-Франциско Григория Хейфеца, их куратора вице-консула СССР в Нью-Йорке Степана Апресяна, английских агентов и многих других), добывших важные сведения об американских разработках, в том числе чертежей первой американской плутониевой бомбы, скажем прямо, что работы немецких физиков в СССР значительно ускорили этот процесс. А курировал весь это проект лучший менеджер страны Л.П.Берия. Он еще в 1929 г. возглавил всю службу ЧК всего Закавказья, а в 1931 г. стал Первым секретарем компартии Грузии. В то время Грузия была нищим и депрессивным регионом- окраиной бедной аграрной страны. Берия использовал принцип «работы в команде» и на узловых местах направлял проверенных чекистов, которые сами подбирали себе команды. За короткий срок Грузия превратилась в цветущую республику благодаря правильно выбранным приоритетам и акцентам на цитрусовые, табак, чай, виноград и вино. Без нажимов, восстаний и голодоморов процент коллективизации поднялся в Грузии до 86%. Одновременно развивалось и промышленное производство, а черноморское побережье стало всесоюзной здравницей. В этот период Советское правительство безуспешно пыталось поставить чекетскую службу под свой контроль, более того одуревший от крови и водки нарком Николай Ежов вместе со своим заместителем Михаилом Фриновским начал плести заговор против власти. Берия, назначенный на его место, провел основательную чистку руководящих кадров ЧК, арестовав 322 человека. Показательна в этом отношении судьба ставленника Ежова Александра Ивановича Успенского. На пути к посту наркома внутренних дел Украины он безжалостно кничтожил тысячи ни в чем не повинных людей и вместе с должностью наркома он получил разнарядку на уничтожение 36 000 врагов народа, которых еще нужно было найти. Успенский «успешно» справился с этой задачей, но тут начались чистки среди чекистов и «запах жареного» заставил Успенского инсценировать самоутопление в Днепре, после чего он скрывался, перемещаясь по всей стране в течение 2-х лет, сменив фамилию. Но по доносу был арестован на железнодорожной станции Миасс, доставлен на Лубянку и расстрелян в Сухановской тюрьме. Во время ВОВ Берия играл далеко не последнюю роль в Государственном комитете обороны и в победе над гитлеровцами. Именно тогда он сотрудничал с наркомом вооружения Ванниковым, которого маршал Кулик арестовал и хотел расстрелять за самостоятельность, но Ванников написал письмо Сталину с рекомендациями по усилению вооружения армии. После войны Берия успешно курировал многие секретные проекты, в том числе атомный, и систему концлагерей с их профессиональными «шарашками». В 2009 году были рассекречены многие сведения, в том числе материалы о деятельности сталинских шарашек, т.е. закрытых извне и изнутри конструкторских бюро,

где арестованные специалисты работали над повышением оборонного потенциала страны.

Кстати, за 8 завершающих месяцев своего участия в военных действиях американская армия потеряла 300 тысяч солдат и офицеров и именно США на Западе считают победителями гитлеризма. Разве хоть как-то можно это сопоставить с потерями СССР, тем более, что США вели борьбу короткое время и на чужой территории? Правда, следует отметить стойкость простых англичан, весьма далеких от политических интриг, выдержавших многочисленные налеты немецкой авиации на Лондон, Ковентри и другие города, а затем, после высадки на материке, храбро сражавшимися (томми) совместно с американцами (янки) против фашистов.

Наши войска в последние недели и месяцы боев буквально прорывали эшелонированную оборону противника, не позволяя немцам втянуть себя в затяжные бои, ведь у них оставалось еще в строю свыше 1 млн солдат и офицеров. Гитлеровцы понимали, что переломить ситуацию уже не удастся и всё же бросали в бой все новые резервы, вплоть до стариков и детей, стараясь оттянуть катастрофу. Они надеялись сдать в плен американцам, но генерал Д.Эйзенхауэр заявил, что капитуляция возможна только одновременно- на западе и востоке. Первая предварительная капитуляция принималась в Реймсеи ее подписали генерал-полковник Альфред Йодль, генерал-лейтенант США У.Б.Смит и генерал-лейтенант Иван Суслопаров, в качестве свидетеля генерал Франции Франсуа Севез. Журналист «Ассошиатед пресс» Эдвард Кеннеди, прослушав сообщение о намерениях, срочно отправил в печать преждевременное сообщение, и за непособлюдение журналистской этики был уволен. Сталин, пользовавшийся непререкаемым авторитетом, не признал этот акт и потребовал, чтобы подписанты были более высокого уровня и представляли все рода войск. Это событие должно было произойти в Берлине. Акт подписали Г. Жуков, А.Теддер,, Де Гасиньо, а также от Германии адмирал Фрид, от люфтваффе-генерал Штумер и т.д. Поскольку акт о безоговорочной капитуляции был подписан в Карлсхорте 8 Мая в 22 ч.43 минуты по средневропейскому времени, а в Москве было уже за полночь, то в Европе день Победы отмечают 8 мая, а в России-9 мая. Для понимания цены Победы приведем следующие данные о потерях стран-участниц Второй мировой войны в млн.

Страна	Потери гражданских лиц	Потери военнослужащих	Общие потери
СССР	9,5	11,0	20,5
Франция	0,3	0,2	0,5
США	-	0,3	0,3
Британия	0,1	0,5	0,6
Италия	0,3	0,2	0,5
Польша	5,0	1,5	6,5
Германия	5,5	3,0	8,5
Япония	1,5	1,5	3,0

Китай	4,8	2,2	7,0
-------	-----	-----	-----

Кроме того было 46250 тысяч ранений, с развитыми черепами-775 тысяч, одноглазых-155 тысяч, слепых- 54 тысячи, с изуродованным лицом- 501 тысяча, с кривыми шеями- 157,6 тысяч с разорванными животами- 444 тысяч, С повреждениями позвоночника-143 тысячи, с ранениями в области таза- 630 тысяч, с оторванными половыми органами- 28,6 тысяч, одноруких-3147 тысяч, безруких-1010 тысяч, одноногих-329,5 тысяч, безногих- 1121 тысяч, с частично оторванными руками и ногами- 418,9 тысяч, безруких и безногих \_ 85,9 тысяч. Это данные маршала И.Конева. Если сложить безвозвратные потери с инвалидами и разрушением инфраструктуры, то это и будет платой советского народа за Великую Победу.

Эти и последующие данные приведены потому, что на Западе появилось множество попыток пересмотреть итоги Второй мировой войны и значительно принизить роль нашей страны в победе над фашистской Германией. В конце войны и после нее разрешили отправлять домой в качестве трофеев посылки: солдатам и сержантам-до 5 кг, офицерам-до 10 кг, генералам- до 16 кг. Но никто не обращал внимания на эти ограничения и бойцы отправляли в СССР все, что можно было взять у жителей Германии: гвозди, пилы, топоры, одежду (а женские панталоны примеряли на себя), туалетное мыло, музыкальные инструменты, посуду и столовые принадлежности. Вывоз вещевых трофеев в качестве государственной контрибуции занял 400 тысяч вагонов, в которых было 60 тысяч роялей, 460 тысяч радиоприемников, 265 тысяч настенных и настольных часов, 190 тысяч ковров и т.п. Это здесь показано только для того, чтобы подчеркнуть занятость оставшихся железнодорожных вагонов. Военноначальники стран-победительниц находились в зените славы. Не случайно генерал Шарль де Голль стал Президентом Франции, а генерал Дуайт Эйзенхауэр-34-м Президентом США. В военное время генералы были полностью востребованными, а в мирное время о них вспоминали только при разброде и шатаниях. Классический пример этому- поздняя Римская империя и французская революция, приведшая на императорский престол генерала Бонапарта. Жуков, во время войны второй человек в стране, после ее завершения растерялся и чувствовал себя униженным, т.к. подходящего места ему не нашлось В 1946-48 г. г. решалась и судьба «маршала Победы» Г.К. Жукова, с которым Сталин не собирался делить лавры Победы и всегда уничтожал возможных конкурентов. Он посадил многих победителей войны с Германией, поскольку единственным победителем считал только себя. По его заданию, на основании показаний избитого главного маршала авиации Александра Новикова было организовано специальное заседание Политбюро и Высшего Военного совета, на котором министр госбезопасности Виктор Абакумов требовал арестовать Жукова, как шпиона, и даже по решению военной коллегии Верховного суда расстрелять. Жукову инкриминировали зазнайство, критику действий Сталина и мародерство. Задержанные на Ягодинской таможне (вблизи украинского города Ковеля) 7 вагонов с

трофейной офисной мебелью, предназначенной для военной академии, оказались каплей в море по сравнению с имуществом (золото, драгоценности, часы, отрезы, меха, ковры, картины, ящики с фарфоровой посудой, столовое серебро, охотничьи ружья и т.д.), обнаруженным у Жукова на даче. Жукова арестовали, так же как и людей из его ближайшего окружения, в том числе генерала К.Телегина, генерала В.Крюкова, Героя Советского Союза, его жену певицу Лидию Русланову, которую приговорили к 10 годам лагерей. Всего было арестовано 75 генералов и высших офицеров. Против крайних мер в отношении Жукова выступили маршалы Булганин, Конев, Василевский, Гречко, Рыбалко, заявивший, что пора перестать верить выбитым показаниям, и другие, и Сталин сослал Жукова в Одесский военный округ, где он свел бандитизм к минимуму, а потом на Урал. Сталин официально еще не умер, а за портфели власти уже шла борьба 2-х групп: Маленков и Берия с Молотовым и Булганиным, причем Булганин распорядился ввести в Москву воинские части. Должности были распределены следующим образом: Маленков- премьер, Берия- министр нового объединенного МВД (МВД и МГБ) , Хрущев- партийные дела. Затем вскоре Жуков помог Хрущеву разобраться с Берия, стал министром обороны СССР, а когда оказался ненужным Хрущеву, его по-тихому в 1958 г. отправили в отставку. Но перед этим травля Жукова и его дискриминация велись по всем направлениям. Генерал-лейтенанта Виктора Семеновича Абакумова нашел сам Сталин и в начале ВОВ поставил его во главе всей военной контрразведки для слежения за настроениями в армии, где огромное число людей заставляли доносить на своих сослуживцев . В годы войны арестовали 101 генерала и адмирала. Особое внимание уделялось побывавшим на территории европейских стран воинам и почувствовавшим разницу в уровне жизни. Однако вскоре простоватый и малообразованный Абакумов перестал понимать хитроумные замыслы вождя и судьба Абакумова была решена. По доносу подполковника Рюмина он был арестован, разжалован и его по приказу Сталина били смертным боем, а потом расстреляли. После смерти Сталина Жуков добился освобождения все осужденных по «трофейному» делу и у Жукова были 2 возможности стать первым лицом страны (при аресте Берии и при осуждении антипартийной группы), но скорее всего это было бы хуже из-за его личностных качеств: жесткость, нетерпимость, бонапартизм (по выражению Хрущева) и крайне низкую оценку человеческой жизни. Вначале Хрущев казался «западникам» и либералам прогрессивным антисталинистом, но после угроз всему миру («Кузькина мать»), после подавления недовольных внутри страны и восстания в Будапеште, после провалов в экономике стало очевидным, что Сталин правильно оценил Хрущева как шута при вожде. Самые значительные военные потери одновременно страна понесла не во время ВОВ, а в 1981 г. когда под Ленинградом из-за перегруза разбился авиалайнер ТУ-104 А, а вместе с ним все руководство передового Тихоокеанского флота (50 человек) во главе с командующим адмиралом Эмилем Спиридоновым.

После войны выяснилось, что 63% всех железных дорог были полностью или частично разрушены, требовали восстановления более 2.5 тысяч вокзалов и свыше 4 тысяч железнодорожных станций, 13 тысяч мостов, 1600 водонапорных башен, огромное число ремонтных (паровозов и вагонов) заводов (129) и депо (317), было утрачено значительное число паровозов (почти 16 тысяч) и вагонов (свыше 400 тысяч), разрушена вся железнодорожная и социальная инфраструктура. Немцы, отступая, для полного уничтожения рельсошпальной решетки использовали путевой разрушитель. Работникам железных дорог пришлось восстанавливать около 120 тысяч км железнодорожного полотна, 3 тысячи больших и 13 тысяч малых железнодорожных мостов, 46 тоннелей, около 1 млн 700 тысяч км связи, почти 8 тысяч станций и разъездов. Железнодорожники обезвредили огромное количество мин, артиллерийских снарядов, фугасов (свыше 2 млн) и неразорвавшихся авиабомб (69 тысяч). Если к этому добавить остальные изношенные как бы тыловые и постоянно интенсивно эксплуатируемые железные дороги, необходимость восстановления разрушенных городов (около 2 тысяч), сельских поселений (более 70 тысяч), промышленных предприятий, шахт, мостов, электростанций, автомобильных дорог, восстановление утраченного поголовья скота и т.д., то можно себе условно представить требуемые огромные затраты сил и средств. И со всем этим страна справилась. В Министерстве путей сообщения (МПС) тогда работали творческие и энергичные специалисты. Была проведена реконструкция всего железнодорожного транспорта: уложены новые рельсы, в том числе поступившие в порядке репарации из Германии, рельсы в трети случаев укладывались на железобетонные шпалы, из США поступили мощные тепловозы, которые вместе с электровозами в большом количестве стали производить на отечественных предприятиях. В результате увеличилась длина двухпутных дорог, возросло число электровозов, выросли объемы перевозки грузов и пассажиров. Выступая перед избирателями на выборах Верховного Совета СССР, И. Сталин сказал, что коммунизм и капитализм несовместимы и потому война между ними неизбежна, что заставило весь мир вздрогнуть. Наибольший прирост электрифицированных железных дорог в СССР был достигнут в 1965 г., когда было электрифицировано 2268 км магистралей и электротягой осуществлялось около 40% грузооборота железных дорог. Если раньше убыточность перевозки пассажиров компенсировалась за счет прибыли от перевозки грузов, то теперь они существуют раздельно, поскольку железные дороги в России приватизированы и работники сокращены до минимума, правда, по управляемым обоснованиям. Это же относится и к пригородным сообщениям. До 1952 г. отношения с Китаем были вполне нормальными, шла обширная торговля, причем с китайской стороны поставлялись хлопковые (например, рубашки) и шерстяные (например, кофточки) изделия, дубленки, чай, зонтики и многое другое. Отношения стали портиться еще при И. Сталине, который отказал Китаю в помощи при производстве ядерного оружия и планировал захватить западную часть Китая (Синьцзян),

населенную уйгурами, казахами и другими тюркскими народами, присоединенную к Китаю только в середине 18 века в результате кровопролитной войны с Джунгарским ханством. Но, особенно эти отношения ухудшились при недалекоем Н.Хрущеве, полагавшем, что китайцами он вправе помыкать, как угодно. В результате конфликта СССР в глазах китайцев превратился в «мирового жандарма», в Китае тогда подогревались антисоветские настроения, дружба закончилась, возникли многочисленные приграничные конфликты, китайцы стали претендовать на 22 территории СССР. Одно из таких крупнейших вооруженных столкновений произошло в марте 1969 г. из-за острова Даманский (ныне Чжэньбао), находящийся посредине пограничной реки Уссури на Дальнем Востоке. Тогда 30 китайских военнослужащих перешли границу, да еще одновременно был открыт огонь из китайской засады на острове. Только благодаря мужеству пограничников и переброшенным по железной дороге регулярным войскам с танками, применению установки залпового огня БМ-21 «Град» остров удалось полностью освободить от китайцев с большими потерями с их стороны. Правда, в 1991 г. остров передали Китаю. А в июне 1969 г. произошел еще один вооруженный конфликт между советскими пограничниками и китайскими военнослужащими в районе Тасты (Казахстан). И только спустя годы отношения с Китаем нормализовались и стали политически и экономически выгодными обеим сторонам.

Идея строительства железных дорог на Севере страны Архангельск-Обдорск- Якутск с продлением на Чукотку появилась еще в годы правления Александра Второго, но только после Великой Отечественной войны смогли приступить к ее реализации. Планировалось подвести железную дорогу от Воркуты, от уже существующей Печорской магистрали, к порту Игарка (дорога Салехард- Игарка) длиной в 1263 км. Эту дорогу называли сталинской, строили ее в условиях вечной мерзлоты с 1948 г. замерзающие прямо на ходу заключенные из концентрационного лагеря в Норильске, по 100 км в год. Железная дорога проходила через город с 1982 по 2005 г. Кайертан (с долганского языка- препятствие), и она от Кайертана (там расположен Норильский аэропорт, в котором из-за метелей можно находиться довольно долго) до Норильска функционирует до сих пор. В Норильске, где ссыльные актеры и режиссеры организовали потрясающий театр, сохранились зоны, где находились заключенные, и отдельно кварталы, где жили поселенцы, с обмотанными изоляционными материалами тепловыми трубами поверх улиц, от которых шел пар. Возникает вопрос, почему отдельные ранее блиставшие и заслуженные актеры (Семен Фарада, Георгий Вицин, Тамара Носова, Борислав Брондуков, Тамара Семина, Николай Зиновьев, Тамара Миансарова, Тамара Дегтярева, Алексей Смирнов, Сергей Филиппов, Валенина Серова, Радиэр Муратов, Маргарита Терехова, Михаил Кононов, Игорь Ильинский, Маргарита Назарова и многие-многие другие) жили впроголодь и умирали в нищете? По сообщению радио ВВС в 1971 г. в Москве от голода и холода, в нищете, всеми забытая и выброшенная из

общества скончалась знаменитая 38-летняя актриса Изольда Извицкая. А где было государство, которое на них ранее и немало зарабатывало?

Кстати, вблизи Норильска пока еще стоят покосившиеся в результате подтаявшего грунта дома без людей с пустыми «глазницами». Первую очередь железной дороги предполагалось проложить от Воркуты до Норильска общей протяженностью в 1400 км, а затем построить порты на Оби и Енисее. Однако проекта этой дороги не было, как не было финансового и кадрового обеспечения. По разным оценкам эту дорогу строили до 60 тысяч заключенных, из которых не менее 10000 так и остались лежать в заполярной тундре. К декабрю 1948 г. строители продвинулись до станции Лабытнанги на левом берегу Оби, напротив Салехарда. Сейчас от этой дороги остались кое-где насыпи, искореженные рельсы, ржавое оборудование, заброшенные участки от Салехарда до Надыма, от Долгое до Игарки и сторожевая вышка неподалеку от Енисея. Действуют до сих пор участки железных дорог от Чума до Лабытнанги, от Надыма до Уренгоя, а от Уренгоя до Долгое не строилось вообще. По нашему мнению Трансполярная магистраль является важной и экономически значимой и потому нуждается в завершении.

Однако заключенные были не только «бесплатными» строителями, но и объектом проведения секретных исследований и разработок. В 1939-41 гг. на заключенных, приговоренных к высшей мере наказания, испытывалась убойная сила новых видов стрелкового оружия. Эти же категории заключенных работали в урановых рудниках и они подвергались воздействию радиоактивного излучения при атомных взрывах. На них же испытывались различные вакцины, психотропное оружие и т.д.

Помимо Северного морского пути Сталин хотел иметь и железнодорожный выход к США через Чукотку и Аляску. Были предусмотрены паромная (летом) и ледяная (зимой) переправа через Обь и низкий мост через Надым. Однако после смерти Сталина грандиозная стройка была прекращена, основное оборудование и техника остались на местах, вывозить откуда их было нерентабельно, и дорога с искривленным полотном и ржавой техникой превратилась в заброшенную «Мертвую дорогу». Правда, интерес к железнодорожному строительству на Севере сейчас возрастает. Многие сталинские проекты так и остались не реализованными в связи со смертью вождя. Например, продолжение Транссиба на Сахалин через тоннель под самым узким местом Татарского пролива от мыса Лазарева на материке до мыса Погиби на Сахалине, для чего, по традиции, было создано 2 лагеря для заключенных по обе стороны пролива (на Сахалине в системе ГУЛАГа в поселке Тымовское на 14 тысяч заключенных и на 13 тысяч людей в поселке Де-Кастри на материке), что достаточно выпукло представлено в трилогии бывшего заключенного Василия Ажаева «Далеко от Москвы», в которой выведены образы типичного руководителя Сталинской эпохи- Батманова, инженеров Беридзе и Ковшова, и т.д. На выбор тоннеля, а не моста повлияло мнение начальника Главного управления лагерей железнодорожного строительства МВД Ф.А. Гвоздецкого. Протяженность самого тоннеля от

мыса Погиби на Сахалине до мыса Лазарева на материка должна была составлять 10 км. Из Японии был доставлен специальный энергопоезд, завезли бульдозеры, самосвалы и экскаваторы, поселки строителей благоустроили. К весне 1953 г начали рыть тоннель со стороны материка, создали насыпной остров в 1.5 км от берега и на материке по правому берегу Амура между станциями Селихин и Черный мыс построено 120 км железнодорожного полотна, которое потом за ненадобностью разобрали. Этот тоннель мог быть построен на 45 лет раньше, чем под Ла-Маншем. Сейчас по договоренности с Японией будет построен железнодорожный мост между Сахалином и Хоккайдо и далее - на материк, что позволит связать железнодорожным сообщением Японию с Западной Европой. Наиболее зловещим был концлагерь Бутутычаг (Долина Смерти), на руднике которого были добыты первые тонны урановой руды, основы для создания первой советской атомной бомбы. Всем атомным проектом руководил Лаврентий Берия, однако основную работу выполнял его заместитель генерал-лейтенант металлург и горняк Авраамий Павлович Завенягин, построивший не один металлургический комбинат. Известные геологи из «шарашки» на Колыме разведали свыше 20 месторождений урановой руды. Переработкой добытой за 1945-56 гг. около 150 тонн урановой руды занимались на заводе №12 Электростали и в специальной лаборатории Игоря Курчатова, переросшей в специальный институт. Для разработки Бутутычагского месторождения (Тенькинский район Магаданской области), Сугунского (Якутия) и Северного (Чукотка) было собрано около 60 тысяч заключенных, из которых на урановых рудниках умер каждый шестой. Остатки этого лагеря и рудниковых построек сохранились до сих пор.

Еще одним похороненным в связи со смертью Сталина проектом стал Дальстрой- Государственный трест по дорожному и промышленному строительству в районе Верхней Колымы, для чего был создан специальный исправительно- трудовой лагерь на 188 тысяч заключенных. Они строили Магадан и прокладывали Колымскую трассу. Вообще в России с прежних времен осталось немало призрачных (без людей) городов и поселков. Например, поселок закрытых шахт Кадыкчан в Магаданской области с Аркагалинским угольным месторождением и с несколькими шахтами, поселок Бакарюка в Свердловской области, военный городок Житкур в Волгоградской области, поселок военных летчиков Алыкуль вблизи Норильска, поселок Березовка в Республике Коми, поселок угледобытчиков Хальмер-Ю в Ненецком национальном округе, преобразованный в военный полигон, поселок в Подмосковье вблизи платформы Фирсановка, поселок Иультин на Чукотке с полиметаллическим месторождением и в последующем с горно-обогатительным комбинатом, поселок Верхняя (Старая) Губаха в Пермском крае с шахтами по добыче железной руды и угля, торговый город Молога в Ярославской области, полностью затопленный в 1946 г. ради Рыбинской ГЭС и Рыбинского водохранилища с открывшимися целыми улицами, фундаментами домов и стенами Афанасьевского монастыря с четырьмя храмами после обмелевшего в 2014 г.

водохранилища, пока еще сохранившаяся в воде колокольня бывшего города Калязин и другие. И стоят в открытом месте, на ветрах, в воде, в тундре или в лесу (тайге) заброшенные бывшие населенные пункты с покинутыми детскими площадками, церквями, с перекошенными жильными домами без глазниц и без людей, как поселки-призраки в виде пока еще не разрушенных полностью памятников сталинской эпохе. Такие же города-призраки, построенные в советское время, существуют и в других странах, ранее входивших в состав СССР. Например, г. Припять с чернобыльской радиоактивной зоной на Украине, г. Кантубек (или Аральск-7) на острове Возрождения в Аральском высыхающем море, где на полигонах проводились испытания бактериологического оружия (чума, оспа, сибирская язва и др.), что представляет собой опасность до сих пор. Кроме того, в Каракалпакии размещались множественные лепрозории. Это все относится к Узбекистану. Аналогичные лепрозории были также в Казахстане, России (Сергиев Посад, Ставропольский край) и в других местах. Сталинским стройкам и, в целом всему периоду, посвящены работы Ю.Измestьева «Россия в XX веке. Исторический очерк.1894-1964», А.Солженицына «В Круге первом», Д.Волкогонова «Триумф и трагедия. Политический портрет Сталина», И.Волкова «Засуха, голод 1946-1947», А.Коптяевой «Дар земли», «На Урале-реке», «Фарт», В.Солоухина «Камешки на ладони», Л.Труса «Введение в лагерную экономику», В.Попова «Российская деревня после войны (1945-1953)», В.Пановой «Спутники», «Кружилиха», А.Берзина «Дорога в никуда: материалы о строительстве железной дороги Салехард-Игарка» и многие-многие другие. Все даже перечислить невозможно. В больших количествах в крупных городах сохранились заброшенные железнодорожные ветки, с рельсами, уложенными на деревянные и бетонные шпалы, разрушающимися хозяйственными постройками и будками стрелочников на территории Москвы. Построенные еще в 1930-х годах, они эксплуатировались на бетонных и деревянных шпалах в годы ВОВ, а потом оказались никому не нужными. Например, одна ветка вела к несуществующему теперь дачному поселку в Лосином острове и к ликвидированной воинской части, другая, 4-х км железная дорога протянулась от метро «Электрозаводская» до Черкизово с четырьмя переездами. Кое-где попадаются будки стрелочников и другие постройки. Эти железные дороги нужно либо привести в порядок и отремонтировать или полностью разобрать. Точно также, как Великая Отечественная война и ее перипетии- это удел военных историков и не нам проводить анализ тех или иных действий и бездействий, также мы не собираемся оценивать сталинскую эпоху, но, не дай Бог, ей вернуться (ведь развитие идет по спирали), что опять может превратить людей в винтиков при исходящей сверху автократичности, атмосферы страха и доносительства. Это не историческая, а обычная гражданская позиция. Нельзя не отметить, что сталинская эпоха оказала весьма существенное влияние на развитие в стране железных дорог и других коммуникаций. В течение 10 лет (1954-64гг.) в Балаклавской бухте в Крыму было построено подземное убежище площадью 15 тысяч кв. м. в виде почти километрового подземного канала

для нахождения и ремонта торпедных и ракетных подводных лодок со всеми вспомогательными службами. Сталин, как большой любитель и знаток оперы и балета, особенно в Большом театре, кино и симфонической музыки, грузинских и русских народных песен, хотел создать в Крыму «советский Голливуд», но не получилось, т.к. начальник Главного управления кинематографии Борис Захарович Шумяцкий, отвечающий за этот раздел, был расстрелян за вредительство, как троцкист и агент царской охранки. На допросах он, как водится, во все признался, поскольку считал, что лучше умереть, чем выдерживать непрекращающиеся пытки. После его смерти в Крыму было создано немало культовых советских фильмов (Алые паруса, Человек-амфибия, Три плюс два, Кавказская пленница, Всадник без головы и другие). Сталин не пощадил даже сестру своей жены, Анну Аллилуеву, которую ни за что арестовали в 1946 г. и в тюрьме ее зверски избивали до потери сознания и достоинства. После войны в Сталинской команде, помимо старых соратников, возникли 2 группировки: ленинградская (Жданов, Кузнецов, Вознесенский) и Сталин хотел сделать своим преемником Алексея Кузнецова, а главой правительства Николая Вознесенского и московская (Маленков, Берия, Хрущев, Микоян). Но тут подозрительно внезапно скончался в санатории столп ленинградской группировки Андрей Жданов. Подозрительно потому, что у Берии была чекистская лаборатория ядов во главе с Григорием Майрановским. И, естественно, против Кузнецова и Вознесенского возбудили дело и в 1950 г. их расстреляли. Осталась только московская группировка. Сталин в это время попытался заигрывать с созданным по его наущению государством Израиль, который, однако, тяготел к США из-за огромного притока денег оттуда. Поэтому Сталин невзлюбил евреев (дело врачей) и якобы за связь с «Джойнт» была арестована Полина Жемчужина. Сталин задумал обновить руководящие кадры и потому угроза нависла над Молотовым, Кагановичем и Берия (Мингрельское дело). Но Берия не был трусом или агнцем и потому, есть такое мнение, он нанес упреждающий удар с помощью подконтрольной ему лаборатории ядов. У умирающего Сталина были все признаки отравления.

Как известно, в царское время к евреям, занимающимся ростовщичеством, мелким бизнесом (шинки, пошив, лавки, мелкое ремесленничество и т.п.), относились с большим недоверием, ввели для них черту оседлости (при Екатерине II), разрешили жить в местечках- маленьких городах или в предместьях (пригородах), не препятствовали проведению погромов в Одессе, Аккермане, Кишиневе, Киеве, Бердичеве и в других местах. Все это прекратило Временное правительство. Первоначально Сталин хотел переселить всех евреев на черноморский полуостров, создав там «Крымскую Калифорнию», но потом передумал и Постановлением Президиума ЦИКСССР создал для них территорию на Дальнем Востоке. Сталин насильно депортировал многие народы, в том числе крымских татар не за их пособничество нацистам и сотрудничество с ними (караимы, в отличие от крымчаков, сумели немцам доказать, что являются иудеями по религии, а не по происхождению), поскольку в Локотской пронацистской русской

республике проживало больше людей, чем в Крыму, да и среди других наций были предатели, но в доленом исчислении среди крымских татар их было много, хотя многие крымские татары воевали против фашистов. Транспортировка в теплушках была насильственной и ужасной, многие погибли по дороге, да и в Средней Азии их никто не ждал, Выживали, как могли. Потом советская власть повинилась перед татарами и разрешила им вернуться в Крым, где все уже было поделено и крымские татары были этим очень недовольны.

После окончания войны в большей цене, чем деньги были воинские награды, на которые охотились целые преступные группировки. Они действовали разными способами, вплоть до убийства ветеранов. Так, в 1983 г. всю страну потрясло убийств своей элитной квартире вице-адмирала Георгия Холостякова и его супруги. При этом пропали Трафальгарский крест (высший морской знак отличия Великобритании, два ордена Ушакова 1-й степени, золотая звезда Героя Советского Союза, три ордена Ленина, три ордена Красного Знамени, ордена Отечественной войны, Красной звезды, Суворова 1-й степени и множество медалей. Грабителей из города Иваново супругов Калининных поймали, арестовали и мужа расстреляли, а жене присудили 15 лет тюремного заключения.

Когда Крым перешел под юрисдикцию Украины, то там было все разломано и разграблено, вырезался кабель, вывозились цветные металлы, выламывались детали генераторов и насосов. И только после возвращения полуострова в состав России там стал наводиться порядок, организуется филиал Военно-морского исторического музея. По предложению и настоянию Хрущева 19.02.1954 г. указом Президиума Верховного Совета СССР без надлежащего оформления Крым был передан Украинской ССР, а в марте 2014 г. 96,7% избирателей автономной республики Крым и 95,6% жителей Севастополя высказались за возвращение Крыма в состав России. Эти результаты не признают в странах Запада и даже некоторые россияне считают, что референдум прошел под внимательным оком российских войск и потому они считают, что там нужно провести повторный референдум с международным участием, но по законам Украины. А как быть с ранее голосовавшими крымчанами, которые с ночи занимали очередь на референдум и за получением российских паспортов? Точку, на наш взгляд, поставило в этом деле независимое исследование 2017 года Берлинского центра восточноевропейских и международных исследований. В результате оказалось, что 67,8% опрошенных считали себя этническими русскими, около 12%- крымскими татарами и только 7,5%- украинцами. Родным языком русский считают 80% людей, а украинский- только 2,7%. Всего 7,9% крымчан не приняли участие в прошедшем раньше референдуме, а 79% голосовали бы точно также, как и ранее, за вхождение в состав России. Только 0,9% назвали своим домом Украину, остальные считают, что Крым это и есть их дом. На этом вопрос может быть закрыт. Сейчас помимо уникального 19 км Крымского моста строится на Керченском полуострове (кстати, Керчи исполнилось 2600 лет) большой железнодорожный тоннель на

значительной глубине, под домами, улицами, деловыми центрами и автострадами, а также предусмотрено строительство тоннеля под Севастопольской бухтой, соединяющего разделенных водой двух частей Севастополя, строятся и ремонтируются крымские дороги (например, трасса «Таврида»), восстанавливаются дворцы и санатории, ведутся археологические раскопки и уже обнаружены два воинских захоронения в 15 км от Севастополя возрастом около тысячи лет. Закрытый в советские годы город Балаклава знаменит чрезвычайно удобной бухтой и целым подземным городом с подземным заводом для ремонта 7 подводных лодок одновременно со шлюзами и 600-метровым каналом. Это уникальное сооружение Хрущев хотел использовать под склады для вина, но адмиралу Кузнецову Н.Г. удалось отстоять военную базу, способную автономно функционировать в течение 3-х месяцев, без помощи извне. Когда Крым отошел к Украине, власти, воспользовавшись отсутствием охраны, все разграбили, станки, черные и цветные металлы, чугунные люки, силовые кабели и т.д. Кроме того, в обход Украины грузовые поезда из Вэйхая (Китай) в Гамбург будут отправляться еженедельно и перевозить через территорию России 1400 грузовых контейнеров в месяц.

В связи наступлением «кукурузника» Н.С.Хрущева на литературу, науку, культуру и искусство, на личные подсобные хозяйства и в связи с повышением цен на мясо и мясные продукты на 30%, на масло на 25% и т.д. в стране стало возникать организованное недовольство людей. Например, взбунтовались грузчики в Одесском морском порту, отказавшиеся грузить дефицитное сливочное масло для вывоза за рубеж. Разогнав отраслевые министерства и создав вместо них на местах совнархозы, не подкованный в экономическом плане, Хрущев сократил в стране сеть заповедников, вверг советскую экономику в жесточайший кризис, полностью разбалансировал все плановое производство. Кто дал ему такое право проводить волонтеристские эксперименты над страной? В итоге из-за тяжелого положения в стране и по ряду других причин пришлось проводить денежную реформу. Но на новую зарплату население могло купить гораздо меньше товаров и услуг, чем раньше, и по факту становилось беднее. Очень слабо разбирался Хрущев и в международных делах, и наряду с другими проколами можно привести данные о мятеже в Будапеште в 1956 г., когда с подачи Хрущева премьер-министром Венгрии стал Имре Надь и из-за временной нерешительности Хрущева погибли тысячи венгров и наших воинов. Но особенно мощное протестное движение проявилось в 1962 г. на Новочеркасском электровозостроительном заводе, где трудились до 15 тысяч человек. Они даже не послушали присланную из Москвы правительственную комиссию, блокировали железнодорожные пути, остановили поезд «Саратов-Ростов», но эти волнения были жестоко подавлены с расстрелом безоружной толпы и другими карательными акциями по указанию с самого верха. При разгоне демонстрации протестующих рабочих 26 человек были убиты, 87-получили огнестрельные ранения, а потом семеро демонстрантов были расстреляны, остальные получили длительные сроки лишения свободы. И это

все по приказу Хрущева. Хрущев совсем не планировал так называемую «оттепель», просто в противовес сталинскому времени взял временную передышку и как бы в отместку Сталину провел амнистию. На этом вся «оттепель» и закончилась. Главными достижениями Н.С.Хрущева считаются его доклад на XX съезде КПСС и развенчание культа личности Сталина. Культ личности Сталина заставлял его сторонников и противников видеть в нем не человека, а некий символ. XX съезд КПСС в 1956 г одновременно вызвал раскол в международном коммунистическом движении и вызвал массовые волнения внутри страны, особенно бурно реагировали в Грузии с траурными шествиями и митингами. Власти растерялись, началось военное патрулирование, в Тбилиси вошли войска, прогремели выстрелы, застрочили пулеметы, погибли 22 человека и многие были ранены. О трагических событиях в Тбилиси центральные газеты и радио не сообщали. В тоже время при Хрущеве крестьяне перестали быть рабами им стали выдавать паспорта. Нужно было решать проблему жилья и переселения людей из землянок, сырых подвалов, холодных бараков и коммуналок. Проект разработал инженер Виталий Лагутенко, взяв за образец французский вариант бетонных панелей Раймона Камю. 54 миллиона граждан получили отдельные малогабаритные квартиры, рассчитанные на с25 лет, но стоящие еще гораздо дольше. Номенклатура же жила в больших квартирах с высокими потолками, с кабинетом, библиотекой, детской, комнатой для прислуги, отдельным санузлом. Именно поэтому, за двуличие, скульптор Эрнст Неизвестный отобразил Хрущева на кладбище в двух цветах (белом и черном), подчеркивая тем самым двойственность натуры Хрущева. Какое бы резко отрицательное отношение к Сталину не было, все же нужно отдать дань его высоким организаторским способностям, умению подбирать и расставлять руководящие кадры. И при Сталине были бюрократизм и коррупция, чиновники брали взятки, «пилили» бюджет и грешили кумовством, но эти проявления постоянно снижались. С одной стороны, за взятки могли и расстрелять, а имущество конфисковать, а с другой- была отлажена целая система слежки за чиновниками. Конечно же их всячески поощряли, предоставляли им блага и привилегии, уравновешенные степенью ответственности- вплоть до высшей меры, невзирая на чины, звания или заслуги (Жуков, Русланова, Папанин и другие). Сталин создал такую чиновничью систему, когда перед каждым руководителем ставится конкретная и четкая задача с проверкой ее выполнения и каждый руководитель должен был вникать в происходящее, а не просто «следовать линии партии». В отличие от сегодняшнего дня наркомы избегали тратить время на презентации и круглые столы, они работали сутками напролет, добиваясь нужного результата в кратчайшие сроки, показывая пример подчиненным. Их поставили в такие условия, когда иначе работать невозможно: бездельничаете-уволим, воруете\_-посадим. Известный специалист в области азродинамики академик Владимир Васильевич Струминский по всему миру в 1940 г. делал закупки научного оборудования для СССР и с удивлением обнаружил: что во Франции какое-то дело тянется

2 недели, а у нас оно же решается за 3-4 часа. Советские управленцы тогда были лучше подготовлены: быстрее соображали, не боялись брать на себя ответственность, работали четко, грамотно и профессионально. Из аппарата изгонялись бездеятельные и безынициативные работники, а взамен приходили новые и более активные, например Алексей Косыгин, Арсений Зверев, Петр Ломако и другие. Хрущев оклеветал умершего Сталина, заявив, что тот трусливо не ездил на фронт. Это полная ложь, т.к. Сталин неоднократно бывал на фронтах на 2-3 дня (под Москвой, на Калининском и Западном фронтах и т.п.), где им приняты решения о гвардейских частях, о салютах в честь взятия крупных населенных пунктов и другие решения. Однако, подчисток в истории было столько, что возникают вопросы о туманном прошлом самого эксцентричного Хрущева (Молотов В.М. заявил, что не удалось разыскать шахту, где работал Хрущев), исчезли многие подписи Хрущева под расстрельными списками и даже Сталин сдерживал его порывы увечить число репрессированных на Украине людей. Хрущев, возглавлявший Московский областной комитет партии, просил у Сталина права на расстрел 8500 человек, а полгода спустя он стал Первым секретарем ЦК компартии Украины и просил позволить ему расстрелять 20 тысяч человек. А в это время генерал Пантелеймон Понамаренко, руководивший ранее всем партизанским движением, восстанавливал разоренную Белоруссию, в которой было уничтожено 74% жилого фонда, в сельской местности сожжено 1,5 миллиона домов, уничтожена вся сельхозтехника и 70% поголовья скота. Белоруссия потеряла 2,2 миллиона жителей и военнопленных, свыше 380 тысяч человек были угнаны в рабство. При руководителе республики Петре Машерове разоренная войной Белоруссия превратилась в процветающую республику с высоким уровнем жизни, а ее продукция поставлялась в 100 государств, включая автомобили БелАЗ, тракторы «Беларусь», холодильники «Минск» и другие. К 1980 г. Л.И.Брежнев уже был тяжело болен и практически недееспособен. Остро стоял вопрос: кто вместо него? Секретарь ЦК КПСС Федор Кулаков внезапно умер, оставался П.Машеров- один из молодых и энергичных советских лидеров. Да вот незадача- в том же году по дороге в Москву он разбивается на «Чайке», о реальных причинах аварии споры идут до сих пор. Другой энергичный и незапятнанный себя кандидат на высокий пост в Москве Первый секретарь ЦК Украины Владимир Васильевич Щербицкий, отказавшийся занять место тяжелобольного А.Н. Косыгина, после Чернобыльской аварии подал в отставку, но когда депутаты потребовали привлечь его к уголовной ответственности за аварию, покончил с собой.

А что касается доклада Хрущева, сделанного спустя 3 года на XX съезде КПСС, то известны его 11 версий, содержащие 61 факт фальсификации цитируемых документов. Хрущев остался в памяти многих не в сфере развенчания культа личности Сталина, а в качестве придурковатого энтузиаста кукурузной революции. Как известно, Сталин, опасаясь Л.Берия и желая от него избавиться, затеял в 1951-1952 гг. так называемое «мингрельское дело» в Грузии с поиском главного мингрела, которое за

полной бездоказательностью прекратилось в связи со смертью вождя и все изуродованные арестованные по мингрельскому делу и делу врачей были выпущены на свободу. Однако Н.Хрущев плел интриги среди членов Президиума и генеральской верхушки, и расстреляв своего конкурента Л.Берию, уничтожил и выпущенных на свободу как бы членов «банды Берии». Кстати, именно Л.П.Берия, имевший в отличие от других членов сталинского Политбюро добротное образование старой школы, успешно справлялся с данными ему поручениями, в 1939-40 гг. создал мощную агентурную сеть советской разведки по всему миру, в 1941 г. успешно занимался эвакуацией промышленности на Восток, в 1942 г. фактически руководил обороной Кавказа, курировал энергетику и производство вооружения, являясь шефом советской «оборонки», с конца 1944 г. результативно руководил всеми аспектами атомного проекта, а после смерти Сталина по его предложению было освобождено из тюрем и лагерей свыше 1,2 млн человек и еще в отношении 400 тысяч прекратили дела. Правда, на свободу вышли именно уголовники, поскольку политические дела стали пересматриваться позже и, в результате, в 1953 г. преступность выросла на 75%. Берия обычно защищал специалистов, выступал за нормализацию отношений с западными державами и Югославией, за разделение полномочий между партийными и хозяйственными органами, за объединение ФРГ и ГДР, за изменения в советской модели экономики, за частичное восстановление института частной собственности. Это все настолько перепугало кондовое руководство страны, что было принято решение навсегда избавиться от Берии, тем более, что он владел компрометирующим досье на каждого руководителя. Хрущевская репрессия коснулась и сына Берии, которого сослали и незаслуженно лишили кандидатской и докторской степени. Новочеркасский расстрел 2 июня 1962 г. окончательно добил авторитет малокультурного и пропагандирующего веру в «коммунизм» Н.Хрущева, который по решению XXII съезда КПСС должен наступить в стране в 1980 г., в 2000 г. каждая семья должна была получить отдельную квартиру, а к 2010 г. планировалось удвоение ВВП. Все провалили. Единственным позитивом того съезда было решение о выносе тела И.Сталина из Мавзолея с захоронением его у Кремлевской стены с установкой ему бюста скульптором Н.Томским. В конце сентября 2017 г. на Аллее правителей России в московском Петроверигском переулке добавили бюсты лидеров советской эпохи. За 11 лет правления Хрущева темпы роста производства и уровень жизни народа сократились в 3 раза, возросло наплевательское отношение к народному недовольству и серьезно выросла роль партноменклатуры. В октябре 1964 г. Хрущева срочно вызвали в Москву из санатория и на внеочередном Пленуме ЦК его полностью отстранили от власти и отправили доживать в дачное местечко Петрово-Дальнее под Москву. Не то, что в Кремле, но и во всей стране не нашлось ни единого человека, который вступился бы за опального Хрущева. Так что, обелять Н.Хрущева никак нельзя, он по уши замешан в массовых репрессиях и его подпись стояла на многих расстрельных списках.

Сейчас в западной прессе ходит много публикаций о том, что в имперском саду был найден не обгоревший труп Гитлера, что было подтверждено данными стоматологической экспертизы, а его двойника, что якобы позволило Гитлеру скрыться. В качестве косвенных доказательств приводятся заказанные к концу войны фирме «Юнкерс» в городе Дессау и построенные два огромных шестимоторных самолета, создание временного аэродрома для учебных самолетов с коротким разбегом у Бранденбургских ворот, для чего вырубил вековые липы, нахождение в имперском бункере личных пилотов Гитлера, стоящие у причалов Гамбурга десять океанских подводных лодок и т.д. Но это все вымыслы и спастись удалось только некоторым из окружения Гитлера. Для спасения фашистов была создана разветвленная организация ODESSA, переправляющая их в Патагонию с награбленным золотом. Ни один советский разведчик не мог назвать точную дату нападения фашистов на СССР, поскольку ее не знал и Гитлер, который 27 раз назначал эту дату и 26 раз ее же отменял. Кстати, на Гитлера было 42 попытки покушения, большинство из которых так и остались на стадии проекта. В ближайшее его окружение входила русская красавица актриса Ольга Чехова, покинувшая Россию еще в 1920 г, и внедренный к ней разведчик боксер Игорь Миклашевский, которым Сталин категорически запретил ликвидировать фюрера, надеясь предать того суду и приговорить к публичной казни. Ольга Чехова, носительница известной фамилии, т.к. развелась с талантливым артистом Художественного театра Михаилом Чеховым- племянником великого писателя, была достаточно умной и скрытной и потому ее разведовательная деятельность остается закрытой, хотя генерал-лейтенант П. Судоплатов считал ее эффективной, о чем свидетельствует ее награждение орденом Ленина. Из известных данных она передала информацию о замораживании Гитлером атомного проекта; Генрих Гиммлер всегда относился к ней с подозрением, и она обоснованно боялась его. Узнав о том, что Гиммлер со своими эсэсовцами собирается нагнать к ней в дом, Ольга пригласила на кофе Гитлера, и недовольному Гиммлеру пришлось ретироваться. После ВОВ Ольга Чехова осталась в Западной Германии, воспитывала внучку Веру (дочь разбилась в авиакатастрофе) и скончалась в 1980 году в Мюнхене от рака мозга, так никому не раскрыв свою работу на советскую разведку. К наиболее известным советским разведчикам можно отнести Кембриджскую пятерку во главе с Кимом Филби и Гаем Берджессом, Рудольфа Абея (Вильяма Генриховича Фишера), руководителя агентурной сети в США, Хайнца Фельфе, Харро Шульце-Бойзена, Рихарда Зорге, которого не признавал Сталин и не высвободил его из японской тюрьмы, графа Сергея Александровича Вронского, у которого большевики расстреляли всю семью, врача и экстрасенса в ставке фюрера, Гуревича Анатолия Марковича, которого по возвращению на Родину сослали на 20 лет в лагеря под Воркутой, где он сидел вместе с Шандором Радо, и многих многих других (не менее 85) идейных борцов. Кстати, жена выдающегося и убежденного советского разведчика Рихарда Зорге Екатерина Максимова, с которой он с перерывами прожил всего 6 лет и которой из

Японии писал нежные письма, была арестована как немецкая шпионка и отправлена в концлагерь в поселке Большая Мурта Красноярского края, где и скончалась. На советскую разведку работали также немка Ильзе Штёбе, англичанин Гарри Хаутон, Конон Федорович Молодой (Гордон Лонсдейл), супруги Леонтина и Моррис Коэн (Крогер) и завобованный родственник шведского короля полковник ВВС Швеции Стиг Веннерстрём. Агентом ОГПУ был успешный предприниматель, член совета директоров многих банков и акционерных обществ, бывший министр Временного правительства Сергей Николаевич Третьяков, выходец из знаменитой московской семьи. Он вел регулярную прослушку всего происходящего в штабе антисоветского Русского Общего Войскового Союза (РОВС) в Париже. Немцы так быстро наступали, что в Минске остались брошенными все архивы ОГПУ и Третьяков был вычислен, арестован и расстрелян в концлагере Ораниенбург. К сожалению, на Родине память о нем не сохранилась. Создаваемая годами мощная агентурная сеть рухнула в одночасье, когда из Москвы радиосвязью резиденту в Бельгии отправили имена и данные на всех советских агентов в Европе. Конечно, шифровка была перехвачена немцами со всеми последствиями. Так до сих пор это было предательство, простодушие или дурость пришедших во власть внешней разведки новых назначенцев вместо расстрелянных старых и опытных. Действенным оружием при вербовке всегда были убеждения, компромат, подкуп и секс. Так, выходец из Подмосквовных Мытищ советский разведчик Евгений Иванов, происходивший из древнейшего дворянского рода Голенищевых-Кутузовых. Благодаря домашнему воспитанию и светским манерам ему удалось соблазнить любовниц Джона и Роберта Кеннеди, британского министра обороны Джона Профьюмо и выведать у них нужные сведения.

Всего к концу 1980-х годов в СССР функционировали метрополитены и 32 железные дороги (Октябрьская, Прибалтийская, Белорусская, Московская, Горьковская, Юго-Западная, Львовская, Молдавская, Одесская, Южная, Приднепровская, Донецкая, Северо-Кавказская, Азербайджанская, Закавказская, Юго-Восточная, Приволжская, Куйбышевская, Западно-Казахстанская, Целинная, Алма-Атинская, Среднеазиатская, Свердловская, Южно-Уральская, Западно-Сибирская, Кемеровская, Красноярская, Восточно-Сибирская, Забайкальская, Дальневосточная, Байкало-Амурская), 185 отделений железных дорог и более 11 тысяч железнодорожных станций. Позднее, с распадом СССР, некоторые дороги перешли в ведение новых независимых государств, другие дороги переименовали, были выделены Сахалинская и Калининградская железные дороги, которые хотя имели малую протяженность, но являлись изолированными и имели важное стратегическое и экономическое значение. Сейчас в Верховной Раде Украины, стремящейся похоронить все связи и отношения с Россией, пока безуспешно рассматривается вопрос о всеяческом прекращении всех железнодорожных сообщений с Россией, что в первую очередь ударит по самим жителям Украины.

Среди грузовых перевозок особое внимание уделялось транспортировке опасных грузов, к которым относятся вещества и предметы, могущие нанести ущерб окружающей среде, послужить причиной крушения, пожара, взрыва с нанесением повреждений зданиям, сооружениям, транспортным средствам, складам, а также нанести увечья, облучения, ожоги, травмы и отравления или привести к заболеваниям и гибели людей и животных. Согласно принятой классификации, разделяющей эти вещества на классы, к опасным грузам относятся все взрывчатые вещества, все виды газов и легковоспламеняющихся жидкостей и твердых веществ, окисляющие вещества, токсичные и инфекционные вещества, радиоактивные, коррозионные и другие вещества. Степень реальной опасности перевозимых грузов определяется зоной их возможного действия, внешними условиями, контактом с этими веществами и особенностями организма человека и животных. Особенно опасно ингаляционное проникновение веществ. Строгий гигиенический контроль ведется на всех этапах: погрузочно-разгрузочные операции, хранение на железнодорожных складах, транспортировка и сопровождение, а также при обезвреживании и уничтожении опасных грузов. Особое внимание уделялось и уделяется различным видам обработки и очистки вагонов, платформ и цистерн после перевозки грузов, гигиене труда и оздоровлению работающих. Для ликвидации аварийных ситуаций при транспортировке опасных грузов разработаны специальные правила и порядки мероприятий, спецодежда, средства индивидуальной защиты и т.д., а также оказание первой и первичной медицинской помощи в аварийных случаях с привлечением необходимых сил и средств. За всем этим стоит огромная научно-исследовательская, опытно-конструкторская и внедренческая работа, проводимая ВНИИЖГ совместно с Врачебно-санитарным Департаментом МПС. Для ликвидации многих аварий и происшествий нередко привлекались специалисты Министерства чрезвычайных ситуаций-МЧС, а при транспортировке радиоактивных веществ и чрезвычайных ситуациях с ними-специалисты из ЗАТО- закрытых территориальных образований, где также случались различные происшествия. В настоящее время в России существуют 44 ЗАТО, относящиеся к Росатому, Роскосмосу и к Минобороны, причем в последнем преобладают военно-морские базы и другие военные объекты. В 1957 г. в Челябинске-40 (Озерск) на предприятии «Маяк» произошла крупная утечка радиоактивных отходов, в Сарове (Арзамас-16), где производилось ядерное оружие, в 1968 г. произошло превышение допустимой концентрации полония, в Свердловске-45 (Лесной) в 2006 г. произошло возгорание радиационных материалов, в Сергиевом Посаде (Загорск-6) проводились испытания с вирусом Эбола и т.д. Начиная с середины 1950-х годов, в СССР началась работа по противоракетной обороне (ПРО) и вокруг Москвы об этом свидетельствуют два опоясывающие бетонные кольца, где расположены 56 ракетных комплексов и радиолокационные станции. Вообще, 1950-60-ые годы характеризуются в СССР атомной романтикой и использованием атомной энергии в мирных

целях: строительство атомных электростанций, атомных кораблей, подводных лодок и ледоколов, с подачи министра Ефима Славского-передвижных мобильных атомных электростанций на базе модернизированного танка и т.д. Мобильные комплексы способствовали бы ускоренному освоению Крайнего Севера. После Чернобыльской аварии все испытания прекратились с тем, чтобы в последние годы к ним можно было вернуться совсем на другом научно-техническом и безопасном уровне. К концу 1960-х годов ситуация в мире резко обострилась: между Западным и Восточным Берлином возведена Берлинская стена, только миновал Карибский кризис как угроза новой войны, продолжалась война во Вьетнаме, северо-корейцы в своих территориальных водах захватили американское разведывательное судно «Пуэбло» и не желали возвращать экипаж, американцы отправили в Восточно-Корейский залив 2 авианосных соединения, Москва направила туда надводную эскадру во главе с ракетным крейсером «Варяг» и вывела в море от Камчатки 27 субмарин, в том числе подводную лодку К-129 с 3 баллистическими ракетами с ядерными боеголовками большой мощности и 2-мя торпедами с ядерными зарядами, в воздухе летали американские самолеты и наши ракетносцы Ту-16. Недалеко от острова Оаху американская субмарина «Суордфиш» ненамеренно протаранила К-129. Мир снова оказался на грани катастрофы. Ситуацию удалось разругать, однако в 1974 г. американцы с корабля «Гломар Эксплорер» все же подняли носовую часть советской субмарины, но, видимо, искомые секретные шифры не нашли. А СССР так и не заявил о гибели К-129, где погибли 70 подводников. Многие считают, что в период Карибского кризиса 1962 года мир находился на грани мировой войны, но не все знают, что такая война могла начаться раньше, в 1950 г. в самый разгар Корейской войны (1950-53 гг.). В то время американские самолеты летали вблизи советских кораблей и военных баз, а южнокорейские корабли обстреляли советское кабельное судно «Пластун», 11 американских самолетов атаковали 3 советских, сбив самолет-разведчик, а 2 американских реактивных самолета открыли огонь и сбросили бомбы на советский аэродром Сухая Речка у села Перевозное. СССР представил в ООН ноту протеста, а американцы объяснили это ошибками пилотов. Сразу же из Подмосковья на Дальний Восток была переброшена 303-я авиационная дивизия, летающая на реактивных МиГах, было введено боевое дежурство. Возникло ощущение близкой войны. Но Президент США публично извинился в ООН и война не состоялась.

Между прочим, еще известный германский политик, премьер-министр Баварии и министр обороны ФРГ Франц Йозеф Штраус предупреждал в 1987 г. М.С.Горбачева о том, что затеянная им в том виде перестройка и сухой закон в итоге погубят Советский Союз, но Горбачев лишь совершенно напрасно отмахнулся. Перестройка громоздкой советской системы не могла произойти молниеносно и в результате застоя в экономике возник дефицит товаров и расцвело взяточничество. Несколько лучших результатов добились по направлению гласности, появились ранее лежащие на полках фильмы,

пресса лишилась диктата сверху, перестали глушиться зарубежные радиостанции, публиковались засекреченные ранее документы, возникли негосударственные организации и т.п. Потом началась эпоха гайдаровских реформ, отношение к которым до сих пор весьма противоречиво. Если в 1950-х годах прилавки магазинов были полны, лежали переполненные лотки с черной и красной икрой, т.к. денег у людей не было, то в 1990-ые годы деньги появились и товары были раскуплены. Что сделал Е. Гайдар - не увеличил производство продуктов питания, а отпустил цены, выросшие почти в тысячу раз. В результате полки магазинов заполнились, но у людей не хватало денег на их приобретение. Это можно было рассматривать как временную меру, за которой должно было последовать постепенное и синхронное увеличение доходов людей и снижение цен, но синхронности не получилось. И до сих пор в экономике страны происходят странные процессы: при минимальной инфляции и вроде как растущей экономике доходы подавляющей части населения падают на фоне роста числа долларовых миллионеров.

Кстати, идея сооружения прообраза метро в виде подземной дороги под Невой впервые возникла у императора Александра Первого в 1814 г. во время его визита в Лондон. Впервые метро было предложено лондонцем Чарльзом Пирсоном, который в 1846 г. представил свой проект Королевской компании по делам столичных железных дорог в Лондоне. Первый тоннель был прорыт в 1860 г., а первая станция для пассажиров открылась в 1863 г. Первая очередь метро (underground) протянулась на 3 км между Паддингтоном и Фарингдон-стрит. Электропоезда в метро появились только в 1890 г. Сейчас лондонское метро имеет в длину более 400 км, является достаточно разветвленным, одна из станций метро расположена в отдаленном столичном аэропорту Хитроу. Потом метро (подземка) получила широкое распространение во многих городах мира: в Нью-Йорке (1868), в Будапеште (1896), в Париже (1900), в Берлине (1902) и т.д. К этой идее неоднократно обращались в России: в 1895 г. российский инженер-путеец Я.К.Ганеман, в 1901 г. - Г.А.Гиршсон, в 1902 г. - П.И.Балинский. Когда в начале XX века население Москвы выросло до 1200000 человек, то тысячи извозчиков, конка и появившиеся трамваи не справлялись с постоянно возрастающим пассажиропотоком. И потому архитектор П.Балинский и инженер Е.Кнорре выступили с проектом создания метро в Москве. Но нужных для этого денег в казне тогда не нашлось. И только в 1931 г. постановили приступить к строительству, причем метрополитен открылся для граждан в 1935 г. Во время ВОВ станции метро и тоннели позволяли скрываться от налетов вражеской авиации до 0.5 млн человек. Сейчас в Москве насчитывается 13 линий метро протяженностью в 346 км и функционируют 206 станций, число которых с каждым годом возрастает. Только в 2017 г. будут сданы в эксплуатацию 19 станций и 42 км линий, а до 2025 г. по плану будет построено еще 196 км линий и 87 станций московского метрополитена. После завершения Великой Отечественной войны метрополитены были открыты в Ленинграде (1955), первая линия

«Площадь Восстания- Автово», Киеве (1960), Тбилиси (1966), Баку (1967), Харькове (1975), Ташкенте (1977), Ереване (1981), Минске (1986), Самаре (1987), Екатеринбурге (1991) и т.д. Самой длинной в мире считается подземка (subway) в Нью-Йорке, где она длиной в 1355 км и имеет 468 станций. Правда, 40% маршрутов сабвэя проложены на поверхности. Самыми красивыми станциями в арабском мире являются станции Burjuman в Дубаи, выполненная в виде ракушки, и станция с пластинами из золота в Саудовской Аравии. Стокгольмское метро не случайно называют «самой длинной художественной галереей в мире», поскольку на 90 станциях метро из 100 имеются предметы искусства разной тематической направленности. Нередко в процессе поездки в пассажирских составах рождались гениальные мысли, изобретения и открытия. Например, когда в 1928 г. знаменитый мультипликатор Уолт Дисней с женой возвращался поездом в Лос-Анджелес из Нью-Йорка, где его лишили права на использование его же мультипликационного героя Кролика Освальда, то в его купе вдруг появилась мышь, что дало толчок к появлению серии знаменитых мультфильмов с Микки Маусом.

С 1984 г. по маршруту Москва-Ленинград началась регулярная эксплуатация скоростного электропоезда ЭР 200 и время в пути составило менее 5 часов.

В 1992 г. медицинское обеспечение работников метрополитена зачем-то было выделено из системы МПС и передано в общую сеть здравоохранения, где не понимали специфики работы на транспорте и не придавали ей должного значения. В результате как профилактическая, так и оздоровительная работа на метрополитене значительно ухудшилась. Работа машинистов на метрополитене сходна в какой-то степени с пригородными электричками и существенно отличается от водителей локомотивов дальнего следования. Так, среди работников метрополитена более половины из числа анонимно опрошенных (57.2%) достаточно постоянно, правда, в умеренном количестве потребляют алкоголь, считая что именно так они снимают послесменный стресс, а лица в наиболее активном и трудоспособном возрасте (30-39 лет) почти поголовно курят (73.6%). Все это говорит о слабости профилактической и санитарно-просветительской работы на метрополитене. Сейчас на московском метрополитене будут проводиться экскурсии по метро-метротур. Кроме того, в метро будет курсировать поезд-лаборатория «Синергия-2», которая будет контролировать все параметры от поступающих специальных датчиков о состоянии пути и инфраструктуры. Одновременно проводится модернизация вагонов метро, т.к. последнее обновление вагонов было проведено еще в 1963 г., когда вагоны типа «Д» менялись на вагоны типа «Е». Как это ни странно звучит, но одним из противником распада СССР выступал сэр Уинстон Спенсер-Черчилль (потомок герцога Мальборо), который еще более 50 лет тому назад пророчески говорил: «Жаль, что СССР развалится еще в XX веке... Надо сохранить его возможно дольше. Ведь это выгодная сырьевая база и хороший рынок сбыта морально устаревшей продукции». Выводы из этой фразы каждый может делать самостоятельно.

В 2003 г. было ликвидировано Министерство путей сообщения России и создано акционерное общество открытого типа со 100% участием государства (государству принадлежат 100% акций компании)- ОАО «Российские железные дороги» (ОАО «РЖД»), включающее в себя 16 железных дорог, среди которых самая длинная- Октябрьская железная дорога (10 379 км), а самая короткая- Калининградская железная дорога (617 км), протяженность остальных дорог- от 3000 до 7000 км. Всего ОАО «РЖД» имеют 42.3 тысячи км электрифицированных линий, 85.5 тысяч км составляет эксплуатационная длина всех железных дорог, осуществляющих 78,8% всех грузоперевозок. Они перевозят более 1,3 млн пассажиров в год и 1.2 млрд тонн грузов. В настоящее время в стране насчитывается 15 тысяч вокзалов, из них 349- крупных вокзалов и 88 вокзалов, являющихся памятниками архитектуры, общей площадью в 1,3 млн квадратных метров. Кроме того, имеются свыше 1000 железнодорожных платформ, площадью в 2.7 млн квадратных метров. На вокзалах заняты 12.5 тысяч железнодорожников, а пропускают вокзалы свыше 550 миллионов пассажиров в год. Возводятся и новые современные вокзалы с максимальными удобствами для пассажиров. Таков российский масштаб вокзально-станционных комплексов. Однако, не во всех действиях нужно исходить только из экономической выгоды, необходимо также учитывать социальную целесообразность, чему способствует применение специального метода экономического анализа *cost-benefit analysis* (затраты- польза). Именно с этой точки зрения рачительный хозяин не стал бы сносить подряд все 5-этажки и даже 9-этажки, а сносил бы отселенные и только полностью ветхие дома, на месте которых можно возвести новые. Точно также следовало поступать с учреждениями здравоохранения, школами и дошкольными детскими учреждениями. Вначале тысячи школ закрыли и ликвидировали, а теперь делают шоу из нескольких новых показательных школ. А остальные жилые здания, т.е. те, которые могут простоять еще 15-30 и более лет, после отселения жильцов и ремонта можно было бы использовать для переселения сюда людей из гораздо более худших условий, включая еще имеющиеся (даже в столицах) бараки и развалюхи, соотечественников из ближнего зарубежья, семей гастарбайтеров, желающих постоянно проживать в России. В них также можно было бы организовать приюты для бездомных и т.д. Только благодаря вмешательству Президента РФ при сносе домов стали наконец-то учитывать мнения граждан. К этой же проблеме относятся и не рентабельные линии некоторых видов транспорта (трамваи, троллейбусы и др.), которые в условиях частной собственности для выполнения социальных задач должны пользоваться поддержкой со стороны заинтересованного государства. Видимо, не следовало бы столь демонстративно уничтожать несанкционированные продукты питания, а после проверки передать их в детские дома, дома для престарелых, другим нуждающимся. Аналогичным образом нельзя закрывать даже убыточные предприятия (заводы, шахты, фабрики и др.) в моногородах, где под них создавалась вся инфраструктура (жилые дома, магазины, транспортные

сообщения, учебные и медицинские учреждения и т.п.). Вот зачем нужно было сносить все подряд палатки? Понятно, в Москве исходили из пространственно-эстетических взглядов, соображений и чьих-то интересов, хотели освободить подземные переходы, не учитывая мнение основных потребителей- простых людей. Например, в московском районе «Войковский» палатки стояли вдали от метро и коммуникаций, не на проходе, никому не мешали, а люди по дороге домой могли там купить хлеб, молоко, прессу, цветы и другие товары и продукты первой необходимости. Теперь там выложенный плиткой пустырь с несколькими спаренными платными туалетами (зачем столько и кому выгодно?), с поставленными для блезира скамейками, на которых никто не сидит. Правда, часть палаток перевели в магазины на первые этажи жилых домов, в результате в домах и во дворах появились крысы. Вот и получается, что Москва с каждым годом становится все красивее и наряднее, но менее удобной для жизни людей. Принято считать, что СССР к 1980-м годам отстал от Запада в разработке компьютеров, однако в этом вины инженеров нет, а виновны бюрократы из Минприбора. Именно они взяли курс на разработку средних и больших ЭВМ (типа БЭСМ, Минск, Наир, АСВТ и др.), пренебрегая полупроводниковыми транзисторами. А это позволило США добиться больших успехов в разработке персональных компьютеров. А сейчас они во всю используются на российских железных дорогах и в медицинской службе. В то же время СССР активно помогал другим странам, бесцеремонно пользовавшимся тем, что они как бы стали на путь независимого развития, и эта помощь обошлась стране в огромную по тем временам сумму- в 20 млрд долларов. А что в итоге получилось-хорошо сейчас видно.

Прокатившийся катком по всей стране процесс «оптимизации» (теперь от этого слова можно только вздрагивать) медицинских учреждений и школ никак нельзя признать правильным и государственно обоснованным. И каждый раз возникает традиционный вопрос из римского права: *cui prodest, cui bono?* Нельзя допускать к решению задач здравоохранения одних экономистов, все оценки которых сводятся только к экономическим категориям «выгодно- не выгодно», а не «нужно-не нужно», поскольку потребностями населения в медицинской помощи они не занимаются и в проблемах здоровья населения абсолютно ничего не понимают.

О том, как можно и нужно решать подобные примеры преобладания общечеловеческой целесообразности над экономической выгодой, нам подсказывает опыт других стран, например, Японии. В капиталистической стране с рыночной экономикой целая электричка дважды в день заходила в боковую железнодорожную ветку лишь для того, чтобы отвезти только одну (!) девочку в школу, а потом привезти ее домой. Как известно, в Японии зафиксированы одни из самых высоких в мире показателей ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ). Так вот, когда Японию охватил кризис перепроизводства, там стали искать возможности увеличения рынков сбыта, внешнего и внутреннего спроса. Они стали давать льготные кредиты близлежащим странам для приобретения только японской продукции

(внешний спрос) и решили содействовать увеличению ОПЖ еще на 5 лет, поскольку престарелые люди за это время закупают товаров на 600 млрд. долларов (внутренний спрос). Это говорит о том, что увеличение ОПЖ людей является не только целесообразным, но и социально-экономически выгодным для страны делом. Авторов, да и читателей, наверное, тоже удивляет недалёковидность многих действий и не умение просчитать последствия принимаемых решений даже на один ход вперед, хотя мы живем в выдающейся шахматной державе (Чигорин, Алехин, первый русский чемпион мира по шахматам, побеливший в 1927 г. в Буэнос-Айресе непобедимого до этого Хосе Рауля Капабланку в матче из 34 партий с разгромным счетом 6:3, Боголюбов, Ботвинник, Смыслов, Керес, Карпов, Каспаров, Крамник и другие).

Сейчас ОАО «РЖД»- одна из крупнейших в мире транспортных компаний, в ней работают свыше миллиона человек (в системе МПС их было в несколько раз больше). Были также созданы зависимые общества, ничем экономически и юридически не отличающиеся от частных компаний, а также дочерние частные компании. Зависимые общества создавались по дорогам и отделениям, для поддержания инфраструктуры и социальной сферы, для приватизации заводов, депо, грузовых и пассажирских перевозок, для научно-исследовательской, опытно-конструкторской и проектной деятельности, для информационного обеспечения и связи, для банковской и финансовой деятельности, инвестиций и т.п. Дочерние частные компании создавались, в основном, по видам бизнеса: трансконтейнеры, рефрижераторы, Русская тройка, Русская медь, зерновые, виноградорские, РейпТрансАвто и т.п. Всего их 123 с разной долей участия в них ОАО «РЖД». В результате произошла передача подавляющей части грузовых перевозок в частную собственность, приватизировали отдельные магистральные локомотивы, развилась конкуренция на рынке грузоперевозчиков, осуществлялась продажа акций, создание совместно с субъектами Федерации пригородных пассажирских компаний и т.д. Все владельцы зависимых обществ и дочерних организаций в связи с их высокой прибыльностью являются либо чиновниками высокого ранга, либо членами их семей, а доходы членов правления ОАО «РЖД» являются просто заоблачными. Все это говорит о высокой доходности компании и ее составляющих. Инфраструктура ОАО включает в себя путь и путевое хозяйство, систему сигнализации с центральной блокировкой (СЦБ), железнодорожную связь, энергоснабжение и т.п. ОАО имеет развитое локомотивное хозяйство, унаследованное от МПС, с дополнением недавно приобретенных современных скоростных локомотивов (типа Сапсан, Аллегро, Ласточка, Стриж и др.), и огромный парк разнообразных вагонов, платформ и цистерн. Сегодня в России имеются 16 поездов «Сапсан», заполненных под 100% (в 2017 году ими перевезено 5,1 млн пассажиров), каждый из которых состоит из 10 вагонов: семи эконом-класса, вагона 1-го класса и вагона-бистро. РЖД может приобрести у фирмы Сименс еще 11 скоростных поездов «Сапсан» и еще дополнительно 27 промежуточных

вагонов к ним с тем, чтобы все поезда увеличить на один вагон. Все они будут курсировать между Москвой и Санкт-Петербургом, а вот их экономическая эффективность на маршруте Санкт-Петербург – Нижний Новгород будет значительно ниже и потому там целесообразнее использовать «Ласточки» или «Стрижи». Железнодорожные станции на дорогах имеют систему электрической централизации, централизованную диспетчерскую, а перегоны оснащены системой автоблокировки, что увеличивает пропускную способность и содействует повышению безопасности движения. Регламентируют работу железных дорог России Правила технической эксплуатации железных дорог с приложением соответствующих инструкций (по движению поездов и маневровой работе, по сигнализации и т.д.). В стране действуют 25 детских железных дорог, которые также требуют внимания и поддержки. Нельзя забывать и о метрополитенах в крупных городах, которые в эпидемиологическом отношении представляют собой значительный риск из-за огромного числа пассажиров и высокой скученности людей, особенно в часы «пик». Такая же напряженная эпидемиологическая обстановка возникает и в других местах скопления людей (кино, театры, вокзалы, стадионы и др.). Только спустя 7 лет были обнародованы данные о трагедии на Центральном стадионе в Лужниках, когда в октябре 1982 г. после матча Спартак (Москва)-Харлем (Голландия) из-за полной дезорганизованности выхода людей на заснеженных ступеньках при температуре минус 10 градусов скопилась огромная напиральная толпа болельщиков и в результате по официальным данным погибло 66 человек (их просто затоптали), а 61 человек получил тяжелые травмы. Так что, скученность людей является небезопасной.

Всего в системе ОАО «РЖД» осталось только 173 негосударственных учреждений здравоохранения (НУЗ), т.е. больниц и поликлиник, расположенных в 75 регионах страны. Развернуто 18 тысяч круглосуточных больничных коек и амбулаторно-поликлинические учреждения общей мощностью в смену на 84 тысячи и более посещений. Железнодорожное здравоохранение в настоящее время является одной из самых крупных корпоративных систем здравоохранения и в нем занято около 65 тысяч человек, в том числе 13 тысяч врачей (было 27 тысяч врачей) и около 30 тысяч среднего медицинского персонала, что, как видно, значительно меньше, чем было в советское время. В среднем за год число посещений к врачам-железнодорожникам достигает 160 тысяч, из которых 82% приходится на жителей муниципальных образований. На медицинском обеспечении находятся около 800 тысяч работников железных дорог, которые охвачены ежегодно проводимыми профилактическими осмотрами, в том числе свыше 430 тысяч работников, непосредственно обеспечивающих движение поездов. В их число входит более 130 тысяч работников локомотивных бригад, которым уделяется повышенное и первоочередное внимание. Всего же в сфере медицинского обеспечения НУЗ на начало 2016 г. находилось почти 2.8 млн человек, из которых на работников железной дороги и членов их семей приходилось 40,7%, а на население

муниципальных образований- 33.9%, жители которых весьма охотно и часто посещают железнодорожные медицинские учреждения. Специалистов для железнодорожной кампании готовят 10 высших отраслевых учебных заведений, многочисленные техникумы и дорожно-технические школы. Правда, недавно совершенно необоснованно соединили железнодорожный техникум с техническим колледжем №55, который готовил специалистов лифтового хозяйства. Видимо, по принципу движения: и локомотив, и лифт движутся, правда, современные локомотивы достигают скорости 250 км в час и более, а лифт- гораздо медленнее. Постепенно ушли в прошлое и многие виды занятий. Например, исчезли кондукторы, по свистку которых или после удара в колокол (гонг) поезд отправлялся. Об этой архаичной обязанности напоминает нам замечательная мелодичная и душевная песня «Сиреневый туман» (слова и музыка народные, хотя на музыку претендует Ян Сашин, а на текст -Ю.М.Липатов, Лев Ошанин и М.Л. Матусовский; первыми исполнителями песни были Владимир Маркин и Аркадий Северный). Исчез также и сигнальщик в последнем вагоне поезда, вождение локомотивов стало осуществляться «в одно лицо» и т.д. Раньше не только между городами существовало воздушное сообщение и в каждой области существовали аэродромы с разным покрытием, но также летали рейсовые самолеты, в основном, АН-2 между сельскими поселениями, которые могли садиться на грунтовые, травяные или ровные снежные площадки. Они использовались для доставки почты, перелета пассажиров, транспортировки больных и т.д. Такая же авиация применялась и в сельскохозяйственных целях. Во всем мире малая авиация относится к перспективной отрасли. Возникает резонный вопрос, почему малая авиация в России недоступна для большинства населения и превратилась в забаву для богатых, почему в России не развивается малая авиация? В Москве пассажиры из центрального аэровокзала доставлялись в аэропорты не только рейсовыми автобусами или такси, но и вертолетами МИ-4 (с 1960 г. по 1970 г.) при достаточно низкой стоимости. Сейчас делаются робкие попытки восстановления регулярных воздушных сообщений хотя бы между областными и республиканскими центрами. Представляет интерес опыт применения авиации в США, где выделены узловые аэропорты подлёта, куда прилетают крупные лайнеры, а затем авиапассажиры пересаживаются на меньшие самолеты и всеюм доставляются к месту назначения.

Одной из длинных и достаточно трудоемких для строительства железных дорог была Байкало-Амурская магистраль (БАМ), которая в намеченном виде была завершена за 27 лет. Это было связано с пробитием через Северо-Муйский хребет (Республика Бурятия) самого длинного в России (свыше 15 км) Северо- Муйского железнодорожного однопутного двускатного тоннеля, что позволило значительно спрямить путь. Но и обходной путь в 64 км сохранили. Сейчас Транссибирская магистраль будет модернизирована. Идея ракетных поездов появилась в 1960-ые годы, но она была реализована позже. В 1970-ые годы на поездах, курсирующих по всей стране, было установлено грозное оружие- межконтинентальные баллистические ракеты, способные

достать любую точку на Земле. Главным разработчиком комплекса было конструкторское бюро «Южное» (Павлоград, Украина), подвижной состав готовили на Калининском вагоностроительном заводе. В России нет авианосцев и кораблей с водоизмещением свыше 5000 тонн, поскольку верфи в Николаеве и Херсоне отошли к Украине, которая разорвала все договоры с Россией. На территории СССР были развернуты три ракетных дивизии из боевых железнодорожных ракетных комплексов «Ареал», расположенные под Костромой, Красноярском и около Перми. В их составе находились 12 полков-поездов с 36 ракетами, а машинистами поездов нередко были только военные. Таких передвижных мобильных комплексов не было ни в одной стране мира. Поэтому Джордж Буш-старший уговорил Горбачева, чтобы они за американские деньги распилены, в одностороннем порядке были уничтожены и другие военные стратегические комплексы, что привело к появлению однополярного мира. Все это происходило уже при Ельцине. Ликвидация уникальных ракетных комплексов, которых страшно боялись американские военные, во многом способствовало ухудшению отношений с Украиной, на территории которой находились многие обеспечивающие комплексы предприятия. Сейчас от того времени сохранилось всего 2 комплекса, находящихся в музеях Октябрьской железной дороги на Варшавском вокзале Санкт-Петербурга и АвтоВАЗа, как память о былой мощи СССР и разрушителях ядерного щита (Горбачев, Ельцин, Козырев). Обхитрил М.Горбачева и Гельмут Коль, который при присоединении ГДР к ФРГ вместо огромных денег в 500 млрд долларов отделался незначительным кредитом на 17,5 млрд. долл., который нужно возвращать, малыми деньгами в 2 млрд. долл. для размещения выводимых из ГДР наших войск, и Нобелевской премией нашему лидеру в 1990 г. Потом сам канцлер Германии говорил о том, что им досталась ГДР «по цене бутерброда». Ликвидацией и присоединением ГДР, товары из которой в СССР очень ценились, Коль прекратил холодную войну, объединил Германию, победив на первых объединенных выборах в 1991 г., и Европу, развалил Варшавский договор, освободил Европу от коммунизма, и все это почти что задаром. Запомнились его слова о том, чтобы экономически подтянуть Восточную Германию до уровня Западной, нужно туда ежегодно вкладывать по 80 млрд. западногерманских марок на протяжении 10 лет. Это было тем более удивительным, что ГДР тогда считалась наиболее развитым государством из входящих в Варшавский блок. Задолго до этого еще Сталин намекал на возможное объединение двух Германий при условии их полного нейтралитета. А в 1953 г. по всей ГДР прокатились массовые волнения и протесты против повышения нормативов выработки и против одновременного роста цен. Но Вальтер Ульбрихт и Отто Гротеволь преподносили это как фашистский путч. И когда люди стали массово перебегать в Западный Берлин, то выросла знаменитая Берлинская стена с пограничным контролем. Кстати, «друг Гельмут» (так его называл Ельцин) был выраженным и скрытым русофобом, поскольку его будущая жена Ханнелора в 1945 г. в 12-летнем возрасте была изнасилована русскими

солдатами, после чего находилась в состоянии постоянной депрессии и покончила жизнь самоубийством в 2001 г. До самой смерти она ненавидела русскую речь, запах водки и чеснока. Кроме того, несмотря на устные обещания М. С. Горбачеву, НАТО вплотную приблизилось к нашим границам, не говоря уже о его усилиях, приведших к развалу СССР. Значительны расходы (по нашим меркам) на оборону России. И тогда, и теперь (в СССР и РФ) расходы на оборону в США были значительно выше и согласно проекта бюджета на вооружение на 2018 г. предусмотрено 692 млрд долларов, что, правда, в 2 раза меньше, чем траты на здравоохранение, но при значительном росте внешнего долга. По данным Минфина РФ бюджет 2018 г. будет таким:

Объем ВВП	97,46 трлн руб.
Доходы	15,182 трлн руб.
Расходы	16,514 трлн руб.
Дефицит	1,332 трлн руб.- 1,37% ВВП
Предел внутреннего госдолга	10,586 трлн руб.
Предел внешнего госдолга	71 млрд долл.
Инфляция	4%

После распада СССР (сейчас идут споры о причинах этого и о основных могильщиках страны) в 1991 г. произошло значительное ухудшение всех показателей работы железнодорожного транспорта, а сеть железных дорог с подвижным составом была разделена между бывшими союзными республиками, ставшими самостоятельными независимыми государствами. Делилось совместное имущество большой страны, разрывались устойчивые хозяйственно-экономические связи, разрушались семейные и другие отношения. При переходе от СССР к его правопреемнице России длина главных железнодорожных путей уменьшилась на 38.3%, число занятых сотрудников- на 40%, отправление грузов- на 44.5%, пассажирооборот- на 33.4%. Интересные метаморфозы произошли с Московским институтом инженеров транспорта (МИИТом), который в 2016 г. к своему 120-летию восстановил данное ему изначально официальное название «Московский государственный университет путей сообщения имени императора Николая Второго». А парадокс заключается в том, что императорский николаевский университет был награжден орденами Ленина и Трудового Красного Знамени за успешную подготовку инженерных кадров во время Великой Отечественной войны. Вообще нужно сказать, что по темпам строительства и ввода в эксплуатацию новых железных дорог современная Россия отстает не только от ведущих капиталистических стран, но даже и от царской России. Правда в последнее время была выправлена 2-х путная железнодорожная линия в семь перегонов между станциями Журавкой и Миллерово в Воронежской и Ростовской областях, которая вошла в строй в августе 2017 г., ведущая из Москвы на юг без захода на территорию Украины- 137,5 км с пропускной способностью до 140 пар поездов в сутки, в Москве открыли внутреннее кольцевое и очень удобное железнодорожное движение по типу городской электрички (S-Bahn) со

множеством станций и подходов к ним. Строятся многочисленные и безопасные железнодорожные переезды. Кроме того, к Сочинской олимпиаде в 2014 г. решались следующие задачи: строительство железной и автомобильной дорог, строительство и модернизация железнодорожных вокзалов и станций, введение в эксплуатацию новых скоростных электропоездов «Ласточка», строительство двух грузовых железнодорожных дворов и т.д. В итоге были построены железная и автомобильная дороги «Адлер- Альпина-Сервис», дополнительные перегоны железнодорожного полотна на участке Туапсе-Адлер, новый терминал вокзала в Адлере, новые станции, открыто движение по Большому Новороссийскому тоннелю.

При этом, однако, положительным моментом следует считать увеличение протяженности электрифицированных линий и постепенную замену тепловозов на электровагоны. Повсеместно внедряется бесстыковый путь на железобетонных шпалах. В последнее время железные дороги оснастились современными локомотивами, позволяющими значительно увеличить скорость движения поездов. Первые локомотивы «Ласточка» были приобретены в Германии на заводе Сименс в Крефельде, но с 2014 г. они стали производиться на заводе «Уральские локомотивы» в городе Верхняя Пышма Свердловской области. За эти годы выпущены свыше 140 локомотивов с 700 вагонами. Всего на железных дорогах России курсируют 19 тысяч пассажирских вагонов и большинство вагонов изготовлены на Тверском вагоностроительном заводе. Государственная компания ОАО «РЖД» в настоящее время разрабатывает масштабную программу оптимизации локомотивного парка, которая, с одной стороны, не допускает частных инвесторов со стороны к локомотивной тяге, а с другой- за счет модернизации, роста производительности локомотивного парка и повышения эффективности ремонтных работ позволяет уменьшить потребность в локомотивах (на 24% к 2020 г.) , что приведет к существенному снижению износа локомотивного парка и к значительной экономии. В ближайшем будущем в России могут появиться двухъярусные пассажирские вагоны, более экономичные и комфортабельные, поскольку в каждом купе такого вагона будет душ, туалет и кондиционер. Скоро на железнодорожной магистрали Москва-Казань поезда будут развивать скорость до 400 км в час. Уже организовано скоростное движение поездов с Санкт-Петербургом, с Казанью, с Иваново и в Сочи. В Иваново скоростной электропоезд «Ласточка» до Владимира идет на электрической тяге, там стоит 20 минут и дальше поезд тянет тепловоз. В итоге время в пути сократилось в 2 раза- до 3 часов 40 минут. К 2024 г. планируется пустить скоростные поезда в Екатеринбург. Но дело это не простое, т.к. не все дороги электрифицированы, наличное железнодорожное полотно не подходит для скоростного движения, рентабельность таких поездов может быть только при полной заполняемости и на расстояние свыше 1000 км они не имеют смысла. Сейчас скоростные поезда функционируют на отдельных маршрутах в Испании, Германии, Италии, Франции, США, Японии и Китае. Будущее принадлежит поездам на магнитной подушке, которые в Японии развивают скорость свыше 500 км в

час. Рекордные сроки строительства мостов и железных дорог в Китае просто поражают и автомобильных дорог там за неделю строится столько, сколько у нас за год. Почему бы для нашего дорожного строительства не перенять их опыт? У нас уже появились и новые современные поезда в метрополитене со сплошным проходом, а в московские аэропорты стали ходить специальные безостановочные электрички. Идут работы по совершенствованию информационного обеспечения и средств связи. По решению правительственной комиссии по транспорту в 1.5 раза расширен созданный в 2013 г. совет для достижения баланса интересов различных групп потребителей и ОАО «РЖД» по вопросам инвестирования, финансирования, тарифной политики и качества оказываемых услуг, т.е. совет потребителей по вопросам деятельности ОАО «РЖД», координирующий деятельность акционерного общества и потребителей. Кроме того, ОАО «РЖД» постоянно расширяет свою деятельность. Так, совместно с Минздравом РФ запускается Всероссийская акция по бесплатному анонимному тестированию на ВИЧ-инфекцию, особенно, в регионах, где показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией превышают средний уровень. Для этого в рамках Государственной стратегии предполагается присоединение к поездам специальных вагонов-лабораторий, эффективность которых в экспериментальном варианте пока не доказана. На Международном железнодорожном бизнес-форуме «Стратегическое партнерство» речь шла не только о логистике грузовых перевозок, но и о пассажирских мультимодальных перевозках. Планируется развитие скоростного железнодорожного сообщения между РФ и Беларусью. РЖД ведет переговоры с мобильными компаниями о тотальном покрытии сети железных дорог сотовой стабильной связью. Активно развивается стратегия цифровой железной дороги, уже запущен Центр обработки и анализа данных об эксплуатации подвижного состава. Все это со временем позволит повысить скорость передачи данных в пути следования Сапсанов, запустить в поездах дальнего следования уникальную систему «Попутчик» и создать систему мониторинга состояния железных дорог. В перспективе на поездах уже может и не быть машинистов, а будет полная автоматика. Для обеспечения безопасности в поправках к правилам противопожарного режима запрещено разводить костры и жечь хворост вблизи железнодорожных путей и высаживать на откосах железных дорог колосящиеся культуры. Определенные удобства создает система самозаписи на прием через терминалы, когда застрахованный пациент выбирает нужного врача и удобное свободное время приема, к которому амбулаторная карта поступит в кабинет врача. Подобные системы используются в банках, почтовых отделениях, в аэропортах, в расчетных центрах и т.д. Все населенные пункты, включая города и сельские поселения, должны быть связаны между собой авиасообщениями. Для этого по меньшей мере нужно восстановить организованные в СССР еще в 1923 г. авиационные перевозки пассажиров, грузов, почты и т.д. в виде акционерного общества Добровольного воздушного флота «Добролет». Правда, в первые годы

авиасообщения осуществлялись на самом технологически совершенном для того времени пассажирском моноплане немецкого происхождения фирмы Junkers модели F-13, вмещающем 2-х членов экипажа и 4-х пассажиров. Первые рейсы осуществлялись по маршруту Москва- Нижний Новгород, а спустя несколько лет были выполнены сотни рейсов по десяткам направлений. Потом этот самолет заменил более вместительный У-2, связавший сельские поселения, использовавшийся в сельскохозяйственных и медицинских целях, Як-12 и чешский самолет «Морава» на 4 пассажира. Это все нужно восстанавливать, но на современном уровне развития, поскольку новые технологии связи авиасообщения заменить не смогут. Точно также в историческом аспекте можно рассмотреть развитие медико-санитарного дела на железных дорогах.

## **Глава 2. Основные этапы развития здравоохранения на железнодорожном транспорте.**

### ***Omnibus hominibus moriendum est (Все люди смертны)***

Помимо становления железнодорожного транспорта развитие железнодорожного здравоохранения и ведомственной медицины тесно увязано с процессами, происходящими в общем здравоохранении, с применяемыми современными технологиями и, естественно, с демографическими, экологическими, экономическими и социальными

условиями страны на каждом этапе. В какой-то степени это и показано в данной главе.

На Иване Грозном и его сыне Федоре прервался род Рюриковичей. Наступила смута, когда один Лжедмитрий сменял другого при одной и той же жене- Марине Мнишек, которая была заточена в Коломенскую Маринкину башню, где она и умерла. Смута, усиленная неурожаем и трехлетним голодом, началась с романовского холопа Григория Отрепьева и закончилась Михаилом Романовым на престоле. Когда на Земском соборе в 1613 г. выбирали царя, бояре хотели польского царевича Владислава или шведского герцога Карла Филиппа, но казаки- донцы, осадив боярские дворы, вместо вождей ополчения (Трубецкого и Пожарского) настояли на избрании 16-летнего сына патриарха Филарета Михаила Романова. Династия Романовых правила Россией более 300 лет.

Вначале в связи с эпохой великих морских плаваний и открытий появилась в 15-16 веках транспортная (морская) медицина в виде портовых и судовых врачей, что во многом препятствовало быстрому распространению особо опасных инфекционных заболеваний, массовому заболеванию цингой. Толчком для развития медицины в стране послужили различные войны. Еще в 1615 г. вводится должность полкового лекаря, а в 1654 г. (год Переяславской Рады, т.е. добровольного присоединения Украины к России) при Аптекарском Приказе создается школа подготовки лекарей для стрелецких полков, которые были востребованы во времена первой войны с Турцией (1676-1681 гг.). В 1707 г. Петр Первый в структуре военных частей регулярной армии вводит штатных медиков и создает первый стационарный военный госпиталь (военная гошпиталь), а в 1711 г. учреждаются полковые лазареты. Опустим последующие многочисленные войны с Турцией, периоды Н.И.Пирогова, Даши Севастопольской, М.Я. Мудрова и др., которым в разных местах возведены памятники. Скажем только, что принцип Н.И.Пирогова об этапности оказания медицинской помощи с успехом в Первой мировой войне применил русский профессор полковник В.А.Оппель. Лучшие традиции российской военной медицины были использованы и в советское время. Ошибочность военно-политической ориентации руководства страны привела к массовым репрессиям среди руководителей учреждений и служб здравоохранения. К этому добавились огромные потери в годы Великой Отечественной войны, о числе которых споры не утихают до сих пор. Всего погибло свыше 86 тысяч медиков, в том числе более 5 тысяч врачей, свыше 9 тысяч средних медработников, более 23 тысяч санитарных инструкторов и почти что 50 тысяч санитаров, санитарок и санитаров-носильщиков.

Поскольку, как указано во введении, железнодорожное здравоохранение является неотъемлемой частью здравоохранения, то есть смысл немного остановиться на общем, не военном здравоохранении на примере древней столицы. В 1842 г. Государственный совет России принял решение о том, что необходимо ликвидировать почти полное отсутствие медицинской помощи бедным жителям хотя бы в 2-х столицах, для чего этих же людей

обложили дополнительным сбором на создание и содержание больниц. И хотя эти деньги собирались ежегодно и исправно, то даже спустя 70 лет в 1912 г. свыше трети нуждающихся в госпитализации малоимущих людей получили отказ в приеме на лечение. Как известно, Екатерина Вторая совершила в 18 веке несколько выездов в глубинку России, в том числе в Малороссию и присоединенный к России Крым в сопровождении огромной свиты, куда входили и зарубежные послы, представители и посланники. Вообще этот период (17-18 века) был непростым для России: многочисленные войны, Кучук- Кайнарджийский мирный договор с Османской империей 1774 г. по которому была признана независимость Крымского ханства, потом присоединение Крымского полуострова, Тамани и Кубани к Российской империи по манифесту Екатерины Второй от 19 апреля 1783 г., создание Севастополя в Ахтиарской бухте и Черноморского флота 13 мая 1783 г., основание Одессы в 1794 г., победы над Турцией (1736-1739, 1768-1774, 1787-1791), три раздела Польши (1772, 1793, 1795), противодействие революционной Франции, крестьянские и казацкие восстания Степана Разина (1667-1671), Кондратия Булавина (1707-1708) и Емельяна Пугачева (1772-1775) и т.д. При этом высшему, в том числе татарскому сословию Крыма были предоставлены все права и льготы российского дворянства, а крепостное право в Крыму не вводилось. Мало кто знает, что последний крымский хан Шахин Герай, хорошо образованный эрудит, был тепло принят Екатериной II, осыпан русским золотом, провел в Санкт-Петербурге более года, а после вхождения Крыма в состав России жил в течение 5 лет со всей своей свитой и гаремом на полном российском обеспечении в разных городах России (Херсон, Феодосия, Таганрог, Воронеж, Калуга), а потом к облегчению императрицы и ее двора перебрался в Турцию и был убит на острове Родос. Перед подписанием указа Екатерины о присоединении Крыма А.В.Суворов строительством укреплений и маневрами войск сделал Крым практически недоступным, а потом там было Г. Потемкиным проведено нечто, похожее на референдум. Старейшины всех крымских родов подписали «присяжные листы» на вхождение в состав России и клянясь в верности Екатерине Великой, и только тогда появился Манифест. А Херсон был основан адмиралом Синявиным, как строительная и ремонтная верфь для кораблей Черноморского флота. Собственно говоря, США планировали еще с 2000- х годов получить Крым либо мирным путем, заключив договор с Украиной, а если не получится (Янукович отказался и тем самым подписал себе приговор), то военным путем. И в момент «Оранжевой революции» на майдане авианосец «Джорж Буш» с 90 самолетами, эсминцы «Траксон», «Дональд Кук» и фрегат «Тейлор» вошли в Черное море. Почему США так нужен был Крым и Севастополь? База в Севастополе имеет выходы в 5 уникальных глубоководных бухт (Северная, Южная, Стрелецкая, Карантинная и Казачья), подводную базу в Балаклаве, узлы связи, полигоны, крымские аэродромы, многочисленные арсеналы, судоремонтные заводы, а также горный ландшафт, позволяющий маскировать ракетные установки.

Отсюда ракетами можно было достать Москву, Урал, а также все нефте- и газовые месторождения в России и в сопредельных странах. Речь даже шла о самом существовании России. Все это делало Крым не просто привлекательным, но и критически важным для США. Но в эти планы вмешались сами крымчане при поддержке России. Помимо того, что для Крыма характерны уникальная природа и особенный климат, в Крыму имеется 2500 курганов, относящихся к периоду Боспорского царства, что представляет интерес для археологов. Наиболее большой из них (высота-35 метров, радиус- 45 метров)-Кара-Оба (Черная гора) расположен вблизи Керчи.

До 1762 г. в России в ходу были медные деньги, имевшие значительные размеры и вес. С конца 1768 г. Екатерина Вторая ввела в оборот бумажные ассигнации в 100, 75, 50 и 25 рублей как эквивалент медным монетам. Но эти простейшие бумажные деньги легко подделывались в Польше (главные фальшивомонетчики- графы Зановичи), затем они обменивались на серебряные монеты, переводились в английские банки, откуда затем оплачивалось снаряжение польских повстанцев против русских войск. В Европе бумажные деньги начали печатать раньше: во Франции- в 1718 г., в Австрии-в 1762 г., в Пруссии- в 1765 г. Царствование Екатерины Второй обошлось русской казне в фантастическую сумму (150 миллионов рублей) и маховик обесценивания финансов Российской империи, запущенный Екатериной Второй, как-то удалось остановить лишь ее правнуку- царю Александру Второму. Во время вспышки бубонной чумы в Москве весной 1771 г. российская императрица направила туда Григория Орлова, который предпринял решительные действия и тем самым спас город от дальнейшего распространения эпидемии. Во время путешествия по Волге в 1785 г. Екатерина Вторая побывала в Москве и была поражена малым количеством больниц там. Их было всего две: Павловская на 50 коек, учрежденная в честь выздоровления ее сына Павла Петровича в 1763 г., и Екатерининская на 150 коек, основанная по ее указу в 1775 г. Тогда ею было принято решение учредить новые больницы и богадельни для призрения и пропитания больных, немощных и лишенных и привести их число в соответствие с численностью населения города, что, однако, так и не было выполнено в надлежащем виде, тем более, что лечение в больницах являлось платным и многим москвичам было не по карману.

К 1824 г. в Москве функционировали еще две крупные больницы, построенные и содержащиеся на средства благотворителей- Шереметевская и Голицынская, в которых выбор вариантов питания и лекарств был не ограничен. Правда, возникла проблема, кого нужно относить к беднякам, ведь тогда еще не было пресловутого прожиточного минимума, на который прожить невозможно. В 1833 г. была открыта Градская больница на 450 коек, из которых бесплатными были только 100 коек, на которых могли лечиться совсем бедные люди по справке о бедности, выданной полицией. В том же году была полностью реконструирована, расширена и переведена в капитальный дом, выстроенный князем Гагариным, Екатерининская

больница. К этому времени в Москве насчитывались 1850 коек в военных госпиталях, 300 коек для проживающих вблизи больных, однако из общего числа в 2827 коек только 700 предназначалось для 250-тысячного населения Москвы, что было крайне мало. Еще более плохое положение до введения земской медицины, последовавшей после отмены крепостного права в 1861 году, было во всей остальной обширной России. В Москве на деньги князя Дмитрия Голицына была построена и оснащена Голицынская больница (ныне Первая градская), на средства купца Кузьмы Солдатенкова-Солдатенковская больница (ныне Боткинская), на деньги братьев Бахрушиных-Городская клиническая больница имени братьев Бахрушиных, на средства Варвары Морозовой-клинический городок на Девичьем поле (ныне-Первый МГМУ имени И.М. Сеченова), больница и богадельня имени Ивана и Александры Медведниковых и т.д.

С развитием железных дорог в России появилась железнодорожная медицина, становление которой шло параллельно со строительством и эксплуатацией железных дорог. У истоков отечественной железнодорожной медицины и гигиены стоял выдающийся ученый с мировым именем швейцарец Ф.Ф.Эрисман (Фридрих Гульдрейх Эрисманн), который переехал в Россию в 1869 г., женившись на русской женщине-враче и приняв православие. Начинать он свою деятельность как практикующий врач и поначалу открыл в Петербурге офтальмологическую клинику. Его крылатой фразой была «Профессия-врач - это призвание. Это ответственность. Это подвиг». Кстати, эту фразу нужно всю использовать при нынешней подготовке врачей. Затем он занялся исследованиями в социальной сфере, начиная со школ и эргономики парт, затем стал изучать состояние питерских подвалов, ночлежек и больниц. Именно тогда он понял значение только-только зарождающейся гигиены и в России стал ее основоположником. Во время русско-турецкой войны он курировал все работы по дезинфекции полевых госпиталей и тем самым спас тысячи раненых солдат от заражения. Потом в результате его санитарной инспекции фабрик, заводов и мелких производств были разработаны санитарные нормы и правила, закрепленные на законодательном уровне. В 1877 г. он, будучи заведующим кафедрой в университете, опубликовал монографию «Профессиональная гигиена или гигиена умственного и физического труда», в которой целый раздел был посвящен гигиене служащих и рабочих на железных дорогах. Власти несправедливо отнеслись к нему и уволили из университета. Однако вклад Ф.Ф.Эрисмана в развитие отечественной и мировой гигиены является настолько весомым, что им пользуются до сих пор.

Фактически железнодорожная медицина берет свое начало с момента строительства первой в России Царскосельской железной дороги, т.е. с 1836 г. Сразу же отметим, что применяемые в данной работе термины «железнодорожная медицина», «железнодорожное здравоохранение», «врачебно-санитарная служба» далеко не равнозначные и отличаются не только по методам работы, но и по объему деятельности. Если первый термин включает в себя клинические лечебно-профилактические вопросы,

специальные для железнодорожного транспорта, второй- значительно более широкий и охватывает весь спектр (в том числе межотраслевых) проблем, оказывающих в той или иной степени влияние на здоровье граждан, решение которых позволяет сохранить и улучшить их здоровье (сюда может входить и традиционно понимаемое здравоохранение, как система организации медицинской помощи), то третий термин наиболее точно и целевым образом отражает лечебно-профилактическую и предупредительную работу на железных дорогах и включает в себя как лечебное дело, так и санитарно-противоэпидемическую службу. Однако в настоящей книге мы не будем учитывать все эти различия, поскольку они описаны и представлены ранее в других работах многих авторов.

В строительстве первой железной дороги, да и всех последующих, использовались крестьяне, мастеровые и солдаты (в советское время к ним добавлялись заключенные), которые жили в палатках, землянках и бараках, в чудовищных антисанитарных условиях при полном отсутствии охраны труда, постоянном недоедании, злоупотреблением алкоголем и т.д., что выдвигало соответствующие требования к организации медицинского обеспечения. Особенно это проявилось несколько позже при строительстве Николаевской (Октябрьской) железной дороги. Тогда за строителями железной дороги были закреплены отдельные городские больницы в Петербурге, Москве, Твери, Клину и в других городах вдоль строящейся трассы. Но потом оказалось, что вследствие значительных расстояний, больных и травмированных в закрытых фургонах могли просто не успеть довести до больницы. Летальность была очень высокой, например, в 1845 г. потери на строительстве составили 25%. И поэтому тогда, в 1844 г., по распоряжению генерал-адъютанта графа П.А.Клейнмихеля, Главного управляющего путями сообщения и общественными зданиями, вдоль железной дороги стали организовывать вначале временные, а затем и постоянные лазареты (всего их было 10, в том числе 6- на северном участке дороги и 4- на южном) во главе с фельдшером. Именно 1844 г. следует считать годом зарождения железнодорожного здравоохранения. В 2019 г. железнодорожному здравоохранению исполнится 175 лет. К 1844 г. в составе Главного управления путей сообщения и публичных (общественных) зданий уже существовало подразделение Главного медика. Так появился прообраз «линейной медицины». Устройство этих лазаретов, каждый из которых был первоначально рассчитан на 25 человек, было отдано на откуп подрядчикам, которые вели строительство дороги. Такие лазареты либо строились по типу летников, либо размещались в заброшенных постройках. В них было несколько кроватей с подушками и со сменным бельем, а также нары с сухой соломой. Это в какой-то степени напоминает, но не по оснащению, а по сути нынешние «стационары дневного пребывания». Больничной одежды не было, питание было недостаточным, оплата медикаментов, перевязочных средств и хирургического инструментария производилась за счет взимания средств с каждого больного путем вычета из его заработка. Спустя год число лазаретов выросло до 12 со средней

мощностью в 48 коек, число врачей стало 12, а фельдшеров-20. Спустя еще 2 года число коек возросло до 1200 при 13 врачах и 62 фельдшерах. Мы привели эти данные, чтобы подчеркнуть динамику развития железнодорожного здравоохранения с самого начала его становления. Это было очень важно, поскольку для многих легко больных и раненых госпитализация была не нужна и медицинская помощь им могла быть оказана непосредственно на месте. Для привлечения врачей в лазареты им устанавливался достаточно высокий оклад. Особое беспокойство у врачей вызывали инфекционные болезни, которые вследствие высокой скученности работающих могли быстро распространяться. Множество российских губерний были охвачены эпидемией холеры, что привело к бегству крепостных крестьян со строительства. Однако эта эпидемия, унесшая почти 700 тысяч жизней, вскоре пошла на убыль и серьезного урона самому строительству железной дороги не нанесла. В отличие от этого и в связи с завшивленностью работников гораздо большая угроза была со стороны сыпного тифа. Однако, к этому времени рельсы уже были уложены и велось строительство вокзалов и других станционных сооружений в городах, что приблизило к строителям городские медицинские учреждения. Затем началась эпидемия гриппа. Строительство железной дороги между Санкт-Петербургом и Москвой завершилось, настало время ее эксплуатации. И тогда стала очевидной необходимость создания постоянной медицинской службы на эксплуатируемых линиях. Лазареты получили статус железнодорожных больниц, на линии функционировали фельдшерские пункты. Конечно же, медицинская помощь в то время была явно недостаточной, катастрофически не хватало врачей, фельдшеров, медикаментов и перевязочных средств. Об этом говорилось в выпущенных в 1859 г. и в 1864 г. официальных документах в виде наставления по оказанию первой помощи при крушении поездов и в виде положения о врачебной службе на железной дороге. Именно в 1864 г. было утверждено и принято «Положение о врачебной службе на железных дорогах». Таким образом, признание железнодорожного здравоохранения как системы состоялось и официально началось с 1879 г. когда по результатам работы специальной комиссии появился целый ряд устанавливающих документов. Правда, когда в 1857 г. было основано Главное общество российских железных дорог, тогда в его создании участвовали и врачебные службы и тогда же было разработано первое в России Положение об устройстве управления врачебной части на железной дороге. Фактически к этому Положению уходят истоки проведения медицинского отбора для работы на железных дорогах. Это относилось, прежде всего, к тем, у кого работа была связана со световыми и звуковыми сигналами, существенно повышались требования по остроте слуха и зрения и их проверяли на дальтонизм. На съезде врачей казенных железных дорог в 1886 г. в дополнение к этому возникли предложения проверять также поступающих на работу на слух и на общее состояние, и все это затем нашло отражение в «Правилах врачебно-санитарной службы на железных дорогах» в 1893 г. В этот период были

выделены 27 должностей, имеющих непосредственное отношение к движению поездов. В их число вошли машинисты всех наименований, их помощники, дорожные, тоннельные и мостовые мастера и соответствующая охрана, кочегары, сцепщики, кондукторы, сигналисты, составители поездов, стрелочники, смотрители, начальники станций и их помощники, смазчики, линейные, поездные и семафорные сторожа и т.д. Остальные железнодорожные специальности относились к надзорной категории (28 должностей) и к прочим должностям. Отсюда видно, что уже тогда к выделенным должностям, обеспечивающих движение поездов, предъявлялись особые требования, в том числе по медицинским показаниям. Одновременно были определены заболевания, их группы и физические недостатки, препятствующие поступлению на все железнодорожные должности, что фактически регламентировало входные (предварительные) осмотры при приеме на работу и профотбор по медицинским показаниям. В 1912 г. вышел в свет первый номер журнала «Вестник железнодорожной медицины и гигиены», регулярный выпуск которого продолжался вплоть до 1917 года. Периодические медицинские освидетельствования были введены в 1913 году и с тех пор они непрерывно совершенствовались. Во главе всей врачебной службы стоял главный медик, а на дорогах старший врач, далее-участковые врачи, т.е. уже тогда была заложена иерархическая линейная структура управления врачебно-санитарной службой и, соответственно, этапность оказания медицинской помощи. Были сформированы 9 врачебных участков, где работали врачи вместе с фельдшерами. Однако в действительности база железнодорожного здравоохранения как в целом, так и по отдельным дорогам была чрезвычайно слаба. В 1885 г. в общем уставе российских железных дорог подчеркивалась значимость создания больниц и приемных покоев для оказания медицинской помощи заболевшим и пострадавшим от несчастных случаев. Малочисленные железнодорожные врачи решили объединиться и сообща обсуждать насущные проблемы, для чего стали организовывать свои съезды. Всего с 1898 по 1911 гг. было проведено 4 таких съезда. В дореволюционный период было проведено за правительственные средства 16 Всероссийских Пироговских съездов всех врачей, на которых в течение 7-14 дней обсуждались текущие проблемы политического, организационного, социального, медицинского, санитарного и противоэпидемического характера. Нередко на этих съездах по инициативе Ф.Ф.Эрисмана выделялась секция по железнодорожной медицине. Царской власти нужно было знать, какие умонастроения характерны для ведущей части российской интеллигенции, как наиболее прогрессивной и пассионарной части общества, и потому на съезды под разными предлогами засылались агенты Охранного департамента. Частично их отчеты обо всем, происходящем на съездах врачей, сохранились в архивах до сих пор.

Уже тогда, задолго до высказывания по этому поводу У.Черчилля, переиначившего выражение выдающегося русского философа Н.А.Бердяева, было известно многое о демократии. Казалось бы, все просто: демос-народ, кратос- власть, а все вместе- народовластие. Но демос никогда

не был всем народом, а представлял собой лишь его наиболее образованную часть, по сути- интеллигенцию, которая не относилась к патрициям или олигархам. А остальной народ- плебс или охлос мог породить только охлократию (власть толпы), что стало интенсивно проявляться в последние годы в мировой практике в виде цветных революций. И все это наиболее выпукло проявилось в древних Афинах, когда 5-й век до н.э. считался «золотым веком» афинской демократии. Тогда богатейшим полисом Эллады руководили демократы Фемистокл, Перикл, Аристид и там творили драматурги Софокл, Еврипид, Аристофан, скульптор Фидий и другие. Но к концу века к власти пришел тиран Критий. Сочетание олигархии с демократией разделило всех граждан Афин на 4 категории: богатые (у нас- олигархи и чиновники) имели возможность избираться на высшие государственные посты, из среднедоходных формировался Совет пятисот (по типу парламента), а бедные могли только участвовать в выборах. Вам это ничего не напоминает? Критий был умен и образован, играл на флейте (хоккея тогда еще не было), регулярно беседовал с философами и политологами (Сократ, Платон, Зенон, Тимой, Гермократ и другие). Его безграничная власть была прямой и опосредованной. Афиняне поздно спохватились и послали гонцов к ранее изгнанному демократу Алкивиаду с просьбой вернуться, но по приказу Крития Алкивиад был убит. Алкивиад рос и воспитывался в семье Перикла на демократических принципах. Затем демократ Фрасибул пытался переломить ход событий и его сторонники даже захватили порт Пирей, но потом они были разбиты. За время правления 30 тиранов было убито 1.5 тысячи только граждан Афин и много тяжело раненых. В итоге демократы эту схватку с автократией проиграли.

Как правило, демократия строится не на прямой, выборной связи, а на обратной связи (feedback), когда выбранная власть (через партийные или индивидуальные выборы с соответствующими проверяемыми программами) зависит от избирателей (т.е. подотчетность) и может быть ими отозвана. Базисом для демократии является гражданское общество, включающее в себя меньшинство населения и средний по доходам и занятости класс, а основными инструментами демократии являются волеизъявление в виде выборов, свободы личности и слова, опросов общественного мнения, референдумов, особенно в связи с принятием важных решений, затрагивающих интересы многих. Такие элементы гражданского общества не насаждаются сверху, а возникают снизу, по мере развития гражданского самосознания. В качестве примера можно привести нынешнюю деятельность медицинских общественных советов в Пермском крае. Некое подобие гражданского общества в виде обратной связи существовало и в советское время. Помнится, в Минздраве существовал жестко контролируемый специальный отдел писем трудящихся, когда каждое письмо бралось на учет, назначались ответственные и контролировалось его исполнение. Одно такое письмо в виде полностью исписанной ручкой школьной тетради из деревни Красные Выселки Горьковской области попало на заключение одному из авторов этой книги. В письме обоснованно утверждалось, что во власти

должны находиться не производственники, юристы или экономисты, а врачи, поскольку они острее чувствуют потребности граждан. Вспоминается также случай, когда фронтовику дали квартиру, а когда он умер, хотели ее отнять и его вдова написала письмо: Москва, Кремль содату Малиновскому от солдатки такой-то. И письмо дошло, квартиру удалось отстоять. По отношению власти к письмам можно судить об отношении к людям. А сейчас пиши-не пиши, протестуй- не протестуй, никому нет дела до проблем простого человека, разве что случайно достучишься до Президента РФ. Система и ее структуры работают очень плохо и потому нуждаются в смене.

Демократия также предполагает сменяемость власти, которая должна действовать в интересах избирателей, а судьбоносные решения должны приниматься в виде широкого обсуждения в парламенте, путем референдумов и при выезде депутатов на места, в избирательные округа. Внутри демократии могут проявляться разные течения, например, либерализм, который постепенно теряет свои крайне левые позиции, популизм и т.д. Формы демократии (республиканские) могут быть разные, наиболее эффективной считается парламентская республика. Противоположностью демократии является автократия с ее абсолютной формой- диктатурой и тиранией. Если демократия направляет свои усилия на благополучие человека, то автократия ориентирована на усиление власти и государства. Однако демократия не исключает такое качество как государственность. Как свидетельствует история, все авторитарные системы управления обречены и только социально-демократическое и правовое государство способно выживать и развиваться. В какой-то мере нынешняя ситуация в стране напоминает дворцово-монархическую систему в царской России, рухнувшей под напором революционно настроенных сил. Законы, правительственные и судебные решения принимаются в угоду ограниченному числу олигархов и далеко не всегда честных и справедливых чиновников. Судебная система нуждается в срочном реформировании и можно привести сотни доказательств этому. Отечественные правоохранители продолжают заниматься выгодным для себя делом и всячески незаконно «кошмарят» бизнес даже без заявления как бы пострадавшей стороны. Кроме того, систематически возникают вопросы, кто у нас для кого: народ для власти или власть для народа, пассажир для транспорта или транспорт для пассажира, жилец для коммунального хозяйства или наоборот, покупатель для магазина или продавец для покупателя, пациент для здравоохранения или наоборот и т.д. Об этом многократно написано. Понимая все это, царская охранка, как отмечалось, регулярно засылала своих агентов (это видно из их письменных отчетов) на дореволюционные Пироговские съезды врачей. Чего могут стоить опубликованные статьи и сделанные доклады на этих съездах только одного делегата- врача А.И. Шингарева, депутата Государственной Думы, активного участника Пироговского движения врачей (его потом большевики ни за что расстреляли): «Вымирающая деревня. Опыт санитарно-экономического исследования двух селений Воронежского уезда», «Село Новоживотинное и деревня Моховатка в санитарном отношении»,

«Заболееваемость населения Воронежской губернии», «Ясли-приюты для детей в деревнях», «Общественная медицина в будущем демократическом строе России» и др. Последняя книжка, по нашему разумению, должна стать настольной для всех нынешних чиновников от медицины. В Зимнем дворце 10 октября 1915 г. был открыт госпиталь для тяжелораненых нижних чинов. Палаты разместились в Аванзале, Восточной галерее, в Петровском, Николаевском, Александровском, Гербовом, Паркетном и Фельдмаршальском залах, ванны и душевые устроили в Зимнем саду и на Иорданском подъезде, рентгеновский кабинет и бельевую- в Галерее 1812 г., операционную- в Колонном зале. Возглавлял госпиталь А.Рутковский, главным хирургом был Н.Петров, основоположник отечественной онкологии и будущий организатор института онкологии в Санкт-Петербурге, хирургами- выдающиеся доктора медицины, нейрохирургом- А.Молотков. В штате было еще 5 врачей, 4 старших ординатора и 60 младших, среди медсестер милосердия были великие княгини, 14 массажисток, 4 фармацевта и 174 санитарки. Кстати, уже в советский период инициатором возрождения Пироговского движения врачей выступила Российская медицинская ассоциация, регулярно проводя съезды врачей по актуальным проблемам.

Медицинская помощь на железных дорогах в царской России была крайне недостаточной и основной целью был подбор физически здоровых, выносливых и крепких людей для работы на железных дорогах, а оказанию медицинской помощи, не говоря уже о санитарно-противоэпидемической работе, не придавалось тогда должного значения. Больничная сеть состояла преимущественно из мелких больничек без специальных коек, во главе с фельдшером. Так, на железных дорогах Украины с 1908 до 1912 гг. функционировало всего 15 маломощных больниц с общим числом больничных коек в 578. Правда, к 1922 г. число больниц возросло до 34, в которых насчитывалось 2167 коек, в числе которых 45% приходилось на заразные (инфекционные) койки и 50%- на общесоматические койки.

К 1913 году протяженность железных дорог в России возросла до 58500 км. Всего в 1913 году было развернуто 5839 коек в 143 железнодорожных больницах. Амбулаторная помощь оказывалась в 580 участках с единственным врачом- специалистом на все руки. В 1916 г. протяженность развернутых главных путей сообщения составила 74 тыс. км, число работающих на транспорте выросло до 1 млн. человек, а общая численность железнодорожного населения- до 3 млн. К 1917 г. в связи с преобразованиями в стране и продолжающейся войной осталось только 3694 койки и 542 врача вместо 1015, работавших в 1913 г. «8 июня 1914 г. в Сараево 19-летний студент Гаврило Принцип убил 51-летнего наследника австрийского престола эрцгерцога Франца Фердинанда и его супругу 46-летнюю графиню Софию Хотек, что послужило поводом для начала Первой мировой войны. Она унесла десятки миллионов жизней и привела к значительным изменениям в мировой государственной системе. В России было объявлено о всеобщей мобилизации и, несмотря на протесты германского посла графа Фридриха фон Пурталеса, российская сторона

продолжала мобилизацию и Германия объявила войну России. С первых дней существования Советского государства особое внимание было уделено организации здравоохранения на железнодорожном транспорте, поскольку тогда железнодорожники являлись самым многочисленным и организованным отрядом рабочего класса и от слаженности их работы зависели сроки восстановления разрушенного хозяйства. В 1920-ые годы наконец-то появилось научное обоснование по профессиональному отбору как к работникам железнодорожного транспорта, так и к поступающим в технические школы транспорта. Уже к 1921 году число больничных коек достигло 18 тысяч, а количество врачей по сравнению с 1917 г. выросло в три раза. Несмотря на все проводимые мероприятия, уровень заболеваемости сыпным и возвратным тифом оставался высоким и только неимоверными усилиями всей врачебно-санитарной службы удалось добиться спада эпидемической волны. Наркомздрав сильно отставал в этой работе, поскольку инфекционный отдел появился в его структуре лишь в конце 1920-х годов, когда эпидемическая обстановка относительно нормализовалась в стране. Некоторые данные о развитии здравоохранения имеются в выпущенном в 2016 г. коллективном труде «История становления и развития медико-санитарной службы на железнодорожном транспорте» (480 стр.) под редакцией академика РАН Г.Г.Онищенко. Этот парадно-официальный академический труд в прекрасном издании состоял из двух частей: в первой части в историческом аспекте приведены в хронологической последовательности этапы медико-санитарной службы со ссылками на множество фамилий и документов, а во второй части, что являло собой особенный интерес, представлены сами документы, которых еще нужно было разыскать. Однако, эта большая и значительная работа, в основном, касалась развития санитарии, что очень важно и значимо, и в меньшей степени- развития лечебного дела. Относительно полно железнодорожное здравоохранение в динамике представлено в работах профессора А.З. Цфасмана. В Руководстве по железнодорожной медицине (под редакцией В.М. Сибилева, Ю.Н.Коршунова и А.З. Цфасмана, 1990 г.) приведены абсолютные статистические данные о динамике роста материальной базы железнодорожного здравоохранения за 1898- 1912 гг. (по С.А.Михайлову, 1939 г). Мы же попробуем придать абсолютным значениям из этого Руководства некоторый аналитический смысл. Если в 1899 г. была 21 железная дорога, то к концу периода их число возросло до 45, причем 54.5% протяженности всех железных дорог относились к частному сектору и только 45.5%- к государственному. Число рабочих и служащих за этот период возросло на 30.6% и составило 872 272 человека. Протяженность врачебного участка уменьшилась, а темпы роста числа обслуживаемого населения были более высокими, чем темпы роста численности врачей и потому на 1 врача (а их стало 1015) приходилось 3019 человек населения на значительных расстояниях. Существенно (в 5.8 раза) выросло число больничных коек, число больниц возросло с 35 до 143, что говорит также о росте мощности железнодорожных больниц (в среднем 40 коек с бывших 28.4 на 1

больницу). Увеличилось также число врачебных участков (на 60.4% до 647), фельдшерских участков (на 59.6% до 1139), акушерских участков (на 63.6% до 494). Все это говорит о недостаточной обеспеченности обслуживаемого населения врачами и больничными койками. Стоит зафиксировать и тот факт, что медицинская помощь нуждающимся оказывалась, в основном, средним медицинским персоналом. Железнодорожных больниц было мало, преобладали приемные покои, где оказывалась амбулаторная помощь, но в приемном покое находилось 2-3 койки на всякий случай. В штатах только нескольких дорог числилось по одному санитарному врачу. К 1913 году железнодорожное здравоохранение постепенно развивалось и включало в себя 580 амбулаторий, сеть фельдшерских и акушерских пунктов, развивалось и аптечное дело (40 провизоров и 77 помощников провизора), а также некоторое число ведомственных больниц, располагающихся первоначально в одноэтажных деревянных зданиях. Первые железнодорожные больницы возникли в Петербурге (больница Александровского механического завода), на станции Бологое и в Вышнем Волочке. В 1914 г. был построен основной корпус железнодорожной больницы в Москве (ныне- больница им. Н.А.Семашко). Тогда старались строить на века с добавлением в строительный раствор яичного белка и потому больница в этом здании функционирует до сих пор. Был также утвержден табель оснащения, согласно которому ящики с укладкой для оказания первой помощи должны быть на каждой станции и в каждом вагоне. При несчастных случаях медицинская помощь пострадавшим оказывалась бесплатно, в остальных случаях для пассажиров- за плату. А вот для железнодорожников и членов их семей любая медицинская помощь оказывалась на бесплатной основе. Нужно сказать, что этот принцип сохранился надолго. К концу Первой мировой и Гражданской войны выяснилось, что железнодорожный транспорт страны был полностью дезорганизован, а его врачебно-санитарная служба развалена. Кстати, в годы Гражданской войны погибли 10 млн человек, из них 4.5 млн- на фронтах, а остальные- от голода, холода и болезней. Многие железнодорожные врачи резко выступали против царящего тогда насилия, были горячими сторонниками земской медицины, не признали Советскую власть с ее репрессиями и, особенно, после 2-го съезда здравотделов в 1918 г., когда была полностью прикрыта прогрессивная и уникальная земская медицина (а земство с 1861 г. представляло собой орган местного самоуправления), уволились и эмигрировали. Перед государством стояла задача восстановления разрушенного железнодорожного хозяйства и, конечно же, железнодорожного здравоохранения. Уже в ноябре 1917 г. вместо Министерства путей сообщения был создан Народный комиссариат путей сообщения и по указу В.И.Ленина внутри его организована врачебная коллегия во главе с М.И.Барсуковым, с которым одному из авторов этой книги довелось недолго поработать. На железных дорогах стали формироваться дорздравотделы и их главной и первостепенной задачей была борьба с инфекциями, особенно с сыпным тифом, который легко

перемещался по железным дорогам. В 1919 г. из-за этого даже пришлось временно (для обеззараживания вагонов) прекратить пассажирское движение. Несмотря на то, что на 33 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1980 г. прозвучало заявление о полной ликвидации черной оспы, ее законсервированные штаммы хранятся в США (Атланта), России (Новосибирск) и в ЮАР. Просто страшно подумать о последствиях, если оспа вырвется на свободу, ведь вакцинация против оспы не проводится и выросло целое незащищенное поколение людей. Одновременно предусматривался комплекс противоэпидемических мероприятий, включая наращивание числа врачебных участков, больниц и коек в них. Однако, по мере угасания эпидемических заболеваний стали закрываться приспособленные и временно развернутые стационары и стала сокращаться численность инфекционных коек. Поэтому этапы развития железнодорожной медицины между двумя мировыми войнами можно оценивать не по пятилеткам, а с 1917 по 1921 годы, и оставшиеся годы можно преподносить совместно. За первые годы послереволюционного периода (1918-1921 гг) число железнодорожных больниц возросло на 67% и составило 297 со средней мощностью в 60.6 коек (а всего больничных коек было 18 тысяч), число врачебных участков достигло 760, а число врачей за пять лет увеличилось в 3 раза (до 1527). Затем, вплоть до 1930 года, следовал период сокращения числа и мощностей медицинских учреждений на железных дорогах, что было обусловлено, как отмечалось ранее, завершением крупных эпидемий. Исключением являлось непрерывное увеличение численности врачей, достигшее в 1930 году 6302 человека. В это время развернулись широкие дискуссии о дальнейшем развитии в стране железнодорожного здравоохранения. Во-первых, было еще много больниц с малым числом коек (от 15 до 25), которые нужно было либо расширять, либо объединять, либо закрывать. И это все на фоне существенного дефицита больничных коек (их недоставало по разным тогдашним оценкам до 2500) и не только на время эпидемий. Средние сроки пребывания больного на койке тогда составляли 13-15 дней. Во-вторых, если с больничными койками общего типа (терапевтические, хирургические, гинекологические и акушерские) дело обстояло относительно не плохо, то специализированных коек катастрофически не хватало, что далеко не соответствовало имеющейся тогда потребности в них. В третьих, на фоне развития аптечного дела, стоматологических кабинетов с преобладанием зубных врачей (со средним образованием), медицинской помощи на дому и улучшением оснащения медицинских учреждений амбулаторная помощь несколько отставала и 22.5% амбулаторных учреждений приходились на фельдшерские пункты. Правда, параллельно росло и число врачебных посещений. В связи с этим ставился, по нашему мнению, без достаточных оснований вопрос о значительном снижении или даже о полной ликвидации фельдшерской помощи с переориентацией амбулаторной помощи на врачебную и заменой фельдшеров на медицинских сестер. На некоторых дорогах фельдшерские и акушерские пункты даже полностью закрыли. Это означало как бы переход

от фельдшерской к более квалифицированной врачебной помощи. Кстати, одно другому совсем не мешало. В этот же период стали появляться здравпункты на железнодорожных предприятиях, комнаты матери и ребенка и медпункты на вокзалах. Комиссионно, с участием различных специалистов проводились входные осмотры с определением профессиональной пригодности поступающих на разные виды работ. Как и ранее, старались принимать физически здоровых и крепких работников, т.е. в определенном смысле осуществлялся профессиональный и физический отбор в зависимости от места и характера будущей работы. В результате на железнодорожном транспорте формировался относительно здоровый контингент рабочих и служащих со специфическими в последующем заболеваниями и травмами, примерно так же как и в армии. Правда, с учетом членов семей железнодорожников и пенсионеров структура заболеваемости частично совпадала со всем населением, хотя и были некоторые отличия по уровням, поскольку преобладала патология молодых возрастов и нейропсихологические и физиологические нарушения, обусловленные спецификой, напряженностью и ответственностью труда. Как отмечалось, с первых же лет Советской власти велась серьезная борьба с эпидемиями и роль санитарной службы при этом была значительной, поскольку железные дороги представляли возможность для распространения инфекций. Создавались санитарно-пропускные и изоляционно-пропускные пункты с койками временного пребывания, проводились так называемые «недели очистки» на всех железных дорогах. Были выделены санитарные районы, в каждом из которых находились дезинфекционные отряды, возрастало число санитарных врачей и специальных лабораторий, вначале бактериологических, затем к ним присоединились пищевые, коммунальные, физико-химические и, наконец, вирусологические. На первых порах функционировали передвижные вагоны-лаборатории (противотифозные, противохолерные, противочумные и другие). Народный комиссариат по здравоохранению в отношении борьбы с эпидемиями, как отмечалось, значительно отставал от оперативно действующего железнодорожного здравоохранения. Конечно, в рамках одной книги практически невозможно описать тот огромный объем проделанной работы при развитии железнодорожного врачебно-санитарного дела, чему должна быть посвящена отдельная монография. Это был в чистом виде даже не отраслевой, а межведомственный государственный подход, который приводил к неплохим результатам. Еще до первой пятилетки железнодорожная сеть увеличилась на 3500 км. К началу первой пятилетки было создано 773 врачебных участка, задействовано 4020 врачей и 659 зубных врачей, 740 врачебных амбулаторий, из которых в 239 оказывалась специализированная помощь, 80 женских и детских консультаций. На крупных заводах и в депо было организовано 32 врачебных пункта. К этому времени были организованы 118 дезинфекционных отрядов, 45 санитарно-гигиенических лабораторий, работали 195 районных санитарных врачей. За годы первой пятилетки (1928-1932 гг.) число больниц возросло до 230, а число коек в них - до 18,2 тысячи

На всех дорогах развернулось массовое строительство больниц, поликлиник, яслей и т.д., а число врачей достигло 6350 человек. В 1931 году начали организовываться на вокзалах комнаты матери и ребенка, находящиеся в ведении врачебно-санитарной службы. Они создавались для улучшения обслуживания матери и ребенка в пути, чтобы дать возможность им спокойно отдохнуть и предохранить детей от инфекционных заболеваний. В том же году вышло специальное правительственное постановление о передаче всех медико-санитарных железнодорожных учреждения из ведения Народных комиссариатов здравоохранения республик в ведение Народного комиссариата путей сообщения с созданием соответствующей иерархической структуры управления, что было правильным и обоснованным. При изменении названия этих уровней, основные их функции оставались неизменными, хотя и могли дополняться. В 1925 году была создана Центральная научно-исследовательская лаборатория по вопросам гигиены труда на железнодорожном транспорте под руководством профессора М.Я. Лукомского, в последующем переросшая во Всесоюзный (Всероссийский) научно-исследовательский институт железнодорожной гигиены (ВНИИЖГ). Этот уникальный институт после постройки нового здания обладал лабораториями шума и вибрации, физико-химической лабораторией, виварием, целым рядом испытательных центров, лабораторией цветового зрения, подразделением по аттестации рабочих мест и т.д. Во дворе института стоял на подставках старый вагон, в котором отрабатывались режимы дезинфекции, а на путях был еще один прицепной вагон-лаборатория, в котором сотрудники института (физиологи, бактериологи и другие) выезжали на места для проведения исследований и выдачи рекомендаций. Например, было установлено, что на вокзалах с большим пассажиропотоком гораздо выше уровень химической и бактериологической загрязненности воздуха, что потребовало реконструкции и ремонта этих вокзалов. Исследовалось состояние воздуха в пассажирских поездах дальнего следования, в составах метрополитенов, в пригородных электричках, что позволяло определить фоновые уровни санитарно-бактериологических и санитарно-химических показателей воздушной среды и разработать требования к приточно-вытяжной системе вентиляции. Аналогичная работа проводилась по всем другим средам и ингредиентам. Сейчас в каждом пассажирском вагоне изучено все: от обшивки (на горючесть, токсичность и бактериологическое загрязнение) до питания и ватерклозетов с автоматической промывкой, а затем к современным туалетам с замкнутой системой экологической очистки. А в грузовых поездах в зависимости от перевозимых грузов (сыпучих, контейнеров, наливных и т.д.) на платформах, в вагонах или цистернах предусматривались химический, микробиологический и радиационный контроль, очистка, промывка, дезинфекция, дератизация, дезактивация и т.д. и т.п. Анализу подвергались локомотивы, железнодорожные пути, вагонные оси и т.д. Проводился детальный анализ работы лиц, обеспечивающих безопасность движения, в первую очередь машинистов, разрабатывались критерии надежности,

анализировался процесс освоения водительских навыков, совершенствовалась эргономичность рабочего места водителей локомотивов, оценивались процессы утомления и стресса, психологической совместимости и т.д. и все это осуществлялось на основе специальных многочисленных исследований. В таком важном деле ошибиться было нельзя. И это только малая часть всей многолетней и многоаспектной работы института. О масштабах, глубине научно-исследовательских работ, экспертных заключений, практических разработок и конкретных рекомендациях можно в весьма усеченном и очень общем виде судить по краткому списку работ, представленному ниже, который использовался при подготовке данной книги. Однако существующее название института (ВНИИЖГ) несколько суживает тот широкий фронт работ, который велся в институте многие десятилетия, хотя гигиена- наука о здоровье и она охватывает все упомянутые выше и ниже вопросы. Сюда относятся также проблемы психофизиологии, клинические проблемы, медицина катастроф или чрезвычайных ситуаций, вопросы организации и информатизации медицинской помощи, вопросы санитарной и противоэпидемической службы и другие. Гораздо правильней было бы назвать его ВНИИ (или Всероссийский научно-практический Центр) транспортного здравоохранения исходя из нижеследующих соображений. Транспортного- потому, что в системе транспорта больше таких институтов нет, а наработки ВНИИЖГ являются универсальными. Кстати, в системе гражданской авиации существует ФБУ «Центральная клиническая больница гражданской авиации», которая ведет большой объем профилактической и лечебной работы, но в силу своей специфики научными исследованиями не занимается. Правда, в системе Гражданской авиации создана в 1924 г. и успешно функционирует Центральная психофизиологическая лаборатория, которая, однако, не может охватить весь спектр проблем, в том числе гигиенических, на авиационном транспорте. Постепенно авиационная медицина превращается в авиационно-космическую. Бассейновые больницы, как известно, были реорганизованы. Лишь только часть из них, закрепленных за окружными центрами ФМБА, осуществляет медико-санитарное обеспечение плавсостава, остальные больницы были переданы территориальным медицинским учреждениям и органам. Теперь было бы целесообразным вернуть бассейновые больницы в систему здравоохранения водного транспорта. На многих судах отсутствуют медицинские работники и укомплектованные аптечки, отсутствуют структуры, ответственные за медицинское обеспечение на морском и речном флотах, за санитарно-эпидемическое состояние судов в плавании, отсутствует система общей и медицинской реабилитации моряков и речников. В то же время имеются случаи родов во время круизов на наших судах, для приема которых требуется специальное снаряжение. Нормативных актов по медицинскому обеспечению плавсостава нет до сих пор, и бассейновые больницы не выполняют (и не должны) необходимые исследовательские функции. Можно утверждать, что все виды транспорта (железнодорожный, водный-

речной и морской, авиационный и автомобильно-автобусный) занимаются примерно одним и тем же- перевозкой грузов и пассажиров, что, соответственно, наделяет их высокой ответственностью и многими сходными чертами:

1). Обеспечение грузоперевозок так или иначе отражается на экологической обстановке и не только в местах транспортных сообщений, о чем свидетельствуют хорошо известные случаи, а также сопровождается возможностью утраты части грузов, нередко не попадающих в официальную отчетность. Отдельно следует рассматривать перевозку особо опасных грузов.

2) Все пассажиры на всех видах транспорта являются временно пребывающими и потому в отличие от всего населения гораздо меньше нуждаются в проведении комплекса медицинской профилактики, в профилактических осмотрах и в стационарной медицинской помощи, а диспансеризация пассажиров на транспорте со стороны железнодорожного здравоохранения вообще не показана. Правда, если есть угроза либо завоза в страну с пассажирами и грузами опасных заразных болезней, либо распространения эпидемий, то ситуация кардинально меняется, нужны карантинные и другие противоэпидемические мероприятия. И как тут не вспомнить знаменитую триаду работавшего ранее во ВНИИЖГ академика АМН СССР Л.В. Громашевского, который затем заведовал кафедрой эпидемиологии в Киевском медицинском институте, а похоронен на Байковом кладбище (за его могилой долго никто не ухаживал и долго не ставили ему памятник) на Батыевой горе в Киеве: «источник- механизм передачи- реципиент», что позволяет вести также борьбу с переносчиками инфекционных болезней. Особую тревогу в передаче легко распространяемых инфекций воздушно-капельным и контактным путем вызывает маятниковая миграция, когда множество скученных людей в поездах, электричках, на станциях и вокзалах в определенное время перемещается из пригородов к месту работы в городах, а потом- в обратном направлении. В эти периоды необходимо разрядить скученность, пуская пригородные электрички одну за другой, и проводить аэрозольную профилактику. В отдельных случаях (можно выборочно) целесообразно выявлять лихорадящих пассажиров, проводить проверку и обследование лиц, приезжающих из мест с выраженной краевой патологией и с очагами инфекций на состояние здоровья и даже на наличие у них генетического груза.

3). Поскольку работающие на транспорте в силу высокой ответственности проходят профессиональный отбор и обязательные входные (предварительные) осмотры, то в целом они являются относительно более здоровыми, чем все население и потому у них следует делать акцент на первичной (социальной) и вторичной (социально-медицинской) профилактике болезней, включая профилактические периодические осмотры и целевые скрининги, а также диспансеризацию, и на предупреждении заболеваний, связанных с их профессиональной деятельностью. Чтобы

внести ясность в терминологию, в которой часто пугаются медицинские чиновники и органы власти, отметим, что любые осмотры, в том числе периодические профилактические, являются массовыми, а диспансеризация всегда индивидуальна с персональным взятием на диспансерный учет под персональное диспансерное наблюдение с обязательным оздоровлением, т.е. один термин подменять другим, как это нередко у нас бывает, неправомерно. В целом обеспечение безопасности движения является государственной обязанностью и ответственностью и эта функция не может быть передана в нашей стране в частные руки.

4). Отдельно следует выделить членов семей работающих на транспорте и пенсионеров- железнодорожников, которые в целом по характеру и уровню патологии не должны существенно отличаться от подобных контингентов среди остального населения.

Здравоохранения- потому, что в широком ВОЗовском понимании этого термина сюда, т.е. в систему, входят клиническая медицина, иммунологические, организационные, психофизиологические, профессиональные и патологические особенности, медицинская помощь при чрезвычайных ситуациях и транспортных катастрофах, научно-медицинские и гигиенические исследования, медицинская реабилитация и профилактика, а также санитария и гигиена, включая гигиену труда. Гигиена- это наука о здоровье и его многообразии и она входит в понятие «здравоохранение» и «медицинская наука». Поскольку центр должен быть научно-практическим, то в нем должны проводиться научные и экспериментальные исследования, а также практические разработки. Вообще здравоохранение выходит далеко за рамки клинической (ведомственной) медицины и организации здравоохранения и больше соответствует термину «система охраны здоровья», что, по сути, является тем же самым, но несколько отличается от традиционно понимаемого у нас здравоохранения. Во многих странах система охраны здоровья отнесена к самым высоким приоритетам государственной политики с ответственностью за нее первых лиц государства. Ведь только здоровые и образованные люди способны полноценно и созидательно трудиться, создавать, строить, развивать, укреплять страну и общество, способны к здоровому и осознанному воспроизводству. К здравоохранению, имея в виду систему охраны здоровья, относятся также и такие проблемы, как бедность и здоровье, питание и здоровье, питьевая вода и здоровье, окружающая среда и здоровье, условия труда и здоровье и т.д., что означает не отраслевой ведомственный а межсекторальный, межведомственный подход к охране здоровья. Пока еще, видимо, не все доросли до философии древних греков, которые считали здоровье наибольшим благом (Эпихарм) по сравнению с остальными благами (экономическими, материальными, культурными и духовными). Опросы показывают, что и в наше время здоровье каждого человека и членов его семьи является важнее всего, далее следуют отношения в семье, личная безопасность и безопасность членов семьи. Из изложенного четко вытекает роль и ответственность государства и его первых лиц за систему охраны

здоровья, а главным критерием при этом может служить улучшение здоровья граждан. Отсюда также очевидно, кто у нас в стране должен отвечать за здоровье народа, и, конечно же, это не Минздрав РФ, прерогативой которого является организация медицинской (лечебно-профилактической) помощи нуждающимся в ней. Как видно, это все в гораздо меньшей степени относится к краткосрочному пользованию железнодорожного и, вообще, любого транспорта пассажирами и в полной мере относится к здоровью работающих на транспорте, членам их семей и пенсионерам. А вот Минздрав РФ должен нести ответственность за систему организации медицинской помощи в стране с целью (и критериями) частичного или полного восстановления утраченного здоровья и трудоспособности по медицинским причинам, а также увеличения числа сохранных жизней вследствие снижения потенциально предотвратимой смертности. Задачей организации медицинской помощи на транспорте является ее оказание всем прикрепленным контингентам (работникам транспорта, членам их семей, пенсионерам) с разной степенью интенсивности и потому она должна быть доступной, своевременной, адекватной, полноценной, дифференцированной и качественной. В свою очередь медицинская помощь, как отраслевая прерогатива, может быть общей и специализированной, амбулаторной (в том числе первичной медико-санитарной помощью) и стационарной, и включает в себя медицинскую профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию, паллиативную медицинскую помощь и медицинский уход. Иначе говоря, нездоровье главным образом формируется вне пределов традиционной медицины (а в медицинскую отрасль поступают пациенты как бы на ремонтно-восстановительные работы), но, несмотря на понимание этого, данный факт не учитывается и все проблемы здоровья граждан совершенно необоснованно перекладываются на медицинскую отрасль. Все это определяет характер и порядок работы здравоохранения на транспорте и выдвигает соответствующие требования к проведению исследовательских и опытно-конструкторских работ. Отсюда могут вытекать и особые задачи ВНИИ транспортного здравоохранения. Такой институт должен непосредственно подчиняться Министерству транспорта со стабильным бюджетом и договорными работами, поскольку его подчинение Роспотребнадзору или даже ОАО «РЖД» практически ничего не дает для развития института, хотя по договорам он может работать со множеством организаций, будучи автономным по уставу. В целом нельзя забывать о том, что здравоохранение и организация медицинской помощи являются не экономическими, а социальными системами и содействуют социальному выравниванию населения даже в условиях имеющего место выраженного неравенства в доходах и возможностях людей, поскольку перед лицом болезни или смерти все одинаково и абсолютно равны (*mors rescit legem, tollit cum rapere regem*). Российское здравоохранение и культурный досуг являются зеркальным отражением аномального расслоения общества. Так, богатые тратят на санаторно-оздоровительные мероприятия в несколько сотен раз больше денег, чем рядовые граждане. Пропагандируемые властями,

которые могут себе и не такое позволить, платные медицинские услуги и соплатежи обычным гражданам не по карману. Всегда верно считалось, что богатство не уменьшает жадность, т.е. *avaritia coria non minuitur*. Если в России разрабатываются программы развития здравоохранения, то во многих развитых странах составляются программы улучшения здоровья (!), что далеко не одно и то же, преследует разные цели, требует разных ресурсов и разной ответственности. Именно так и нужно поступать в отношении работников транспорта. И такая комплексная работа может стать стержнем для научных исследований и конкретных рекомендаций нового института или центра. Конечно, процесс создания ВНИИ транспортного здравоохранения (медицины) не простой и длительный. Но, как говорят, капля камень точит не силой, а частым падением (*Gutta cavat lapidem non vi sed saero cadendo*), а *una hirundo ver non facit*- одна ласточка весны не делает, ведь все равно логика рано или поздно восторжествует. Тому есть множество примеров. С самого начала было ясно, что навязанная модель обязательного медицинского страхования (ОМС) совсем не подходит российскому менталитету и пониманию того, каким должно быть здравоохранение. И вот уже несколько лет, как Президент РФ ставит вопрос о пересмотре системы ОМС. К этому вопросу мы еще вернемся, поскольку эта система действует и в железнодорожном здравоохранении.

Далее, несколько лет тому назад отечественным демографам и специалистам стало очевидно, что материнский капитал практически никак не влияет на изменения в рождаемости, и только сейчас это дошло до Государственной Думы. Так что надежда есть, ведь она умирает последней.

За предвоенное десятилетие (1931-1940 гг.) продолжалось интенсивное развитие железнодорожного транспорта, развернутая длина железных дорог выросла до 134000 км, число железнодорожников возросло до 2.8 млн человек, а в целом контингент вместе с членами семей составил около 7 млн человек. Были также построены первые линии метрополитена. Во всех городах- миллионниках планировалось возведение метро с линиями, связывающими отдаленные районы. Укреплялась материально –техническая и кадровая база железнодорожного здравоохранения. Число ведомственных больниц возросло почти в два раза ( до 361), а число коек в них- более, чем в 2 раза, выросло число амбулаторно-поликлинических учреждений (до 1819), число врачей достигло свыше 9700 человек, стали воссоздаваться фельдшерские и акушерские пункты, выросло на вокзалах число комнат матери и ребенка и медпунктов, только на вокзалах для пассажиров были созданы 166 медицинских пунктов, стали развиваться станции переливания крови (потом и кровезаменителей), число женских и детских консультаций составило 483, выросло и число яслей до 686, комнат матери и ребенка- до 206, организованы 64 санатория, образовались и специальные санитарные вагоны. Больницы и амбулатории оснащались современным оборудованием и инструментарием и к 1940 г. уже функционировало почти 350 рентгеновских кабинетов, 503 клиничко-диагностических и санитарно-гигиенических лабораторий. Зубоврачебная помощь оказывалась в специальных кабинетах,

большая часть которых размещалась в здравпунктах. Была создана Центральная аптечная база и наряду с бесплатной лекарственной помощью в больницах, на вокзалах и в поездах существовала большая и достаточно разветвленная хозрасчетная аптечная сеть. По всей стране развернулось строительство современных медицинских железнодорожных учреждений, в Москве была построена Центральная клиническая больница и Центральная поликлиника, ставшие клинической базой для подготовки студентов. В этот же период появилось понимание особой значимости текущего и предупредительного санитарного надзора, включая предупреждение завоза в страну инфекции, что существенно изменило и повысило роль санитарной службы на железнодорожном транспорте. К 1940 г. на железнодорожном транспорте работали почти 249 санитарно-гигиенические лаборатории, 572 санитарных врачей, свыше 120 эпидемиологов, 155 бактериологов, были и маляриологи (почти 180). Соответственно увеличивались и объемы выполненных работ. Относительно быстрое развитие железнодорожного здравоохранения и относительно спокойная эпидемическая обстановка были прерваны с началом Великой Отечественной войны, поставившей перед железнодорожным транспортом и его врачебно-санитарной службой новые задачи. Во-первых, необходимо было вывезти на Восток, за Урал демонтированные заводы, ценности, документацию и т.д. из мест, которые могли оказаться под врагом. Эти заводы были в короткие сроки развернуты буквально в чистом поле и вскоре стали давать необходимую для армии продукцию. Все остальные заводы и фабрики, ранее выпускавшие продукцию мирного времени (трактора, сеялки и т.п.), стали производить танки, орудия, снаряды и т.д. Поскольку почти все физически крепкие мужчины призывного возраста были на фронтах, то на этих заводах в тяжелейших условиях трудились пенсионеры, инвалиды, женщины и подростки. Фактически весь народ и на фронтах, и в тылу обеспечивал победу в этой войне. Но были и жулики, которые в тяжелые годы ВОВ и в послевоенный период обогатились за счет недопоставки продуктов питания через Росглавхлеб, воруя тоннами и пропуская их через продовольственные рынки, а также за счет грабежа оставленных квартир.

Проезжимость железных дорог оставляла желать лучшего из-за их слабого развития и партизанской рельсовой войны. При этом продовольственные составы загонялись в тупики, где их по наводке грабили бандиты. Во-вторых, это большие и порой дальние перевозки воинских контингентов и грузов военного назначения. В третьих, это была массовая эвакуация людей, включая беженцев. При этом высокая скученность была в вагонах, в том числе в товарных (теплушках), на вокзалах и станциях. Станции были забиты проходящими эшелонами, были перебои с водой, кипятком, не хватало еды, опять резко ухудшилась санитарная обстановка, увеличилось число легко передающихся инфекционных заразных заболеваний. Казалось бы, эпидемий не избежать. Но окрепшая санитарно-противоэпидемическая служба железных дорог осуществляла осмотр эшелонов, контроль за вокзалами, санитарную обработку пассажиров, надзор за санитарным состоянием

буфетов и других пунктов питания и контроль за качеством питания, обеспечение на станциях и при остановках пассажиров питьевой водой и кипятком и т.п. Практически все эшелоны сопровождалась медицинскими работниками, оказывающими в пути необходимую медицинскую помощь. Кроме того, было выделено более 6000 четырехосных вагонов для создания врачебно-санитарных поездов (всего их было сформировано 288) и военно-санитарных летучек, состоящих из оборудованных грузовых вагонов, в которых вывезено более половины из числа всех эвакуированных с фронтов. В таких поездах перевозили не только раненых и больных, в них были перевязочные, операционные, аптеки, кухни, прачечные, дезотряды, вагоны-дезкамеры, бани и другие необходимые службы. Вагоны были утепленными, разные вагоны были предназначены для разных раненых и больных, в каждом составе перевозилось не менее 500 тяжело и легко раненых. Отдельно существовали поезда химзащиты, передвижные пункты дегазации и дезактивации. Военно-санитарные поезда, сформированные на разных дорогах, работали по типу передвижных госпиталей. Они предназначались не только для перевозки раненых и больных и эвакуации их в тыловые госпитали, но и для оказания врачебно-хирургической помощи по жизненно важным показаниям. Больше всего военно-санитарных поездов было погружено в течение 1942 года- 3344, т.е. 279 в среднем в месяц, что было обусловлено особой тяжестью боев в тот год и только в 1945 г. их число значительно уменьшилось. Кроме того, были созданы дезинфекционные поезда, поезда- бани и т.п. Многие железнодорожные больницы были превращены в военные госпитали, были перегружены и работали с большим напряжением.

Благодаря разработанной военно-медицинской доктрине, основанной на идеях Н.И.Пирогова, возникших в годы неудачной для России Крымской компании (1854-55 гг.), шла многоуровневая этапная сортировка больных, раненых и пораженных, вплоть до тылового сортировочного эвакуогоспиталя, с тем, чтобы им как можно скорее была оказана наиболее адекватная медицинская помощь. В результате отмечался самый высокий в мире для военных лет уровень выздоровления и возвращения в строй. Об этом всем написано во многочисленных томах (35), освещающих уникальный опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. Кстати, эта доктрина просто потрясала своей логичностью и целесообразностью и удивляла, почему такие важные отечественные принципы этапности оказания медицинской помощи не используются в мирное время. Почему, например, больные пневмонией могут находиться от сельской участковой до областной клинической больницы? Где маршруты движения пациентов по уровням оказания медицинской помощи? К сожалению, уже многие десятилетия на эти вопросы ответов так и нет.

Таким образом, в военные годы железнодорожная медицина продемонстрировала свою высокую мобильность, мобилизационную активность, самоотверженность и готовность выполнить поставленные задачи. Для описания всей многоплановой деятельности врачебно-

санитарной службы в этот период может даже не хватить самостоятельной отдельной книги. К концу войны число санитарно-контрольных пунктов, в каждом из которых минимально работали врач, четверо средних медработников и 2 дезинфектора, возросло до 435, а изоляционно-пропускных пунктов-до 45. В этих пунктах в среднем за год проходили санитарную обработку свыше 8 млн человек, изолировано в вагонах-изоляторах около 35 тысяч человек в год, продезинфицировано не менее 3.2 млн. человек. О потерях железнодорожного транспорта в годы Великой Отечественной войны мы уже писали в предыдущей главе. К этому можно добавить разрушенные железнодорожные больницы (200), 460 линейных поликлиник и амбулаторий и т.д. В подавляющем большинстве случаев эти медицинские учреждения в силу их острой необходимости были восстановлены еще в ходе войны, по мере освобождения от врага оккупированных им территорий. Вскоре после войны уровень врачебно-санитарной помощи был не только восстановлен, но по сравнению с довоенным уровнем был даже превышен. Под влияние СССР после войны попали слабо развитые страны Восточной Европы (кроме Чехословакии и разрушенной Восточной Германии), которые мы взяли на буксир, хотя и нужно было восстанавливать свою страну. Несмотря на то, что многие наши города и сожженные деревни не были еще восстановлены, люди стали возвращаться из эвакуации, а в лесах Литвы и в Западной Украине всю хозяйничали банды «лесных братьев» и бандеровцев. Их поражение обусловлено не только войсковыми операциями Советской армии, но и тем, что они утратили поддержку народа. Бандеровцы охотно вступали в сформированную Оскаром Дирлевангером СС-команду, которая зверствовала на территории Украины, Белоруссии, Словакии, Венгрии и Польши. В состав этой команды входили отъявленные негодяя, уголовники и бандиты. Кем можно считать, например, тех же бандеровцев-националистами или фашистами? Нынешние власти Украины считают их националистами, поскольку они как бы боролись за национальную независимость, правда, в фашистской форме. Но на самом деле они были фашистами, ибо фашизм- это идеология уничтожения людей по расовому и национальному признаку, а они уничтожали поляков, евреев, цыган и русских. Да еще с такой жестокостью, например, при злодействах во Львове или на Волыни, что даже немцам это претило. Нынешние бандеровцы захватили власть на Украине и не более 15-20% держат в узде почти всю страну<sup>7</sup> К 75-летию украинской эсесовской дивизии «Галичина» власти выпустили почтовые марки с «героями» фашистской дивизии: генерал-полковник Пабло Швидрук, генерал Михайло Крит, полковник Евгений Побегущий, главный капеллан Василь Даба, сотник Володимир Козак, сотник Дмитро Палиив, майор Микола Палиенко, сотник Юрий Крохмийлюк и другие. Политику террора против поляков украинские националисты стали проводить еще до начала Второй мировой войны, и смелости им добавляло сотрудничество с фашистами. Львовская резня еврейской и украинской интеллигенции подтверждается немецкой кинохроникой и многими

фотографиями с запечатленными издевательствами и надругательствами над людьми. На Волыни операция ОУН- УПА заключалась в том, чтобы одновременно в один день резня осуществлялась почти в 150 польских поселениях, что привело к гибели порядка 100 тысяч человек, включая женщин, стариков и младенцев. Перед тем, как убить, женщин насиловали, потом обрезали носы, уши и груди. Мужчин убивали топорами, рубили руки топором, вспаривали животы, насыпая туда соль, а младенцев прокалывали штыками, пригвоздив их к столу или стене. В селах Паросле, близ города Сарны, Липники, Куты, Катариновка, Поликровы и других были вырезаны все жители, включая людей из смешанных браков. Их убивали в домах, на улицах и даже в костелах. Элитой в УПА считались бандеровцы, чьим коньком были жестокие казни с помощью топоров, штыков, пулеметов, пил и ножей, а сейчас они герои Украины. Еще в X веке Волынь входила в состав Киевской Руси, потом отошла к Литве, Речи Посполитой и Российской империи, замкнув круг, а в 1921 г.- к Украинской ССР. В 1942 г. сформировалась Украинская повстанческая армия-УПА- в связи с приближением Красной армии к Украине, которая являлась рейхкомиссариатом, и буквально с первых дней УПА занялась уничтожением поляков. Тому же С.Бандере установлено немало памятников, а первый- в 1900 г. в Тернополе. Идеология бандеризма переросла из идеологии петлюровщины. Особой жестокостью отличились отряды Ивана Литвинчука, Петра Нестеровича, Николая Лебеда и другие, которые использовали 125 способов умерщвления мирного населения. «Волынскую резню» 11 июля 1943 года подтверждают несколько тысяч свидетелей и многочисленные фотографии. До сих пор личности всех погибших установить не удастся. Поляки это помнят и простить не могут и с такой идеологией Украину в Евросоюз не пустят. Президент Польши Дуда подписал закон, запрещающий бандеровское прославление, что, естественно, вызвало негативную реакцию у украинских националистов, вплоть до разрыва дипломатических отношений. Возникает вопрос, почему Польша столько лет молчала? Ответ прост: вначале поляки поддерживали бандеризм как русофобскую идеологию, а когда она стала доминирующей на Украине и влияние Польши там усилилось, спохватились. Кстати, Украина полностью испортила отношения со всеми соседями (венграми, румынами и др.) и не только в связи с принятым законом о языке. Так, националисты в Ужгороде разгромили мадьярский центр и Украина теряет Закарпатье, которое тянется к Венгрии и люди там говорят на суржике украинского, венгерского, польского и румынского языков, и намерены отделиться, тем более, что украинцам уже выдано 150 тысяч венгерских паспортов. Аналогичным образом ведет себя и Румыния. Хорватии украинцы продали нелетающие самолеты и т.д., испортили отношения со многими странами, вплоть до дальнего зарубежья. Под угрозой дипломатические отношения с Португалией. Выступая в Верховной Раде Украины в 2016 г. Президент Израйля Р.Ривлин заявил об ответственности организации украинских националистов (ОУН) за массовые убийства людей: евреев, русских, поляков

и не менее 100 тысяч расстрелянных во рву Бабьего Яра в Киеве 29 сентября 1941 г. Аналогичным образом следует оценить и факт уничтожения 1.5 млн армян в 1915 г., когда мужчин-армян призвали в турецкую армию, где их уничтожили, а потом очередь дошла до стариков, женщин и детей. Однако Турция отказывается до сих пор признать факт геноцида армян. В последние годы даже пострадала национальная гордость Украины- сало, поскольку свиней осталось всего 6 млн голов, что на 8,2% меньше, чем в 2017 году

В декабре 1942 г. украинские националисты под командой будущего героя Украины Затовканоука подавили восстание в Луцком еврейском гетто. И сейчас этих убийц реабилитировали и посмертно наградили. Среди них были руководители вспомогательной полиции в Ровно, где было убито 18 тысяч евреев, в Торчине (2 тысячи евреев), в Ольки (3500 евреев), в Ратно, где только один награжденный Иван Кобец убил 1800 евреев, в Любешове (2500 евреев). Их героизации способствовал Институт национальной памяти (Владимир Вятрович), все они были членами УПА и боролись с Красной армией. По этому поводу глава Украинского еврейского комитета Эдуард Исаакович Долинский, сам родом из Луцка, был в состоянии шока и ярости. Восставшие евреи в Луцке приняли свой последний бой, забарикадировавшись в здании местной гимназии, вооруженные только камнями и палками. Тем не менее, они проявили героизм и смогли отразить две атаки украинских жандармов. Спасшийся и ставший потом израильским актером Шмуэль Шило рассказал в подробностях о последнем бое смертников. В провинциальном городке Проскурове (ныне Хмельницкий) украинские националисты расстреливали всех подряд, но особенную ненависть проявляли по отношению к евреям. В 1942 г. несколько тысяч мужчин, женщин и детей согнали за колючую проволоку и заставили рыть большую яму, в которую штабелями укладывали расстрелянных из автоматов, присваивая снятую с них одежду, украшения, вырывая клещами золотые зубы. Мы намеренно опустили известные факты о зверствах бандеровцев во Львове и в Западной Украине, в Белоруссии и других местах и остановились на малоизвестных фактах зверствовавших украинских националистов- фашистов. Видимо, как считают некоторые современные украинские эксперты, И.Сталин допустил большую ошибку, не уничтожив бандеровцев полностью, а отправив их в тюрьмы и лагеря, хотя одного из лидеров украинских националистов и создателя УПА Евгена Коновальца в возрасте 47 лет ликвидировал советский разведчик Павел Судоплатов в Роттердаме. Генерал-лейтенант Судоплатов при Сталине не позволил Хрущеву депортировать молодежь из Западной Украины на Дальний Восток. Злопамятный Хрущев после смерти Сталина хотел расстрелять легендарного разведчика и диверсанта, но сослал его на 15 лет, после чего ослепший и больной П.Судоплатов прожил недолго. Спустя время бандеровцы стали выходить из заключения еще более обозленными и, как это сегодня всем очевидно, полными противниками и врагами всего российского. Об этом предупреждал еще в 1952 г. создатель Главного разведывательного управления генерал Петр Ивашутин: «при мощной подпитке с Запада на

волне украинского национализма и русофобии бандеровщина возродится» и предлагал меры идеологического, политического, экономического и социального воздействия. Но тогда Россия ничего не предпринимала. Первый президент Украины Леонид Кравчук пояснил, что Степан Бандера и Роман Шухевич «боролись за независимую Украину», мол, на местах люди сами им ставят памятники. Между тем, бандеровцы активно сражались на стороне немцев с Красной армией при освобождении Правобережной Украины и в западных областях республики. Когда погиб от их рук генерал Ватутин, командующим Первым украинским фронтом временно стал Жуков, который повел решительную борьбу с оставшимися в тылу нашей армии вооруженными бандформированиями. Всего бандеровцы могли выставить в УПА 80 тысяч человек, из которых под ружьем постоянно находилось 30 тысяч. Поэтому Жукову пришлось снять часть войск с артиллерией и танками с Корсунь-Шевченковской и Львовско-Сандомирской операций. Крупные сражения произошли в Ровенской области, где возле деревни Липки были окружены 2 батальона УПА, у села Баскино, где были уничтожены несколько сотен вооруженных минометами и пулеметами бандеровцев, в районе урочища Гурбы, где были разгромлены 5 тысяч бандеровцев, пытавшихся прорваться к немцам через линию фронта, во Львовской области были уничтожены и взяты в плен тысячи бандитов. Потом борьба с бандеровцами приняла облавный характер и на границе СССР в Прикарпатье были уничтожены значительные силы УПА. Не спасла оставшихся бандеровцев и избранная ими тактика партизанской борьбы (днем-мирные жители, а вечером берут автоматы) и к середине 1950-х годов с ними было покончено. Они убивали мирных жителей, женщин и детей, убили во Львове в 1949 г. разоблачающего их украинского журналиста и писателя-антифашиста Ярослава Александровича Галана, который похоронен на одном красивейшем (если можно так сказать) Лычаковском кладбище во Львове рядом с известным украинским писателем, поэтом и ученым Иваном Яковлевичем Франко, знаменитым композитором-песенником Владимиром Михайловичем Ивасюком, писателями Осипом Васильевичем Турянским и Михаилом Львовичем Рудницким, мировой знаменитостью, оперной певицей и педагогом Саломеей Амвросиевной Крушельницкой и другими. Но антисоветские и антирусские настроения в Западной Украине нередко передавались из поколения в поколение. Как ни странно, но нынешнюю ситуацию на Украине создал кулуарщик Н.С.Хрущев, который полностью амнистировал фашистских прислужников (а их было около 100 тысяч) и разрешил им селиться в Западной Украине, куда же по разрешению Хрущева переселились свыше 100 тысяч украинских канадцев с деньгами. Амнистированные бандеровцы сменили свою тактику и вместо вооруженной борьбы стали проникать в советскую и партийную власть, в комсомольские и профсоюзные органы. А потом после Майдана вооруженные националисты распространились по всей Украине, жестоко подавляя недовольных. Именно они и их власть организовали гражданскую войну на Востоке страны и противостояние с Россией, где до сих пор украинцы считаются братским

народом. Удивительно, как это похоронивший СССР, разделивший его на части и по дешевке распродавший собственность большой страны, Б.Н. Ельцин не понял, какая националистическая мина (фактически бацилла фашизма) заложена под Украину (или не захотел понять), т.к. ему важно было получить всю власть в России любой ценой. Хитрый Кравчук, опытный чиновник и прожженный политик, обвел Ельцина по Крыму, Севастополю и Черноморскому флоту вокруг пальца. Не случайно потом несколько дней Ельцин скрывался от адмирала Игоря Владимировича Касатонова, командующего Черноморским флотом СССР в 1991-92 гг., который хотел знать, как быть с Севастополем и Черноморским флотом и которого вызывали в Верховную Раду, требуя, чтобы он сдал Украине флот и Севастополь. Но Ельцину и его окружению тогда было не до адмирала и какого-то флота- они делили власть и упивались этим. В то время Черноморский флот насчитывал 833 корабля, около 100 тысяч матросов и офицеров, имел морские базы в Измаиле, Очакове, Одессе, Николаеве, Поти, Батуми и Новороссийске. И, несмотря на прямые угрозы жизни, Игорь Касатонов, потомственный русский адмирал (его отец- адмирал Владимир Афанасьевич Касатонов командовал Черноморским флотом в 1955-1962 годах), не сдал ни Севастополь, ни Черноморский флот и сохранил их для России вопреки позиции предателей в Москве.

В 5 номере газеты «Аргументы недели» за 2018 г. приведены некорректные сравнения Ельцина с Трампом. А дело в том, что Трамп думает об Америке и заботится о её величии, а Ельцин думал только о себе и своем личном величии.

Сейчас власти на Украине могут рассчитывать на моральную поддержку основной массы украинских канадцев, на антироссийские санкции и на поддержку США, которая постепенно слабеет. Обо всем этом можно прочитать в книгах А.Терещенко «Украина! А была ли Украина?», А.Терещенко «Кровавые слёзы Украины», А.Волконского «Историческая правда и украинофильская пропаганда», П.Данилина «Воссоединение» и в других. На этом данный вопрос можно полностью закрыть и к нему больше не возвращаться. Кстати, вопрос о санкциях имеет глубокие исторические корни и мало, кто знает, что были в 1925 г. введены «золотые санкции», которые запрещали торговать с СССР за золото, а разрешали только за нефть, лес и хлеб, а с 1929 года- только за хлеб, стараясь тем самым удушить страну. Во время Мюнхенской олимпиады 1972 г. наш спринтер Валерий Борзов опередил всех в беге на 100 и 200 метров и впервые сборная США по баскетболу в финале драматического матча проиграла сборной СССР и не вышла на церемонию награждения. Но в памяти об этой Олимпиаде осталась террористическая атака палестинских боевиков «Черный сентябрь» на израильских судей и спортсменов. Если бы после этого атаки на израильских спортсменов во время Мюнхенской олимпиады мировое сообщество, посочувствовав Израилю, не советовало евреям «делать из мухи слона», а прислушалось к их призывам начать беспощадную международную борьбу с терроризмом, то и слон бы не вырос и, возможно, ИГИЛ со всеми своими

терактами не появился бы вообще. На стадионе состоялась траурная церемония с участием спортсменов и зрителей, где присутствовали все команды, к сожалению, кроме СССР, т.к. тогда у нас с Израилем были непростые отношения. Правда, тогда не сильно афишируясь, израильская служба внешней разведки МОССАД по решению руководства Израиля (Голда Меир, уроженка Российской империи, и Эхуд Барак) уничтожила в разных странах всех участников и организаторов теракта в Мюнхене, и была абсолютно права, совершив акт возмездия. Эта западная политика явилась продолжением прежней, до 1940 г., когда многие западные страны отказались принять уничтожаемых в Германии и ее союзниках евреев. Фактически наиболее активно холокост осуждали только СССР и Польша и потому в памяти народов осталась дата освобождения советскими войсками узников Освенцима.

Теперь стояла задача восстановления разрушенного во время Великой Отечественной войны народного хозяйства. Это осуществлялось практически усилиями всей страны, которые были в первую очередь направлены на наиболее пострадавшие регионы- Украину, Белоруссию и Прибалтику. Россия восстанавливалась в последнюю очередь. В Киеве была полностью разрушена центральная часть города, а Минск, в котором до войны насчитывалось 200 тысяч жителей, из которых осталось всего 37 тысяч, весь лежал в руинах. В конце 1946 г. здесь уже было 150 тысяч человек, многие приехали из других мест, чтобы восстановить полностью разрушенный город. При этом важно было сохранить (или восстановить) исторические места и историческую память. Так, в Минске на нынешней Октябрьской площади на месте Дворца Республики стоял доминиканский монастырь с костелом, восстановлена ратуша, в Романовском предместье-мощный Пишаловский замок, в тюрьме которого находились Юзеф Пилсудский, Якуб Колас, Винцент Дунин-Марцинкевич, Максим Танк, а Феликсу Дзержинскому даже удалось оттуда сбежать, здание чешского посольства и Дом массонов в самой узкой Музыкальной улочке, самое старинное Кальварийское кладбище с захоронениями Радзивиллов, Понятовских и других, оформленные берега реки Свислочь и т.д. Представляет интерес также средневековый Таллинн с его старинной аптекой, башнями (Девичьей-Нейтситорн, Длинным Германом, Толстой Маргаритой, Бременской, Загляни на кухню и др.), старинным Вышгородом и спусками с него, зданиями различных орденов и монастырей, озером Юлемисте вблизи аэропорта, парком Кадриорг, Пиритой и т.д. Кроме того, восстановление разрушенной войной промышленности Украины, городов и поселков Белоруссии и Западной России осуществлялось миллионной армией трудовых заключенных и пленных немцев. Такая же ситуация была характерна для малых городов и поселений, где ранее хозяйничали не только эсесовские части, но и подразделения местных полицаяев и фашистов-националистов. В список первых 15 городов страны, подлежащих первоочередному восстановлению после ВОВ был также не случайно включен Севастополь, город русской морской славы. Вначале на Западном берегу Южной бухты

были заложены первые каменные постройки города Ахтиар: дом (Екатерининский дворец) для командующего Черноморским флотом Томаса Маккензи, часовня, кузница и деревянная пристань, а спустя пол-года выросшему городу-крепости в 1784 году присвоено новое имя- Севастополь. Во время войны 1854-55 гг. город, окруженный со всех сторон, в течение 11 месяцев героически оборонялся (43 тысячи русских солдат и матросов без припасов против 175 тысяч захватчиков) под руководством известных флотоводцев Корнилова, Нахимова и Истомина, при участии инженерного гения России, инженера, графа, генерала Эдуарда Ивановича Тотлебена, будущего писателя Л.Н. Толстого, Н.И. Пирогова, героического матроса Петра Марковича Кошки, медсестры Даши Севастопольской и других от объединенных войск Англии, Франции, Турции и Сардинии. После победы в битве на реке Альма союзные войска заняли позиции к югу от Севастополя., однако пытаясь сорвать готовящийся штурм Севастополя, русские войска (генералы Липранди, Жабокритский, Рыжов) в битве при Балаклаве нанесли значительный урон захватчикам, что позволило укрепить оборону Севастополя и что давалось с трудом из-за нехватки строительных инструментов вследствие казнокрадства. Правда, Англия, которая всегда крайне негативно относилась к России, опасаясь ее усиления и распуская слухи то ли о невежестве россиян, то ли об их агрессивности, своим флотом безуспешно атаковала Россию на всех морях: Северном, Балтийском, Белом, Охотском и др. Так в 1924 году англичане раздули мыльный пузырь из фальшивого письма Коминтерна- обращения к англичанам поднять восстание против власти, подготовленному, как выяснилось, в Берлине на старой еще царской пишущей машинке.

В годы Великой Отечественной войны оборона Севастополя длилась 247 дней, и город был разрушен на 90%. Из зарубежных городов в таком же разрушенном положении оказалась Варшава, которая была превращена немцами в руины после восстания в гетто и которую, однако, восстановили в прежнем виде. Гитлер намеревался этот город полностью уничтожить, сровнять с землей и перепахать, а на его месте поставить себе памятник из завезенного норвежского гранита, который потом пошел на памятник погибшим в гетто. Кстати, поначалу гетто создавались не для евреев, а для поляков и четыре нации подлежали полному уничтожению- евреи, поляки, русские и цыгане. Цыгане также подверглись холокосту и 1.5 млн цыган были расстреляны, погибли в тюрьмах и крематориях, не говоря уже о депортации. Несмотря на немалую численность цыган в мире, их традиции, культурные ценности и обычаи с тех пор находятся под угрозой исчезновения. Как известно, Гитлер ненавидел также и славян, считая их «недочеловеками», однако фашисты не тронули находящиеся на территории Германии отдельные славянские поселения. Там удалось сохранить элементы родо-племенных отношений древности: язык, фольклор, песни, обычаи и традиции, одежду, культуру и общинность. Странник Гитлера и лидер хорватских фашистов (усташей) Анте Павелич проводил чистку страны от евреев, цыган и сербов. И он был не одинок.

С правого (восточного) берега Вислы, перед Варшавой, где остановилось наступление Красной армии, почти 200 советских самолетов- штурмовиков Ил-2 и Ил-10 совершали по несколько вылетов в день, штурмуя укрепления фашистов. Однако им было приказано саму Варшаву не бомбить с тем, чтобы сохранить старинный город. Древний Краков удалось почти полностью сохранить, предотвратив задуманные немцами массовые взрывы. Такая же разрушительная гитлеровцами судьба, как Варшавы, постигла некоторые немецкие города, например, почти полностью уничтоженный в результате варварских и преступных налетов британской авиации Дрезден с частично разрушенной знаменитой Дрезденской галереей (Цвингером), а вот в Берлине сохранились практически в целостности отдельные районы (Панков и Нидершёнхаузен на северо-востоке, Кёпеник на юго-востоке и другие). Когда наши войска находились в Восточной Пруссии, Сталин попросил союзников подвергнуть крупные железнодорожные узлы Лейпцига и Берлина бомбардировке, дабы пресечь возможную переброску немецких войск навстречу наступающей Красной армии, но вместо этого союзники несколько дней непрерывно методично бомбили фугасными и зажигательными бомбами мирный Дрезден, образовав адскую карусель и превратив его в руины, с тем, чтобы, с одной стороны, запугать и обездолить немецких гражданских лиц, а с другой- чтоб Красной армии достались только одни развалины. А потом США и Англия заявляли, что никакой бомбардировки Дрездена не было, что это все выдумка и большевистская пропаганда. Но фотодокументы- упрямая вещь. Никакой военной необходимости массовой бомбардировки жилых кварталов седьмого по размерам города Германии не было. Точно также были сожжены Кассель, Эссен и другие. Когда наши войска 3-го Белорусского фронта подошли к границам восточной Пруссии и в течение 2-х месяцев переформировались и пополнялись, кто-то полностью разбомбил поселок Неммерсдорф под Кенингсбергом (ныне –поселок Маяковское Калининградской области). Скорее всего, это были фашистские ассы, предположившие, что поселок уже заняли наши войска. А спрятавшихся в подвалах гражданских лиц расстреляли немцы, переодетые в советскую форму. Налеты на Рур дорого обошлись англичанам: там они потеряли 640 бомбардировщиков. Но начали уничтожение жилых домов и мирных жителей фашисты еще в 1937 году, уничтожив испанскую Гернику. Потом точно также с огромными потерями среди мирных жителей гитлеровцы бомбили жилые кварталы Москвы, Ленинграда, Киева, Минска, Варшавы, Роттердама, Белграда, Лондона, Ковентри и других городов. В Англии в результате бомбовых и ракетных ударов погибли около 60 тысяч обычных граждан, а ранения получили более 80 тысяч. Не остались в долгу и союзники: британцы сбросили на немецкие города Берлин, Гамбург, Любек, Дрезден и другие 955 тысяч тонн бомб, американцы- в три раза меньше. В результате погибли 600 тысяч мирных жителей, полтора миллиона получили ранения, 13 миллионов остались без крова, уничтожены музейные шедевры, бесценные живописные полотна, библиотеки, памятники старины, крупные

научные центры. Подробный анализ стратегических бомбардировок союзников провел генерал-инспектор пожарной службы Германии Ганс Румпф в своей книге «Огненный шторм».

Между прочим, если аннулировать все приобретения Украины благодаря России и СССР, то она останется маленьким и не совсем самостоятельным пятном на карте в куцых границах Запорожской Сечи 1654 г. в составе нынешних Днепропетровской, Кировоградской и Черкасской областей. Этнически запорожцы являлись славянами со значительным тюркским налетом в языке, одежде, образе жизни, брутальности, лысой голове с чубом (оселедцем), а жили они в пиратской республике, набегами, уничтожая людей в захваченных землях. В 1669 г. Турция завладела частью Правобережной Украины, захватила земли Подолии и гетман Дорошенко признал протекторат Турции. В новой книге Анатолия Терещенко «Украина! А была ли Украина?» Запорожской Сечи посвящен целый раздел, в том числе гетману Петру Сагайдачному-Конашевичу, воевавшему с Россией, и кошевому атаману Петру Ивановичу Калнышевскому, при котором вместо казацких куреней в диких степях появились села и хутора, возникли школы, развивалось местное самоуправление. Совершенно бесполезно вначале поляки, а потом и русские пытались упорядочить и нормализовать их жизнь, пока Г.Потемкин по велению Екатерины Второй не разогнал Запорожскую Сечь, как независимую и самостоятельную вольницу, и запорожские казаки переместились на Кубань, Дон, в Оренбуржье и Сибирь, а последний гетман Сечи Калнышевский (кстати, генерал-лейтенант русской армии) был сослан на 27 лет на Соловки. Там и скончался в возрасте 112 лет и похоронен вначале в Преображенском соборе Соловецкого монастыря, а потом его прах перенесен под Ярополец Волоколамского района, где находятся 2 исторические усадьбы (Загряжских-Гончаровых и Чернышевых), с надмогильной часовенкой. По царским указам (1654-1917 гг.) к Украине отошла Черниговская область и вся правобережная часть (Киев, Полтавская и Винницкая области), при формировании Украины в годы советской власти по решению В.И.Ленина в 1922 г. к ней присоединили Донецко-Криворожскую республику, Харьковскую, Запорожскую, Одесскую, Херсонскую и Николаевскую области, т.е. все юго-восточные территории (Малороссию), по пакту Молотова-Риббентропа в 1939 г. (и позднее- в 1945 г.) к Украине отошла ее западная часть, бывшая под Польшей, Венгрией и Румынией, т.е. Восточная Галиция, которая с 1924 г. принадлежала Польше и там шла принудительная ассимиляция украинцев, их ополячивание, Подкарпатская Русь, Северная Буковина, Южная Бессарабия и т.д., а Н.С. Хрущев просто как какую-то ненужную вещь, волонтаристски без должного правового оформления и референдума подарил в 1954 г. Украине Крым с городом-героем Севастополем, который обоснованно относился к союзному подчинению и не входил в состав Крымской области. И все это было из-за бюрократии при строительстве и оформлении Северо-Крымского канала от Каховского моря до Керчи. Правда, тогда Украина входила в состав СССР, передача Крыма считалась простой формальностью и Севастополь перешел в

республиканское подчинение. Но жертвой советского бухучета стало русское население Крыма. Единственно, кто выступил против был секретарь Крымского обкома партии Павел Титов, осознавший, какую бомбу содержит это решение. Однако его голос потонул в патоке льстецов и подхалимов, а строптивого секретаря сняли, поставив на его место послушного Дмитрия Полянского. И Крым на долгих 60 лет оказался сначала в другой республике, а потом и в другом государстве. У Н.Хрущева, малограмотного волонтариста и самодура, который не читал книг вообще, но умел танцевать гопака, обладал крестьянской хваткой и выступал нередко в роли шута горохового, не было должного образования: одна зима учебы в сельской школе, рабфак юзовского (донецкого) техникума, заочная промышленная академия, куда его приняли по настоянию Л.Кагановича, хотя и считали безграмотным. Кстати, Донецк ранее назывался Юзовкой в честь его основателя валлийского предпринимателя Джона Юза. Недовольство Н.Хрущевым зрело в разных кругах: среди номенклатуры (за развал экономики, за волонтаризм, чванство, зазнайство и нелепые структурные преобразования), среди дипломатов (за то, что несколько раз ставил страну на грань войны), среди народа (за рост цен, дефицит продуктов питания, за хлеб с кукурузой, которая у нас не хотела расти, и горохом), среди крестьян (за развал сельского хозяйства, за отбирание приусадебных участков и мелкой живности- уток и гусей), среди священнослужителей (за гонения на верующих), среди интеллигенции (за гонения на литературу и искусство), среди военнослужащих (из-за резкого внезапного сокращения армии) и т.д. А в стране в целом- за кукурузную компанию, за участие в сталинских репрессиях, за резкие виражи в международной политике и т.д. И когда «антипартийная группа» во главе с Молотовым в 1957 г. решили на заседании Президиума ЦК за все это снять Хрущева, то его спасла Е.А.Фурцева, позвонившая руководителю КГБ Серову и Жукову, которые срочно послали за остальными членами Президиума транспортные самолеты. «Благодарный» Хрущев понизил бывшую ткачиху из Вышнего Волочка до министра культуры страны, а потом, как и Жукова, втихую отправил на пенсию. Кстати, Фурцева виновна в смерти народного артиста СССР, лауреата, скрипача и мировую знаменитость Давида Федоровича Ойстраха, отправив его больного в Амстердам, где он и скончался. Фурцева стала фигурантом дела о взятках от зарубежных гастролей (Галина Вишневская), которое вел Комитет партийного контроля (КПК) при ЦК КПСС. Этот Комитет был создан в развитие идей Ленина о чистоте партийных и руководящих рядов, о борьбе с коррупцией в их среде. В поле зрения КПК попало «Азербайджанское дело», когда за каждое назначение нужно было платить и Вели Ахундов вынужден был оставить пост руководителя Азербайджана, «Грузинское дело» с отставкой Василия Мжаванадзе, «Рыбное дело» с министром Александром Ишковым и расстрелянным его заместителем Владимиром Рытовым, дело о взяточничестве за смягчение приговоров Председателя Совета Национальностей Ядгар Насриддиновой, «Сельско-хозяйственное дело» во главе с министром Дмитрием Полянским,

«Краснодарское дело» о коррупционной сети Сергея Медунова, «Дело о младенческой смертности» и другие. Председатель КПК, названный инквизитором, Арвид Янович Пельше до своей кончины работал в тесном контакте с Юрием Андроповым и Николаем Щелоковым и их организациями. Однако, Брежнев считал, что эти органы должны охранять номенклатуру, а не искать на нее компромат. В определенной степени эта установка актуальна и сегодня.

В состав так называемой антипартийной группы, намеревавшейся отстранить Хрущева от власти, входили также Каганович и Маленков, о котором следует сказать несколько слов. Он успешно курировал такие важные проекты, как создание водородной бомбы и первой в мире атомной электростанции, отдельные отрасли оборонной промышленности, развитие ракетной техники. Именно он предложил прекратить политику культа личности и перейти к коллективному руководству страной, повысил закупочные цены на сельхозпродукцию, снизил налоги, уменьшил привилегии номенклатуры, выдал паспорта колхозникам, освободив их от принуждения жить и работать только по месту жительства, выдвинул принцип мирного существования разных систем, выступал за разоружение. Хрущев сослал его вначале на электростанцию в Усть-Каменогорск, потом на теплоэлектростанцию в Экибастуз и в 1961 г. исключил его из партии (без права восстановления) и отправил на пенсию.

Благодаря усилиям Сталина Украина (и Белоруссия тоже), занимает до сих пор самостоятельное место в числе постоянных членов ООН, что как-то не очень вспоминается, и поэтому там, в части СССР, были созданы Министерства иностранных дел. Кстати, Белорусская народная республика была провозглашена в Минске еще в 1918 году. Это всё означает, что до периода распада СССР Украина формировалась по решению российских и советских лидеров, которым киевские власти должны быть по идее за это благодарны. С 1938 г. русский язык стал обязательным для обучения в начальных и средних школах всей страны, получив статус государственного языка. После окончания ВОВ западные страны набирали кандидатов для работы против СССР из числа сдавшихся им бывших украинских бургомистров, старост, полицаев и карателей, которые получили там статус «перемещенных лиц», хотя по существу являлись в чистом виде военными преступниками. И тем не менее, русофобские настроения не очень-то распространились среди народов Европы и к россиянам там относятся хорошо, с интересом и уважением, в чем каждый может убедиться.

Проблем в современной Украине достаточно много, и среди них полинациональность страны со многими отличными регионами со стремлением к федерализации по типу Германии, Австрии и других стран, а также потребность в многоязыковом обучении, в том числе необходимость иметь 2 государственных языка (украинский и русский). Почему в Финляндии, где всего 6% населения составляют шведы, имеются 2 государственных языка (финский и шведский при особом статусе саамского языка), многоязычие характерно для Швейцарии, Канаде, Бельгии и в других

странах. Однако украинское упрямство пока перевешивает разумную целесообразность.

В конце мая 1917 г. в Киев съехались на Всеукраинский военный съезд более 900 делегатов со всех фронтов, флотов, гарнизонов и округов, которые предложили объявить национально-территориальную автономию Украины, хотя Симон Петлюра (был убит в 1926 г. в Париже анархистом С. Шварцбардом) призывал не отделять судьбу Украины от судьбы России. Потом в Киев ездили на 4 дня А. Керенский, И. Церетели и М. Терещенко, бесполезно пытаясь уговорить украинских депутатов отложить решение о самостоятельности до Всероссийского учредительного собрания. Была достигнута договоренность о том, чтобы Украину считать «полуавтономией» и вместо 9 запрашиваемых территорий в состав Украины переданы 5 губерний: Волынская, Киевская, Подольская, Полтавская и Черниговская. Уместно здесь будет привести памятные слова железного канцлера Пруссии и Германии Отто фон Бисмарка (1815-1898): «Могущество России может быть подорвано только отделением от нее Украины. Необходимо не только оторвать, но и противопоставить Украину России, сравнить 2 части единого народа и наблюдать, как брат будет убивать брата. Для этого нужно только найти и взрастить предателей среди национальной элиты и с их помощью изменить самосознание одной части великого народа до такой степени, что эта часть будет ненавидеть все русское, ненавидеть свой род, не осознавая этого. Все остальное - дело времени». Ну, что ж, поистине пророческие слова, которые легли в основу политики ряда стран по отношению к России и Украине. В этих странах не хотят понимать, что действия современной России являются ответной реакцией, постоянно намеренно и упрямо путая причины со следствиями без какого-либо желания разобраться в этом. Сейчас между Россией и Украиной ликвидированы авиасообщения и курсируют только один российский поезд (Москва-Кишинев), несколько украинских пассажирских поездов и электричка Донецк-Таганрог, однако Укрзалізниця заявила, что с 2018 г. может прекратить эти железнодорожные сообщения. Сейчас на Украине переименованы 32 города (в том числе Днепропетровск и Краснодар), переименовываются улицы, с 2020 г. все образование будет осуществляться только на украинском языке, что вызвало возмущение стран-соседей, уже снесены почти 3400 памятников. Снос памятников отмечается в Польше, Прибалтике, в США, точно также, как сразу после революции в России. За что снесли памятник генералу Скобелеву? Страна, воюющая с памятниками, т.е. с памятью, не имеет будущего. Это очевидно.

Вообще, восточные славяне с самого появления Киевской Руси составляли единую этническую общность, причем народное единство не ставилось под сомнение даже тогда, когда Древнерусское государство распалось на отдельные княжества. Тем не менее, в Киеве и Новгороде, Полоцке и Смоленске, Владимире-Волынском и Суздале жил один, многонациональный русский народ, говоривший на одном древнерусском языке, о чем свидетельствуют «Слово о полку Игореве» (XI век) и составленная в Киеве

в начале XI века «Повесть временных лет»: «Се повести времяньных лет, откуда есть пошла земля Русская, кто в Киеве нача первее княжити, и откуда Русская земля стала есть». Даже до принятия христианства на Руси боги у всех славян были едиными, общими и относились к природным явлениям. С начала 14 века всего в течение 70 лет Московское княжество превратилось в крупнейшую и объединяющую силу на Руси, в лидера процесса собирания русских земель, единственное из всех вассалов способное противостоять Золотой Орде во главе с военачальником Мамаем. Не случайно наиболее популярная в славянском фольклоре птица гамаюн (вещая крупная птица-говорун с женской головой и радужным опереньем) не только оказывала нуждающимся необходимую помощь, но и способствовала объединению славян путем исполнения единых обрядов, применения единого языка. Некоторые языковые, диалектические и национальные различия появились только после Кривской династической унии 1385 г. небольшого Польского королевства (Ядвига) и большого Литовского княжества (Ягелло) «от моря до моря», особенно, после Люблинской военно-политической унии этих же государств, образовавших в 1569 г. Речь Посполиту во главе с Сигизмундом Вторым Августом. По этой унии вся правобережная от Днепра, часть русских земель отошла к Польше, а северная часть (Западная Белоруссия) стала принадлежать Литве. Соответственно там насильственно насаждались польско-русский и литовско-русский суржики, т.е. смешанные языки, которые наряду с некоторыми мадьярскими и румынскими словами и составили украинский язык, которого до этого периода просто не существовало. Кстати, сейчас даже в глухих деревнях и селах на Украине говорят на смешанном русско-украинском диалекте, а более 40% граждан Украины предпочитают для общения русский язык. После Богдана Хмельницкого и Переяславской рады гетманы Запорожской сечи (Брюховецкий, Многогрешный, Сагайдачный и другие) постоянно маневрировали между Польшей, Турцией и Россией и только гетман Иван Мазепа, будучи новоявленным олигархом, (и его преемник- Филипп Орлик) выступил против России Петра Первого на стороне Швеции, снабжая ее всем необходимым и рассчитывая на суверенное признание Украины государством казаков, но из этого ничего не вышло: Мазепа умер, а Орлик с женой, семерыми детьми и 60 верными казаками бежал в шведский город Христианстадт, где и скончался. Дед Василия Миновича, который хотел освободить из Шлиссельбургской крепости экс-императора Ивана Шестого Антоновича, поддержал Мазепу, а потом бежал в Польшу, за что его семью лишили фамильного владения и отправили в ссылку в Тобольск. А в современной России с подачи власти появились понятия «родной язык и государственный». Если у нас приоритетом считается создание единой России, то так ли правильно отдавать «национальные республики» (Коми, Башкирия, Удмуртия, Татарстан, Якутия и т.д.) на откуп локальным националистам, подменяющих русский язык на не русский? Это вопрос серьезный, дискуссионный и на самотек его пускать нельзя. После смерти жены 50-летний украинский православный шляхтич чигиринский сотник

Богдан Хмельницкий влюбился в служанку-сироту Елену, которая нравилась чигиринскому подстаросте поляку Чаплинскому, который сжег вотчину Хмельницкого хутор Суботов. Хмельницкий обратился к запорожцам, избравшим его гетманом, и начались войны с поляками. Фактически эта Едена, как и другая Елена (Троянская война) явилась причиной разразившейся войны. Вначале следовали локальные победы запорожцев под Желтыми Водами, Каменном Затоне, Корсунем и Пилявцами. В 1649 г. гетман Богдан Хмельницкий сделал Чигирин своей столицей, а правой рукой его стал начальник разведки гетманства Лаврин Капуста. Лаврин установил сторожевые пикеты запорожцев в поле, засылал к полякам разведчиков и диверсантов, осуществил победную дезинформацию поляков под Пилявцами, заслал своего агента в оборонявшуюся поляками крепость Бердичев, который ночью открыл ворота казакам, а после смерти Хмельницкого в 1657 году перенес его прах из Ильинской церкви в Суботове в пещеру возле Чигирина. В 1653 г. Лаврин был в Москве, где участвовал в Земском соборе и встречался с русским царем. В 1654 г. никто не принуждал Украину (имеется в виду небольшая по территории Запорожская сечь) к добровольному воссоединению с Россией. Этому скорее всего способствовали необходимость военной защиты запорожцев и регулярные поражения запорожцев от польской армии. Например, в битве 1651 г. под Берестечком, когда поляки во главе с королем Яном Казимиром разгромили войско гетмана Богдана Хмельницкого, усиленного крымским ханом Ислямом Третьим. Тяжелое поражение под Берестечком и смерть Елены привели к запою у Хмельницкого, который забыл о независимости и отдался под руку русского царя. А московского царя Алексея Михайловича (Тишайшего) предложение запорожцев заставило глубоко задуматься, ведь после воссоединения предстояла война с Польшей. Кстати сказать, во Львове есть мемориал орлят, где похоронены участники польско-украинской войны (1918-19 гг.), на который претендуют обе страны.

Сейчас украинские власти оспаривают принадлежность Ярослава Мудрого (980-1054), который был сыном Великого киевского князя Владимира Святославовича и полоцкой принцессы Рогнеды, и отцом одной из его дочерей, младшей Анны Ярославны (1002-1082), королевы Франции (она была женой умершего короля Генриха I и матерью будущего короля Франции Филиппа I, родила сына- Гуго Великого), к русскому миру, подчеркивая, что они были выходцами из Киевской Руси, а Москвы, мол, тогда еще не было, т.к. пока в рукописях первое упоминание о ней относится к 1147 г. Это так, но был Великий Новгород, откуда на Киевский стол (престол) пришел Ярослав Мудрый, а Украина как государство появилась только спустя многие столетия. Место, где жил Ярослав, находилось на торговой стороне, напротив новгородского кремля (детинца). Дедом и бабкой его отца, князя Владимира, крестителя Руси в 988 г., были князь Игорь и княгиня Ольга. А родителями князя Владимира, т.е. дедом и бабкой Ярослава,- князь Святослав (погиб в 972 г.) и секс-рабыня из Любеча Малуша, ключница княгини Ольги и сестра Добрыни. Поэтому Владимир

Святославич по прозвищу Красное Солнышко, Владимир Святой. Владимир Креститель (959-1015 гг.) считался робичичем, бастардом- незаконным сыном, которого отправили княжить в Новгород при советнике- его дяди, брата матери Добрыни. Именно ему служили доблестные богатыри Илья Муромец, Алеша Попович и Добрыня Никитич. Владимир во главе отряда викингов двинулся на Киев, но по дороге захватил город Полоцк, уничтожив местного князя Рогволда и сделав его дочь Рогнеду своей наложницей. Рогнеда родила Владимиру 4 сыновей (Изяслава, Ярослава Мудрого, Всеволода, Мстислава) и 3 дочерей (Предславу, Премиславу и Мстиславу). У Владимира помимо Рогнеды было еще три жены: шведка Олава, гречанка- жена убиенного брата Ярополка, родившая Святополка Окаянного (прозванного так за убийство Бориса и Глеба), Анна Византийская, дочь Феофано и родившая Владимиру дочь Добронегу. Таким образом, корни Ярослава Мудрого находятся в Новгороде и никакого отношения к Украине, которой тогда и близко не было, он, как видно, не имел. Матерью Анны Ярославны была Ингерда (Ирина), дочь первого христианского короля Швеции и Норвегии Олафа Шетконунга и королевы Эстрид. У королевы Франции Анны Ярославны было 4 детей, двое из которых умерли малолетними (Эмма и Роберт), а двое (Филипп Первый и Гуго Великий) стали королями. Таким образом, Анна Ярославна стала прародительницей многих выдающихся мировых династий и людей. Если с Украиной все более или менее ясно, хотя и есть еще много проблемных и неясных вопросов и, видимо, баланс между Востоком и Западом является единственным способом выживания Украины, то с Польшей ситуация не менее напряженная, с более сложным и длительным клубком проблем и противоречий, уходящим вглубь истории. В связи со своей актуальностью, придется несколько остановиться на этих вопросах. Еще в X веке Волынь входила в состав Киевской Руси, потом она отошла к Литовскому княжеству, затем к Польше, а после разделов Речи Посполитой- к Российской империи. В 1921 г. восточная часть Волыни оказалась в составе Украинской ССР, а западная- в составе Польши, которая в 1939 г. была присоединена к СССР. Население Волыни и Полесья на 30% состояло из поляков. Кстати, на современной Украине по прогнозу ООН численность населения уменьшится с нынешних 42 млн до 36 млн к 2025 г. только за счет отрицательного естественного прироста, т.е. за счет превышения смертности над рождаемостью. Нарастающая эмиграция при этом не учитывалась. Когда Украина выходила из СССР в ней было 51,5 млн человек населения.

Отношения России и Польши всегда были непростыми, что проявилось в виде польской интервенции в период смуты (1609-1618 гг), в войне (1654-1667 гг.) после добровольного присоединения Запорожской Сечи к Московскому государству, когда русские захватили Дорогобуж, Рославль, Смоленск, Могилев, Витебск, Минск. Вильно, Гродно. Однако эти первоначальные успехи несколько поблекли после вступления Швеции в войну и измены части казацкой старшины. В результате все завершилось Андрусовским договором 1667 г., по которому Смоленщина, Киев (за него

Россия уплатила Польше 146 тысяч рублей) и вся Левобережная Украина (Черниговское воеводство, Стародубский повет, Северская земля и т.п.) отходили к России, причем небольшая по территории Запорожская Сечь переходила под совместный протекторат России и Речи Посполитой. Кроме того, яблоком раздора послужила пресловутая Брестская уния 1596 г. и желание католицизировать запорожцев. Уния насаждалась силой, но низшее духовенство и православный народ не желали с этим мириться. Они воспользовались моментом, когда патриарх Иерусалимский Феофан, возвращаясь из Москвы через Киев, с его помощью восстановили православную иерархию в Киевской митрополии, включая Полоцк и Перемышль. Следующий после Богдана Хмельницкого гетман Сечи Иван Выговский вначале хотел присоединиться к Польше, но Варшава не готова была содержать запорожцев, и тогда он хотел переметнуться под покровительство Турции, но казаки желали иметь над собой власть русского царя и Выговский вынужден был бежать в Польшу. Кстати, премьер-министр Польши заявил о том, что первые погромы евреев организовал на Украине именно Богдан Хмельницкий, который также, по его словам, породил коррупцию и бандитизм. А война запорожских казаков с поляками началась якобы из-за шинка в Чигирине. Опросы, проведенные на Украине в 2018 г., дали совершенно неожиданный результат. Оказалось, что 56% опрошенных считают, что Польша представляет собой непосредственную угрозу Украине, а за Россию в качестве угрозы высказались 44% опрошенных. В целом во времена первых русских царей Польша была европейской супердержавой и могла подмять под себя развивающуюся и укрепляющуюся Россию, и до 1654 г. к Польше относился даже город Смоленск. В ее состав также входили такие города как Львов (Лемберг), Вильнюс (Вильно) и т.д. Были и другие войны с Польшей. Еще в 1606 г. после убийства Лжедмитрия I на 4 года царский престол занял Василий Шуйский, который был пленен поляками и умер в Гостынинском замке в 130 км от Варшавы. В это время воеводой, т.е. командующим войсками, был Михаил Скопин-Шуйский, который принял активное участие в подавлении восстания Ивана Болотникова, а потом успешно воевал с поляками. Вначале он разбил большой польский отряд пана Кернозицкого под Новгородом, затем совместно с шведскими ополченцами он снял осаду войском гетмана Яна Сапеги Троице-Сергиева монастыря, а после под Калязиным и Дмитриевым разгромил остатки войск Яна Сапеги и вступил в Москву, где был отравлен. На освобождение Смоленска от поляков выступило войско во главе с бездарным братом царя Дмитрием Шуйским, который был разгромлен поляками при Клушине и поляки вновь заняли Москву до своего изгнания в 1611 г. войском Дмитрия Пожарского и Кузьмы Минина. Большую роль в поднятии патриотизма сыграл патриарх Гермоген. В 1634 г. между Русским царством и Речью Посполитой был заключен Поляновский мирный договор, по которому королевич Владислав отказался от претензий на русский престол, а Москва подтверждала за поляками захваченные ими в начале 17 века территории. При польском короле Станиславе Лещинском украинский

гетман Иван Мазепа в противовес России и якобы московской тирании готов был отдать Украину либо шведскому королю Карлу XII, либо Польше. За 150 лет Польша пережила несколько разделов своей страны (1772, 1793, 1795 гг.), когда к России отошла территория западнее Смоленска, правобережная Украина вплоть до Ровно и Луцка, Белоруссия и огромная Виленская область (до самой Риги), к Австрии отошли области Кракова, Люблина и Львова, к Германии- Верхняя и Нижняя Силезия, Варшавское воеводство, прибалтийские территории. Как следствие, Польша полностью исчезла с карты Европы. В 1800 г. Павел Первый амнистировал участников Польского восстания, разрешил старообрядцам строить церкви, ввел в армии шинели, ограничил наказания нижних чинов и допускал массовых ссылок. По итогам Тильзитского мира 1807 г. с Наполеоном было образовано Великое герцогство Варшавское как протекторат наполеоновской Франции и главой герцогства стал король Саксонии Фридрих Август Первый. В то время Россия спасла Европу от наполеоновского порабощения, особенно после решающей битвы в октябре 1813 г. под Лейпцигом- «битвы народов», в которой участвовали по 200 тысяч солдат с каждой стороны. Русскими и прусскими войсками командовал фельдмаршал Барклай-де-Толли. Французы потерпели сокрушительное поражение, потеряв 70 тысяч человек, а союзные потери составили 50 тысяч, в том числе половину- русские воины. Силу и стойкость русских солдат французы почувствовали гораздо ранее, начиная со времен А.В. Суворова и кончая сражением при немецком местечке Кульме, когда 35- тысячному войску французов генерала Вандама преградил путь 10-тысячный русский отряд графа Остермана- Толстого и французский генерал в результате сражения сдался в плен вместе с остатками своего корпуса. Затем, в 1945 г. опять же Европу освободил российский солдат от фашизма. Концом наполеоновских войн послужила капитуляция Парижа, подписанная, Французы опасались русских казаков, полагая, что они будут мстить за разоренную Москву, которую разграбили и осквернили. Но «скифского варварства» парижане не дождались, а увидели блестящую армию, которая разместила свои биваки на Елисейских полях, в Монмартре и Марсовом поле Русские войска в Париже получили жалование в тройном размере и потому мргли его тратить на себя.. Правда, полевые кухни они топили выломанным паркетом, а уху готовили из карпов, выловленных в прудах Фонтблэ. 31 марта 1814 г. в селении Лавилет, куда приблизились прусские корпуса Йорка и Клейста и русский корпус графа Михаила Воронцова, была подписана капитуляция Франции и русские войска во главе с императором Александром I через триумфальную арку вошли в Париж. После наполеоновских войн по решению Венского конгресса в состав России была включена Польша и было образовано частично автономное Царство Польское. Поляки несколько раз восставали против России: в 1794 г. под руководством генерала-майора армии американских северян Улисса Симпсона Гранта (будущий 18 Президент США) Анджея Тадеуша Бонавентуры Костюшко (Косцюшко), активного участника борьбы за независимость США, национального героя Польши, США, Литвы и

Белоруссии, почетного гражданина Франции, в подавлении этого восстания участвовал А.В. Суворов; в 1830-31 гг., которое было подавлено фельдмаршалами Иваном Дибичем и Иваном Паскевичем при поддержке лейб-гвардии Московского полка, взяв укрепленное варшавское предместье Воля, и в 1863-1864 гг. (восстание в Польше, Литве и Белоруссии) при генерал-губернаторе М.Н.Муравьеве. Восставших тогда не уничтожали, а расселяли по необъятной России. Потомками этих высланных в Вятскую губернию переселенцев были композитор Дмитрий Шостакович и писатель Александр Гриневский (Грин). Грин просто бредил морем и потому жил в Феодосии, Коктебеле и Старом Крыме, где находятся его музеи. Советская власть не могла простить ему какой-то буржуазный романтизм и непролетаризм (нежелание писать о колхозниках и их достижениях) его романтических произведений (Алые паруса, Бегущая по волнам, Золотая цепь, Джесси и Моргиана, Дорога в никуда и др.) и потому его не печатали, не платили пенсию и обрекли на голодное существование, считая его и его жену идеологическими врагами. Грин умер от рака желудка в 1932 г., а его жену, Нину Николаевну Короткову, с которой немолодой, и нездоровый, уставший и побитый жизнью Грин прожил 11 лет и которой он посвятил самую знаменитую повесть «Алые паруса», арестовали и «за измену Родине» на 10 лет отправили в лагеря. Ей в 1960 г. удалось открыть на общественных началах музей Грина в Старом Крыме, и еще 10 лет она прожила на пенсию в 21 рубль. Режиссер Александр Птушко в условиях безденежья и вопреки усилиям властей снял фильм «Алые паруса» в главных ролях с А.Вертинской и В.Лановым, который в прокате побил все рекорды.

Польша в то время полностью потеряла свою автономию. При этом последний раз Польшу разделили между собой во время Первой мировой войны Германия и Австро-Венгрия, пока, наконец, в марте 1917 г. Петроградский совет рабочих и солдатских депутатов и Временное правительство не приняли судьбоносное решение о предоставлении Польше, входящей в состав России, полной независимости и самостоятельности, о чем поляки долго мечтали. Однако, по итогам Первой мировой войны польскими стали территории Западной Украины, Западной Белоруссии и части Виленского воеводства, которые затем по секретному протоколу к пакту Молотова-Риббентропа отошли к СССР. Кстати сказать, когда Германия напала на Чехию, якобы освобождая судетских немцев от притеснений со стороны чехов, то никто не откликнулся на крик чехов о помощи. Только СССР готов был помочь, но, как отмечалось, Польша при поддержке Англии категорически отказала в прохождении к Чехии войск Красной армии. После нападения Гитлера на Польшу Англия и Франция в соответствии с принятыми обязательствами объявили 3 сентября 1939 г. Германии поначалу очень странную войну, поскольку 110 французских и английских дивизий полностью бездействовали против 23 немецких дивизий. Англия тогда считалась владычицей морей и ее гордостью был военно-морской флот. Однако уже через месяц немецкая подводная лодка прорвалась на главную английскую базу Scapa Flow- гавань на Оркнейских островах, к северу от

Шотландии, и потопила гордость британского флота линкор «Ройял Оук», После поражений под Варшавой польская армия под давлением немецких войск спешно отступала ко Львову, где после нескольких вооруженных стычек попала в плен Красной армии. Всего Польша была захвачена немцами за 36 дней. В войсках вермахта служили почти 500 тысяч поляков. Фактически западные союзники «кинули» Польшу. Всего в Польше было уничтожено 3 млн евреев, в том числе 200 тысяч, ранее проживающих в Вене. Вот и сейчас в некоторых европейских странах (Литва, Латвия, Украина), включая Польшу, поднялась волна антисемитизма. Так, нижняя палата польского сейма как раз в Международный день памяти жертв холокоста приняла законопроект, запрещающий заявлять о причастности поляков к истреблению евреев, против чего резко выступил Израиль. Интересно, что когда фашисты устроили геноцид евреям, то ни одна западная страна не захотела их принять как беженцев и в 1938 г. на ванзейском совещании приняли позорное решение о невмешательстве в дело спасения евреев Германии и потому немцы подавляющую часть евреев просто уничтожили, а некоторых перевезли на Кубу. Страны Балтии (Эстония, Латвия, Литва), хотя и разные, но имеют общее море и на правах «заграницы» входили в состав СССР. Эстония самая развитая из этих стран, экономически и технологически, ближе к финнам, Латвия гордится Ригой как самой большой метрополией региона, у Литвы имеется самая большая территория. Разные языки (еще недавно они общались по-русски), культура, традиции, но есть один фактор, объединяющий их и заставляющий держаться вместе, - это страх перед Россией.

Правда, за время слабого сопротивления немецким оккупантам польское правительство сумело эмигрировать в Лондон, прихватив с собой многие ценности, музейные экспонаты и реликвии, в том числе уникальные тяжелые гобелены с библейскими сценами, шитые золотой и серебряной нитью, из королевского замка Вавель в Кракове, которые с большим трудом после войны были возвращены на место. Интересно то, что вначале польское правительство эмигрировало в Румынию в одном составе, а затем прибыло в Лондон в совсем другом составе. Польская армия под руководством Р.Смиглы все равно должна была погибнуть, независимо от пакта Молотова-Риббентропа, который поляки ставят в вину СССР. С вхождением Польши в состав Евросоюза начался ее рост, поскольку Польша стала с 1989 г. крупнейшим получателем денег из структурных фондов, организованных Германией и Францией. К другим новым членам Евросоюза (Болгария, Румыния) отношения были далеко не столь доброжелательными. Однако период, когда Польша получала из европейского бюджета гораздо больше средств, чем отдавала, заканчивается и с 2020 г. предстоит Польше их отдавать. А денег нет, население быстро стареет, молодежь, специалисты и квалифицированные рабочие уезжают в Великобританию и Германию. Неквалифицированные рабочие места занимают временно выходцы из Украины, поскольку беженцев из арабских стран в Польше практически нет. Именно для получения уступок в сфере межбюджетных отношений Польша

предъявила финансовые претензии к Германии за период оккупации в годы Второй мировой войны. Аналогичные претензии предъявлены и России без учета тех усилий и средств, которые были вложены в Польшу после Второй мировой войны. В международный день памяти жертв холокоста нижняя палата польского сейма приняла законопроект, запрещающий упоминание об уничтожении еврейского народа, хотя в Польше погибли 400 тысяч евреев, в том числе 78 тысяч из Австрии. Против этого закона резко выступил Израиль. 1 февраля 2018 г. Сенат Польши принял закон о запрещении бандеровской пропаганды и запрещении отрицания преступлений украинских националистов. Ведь уничтожение поляков началось с первых дней существования Украинской повстанческой армии (УПА), т.е. с 1942 года и первым заметным актом геноцида стало уничтожение топорами около 150 поляков в селении Паросля близ города Сарны в Ровенской области отрядом УПА под командованием Довбенко-Коробки (Перегижняки). Но Президент Украины П.Порошенко готов идти на разрыв дружественных ранее отношений с Польшей, лишь бы не обижать своих националистов. Ко всему этому добавляются непростые отношения Польши с другими европейскими странами, а также некоторые разногласия внутри политической элиты страны. Но следует осознать, что нынешнее поколение поляков никогда не возлюбит Россию. Ну, что ж в истории только белых и только черных, за некоторым исключением, стран не было, почти все они были серыми.

В результате Польского похода, быстрого занятия Красной армией территорий Западной Украины и Западной Белоруссии в 1939 г. и покорения Польши немецкими войсками образовалось немало пленных солдат и офицеров, и НКВД СССР организовало для них 8 лагерей (Осташковский на берегу озера Селигер, на территории разрушенной пустыни, где раньше находилась колония для малолетних преступников, Юхновский, Козельский, Путивльский, Козельщанский, Старобельский, Южский и Оранский). Всего Красной армией было взято в плен около 500 тысяч польских граждан, большинство из которых вскоре были освобождены, а 130 242 военнослужащих оказались в лагерях НКВД. Офицерский состав в 4000 человек размещался в Старобельском лагере Луганской области и 5000 в Козельском лагере (Оптина пустынь), польские жандармы и полицейские (4700 человек) в Осташковском лагере (Нило-Столобенская пустынь). Рядовых и младший комсостав (примерно, 28 тысяч человек) использовали на строительстве автомобильной дороги Новоград- Волынский-Львов и на работе в Криворожском бассейне. Всего без солдат и унтер-офицеров только в лагерях находились 14736 бывших офицеров, жандармов, тюремщиков, полицейских, помещиков, осадников и разведчиков. Все они являлись закоренелыми и, как тогда считалось, неисправимыми врагами советской власти и потому подлежали расстрелу. Заключенных поляков из всех украинских тюрем везли на расстрел в Киев, Харьков и Херсон, из белорусских- в Минск и т.д. Всего весной и летом 1940 г. было расстреляно 21857 пленных польских офицеров и солдат, из которых в Катынском лесу

под Смоленском- 4421 человек. Среди казенных были как кадровые офицеры, например, Якуб Вайда, отец известнейшего кинорежиссера Анджея Вайды, так и офицеры военного времени- мобилизованные журналисты, инженеры, учителя, адвокаты, врачи и университетские профессора. В 1940 в спецпоселения НКВД на Севере и Востоке СССР были переселены 140 тысяч польских осадников и лесников с семьями, а также 78 тысяч беженцев с территории Польши. Осенью 1940 г. не настроенных полностью антисоветски офицеров польского Генерального штаба перевели из Грязовецкого лагеря в Москву и с ними обсуждалось создание ядра будущей Польской армии, сформированной на территории СССР в Бузулуке в 1941-42 гг. Часть офицеров (группа Зигмунта Хенрика Берлинга, генерал Мариан Янушайтис) была свободна от обязательств перед польским правительством в изгнании, а часть (генералы Мечислав Боруца-Спехович и Вацлав Пшездецкий) готова была воевать на стороне СССР, но только по приказу правительства из Лондона. Командовать этой армией Польским правительством в изгнании был назначен пленный бригадный генерал (генерал-лейтенант) Владислав Андерс (1892- 1970), окончивший Петроградскую академию генерального штаба и получивший высшее военное образование в Париже и Варшаве. Он был взят в плен под Львовом и длительно лечился во Львовском госпитале. Однако Андерс как настоящий поляк обладал выраженной коммерческой жилкой. Так, еще до своего плена он умудрялся содержать свою частную конюшню на казенном фураже, а потом он присвоил из штабной кассы несколько сотен тысяч рублей, скупал драгоценности, а формируемой польской армии не хватало элементарных вещей. Из выделенных Андерсу на содержание армии 266 тысяч рублей 200 тысяч он сразу же положил в свой карман и переводил их в фунты и заграничные банки на свое имя. Сталин знал об этом, польский корпус обходился стране очень дорого, и он решил отпустить корпус в Персию для включения его в британские вооруженные силы. Тем более, что Андерс всячески оттягивал направление польской армии на фронт с немцами. В это время премьер-министром Польши в эмиграции был генерал брони (генерал-полковник) Владислав Сикорский (1881-1943), выходец из Австро-Венгерской Галиции (село Тушув- Народовый Прикарпатского воеводства), который во время советско-польской войны в 1919-1921 г. г. участвовал в Киевской операции и остановил 15 августа 1920 г. (сейчас это национальный праздник) войска Красной армии под Варшавой. Во время Второй мировой войны Сикорский поначалу выступал за сотрудничество с СССР, однако после обнаружения и обнародования в 1943 г. немцами с привлечением международной комиссии Катынского факта захоронения и расстрела поляков по решению тройки НКВД генерал взорвался и разорвал всякие дипломатические отношения с СССР. После инспекции армии Андерса на Ближнем Востоке он вылетел из Гибралтара в 1943 г. и его самолет тяжелый бомбардировщик Liberator 11 AL523 вместе с его дочерью и секретарем Зофьей Лесньовской и еще 9 пассажирами рухнул в Атлантический океан. Официальная версия- перегрузка самолета. Но идея создания польской армии

Примечание [К3]:

на территории СССР не исчезла и по решению польского правительства и по приказу еще живого генерала Сикорского в 1942 г. была создана Армия Крайова, т.е. вооруженные формирования польского подполья во время Второй мировой войны, действовавшие на довоенной территории польского государства, Литвы и Венгрии под руководством генерала дивизии Стефана Ровецкого, который считал СССР таким же врагом как нацистскую Германию. Целью этой армии, подчиненной правительству в Лондоне и генералу брони Казимежу Сосновскому, являлось восстановление польского государства путем восстания при истощении сил Германии и СССР. Совместные операции с Красной армией не проводились, напротив, были частые стычки, противодействие продвижению Красной армии, велась антисоветская пропаганда, прекращались подрывные действия против гитлеровцев, отправляемых на восточный фронт, расстреливались советские воины, бежавшие из плена, велась подрывная работа в тылу Красной армии. Одновременно эта армия провела в 1942 г. диверсию на железнодорожном узле в Варшаве, в 1943 г. взрыв на вокзале в Берлине, пустила под откос 732 поезда, подожгла 1.2 тысячи бензоцистерн, взорвала 40 железнодорожных мостов, провела 2.5 тысячи диверсионных актов на военных заводах, совершили 5.7 тысяч покушений на немцев. В 1944 г. Армия Крайова уже насчитывала 380 тысяч воинов. Новый глава польского правительства Станислав Миколайчик в 1944 г. вылетел в Москву, где было подписано соглашение между советским правительством и Польским комитетом национального освобождения. Теперь Польское правительство и Армия Крайова решили поднять восстание в Варшаве (чего не удалось сделать во Львове), военное против немцев и политическое против СССР и Польского комитета за 12 часов до прихода Красной армии и фактически установить власть правительства в изгнании с его прибытием в столицу до прихода Красной армии. В Варшаве для этого создали военный подпольный штаб во главе с генералами Леопольдом Скулицким и Августом Фильдорфом. По приказу нового командующего Армией Крайова генерала дивизии Бур-Коморовского восстание началось 1 августа, причем решение было принято без учета сложившейся обстановки и вопреки мнению ряда военных специалистов. Главное- было начать восстание до занятия Варшавы Красной армией при подавляющем численном преимуществе подпольщиков (50 тысяч против 16 тысяч немецких войск). Основной целью восстания 1 августа 1944 г. было установление контроля лондонского правительства над Варшавой, чтобы не допустить советизации Польши. Это была чисто политическая, непросчитанная и непродуманная авантюра. Однако немцам, имевшим свою агентуру в Армии Крайова, под командованием Дирленвангера (до этого зверствовавшего на Украине и в Белоруссии) при поддержке авиации (1476 вылетов на бомбардировки), танков и орудий удалось быстро подавить восстание. При этом особенно старались и зверствовали фашистские приспешники: отряды СС, сформированные из украинцев Галиции, украинский и белорусский полицейские батальоны, сводный полк дивизии СС под командованием майора И.Фролова, 2 батальона Восточно-

мусульманского полка, 2 батальона азербайджанского полка вермахта, 5-й Кубанский казачий полк, 4-е отдельных казачьих батальона. Объединенными войсками руководил генерал СС Бах-Зелевски. Так что шансов у практически безоружных повстанцев не было никаких. Приказом генерала Тадеуша Бур-Коморовского запрещалось обращаться за помощью к Красной армии и приказывалось не допустить в Варшаву Армию Людову. Англичане отказались помочь повстанцам и не перебросили обещанные ранее парашютные польские бригады из Италии и Англии, а Красная армия в течение месяца сбросила с воздуха повстанцам 1284 контейнера с военным грузом- минометы, противотанковые ружья, множество автоматов, винтовок и гранат, а также продовольствие и медикаменты. Не все контейнеры попали в руки повстанцев, поскольку как дата начала восстания, так и дислокация повстанцев, перемещающихся из района в район по подземным коммуникациям (фильм «Канал» Анджея Вайды), держались в тайне от Советской армии. Повстанцам не удалось захватить вокзалы и аэропорт, а также мосты через Вислу. Но, к сожалению, Первый Белорусский фронт (командующий- маршал К.Рокоссовский) помочь восстанию больше ничем не мог, т.к. прошел за месяц после тяжелой операции «Багратион», разгромив немецкую группу армии «Центр», без остановки с постоянными боями 500 км при растянутых коммуникациях и с большими потерями (свыше 114 тысяч бойцов) и нуждался в передышке и пополнении, которое поступало необученное из Западной Белоруссии. Польское правительство считало, что момент для восстания был выбран наиболее удачный- немецкий гарнизон в Варшаве был малочисленным, а наступление Советской армии приостановилось. За 63 дня восстания погибли 10 тысяч вооруженных повстанцев и 150 тысяч гражданского населения, остальные попали в плен. Немецкие потери составили 3 тысячи солдат, 300 танков и 240 автомашин, но на самом деле эти потери были гораздо большими, и 15 января 1945 г. Армия Крайова была распущена. Была также создана Армия Людова, военная организация под командованием генерала Михала Жимерского в количестве 55 тысяч воинов. Эта армия в 1944 г. во взаимодействии с советскими частями провела 904 боевых операций, в том числе 370 диверсий на железных дорогах, уничтожили 19 тысяч немецких солдат и офицеров, 24 танка, 191 автомашину, 2 самолета, 465 паровозов и 4000 вагонов. Варшавяне помнят своих героев- повстанцев, им поставлены уникальные памятники- мемориалы со скульптурными композициями и 1 августа отмечается в Польше как национальный праздник. Сталин отрицал очевидный факт расстрела польских офицеров, даже после освобождения Смоленска создал специальную комиссию во главе с уважаемым главным хирургом Советской армии Н.Н. Бурденко и заставил ее подписать акт о том, что польские офицеры были расстреляны не в 1940 г. органами НКВД, а в 1941 г. немцами. Однако, вероятное стало очевидным и завершившееся в 2004 г. расследование Главной военной прокуратуры России подтвердило заключение созданной в 1941 г. Германией международной комиссии и признало ответственность СССР в совершении государственных

преступлений, с чем потом российские лидеры неоднократно соглашались. Все это следует из рассекреченных документов. С этим фактом все более или менее ясно, но некоторые польские историки утверждают, что Сталин намеренно притормозил перед Варшавой свои войска, чтобы немцы имели возможность разобраться с повстанцами. Это мнение является голословным, поскольку никаких документов, подтверждающих его нет. Вот и получается, что Украине поляки не могут простить Волынскую резню в 150 населенных пунктах, когда уничтожали даже молящихся в костелах, убийство во Львове в 1934 г. главы МВД Польши, героизацию Степана Бандеры, убитого в 1959 г. в Мюнхене завербованным НКВД членом ОУН Богданом Сташинским, который за 2 года до этого расправился с другим лидером ОУН- Львом Ребетом, и Романа Шухевича (что разглядели только лишь недавно, в 2017 г.) и потому будут преграждать путь Украине в Евросоюз, а России- расстрел в СССР безоружных польских офицеров и гибель польского президента Качиньского, хотя в теорию заговора не верят сами поляки, в том числе один из основателей нынешней Польши, бывший лидер профсоюза «Солидарность», бывший Президент Польши и лауреат Нобелевской премии мира Лех Валенса. Кстати, Лех Валенса всегда выступал за хорошие отношения с Россией и критиковал власти Польши за недальновидную русофобскую политику. Сейчас в Польше не только сносятся памятники послевоенного периода, но и переименовываются тысячи улиц с тем, чтобы полностью вытравить из памяти народа всё русское (язык, культуру и отношения) и как бы покончить со своим прошлым, хотя без прошлого не может быть будущего. Мы намеренно уделили этой дискутируемой сейчас проблеме напряженных российско-польских отношений определенное внимание, тем более, что в послевоенном восстановлении разрушенных поселений и железных дорог наша страна принимала деятельное участие. В январе 1945 г. в результате Висло-Одерской операции войска 1-го Украинского фронта маршала И.С.Конева помешали отступающим немцам, как отмечалось, взорвать исторический королевский Краков до основания и разрушить промышленность Силезии, имевшей важное экономическое и хозяйственное значение.

А что касается послевоенной Польши, то она после Второй мировой войны должна была в очередной раз быть разделенной, но благодаря настоянию И.В.Сталина она сохранилась как государство и взамен западных областей Украины и Белоруссии ей была в качестве компенсации и послевоенной репарации предоставлена большая часть (две трети) земель Восточной и Западной Пруссии, где среди населения поляки были доминирующими, а также там проживали другие славянские народы- полабы, мазуры, сорбы и другие (Верхняя и Нижняя Силезия с городом Бреслау- Вроцлавом, Северо-Восточная Померания, Восточный Бранденбург, Балтийский коридор с Данцигом- Гданьском и Щеттиным- Щециным и т.д.), а СССР передал Польше зону города Белостока и вокруг него. Кстати, поляки весьма доброжелательно и радостно встречали воинов Советской армии- освободителей еще и потому, что наши воины не трогали костелы и

уважительно относились к религиозным чувствам и отправлениям поляков. Нужно заметить, что захоронения советским воинов находятся в Польше в достаточно ухоженном состоянии, чего нельзя сказать о многих памятниках, против сноса которых выступает Россия в паре с Израилем. Такая же ситуация складывается и в Литве, где вдали от Вильнюса создали парк из 86 скульптур советского периода «Грутис», в котором представлены все «зверства советского режима», но ничего не свидетельствует о зверствах «лесных братьев» и о немецкой оккупации. Сразу же после гибели римского императора Калигулы по решению сената уничтожались памятники, статуи, барельефы и надписи, и это все характерно сегодня для Украины и Польши. Еще одна интересная история связана с польскими коронами, скипетрами и державами. В первой половине 18 века поляки хотели, чтобы королем Польши стал шведский ставленник Станислав Лещинский, но Россия ввела туда свои войска и курфюрст саксонский Август Третий унаследовал трон от своего умершего отца Августа Сильного, курфюрста Саксонии, короля Польши и великого князя Литовского, учредителя ордена Белого орла в 1705 г. Жена нового короля Мария Жозефа Австрийская из многочисленной династии Габсбургов стала королевой Польше и ее супруг заказал для нее королевские атрибуты. Потом королем Польши стал неженатый Станислав Второй Август Понятовский (один из первых фаворитов Екатерины Второй), затем последовал первый раздел Польши в 1772 г. и полякам удалось выкупить принадлежащие Австрии короны и другие королевские атрибуты лишь в 1925 г. и разместить их в Варшавском музее. Немцы, оккупировавшие Польшу, увезли эти сокровища в Германию, но советские войска их нашли и впоследствии они были переданы Польше. Благодаря СССР удалось вернуть земли не только Украине и Польше, но также Чехии и Литве, которые об этом очень быстро забыли, и стали считать Россию страной- оккупантом. Поскольку весьма часто агрессия исходила со стороны Запада, Сталин решил в занятой Красной армией Восточной Европе создать ряд буферных государств между Западом и СССР, образовав из них позднее военно-политический Варшавский блок, в противовес НАТО- Северо-Атлантическому альянсу. По инициативе Сталина были созданы советские военно-морские базы в Финляндии и Китае. Благодаря Сталину было также образовано государство Израиль путем разделения Палестины на два самостоятельных государства, решение о создании которого было принято Генеральной Ассамблеей ООН в 1947 г. по предложению СССР (Громыко А.А.) вопреки позиции делегаций арабских стран. Тем самым целью Сталина было изгнание коварной Англии, которой он никогда не доверял, с Ближнего Востока. Между прочим, Россия внесла свой вклад в территориальную целостность и независимость США. Когда в 1861 г. Британия оказывала активную помощь стремящимся отделиться южно-американским штатам под эгидой Конфедерации, Россия поддержала демократический Север США и послала к американским берегам 2 мощные эскадры кораблей под командованием адмиралов С.Лесовского и А.Попова. Россия спасла также Финляндию, которая до 1809 г. была бедной и эксплуатированной окраиной

Шведского королевства. А СССР способствовал национальному освобождению 13 странам, позднее- созданию объединенной Германии. Кстати, И.Сталину, как и другим авторитарным лидерам страны до него и после него, не нужными оказались соратники, а нужны были только помощники, способные четко выполнять принятые лидером решения. Именно тогда, в дополнение к уже имеющимся государственным порокам, в стране окончательно сформировались единоначалие, автократия, вседозволенность, жесткая вертикаль управления, что не смогло преодолеть коррупцию, уход от ответственности, от достаточно прогрессивной на бумаге Конституции СССР, разработанной Н. Бухариным, и т.д. На Сталина было совершено семь попыток покушений и несколько странных аварий, но все они были предотвращены сотрудниками советских спецслужб. Конечно, Сталина беспокоила личная безопасность, но главным для него было не свернуть с пути ускоренной индустриализации страны, для чего, как он считал, все средства хороши. Возникает вопрос, видело ли ближайшее окружение, что Сталин был параноиком, мстительным деспотом, страдающим манией преследования и одновременно манией величия и садистскими наклонностями? Или они только восхищались сталинской гениальностью и прозорливостью? Да, Сталин был злым, коварным, но гениальным и потому во много раз более страшным. По коварству и двусмысленности он превзошел даже Макиавелли. На протяжении многих лет среди лучших и самых знаменитых людей России опрошенные неизменно почему-то называют И.В.Сталина, хотя в сталинское время жить бы сами никак не хотели, 49% опрошенных осуждают чинимые тогда репрессии и считают, что их никак и ничем нельзя оправдать (правда, 43% полагают, что репрессии помогали сохранять порядок в стране), далее называют А.С.Пушкина и В.В.Путина, затем В.И.Ленина, Петра Первого, Ю.А.Гагарина, Л.Н.Толстого, Г.К.Жукова, Екатерину Вторую, М.Ю.Лермонтова. Понятно, почему это происходит, люди пока повсюду видят отсутствие справедливости, не чувствуют себя защищенными, видят колоссальные неравенства в доходах и возможностях, не ощущают социальность нынешнего государства, не видят руки, управляющей страной. Кстати, о Гагарине и его гибели вместе с опытным Сергиным придумана история о том, что их самолет, выходя из низкой облачности, совершил резкий маневр и, пикируя, случайно врезался в землю вблизи деревни Новоселово Киржачского района Владимирской области. Но рассекреченные тома правительственной комиссии прямо указывают на взлетевший с аэродрома Жуковский истребитель СУ-15, который совершил неосторожный маневр, приведши й к срыву в штопор самолет первого космонавта. Если в стране в 2001 г. негативное отношение к Сталину высказывали 43% опрошенных, то в 2018 г. их число снизилось до 12%, а доля положительно относящихся за время правления Путина возросло с 12 до 30%, да и то эти данные неполные. За годы пребывания у власти (по результатам опросов) В.В.Путину удалось: вернуть России статус великой уважаемой державы, стабилизировать обстановку на Северном

Кавказе, удержать страну от распада и преодолеть сепаратистские настроения, повысить зарплаты, пенсии и стипендии, вернуть Крым и многое другое. Но не удалось: обеспечить справедливое распределение доходов, устранить неравенство в доходах и возможностях, преодолеть кризис в экономике страны и остановить спад производства, установить социальную справедливость во всех сферах общественной жизни и т.д. Сталину нередко приписывают фразы, цитаты и выражения, которые он не произносил и они ему не принадлежали. Например, «Нет человека - нет проблемы». Придумавший эту фразу писатель Анатолий Наумович Рыбаков считал, что это был сталинский принцип. Или другая фраза: «Смерть одного человека - трагедия, а смерть миллионов - статистика», которая появилась в романе «Черный обелиск» Эриха Марии Ремарка. Сталин не изобретал и управленческий принцип «Незаменимых у нас нет», появившийся во время президентской компании в США в 1912 году, хотя в докладе на 17-м съезде ВКП (б) в 1934 г. он сказал: «Эти вельможи (высшие партийные и советские чиновники) думают, что они незаменимы...» и отсюда следовал другой принцип «Кадры решают всё».

Интересно, что в декабре 1924 г. в буржуазной и весьма далекой от демократических ценностей Эстонии был поднят спровоцированный большевиками мятеж и созданные при поддержке СССР боевые группы подорвали железнодорожные мосты, чтобы помешать переброске воинских частей, по традиции захватили Главпочтамт, Балтийский вокзал, аэродром и несколько воинских частей при поддержке некоторой части населения, имевшей определенные претензии к своей власти. Правительству с помощью лояльных войск удалось подавить восстание, после чего началась кровавая расправа, расстрелы активистов, виселицы, облавы, каторга и т.п. Поэтому «добровольное воссоединение» Эстонии пришлось отложить до 1940 года. Вообще Россия была центральной республикой в СССР и помогала всем остальным с тем, чтобы Прибалтика приближалась бы по уровню жизни к ее западным соседям (для всей страны это была как бы заграница), чтобы в Грузии, которая добровольно вошла в состав Российской империи в 1801 г., потребление превышало производство в 4 раза, чтобы вытянуть республики Средней Азии из байско-феодальной системы, возродить национальную культуру и создать там уникальную систему образования, чтобы продукция из всех союзных республик не уходила бы за рубеж, где она, кроме нескольких статей экспорта, была никому не нужна (и тогда, и теперь), а распределялась бы внутри страны, что обеспечивало высокую занятость, выплаты зарплат и пенсий (пусть и не очень больших). Кстати, в Грузии за ту же самую работу зарплата была в 2-2.5 раза выше, чем в других местах, там было сильно развито кооперативное движение, подпольное производство, строились большие личные дома, благодаря И. Сталину была создана своего рода экономическая зона и т.д. Все изложенное создавало в республиках иллюзию возможного самостоятельного и безбедного существования в отрыве от всей страны, хотя хозяйственные, семейные и другие связи и отношения не имели границ внутри единой большой страны. Например, на

Украине вроде было все необходимое для небедного существования: плодородная и урожайная земля, засеянная рожью, пшеницей, кукурузой, овсом и гречкой, благоприятный климат (в мае там вовсю цветет сирень и люди одевались по-летнему, а в Москве у сирени только набухают почки и люди кутаются в теплые куртки), развитое животноводство, в том числе выведенная в заповеднике Аскания-Нова (Херсонская область) академиком Ивановым украинская степная белая свинья, птицеводство и крупный рогатый скот, дрогобычская нефть, донбасский уголь, карпатский лес, газ из газопровода «Дружба», мощная металлургическая, машиностроительная, авиационная и другие виды промышленности, доменное производство, развитая сеть железных дорог и других транспортных сообщений, полноводные реки, горные и морские курорты, нормальные люди- труженики и т.д. Там казалось, что эти все богатства регулярно отбирает Москва, и под влиянием западных соседей и западных украинцев, только что вошедших в состав СССР, развились сепаратистские настроения и сейчас в Украине хозяйничают не более 10- 15% националистов, разрывающих все исторически установленные связи с Россией. Тем не менее, по данным Укрзалізниці в связи ликвидацией прямых авиарейсов с Россией нагрузка на сохраняющееся железнодорожное сообщение возрастает и поезд Львов-Москва-Львов перевозит 87 тысяч пассажиров, поезд Киев-Москва-Киев-64 тысячи, поезд Киев-Санкт-Петербург- Киев- 17 тысяч. Несмотря на все запреты со стороны украинской власти, сообщения продолжаются.

Галиция (территория на Западе Украины с центром во Львове) всегда была на задворках австрийской империи и Польши, этим сильно тяготилась и именно там украинская национальная идея приобрела агрессивный и воинствующий характер под лозунгом «Все люди-братья, но поляки, москали и евреи- враги нашего народа», чему способствовала принадлежность к униатской греко-католической церкви, не признанной в остальных районах Украины и в царской России. Созданная на короткое время после февральской революции 1917 г. Центральная Рада во главе с историком М.Грушевским сформировала правительство под председательством драматурга В.Винниченко, который при нейтральной позиции Центральной Рады был ярким сторонником сближения с Россией. По компромиссу с Временным правительством под управление украинской власти тогда отошли только 5 губерний: Волынская, Подольская, Полтавская, Киевская и Черниговская. 7 июля 1917 г. завершил свою работу Первый Всероссийский съезд Советов рабочих и солдатских депутатов, который избрал постоянно действующий орган- Всероссийский центральный исполнительный комитет Советов рабочих и солдатских депутатов (ВЦИК) во главе с меньшевиком Чхеидзе. Всего в состав этого органа из 320 человек вошли 123 меньшевика, 119 эсеров, 58 большевиков, 13 социал-демократов и 7 представителей прочих партий. Кроме того, съездом была принята резолюция, не предоставляющая Украине права на самоопределение. На следующий день в Петрограде против этого решения состоялась манифестация украинцев с оркестрами, флагами, песнями и лозунгами «Слава Центральной Раде», «Хай

живэ вільна Украина». Параллельно в Киеве происходят массовые волнения из-за плохого снабжения города продуктами питания. И уже 9 июля того же года Украинская Центральная Рада приняла декларацию о полном отмежевании от Петрограда. На декабрьском съезде советов в Харькове все решения Центральной Рады были отменены, провозглашена Украинская Народная Республика Советов, вошедшая в состав РСФСР, и было создано новое революционное правительство, признанное российским Совнаркомом. Потом вскоре Центральная Рада была ликвидирована и Украина так и не стала самостоятельной. Сейчас на Украине, где 80% граждан говорят на русском языке, искореняется русский язык, фильмы и песни нелепо переводятся украинский, а в Латвии русскоязычных людей 44% и там предлагают для русских ввести отдельные места в автобусах, в предприятиях общепита и т.д., что является типичным национализмом и напоминает расовую и национальную сегрегацию и дискриминацию. Возникновение новых самостоятельных и независимых государств отразилось на всех отраслях народного хозяйства страны, включая железнодорожный транспорт и «разорванные» железнодорожные пути. Украина и ее власти представляют сейчас угрозу для России, а особенно, в перспективе, поскольку украинских детей активно готовят в нацистском плане, а в детских лагерях (по типу гитлер-юргенд и детских лагерей террористов ИГИЛ) учат воевать и убивать и, прежде всего, москалей. И с этим нужно что-то срочно делать, не запускать уже однажды нами пропущенный процесс искоренения всего русского из украинской жизни и развития нацистских настроений. Теперь начался новый процесс отлучения народа от веры, отделения украинской церкви от русской православной путем создания на Украине единой поместной автокефальной церкви с захватом храмов УПЦ Московского патриархата. Это следует из заявления П.Порошенко и Верховной рады.

Катастрофически теряют население Прибалтийские республики. Например, численность населения Литвы уменьшилась с 1991 г. на 1 млн и составляет 2,8 млн человек. Сейчас в Англии появились целые районы с литовцами, не собирающимися возвращаться обратно, где они работают разносчиками пиццы, официантами, посудомойками, подметальщиками, сиделками и т.п. При этом в Литве относительно не малая средняя зарплата (700 евро или 49 тыс. руб.), средняя пенсия (300 евро или 21 тыс. руб.), а бюджет страны на 30% дотируется из Европейского союза. Из оставшихся, 20% молодых людей готовы уехать из страны прямо сейчас, а 30%-немного погодя. Страна пустеет и примерно такая же картина, но в меньших масштабах, характерна для Латвии и Эстонии. Особенно много людей ежегодно теряет Украина. Кстати, так до сих пор и не реабилитированы ингерманландцы, упоминать о которых в СССР было запрещено. Речь идет не об ижорцах, живших по обе стороны Невы, а об их землях, куда шведы переселили две финские этнические группы- эвремейсов и савакотов. Смешавшись с ижорцами, эти православные люди говорили на финском языке. Они стали считаться неблагонадежными после того, как поддержали белогвардейскую армию Юденича, наступавшую на Петроград. С началом

ВОВ ингерманландцы подверглись массовым репрессиям, их школы, газеты и театры были закрыты и они в срочном порядке были переселены в Архангельскую область. Финляндия и СССР претендовали на десятки тысяч ингерманландцев и в итоге подавляющее их большинство поселили в Карелии, а многочисленные переселения привели к растворению этноса.

Самостоятельными стали и Центрально-Азиатские республики, возникшие на территории бывшего Туркестана, завоеванного царской Россией (генерал-губернатор К.Кауфман), а узбекские государства (Хивинское ханство, Бухарский эмират, Кокандское ханство) покорил к 1875 г. генерал-майор М.Д.Скобелев, будущий герой Шипки-Шейново и Плевны в Болгарии, т.е. борьбы за освобождение болгар от турецкого почти 500-летнего владычества. Сейчас кадровый резерв терроризма находится не на Северном Кавказе, а в Киргизии, Таджикистане и Узбекистане, где 25 млн молодых людей не могут найти работу и им хочется куда-то выплеснуть свою энергию. Они едут не в Сибирь или на Дальний Восток, а в обе столицы России, предварительно обработанными лидерами запрещенной в России преступной исламской группировки.

Основы взрывоопасной и центробежной ситуации в стране заложил еще В.И.Ленин, когда республики формировались по национальному принципу с правом нации на самоопределение и им придавались близлежащие смежные территории. Взрывной характер этой политики проявился спустя десятилетия. Вот и досамоопределялись. Почему так получилось, что некоторые государства добровольно входили в состав царской России, видя в ней свою защитницу, а с распадом СССР разбежались в разные стороны, и куда исчез «дружбы народов надежный оплот»? Аналогичным образом развалилась и Югославия, административно выстроенная по подобию СССР по национальному и религиозному принципу. Республики в СССР следовало бы тогда создавать по территориально-хозяйственному принципу, как это было в США и в других федеративных государствах. Вообще хозяйственные, административные и другие разломы, в том числе семейные происходят вокруг страноведческих катастроф, когда трансформируются или разрушаются государства. Так было раньше, так продолжается и теперь. В качестве примера можно привести семью князя А.М. Бердяева, жившей в небольшом провинциальном городке Обухове под Киевом. Двое его сыновей окончили там же частную коллегия (4-х классовую гимназию), где в библиотеке работал Иван Франко, а одним из выпускников которой был А.Богомолец, но во взрослом состоянии пути братьев кардинально разошлись. Николай Бердяев стал известным русским философом, а Сергей Бердяев, владеющий 15 языками, считал себя украинцем и был поэтом, публицистом и переводчиком. Им написано свыше 500 стихотворений, в том числе 100- на украинском языке. В качестве примера приведем строфу, не нуждающуюся в переводе:

Молися, сину, за Україну,  
Молися, сину мій,  
Щоб Бог підняв її з руїни,

Щоб дав Він волю їй.

Иначе говоря, даже родные братья относят себя к разным этническим группам, что подтверждает единство русского и украинского (и белорусского) народа. По многим семьям прошла линия разлома, что достаточно выпукло показано А. Толстым в его романе «Хождение по мукам», но сейчас разлом с Украиной находится на уровне государственности, хотя украинская власть активно и целенаправленно пытается расколоть наш единый народ. Разлом может происходить даже в разные периоды жизни одного и того же человека. Взять, к примеру, одного из императоров Римской империи Гая Юлия Цезаря Августа Германика по прозвищу Калигула (первое столетие новой эры), который вначале проводил либеральные реформы: раздал долги, отменил налог с продаж, строил не только дворцы, но и общественно полезные здания, акведуки, дороги, восстановил права сената, разрешил выборы магистратов и т.д., но потом превратился в безумного, жестокого и кровавого диктатора, живя по лозунгу *Oderint dum metuant* (Пусть ненавидят, лишь бы боялись).

В 1990-х годах потребовались значительные усилия для преодоления центробежных настроений и тенденций в России, когда территории, входящие в ее состав, хотели воспользоваться неразберихой и как бы стать самостоятельными. Русский народ, как понятие собирательное из многих национальностей, по своей природе миролюбивый, трудолюбивый, не агрессивный и устойчивый к неблагоприятным внешним воздействиям. Чтобы раскачать русских людей, нужно очень сильно постараться. Но тогда их остановить будет трудно, особенно когда речь идет о защите своего дома и своей семьи. Ведь русский народ в принципе готов пожертвовать собой ради спокойной жизни для своих детей. Поэтому лучше русских людей не дразнить и не нападать на них. В этом отношении русский народ действительно сродни повадкам медведя. Кстати, изучение истории может недоброжелателей и потенциальных агрессоров многому научить. Вообще, и это важно, на русском языке говорят сейчас не менее 300 миллионов человек и по своей распространенности он занимает высокое место в мире после английского и китайского, значительно опережая испанский, немецкий, французский и другие языки.

Восстановление разрушенного железнодорожного здравоохранения как системы началось еще до окончания войны и произошло очень быстро ценой огромных усилий. Для восстановления железных дорог и разрушенной войной промышленности требовались большие объемы электроэнергии. Вот почему в Калужской области в районе Обнинска, ставшего потом первым наукоградом в стране, уже 26 июня 1954 года была запущена первая в мире атомная электростанция, идеологами которой были академики П.Капица, И.Курчатов, Д.Блохинцев, А.Александров и Н.Доллежалъ.

К 1960 г. число больничных коек на железных дорогах по сравнению с 1945 г. выросло в 2 раза, число здравпунктов- в 1.6 раза, число ФАПов- в 1.7 раза. Среди больниц были не только общеклинические и многопрофильные, но и специализированные: туберкулезные, детские, инфекционные и

психиатрические. Число аптек достигло 642, аптечных пунктов разных категорий-1295 при общем числе занятых в аптечной железнодорожной сети в 6035 человек, в том числе 3166 фармацевтов. Что характерно, этот рост носил не только экстенсивный характер, т.е. шел процесс увеличения количества, но и интенсивный характер, т.е. отмечалось улучшение качества работы. За 25 послевоенных лет число больничных коек возросло почти вдвое, число здравпунктов выросло на 524, а ФАПов- на 658. К 1990 г. функционировала 671 больница со средней мощностью в 183 койки. Среди больниц больше всего было узловых (средняя мощность- 135 коек), затем отделенческих (средняя мощность- 290 коек), линейных (средняя мощность- 50 коек) и дорожных (средняя мощность-640 коек). Центральные больницы располагали в среднем 670 койками. Кроме того, в составе сети железнодорожного здравоохранения находились туберкулезные больницы для взрослых (среднее число коек- 120), инфекционная больница для взрослых, психиатрическая больница на 220 коек, физиотерапевтические больницы (среднее число коек-185), диспансеры со стационарами (в среднем- на 135 коек). Поскольку в составе прикрепленного контингента были женщины и дети, то в сети медицинских учреждений насчитывалось 30 детских общесоматических (в среднем- на 146 коек), туберкулезных (в среднем- на 70 коек) и инфекционных (на 60 коек) больниц и 4 родильных дома (в среднем- на 75 коек). Сразу следует сказать, что самостоятельные родильные дома- это советское изобретение и появились они тогда, когда матерей и новорожденных нужно было оградить от гуляющих по стране эпидемий. Но в последующем выяснилось, что в дородовом, родовом и послеродовом периодах могут быть разные осложнения, требующие, скажем, экстренных хирургического вмешательства. И потому в развитых странах родильные отделения входили в состав крупных многопрофильных больниц, что позволило снизить материнскую и младенческую смертность. Всего в железнодорожном здравоохранении было более 670 больничных учреждений. Кроме того, функционировали поликлиники и амбулатории, отдельные кабинеты, лаборатории и отделения, передвижные амбулатории, стоматологические, рентгеновские и флюорографические установки, всего в количестве 5450 единиц.

Новые больницы размещались либо в специально построенных зданиях, что было тогда редкостью, либо в приспособленных помещениях, первоначально предназначенных для другого назначения.

Перед распадом СССР система здравоохранения Министерства путей сообщения располагала достаточно мощной и современной базой лечебно-профилактических учреждений, на долю которых приходилась существенная часть от здравоохранения всей страны. По сути это была самая крупная часть ведомственной медицины, представляющая собой как бы общую систему здравоохранения в мини варианте, но по оснащению, и уровню работы превосходившую общую сеть. В этот период медицинская помощь оказывалась 2.7 млн работающих железнодорожников, а всего- почти 7 млн прикрепленного населения. Были места, где общая сеть здравоохранения не

имела своих лечебно-профилактических учреждений и тогда проживающим там людям медицинскую помощь оказывало железнодорожное здравоохранение. Было немало попыток либо ликвидировать железнодорожное здравоохранение, либо передать его в общую сеть, вплоть до обсуждений в Государственной Думе и в Правительстве. Однако в силу имеющей место выраженной специфики и уникальности работы железнодорожного транспорта с профессиональными и производственно обусловленными заболеваниями, специальной подготовкой медицинских кадров и высокой степенью ответственности за медицинское обеспечение безопасности движения, за жизнь пассажиров и сохранность материальных ценностей общая сеть не рискнула взять эти функции с ответственностью на себя и авторитетным руководителям железнодорожного здравоохранения удалось отстоять право на самостоятельное существование. Сюда можно добавить высокое психоэмоциональное напряжение работников транспорта, напряжение слуховых и зрительных анализаторов, умение быстро реагировать и принимать мгновенные решения, вредные и опасные производственные факторы шума, вибрации, пыли, влияние токсических химических веществ, сменной работы, неблагоприятного микроклимата, стрессовых нагрузок, изменение биоритмологии и т.д. Между прочим, за последние 10 лет распространенность в мире депрессий выросла на 18%, причем корнями во многих случаях депрессии уходят в детский и подростковый стресс, что не сложно выявить при тщательно собранном анамнезе жизни. ВОЗ оценивает ежегодные потери от депрессии в 1 трлн. долларов. В России, по данным ВОЗ, депрессией страдают почти 8 млн. человек, т.е. 5.5% населения. Эта проблема хоть и в гораздо меньшей степени, но не миновала и контингент железнодорожников. Одним из факторов риска локомотивных бригад является недостаток сна. Согласно последним исследованиям по заказу компании Pura Global, опубликованным в 2017 г. в журнале Gulf News, только 12% людей в мире спят рекомендованные 8 часов, 25% опрошенных связывают плохой сон со стрессом на работе, а 13% вообще спят менее 5 часов. По данным специалистов университета Иллинойса (США) бессонница заставляет людей видеть мир в негативном свете. На это нужно обратить особое внимание при проведении предрейсовых медицинских осмотров. Все это также относится к специфике научных исследований и организации профилактической, лечебной и реабилитационной помощи.

В состав системы здравоохранения МПС СССР входили 372 больницы с числом больничных коек в 60 тысяч, 706 амбулаторно-поликлинических учреждений с числом посещений -128 тысяч в смену, 917 ФАПов, 1263 здравпункта, 294 медицинских пунктов на вокзалах, 70 комнат матери и ребенка, 82 отделения и 16 станций переливания крови, свыше 200 центров санитарно-эпидемиологического надзора, ряд пункта неотложной помощи. Свыше 1 млн пациентов ежегодно проходили через железнодорожные больницы, в том числе свыше 70% железнодорожников и членов их семей. Из 6 млн. пациентов, лечившихся в амбулаторно-поликлинических учреждениях, более

60% приходилось на железнодорожников и членов их семей. Специализированная медицинская помощь по 32 специальностям организована в многопрофильных больницах. Даже в лечении больных железнодорожников присутствовала своя специфика, обусловленная необходимостью сохранения и восстановления профессионально значимых психологических функций. Кроме того, создан ряд функциональных центров новых медицинских технологий. Медицинская (диагностическая и лечебная) помощь прикрепленному населению, проживающему вдали от медицинских учреждений, осуществлялась в линию передвижными медицинскими формированиями: передвижными поликлиниками и амбулаториями, стоматологическими кабинетами, флюорографическими установками, мобильным диагностическим центром. Штатная численность всех учреждений железнодорожного здравоохранения насчитывала 158 тысяч должностей, в том числе 29.4 тысячи должностей врачей и провизоров. На базе центральных, дорожных и отделенческих больниц развернуто 75 кафедр разных вузов, что позволяет работникам больниц повышать уровень своих знаний и квалификации. Готовили кадры для железнодорожного здравоохранения 2 медицинских колледжа и 11 медицинских училищ, входящих в состав МПС, на 5 тысяч учащихся по 8 специальностям. В этот же период в связи с дефицитом финансовых средств начата реорганизация линейных больниц путем их присоединения к узловым или отделенческим больницам. В структуру ГУП «Желдорфармация МПС» входили 18 аптечных складов, 401 аптека, 730 аптечных пунктов и 18 лабораторий. Созданные 258 врачебно-экспертные комиссии (ВЭК) ежегодно проводили медицинское освидетельствование сотен тысяч работающих и поступающих на работу, определяя их профессиональную пригодность и с отбраковкой профессионально непригодных по медицинским показаниям. Для повышения качества экспертизы создан Центр профессиональной патологии и экспертизы профессиональной пригодности. На предприятиях железнодорожного транспорта было организовано 525 здравпунктов, регулярно осуществляющие предрейсовые медицинские осмотры машинистов и помощников машинистов локомотивов- ежегодно 23- 25 млн. человек, из которых 0.07%, т.е. порядка 18 тысяч по разным причинам отстранены от рейсов. При этом количество предрейсовых медицинских осмотров приходится в среднем 150 раз в году в расчете на одного работающего. Органы санитарного надзора участвовали в аттестации рабочих мест, осуществляли гигиенический контроль и гигиеническую сертификацию, проводили текущий и предупредительный санитарный надзор, организовывали работу 37 пограничных санитарно-карантинных пунктов, которыми осуществляется ежегодно досмотр более 65 тысяч грузовых и пассажирских составов для предупреждения завоза и распространения особо опасных инфекционных заболеваний людей животных и растений, проводили необходимые противоэпидемические мероприятия и т.д. К концу 1980-х годов еще более улучшилась материально-техническая база железнодорожного здравоохранения, созданы

крупные клинические больницы со специализированными отделениями, увеличился общий коечный фонд до 120 тысяч коек в 670 ведомственных больницах, среди которых 20% коечного фонда приходилось на клинические больницы (источник- железнодорожный справочник). Дорожные больницы (в среднем на 500-700 коек) были прекрасно оснащены современной диагностической и лечебной аппаратурой, что позволяло использовать передовые медицинские технологии, а шесть Центральные клинические больниц в Москве, по одной в Харькове и Львове (на 500-930 коек каждая) являлись лечебно-диагностическими и научными центрами, они активно сотрудничали с ведущими вузами и НИИ медицинского профиля страны. Специализированную медицинскую помощь также оказывали объединенные вместе с поликлиниками отделенческие и узловые больницы на 120-300 коек каждая. В 1991 г в системе МПС СССР функционировало свыше 1300 амбулаторно-поликлинических учреждений на 200 тысяч посещений в смену Прием вели и оказывали консультативную помощь свыше 48 тысяч врачей, в том числе совместители, в оказании необходимой помощи участвовали почти 120 тысяч медицинских работников. Совершенствовалось оказание медицинской помощи по экстренным показаниям при ликвидации аварий, крушений и других чрезвычайных ситуаций на железнодорожном транспорте и медико-профилактическая и психологическая работа в очагах катастроф. Кстати, послерейсовое восстановление всех функций, т.е. послерейсовая медицинская реабилитация перед уходом домой после работы была хорошо организована в Львовском депо (Гофман Э.Л.), где были для этого созданы необходимые условия; эти осмотры проводились постоянно, в результате чего члены локомотивных бригад возвращались в семью полностью восстановленными. Санитарно-противоэпидемическая работа проводилась 360 санитарно-эпидемиологическими станциями, большая часть которых относилась к первой категории. В сан-эпидслужбе были заняты санитарные врачи по коммунальной гигиене, гигиене труда, гигиене питания, гигиене детей и подростков, гигиене населенных мест, врачи эпидемиологического профиля (эпидемиологи, паразитологи, дезинфекторы), врачи лабораторного профиля (бактериологи, вирусологи, лаборанты), а также помощники санитарных врачей, помощники эпидемиолога, лаборанты, дезинфекторы и другие. Укомплектованность кадрами была высокой и достигала 99%. Надзорные и противоэпидемические мероприятия осуществлялись на всем протяжении железнодорожной линии независимо от административно-территориального деления, осуществлялся контроль за организацией пассажирских перевозок, за транспортировкой импортируемых продовольственных продуктов и опасных грузов, что способствовало предупреждению завоза и распространению особо опасных и других инфекционных заболеваний, противодействию терроризму с использованием биологических, химических и радиационных агентов. Практически обследовались ежегодно по три раза все положенные надзорные объекты, выявлялись отступления от проектов, при необходимости строительство коммунальных и пищевых объектов приостанавливалось, чаще всего на

Молдавской и Западно-Казахстанской железных дорогах. Строились также щебеночные, шпалопропитные, железобетонные и другие заводы, локомотивные и вагонные депо, дистанции пути, станции, грузовые дворы и т.д. и за ними осуществлялся предупредительный, а затем и текущий санитарный надзор. Обследовались коммунальные объекты, вокзалы и станции, железнодорожные составы в местах формирования, пункты экипировки и стоянки поездов и другие, водопроводы из подземных и поверхностных источников, сточные воды и качество их очистки, уровень шума, вибрации, вентиляции, населенные места, жилые дома, пищевые объекты, в том числе вагоны- рестораны, детские и подростковые учреждения, больницы и поликлиники в среднем не менее 10 раз в году, проводились исследования на отдельные инфекционные заболевания (кишечный брюшной тиф, вызванный тифозной сальмонеллой, и паратифы, дизентерия, колиты, гепатиты, дифтерия, коклюш, полиомиелит, вшивый сыпной тиф, вызываемый риккетсией Провачека, и болезнь Бриля- Циссера, т.е. рецидив сыпного тифа, менингококковые инфекции, чесотка, микозы, туберкулез), осуществлялся текущий энтомологический надзор. Регулярно обследовались работники локомотивных бригад, дошкольных и школьных учреждений, коммунально-бытовых объектов, общественного питания и торговли, работники промышленных предприятий, велась работа по гигиеническому обучению населения и многое другое. Серьезную проблему представляют собой вирусные геморрагические и другие лихорадки, клещевой боррелиоз Лайма, легионеллезы, прионная болезнь Крейтцфельда- Якоба и другие прионные болезни с амилоидными белковыми бляшками, разрушающими структуру ткани, микоплазменные инфекции или паразитарный микоплазмоз и другие.

Почти треть (30%) железных дорог проходит по территориям, где имеются очаги природных особо опасных инфекций. Все это требовало повышенного внимания со стороны сан-эпидслужбы. Проводились обследования на выявление профессиональных болезней (пылевые болезни легких, в том числе пылевые бронхиты и пневмокониозы, включая силикоз, асбестоз, пневмокониоз сварщиков, вибрационную болезнь, профессиональную тугоухость, болезнь Рейно, вегето-сосудистую дистонию, профессиональные болезни опорно-двигательного аппарата, включая остеохондроз и деформирующий спондилез с радикулопатией, и периферической нервной системы, профессиональные интоксикации, профессиональные аллергозы, включая бронхиальную астму, дерматозы и другие), а также производственно обусловленных заболеваний у железнодорожников. Этим занимался, как отмечалось, Центр профессиональной патологии и экспертизы профессиональной пригодности МПС. Были организованы лечение, отдых и медицинская реабилитация железнодорожников и членов их семьи на климатических курортах Черноморского побережья Кавказа, Кавказских Минеральных Вод и других, для чего использовались санатории, в том числе вновь построенные, и дома отдыха, действовали около 100 детских оздоровительных лагерей. Важность санаторно- курортного

восстановительного лечения и послеоперационной реабилитации поняли еще в XIX веке. К 1985 г. общая сеть санаторно-курортного комплекса страны насчитывала 1.3 млн коек в 7431 организации и могла принять почти 33 млн человек. А это означало, что почти каждый работающий человек, не только железнодорожник, мог раз в году за счет профсоюза получить путевку для восстановления здоровья и трудоспособности. Сейчас в стране 67% санаторно-курортных организаций находятся в частном владении и по своей цене путевки являются недоступными для обычных граждан. И это несмотря на значительную потребность в восстановительном лечении после выписки из стационаров. В этом отношении железнодорожники имеют гораздо большие возможности для санаторно-курортного лечения и отдыха. К сожалению, в разных источниках (статистические справочники и научные публикации) показатели развития железнодорожного здравоохранения и оказываемых объемов медицинской помощи не всегда полностью совпадают, однако тенденции поступательного развития сохраняются. Во главе всей медицинской службы находилось врачебно-санитарное управление МПС вначале СССР, а потом Российской Федерации в составе отделов: лечебно-профилактического, санитарно-эпидемиологического, экономического, строительного и оперативной работы, кадров и спецработы, медицинской статистики, фармацевтического. В состав сети медицинских учреждений входили Центральные больницы и поликлиники, сетевой центр санитарно-эпидемиологического надзора, специализированные медицинские учреждения, а также врачебно-санитарные службы отдельных железных дорог с лечебно-профилактическими, санитарно-эпидемиологическими и аптечными учреждениями дорожного, отделенческого, узлового и линейного уровней. Благодаря выдающимся организаторам и руководителям Центрального управления врачебно-санитарной службы – ЦУВС (Барсукову М.И., Сергееву А.А., Лежневу Н.Д., Мельнику С.Ф., Сибилеву В.М., Сорокину О.Н., Вильку М.Ф. и другим) железнодорожное здравоохранение активно развивалось и финансировалось не так как общая сеть – по остаточному принципу, т.е. от того, что осталось от финансирования обороны и тяжелой промышленности, поскольку образование, здравоохранение, культура, искусство и наука были не в приоритете у власти. Железнодорожное здравоохранение на этом фоне выглядело относительно благополучным. Помимо бюджета МПС на ежегодном совещании главных инженеров всех железных дорог решался вопрос о том, какая часть прибыли пойдет на развитие здравоохранения. Конечно, все были заинтересованы в укреплении своих дорожных больниц. В результате железнодорожные клиники были гораздо лучше оснащены, в них работали (или их консультировали) лучшие отечественные специалисты и попасть на лечение в железнодорожную больницу считалось весьма престижным делом. Даже из этого краткого представления прослеживается огромный объем работы, проводимой службами железнодорожного здравоохранения. В любой другой небольшой стране это было бы самостоятельное министерство здравоохранения, а начальник врачебно-санитарного департамента-

министром здравоохранения. Но с распадом СССР остро встал вопрос о финансировании всего здравоохранения и применимые только к экономике и сфере обслуживания рыночные подходы, к сожалению, распространились и на социальное здравоохранение, которое должно не зарабатывать деньги любой ценой, а помогать людям и потому должно быть полностью под бюджетной протекцией государства. Пускай даже не всё, но хотя бы его наиболее значимая для страны часть. На железнодорожном транспорте это, безусловно, медицинское обеспечение безопасности движения поездов, текущий и предупредительный санитарный надзор, эпидемиологический контроль, медицинское обеспечение последствий катастроф и чрезвычайных ситуаций, предупреждение профессиональных заболеваний. В результате все здравоохранение было переведено из социальной сферы в экономическую среду и довлеющим мотивом стала рентабельность. Эта, так называемая «оптимизация» здравоохранения, привела к массовому закрытию больниц (за последние 15 лет - в 2 раза до 5.4 тысяч), к ликвидации 27.5% (на селе - почти 40%) больничных коек, к закрытию 12.7% поликлиник и амбулаторий, к сокращению медицинских кадров, к падению качества медицинской помощи, к неэффективной для России системе ОМС. До 2018 года планируется сокращение числа больниц еще на 11,2%, числа поликлиник на 7,2%, а все ФАПы, что является полной утопией, будут замещены на офисы врачей общей практики. Ведь, как минимум, 11 тысяч поселений расположены сейчас более, чем в 20 км от ближайшего медицинского учреждения, где есть хоть один врач. И это официальные данные, действительность выглядит намного непригляднее. Если эти негативные темпы и тенденции сохранятся, то к 2022 году по количеству больниц мы достигнем уровня 1913 (!) года, чего, вероятно, медицинские чиновники и добиваются. В противовес победным реляциям Минздрава РФ регулярно публикуют разоблачительные аналитические обзоры положения дел в здравоохранении Счетная палата РФ и средства массовой информации - Общая газета, Аргументы недели, Ведомости, Коммерсант, Новая газета и другие. Например, Общая газета опубликовала в конце 2016 г. статью «Минздрав предупреждает: лечение опасно для вашего здоровья», 14 марта 2017 г. под названием «Неизлечимая форма вранья», в которой правильно говорилось о том, что при росте смертности не может идти речь об увеличении ОПЖ, приводились случаи предотвратимой смерти младенцев, ставился вопрос о качестве прививок, подчеркивалось снижение доступности медицинской помощи, ставился вопрос о целесообразности ВМП и телемедицины, но не вместо обычной медицинской помощи, разбиралась ситуация с зарплатой врачей. На местах указы Президента РФ о повышении зарплаты врачам и среднему медперсоналу выполняют, в основном, путем их массового сокращения и добавлением денег остающимся. По данным Счетной палаты РФ и Общероссийского народного фронта поручения Президента РФ оказались выполненными только на 15%, хотя Правительство настаивает на их выполнении в пределах 70%. Самыми высокооплачиваемыми медицинскими специалистами в России являются

главные врачи и венерологи, а в США- ортопеды, пластические хирурги, кардиохирурги и ортодонты (Medscape Physician Compensation Report 2017). Конечно, уровень зарплат медиков четко привязан к минимальному окладу в стране. Из минимальных ежемесячных зарплат в странах Евросоюза самыми высокими оказались в Люксембурге (2000 евро), Нидерландах, Бельгии и Германии, а самыми малыми- в Румынии (275 евро) и Болгарии (235 евро). Исходя из всех изложенных выше тенденций, в России были практически полностью похоронены прогрессивные семашкинские принципы здравоохранения, к которым мы еще вернемся, по стране прокатилась волна так называемой «оптимизации», заключающаяся в сокращениях числа медицинских учреждений (или их укрупнении) и медперсонала, что сделало медицинскую помощь гораздо менее доступной при относительно не высоком ее качестве. Недавний пример пришел из Екатеринбурга 14 марта 2017 г., где в семи административных районах города намерены закрыть муниципальные больницы из-за отсутствия средств по действующим нормам, и начатое в области укрупнение медицинских учреждений докатилось и до больших больниц в областном центре, чему способствовали переход на одноканальное финансирование, избыточные административные штаты, неэффективное расходование средств, простаивание медицинского оборудования и т.д. Об этом же также четко свидетельствуют объективные опросы мнений пациентов, для которых, а не для медицинских чиновников, и предназначено всё здравоохранение. Отсюда возникают задачи возрождения приоритета железнодорожного здравоохранения и распространения его на все виды транспорта. Кстати, и сама железнодорожная отрасль, обеспечивающая жизнеспособность и безопасность всей страны, также должна оставаться государственной. В конце 1990-х годов детально рассматривались три варианта реформирования железнодорожного здравоохранения:

- 1) Обслуживание только работающих на железнодорожном транспорте (по принципу МСЧ закрытого типа);
- 2) Обслуживание железнодорожников и лиц, определенных тарифным соглашением;
- 3) Обслуживание железнодорожников и членов их семей, а также лиц по тарифному соглашению (с территориальным населением).

Предполагалось, что во всех трех вариантах сеть учреждений здравоохранения претерпит изменения в сторону сокращения мощности сети и уменьшения затрат: при первом варианте мощность сократится на 70%, число медперсонала- на 55%, число больничных коек- на 75%; при втором варианте это составит соответственно 40%, 30% и 50%; при третьем варианте с учетом мероприятий по повышению эффективности всей работы- соответственно 25%, 15% и 30% при уменьшении затрат. Из трех рассматриваемых вариантов тогда самым неудовлетворительным считался первый, который мог привести к полной деструкции железнодорожного здравоохранения и, кроме отдельных специфических функций вся медицинская помощь могла быть переведена в общую сеть, а наиболее

предпочтительным казался третий вариант, создающий определенные предпосылки для сохранения и развития отраслевого здравоохранения.

В конечном итоге, как правильно тогда считалось, должны быть в первую очередь сохранены и получить развитие те ЛПУ, которые обеспечивают безопасность движения поездов, профилактику и лечение профессиональных и производственно обусловленных заболеваний на железнодорожном транспорте, и которые могут быть частично самокупаемыми. При этом становится возможной система госзадания в виде договорных отношений дорог и ЛПУ, что особенно важно при акционировании и без бюджетного финансирования. Но даже при условии децентрализации финансирования железнодорожное здравоохранение могло сохраниться как система только при условии единого управления, единой политики по всем аспектам деятельности и единого органа управления. Хорошим примером в этом отношении являлась медицинская служба Газпрома, которая вначале формировалась стихийно, децентрализованно, из отдельных мало связанных между собой медико-санитарных частей. И только потом для создания единой системы здравоохранения Газпрома было организовано медицинское управление, постепенно преодолевающее эту стихийность. Реализация любого из предложенных трех вариантов должна была осуществляться поэтапно с учетом этапных целей и критериев их достижения (дерево целей и схема Генри Лоуренса Ганта) в соответствии с утвержденными сроками, заданиями и вехами в реформировании железнодорожного транспорта.

Отдельно нужно было научным или директивным путем решить вопрос о целесообразности содержания и развития ряда ведомственных узкоспециализированных дорогостоящих видов медицинской помощи, непосредственно не связанных ни с безопасностью движения, ни последствиями катастроф и крушений, ни с профессиональными условиями. Мировой опыт свидетельствует, и это дальше будет показано, о том, что при достаточном и, главное, правильном развитии относительно дешевой ПМСП, потребность в узкоспециализированной дорогостоящей медицинской помощи значительно снижается.

Однако самым оптимальным для ведомственного здравоохранения и прикрепленного населения мог бы стать не попавший в разработку четвертый вариант, при котором отраслевое здравоохранение сохраняет государственный характер и остается в системе МПС. К положительным аспектам такого варианта можно было отнести наличие стабильного бюджетного финансирования (15% от всех источников), так как при акционировании этот источник полностью исчезает, а также участие в системе ОМС при сохранении налоговых и других льгот и послаблений. Таким образом, за счет бюджета поддерживались и развивались бы основные средства, на деньги ОМС обслуживалось бы прикрепленное население, а на отчисления от прибыли дорог по договорам обслуживалось бы прикрепленное население. Этот вариант мог бы стать самым удачным для дорог, для железнодорожников и для ОАО «РЖД», т.к. с последнего снимается ответственность и заботы по содержанию железнодорожного

здравоохранения. А это очень большая и значимая социально-экономическая ответственность. При этом сохраняется пока достаточная для нормального функционирования и развития финансовая база, в том числе средства бюджета, ОМС и по договорам с дорогами, а также платные медицинские услуги, которые по рекомендации ВОЗ не должны превышать 10% от всех источников финансирования, т.е. медицинские учреждения не должны превращаться в доходные предприятия, извлекающие прибыль от лечения, а находиться под протекторатом государства (общества). Однако и при этом варианте необходимо было провести реформирование здравоохранения по подобию третьего варианта, повышая эффективность и качество работы, снижая издержки, убирая перекосы в развитии отдельных видов помощи, сокращая неиспользуемые мощности и усиливая работу по медицинскому обеспечению безопасности движения, профилактике и оздоровлению работающих. Кроме того, имевшийся в начале 1990-х годов опыт показал, что принципиально неверно и даже вредно отрывать санэпидслужбу от лечебно-профилактической помощи и делать ее полностью независимой и самостоятельной, поскольку основой охраны здоровья является профилактика и здесь эти две службы должны быть взаимосвязанными и действовать согласованно. Совместная и тесная работа этих служб, находящихся под единым управлением, крайне необходима при возникновении инфекционных и особо опасных заболеваний, при проведении противозидемических мероприятий, при аварийных и чрезвычайных ситуациях и т.п. Более того, при их разъединении лечебно-профилактическая сеть была вынуждена создавать свои дублирующие эпидемиологические структуры, что являлось не только иррациональным, но и затратным делом. Подчеркнем еще раз серьезную ошибку, связанную с попыткой отделить эпидемиологический контроль от санитарного надзора. Другое дело, когда все надзорные органы объединятся, поскольку надзор- это выраженная полицейская функция государства и органы, его осуществляющие, должны быть над министерствами, а не под ними. Вообще к функциям государства, по нашему разумению, можно отнести защиту конституционного строя и Конституции страны, укрепление обороноспособности (армия и рода войск), охрану правопорядка, соблюдение принятых законов и подписанных международных договоров, обязательств и конвенций, международную деятельность, охрану и укрепление здоровья населения, демографическую и налоговую политику, массовое образование, социальную поддержку, контроль за системами, обеспечивающими национальную безопасность, жизнеобеспечение и территориальную целостность страны, установление правил для развития рыночных отношений в стране, контроль за некоторыми приоритетными направлениями и проектами и т.д. При этом каждая из обозначенных функций должна иметь соответствующие структуры и оценочные критерии.

Из изложенного ранее можно сделать вывод о том, что четвертый вариант реформирования железнодорожного здравоохранения являлся оптимальным по всем параметрам, а все остальные могли нанести тот или иной ущерб

здоровью контингентов и работе железнодорожного транспорта в целом. Однако, как оказалось, четвертый вариант даже не рассматривался. В процессе многочисленных дискуссий и обсуждений руководству врачебно-санитарной службы (Вильк М.Ф.) удалось настоять на втором, наименее болезненном для отрасли варианте реформирования, при котором должны были сохраниться основные ресурсы здравоохранения, хотя и предполагалась оптимизация их использования при повышении качества медицинской помощи. Однако жизнь и развивающиеся в стране и в отрасли рыночные отношения внесли свои коррективы в это решение. Дополнительных денег на развитие здравоохранения нет, хотя в стране денег много и, по свидетельству Счетной палаты, миллиарды бюджетных средств уходят просто в никуда. Правда, по величине ВВП мы занимаем 12 место после Республики Южная Корея, а темпы роста ВВП, если и есть, то серьезно отстают от желаемых, за что Росстат утратил доверие и свою самостоятельность и был передан в подчинение Минэкономразвития. Однако, по военным расходам (4.1% мировых военных трат) мы занимаем позицию в мире после США и Китая (161,7 млрд долл.), вблизи Британии и Японии, а по продаже вооружения находимся на втором месте (22% от мировых продаж). Наибольшими импортерами нашего оружия являются Индия, Алжир, Вьетнам, Китай, Турция и Иран, а наибольшую выгоду приносит продажа зенитно-ракетных комплексов С-300 и С-400, современных танков, истребителей Су-30, подводных лодок проекта 06361. Правда, и наша страна зависит от импорта не имеющего отечественных аналогов оборудования и сырья, либо их низкого качества или производства в недостаточных объемах.

В 2005 г. была утверждена Концепция развития здравоохранения ОАО «РЖД». На тот момент в железнодорожном здравоохранении еще было 269 негосударственных учреждений здравоохранения, коечная сеть составляла 35.5 тысяч коек, функционировало около 500 аптек и аптечных пунктов. Оптимизацию структуры здравоохранения тогда предполагали проводить на принципах разумной (?) достаточности, необходимости обеспечения медицинских аспектов безопасности движения поездов, оказания медицинской помощи железнодорожникам, членам их семей и пенсионерам компании, а также оказания медицинской помощи территориальному населению на основе возмещения затрат за счет внекорпоративных источников финансирования. И хотя в отдельных случаях медицинские учреждения ОАО «РЖД» дублировали деятельность государственных и муниципальных медицинских учреждений общей сети, некоторые виды помощи оказывались в небольших объемах из-за их высокой стоимости. В 2011 г. было утверждено положение о порядке задействования выездных врачебных бригад в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, где подробно расписаны привлекаемые силы и средства и порядок информационного и оперативно-тактического обеспечения ликвидации указанных последствий. Одновременно были организованы медико-санитарные поезда со специалистами, оказывающих

медицинскую помощь на самых отдаленных полустанках. Эта проблема будет всегда актуальной и даже при значительном сокращении численности больниц ее можно и нужно решать.

Теперь впору в кратком изложении представить принципы Н.А.Семашко, на которых строилось также и железнодорожное здравоохранение в стране. Некоторые экономисты-рыночники, не понимая основ и сущности системы охраны здоровья и организации оказания медицинской помощи, почему-то отождествляют указанные принципы с советским здравоохранением, что принципиально неверно, поскольку в советское время они не могли быть реализованы в полной мере. Например, принцип «широкое участие масс трудящихся в решении проблем здравоохранения» в силу своей демократичности, как элемент гражданского общества, так и остался на бумаге. И даже спустя многие годы уже в новой России этот принцип только делает первые робкие шаги в реализации. Да, здравоохранение должно быть бесплатным, равно как и медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения (по Конституции страны), но тогда, т.е. в то время, уровень развития массовой медицины был крайне низким, в том числе вследствие упомянутого ранее остаточного принципа финансирования, и существенно отличался от западных аналогов. Впервые о принципах модели Н.А.Семашко заговорили на 1 Всероссийском съезде медико-санитарных отделов в 1918 г., они прозвучали в докладе будущего, через месяц назначенного Народного комиссара здравоохранения РСФСР Н.А.Семашко и явились синтезом идей З.П.Соловьева, М.К.Первухина, М.И.Барсукова, А.Н.Винокурова, И.В.Русакова, М.М.Вечеслова, С.Ю.Багоцкого, Ю.Н.Головинского, Г.Д.Линдова-Лейтейзена. А.Н.Сысина, В.Д.Бонч-Бруевича, П.А.Кувшинникова, Н.И.Тезякова, Д.В.Горфина и других. На этом съезде были обсуждены такие принципы, как единство, бесплатность, доступность и квалифицированность. Основные идеи этой модели обсуждались и обтачивались на последующих трех съездах, начиная с 1920 г., причем, на пятом съезде (1924) речь уже шла о сельском здравоохранении, о профилактической направленности и о диспансерном методе, на шестом съезде (1927) - о планировании, ранней диагностике, организации охраны здоровья материнства и детства, на седьмом съезде новый Народный комиссар здравоохранения М.В.Владимирский выступил за единение теории с практикой и предложил вариант пятилетнего плана по развитию здравоохранения. Классическая семашкинская модель опиралась на профилактику и диспансеризацию, не на лечение болезни, а на лечение больного, для чего требовался думающий врач (врач общей практики) с развитым системным и клиническим мышлением, и этот подход имеет достаточно глубокие исторические корни, уходящие, в том числе к классикам отечественной медицины. Ведь медицина это не только ремесло с преобладанием формальных установок, но также наука, искусство и нередко профессиональная интуиция. Ремесленнический, массовый и стандартный подход является следствием развития частной и платной медицины, коммерциализации здравоохранения, когда деньги фетишизируются, а

больной рассматривается как средство для их появления. К основным принципам семашкинской модели, которые обобщили весь накопленный позитивный опыт отечественного и зарубежного здравоохранения и которые были в окончательном виде сформулированы племянником Г.В.Плеханова Н.А.Семашко (1874-1949) в 1947 г., относятся:

- государственный характер здравоохранения
- профилактическая направленность охраны здоровья
- бесплатность и общедоступность квалифицированной медицинской помощи
- единство медицинской науки и практики, профилактики и лечения
- преемственность в оказании медицинской помощи
- участие широких масс трудящихся и общественных организаций в строительстве здравоохранения и в решении его проблем.

Эти принципы были одобрены ВОЗ и рекомендованы для применения во всех странах. На этих принципах основывались и все последующие материалы ВОЗ, такие как Оттавская хартия, Люблянская хартия и другие. Они же лежали в основе железнодорожного здравоохранения нашей страны, где они оказались более полно реализованными. В развитие идей Н.Семашко и О.Бисмарка английский лорд Вильям Генри Беверидж в 1942 г. опубликовал доклад, положивший начало бюджетной модели здравоохранения, финансируемой из налогов, которая была внедрена в Англии в 1948 г. и достаточно быстро распространилась во многих странах, где напрочь отказались от рыночной и как бы «социальной» системы медицинского страхования. Достойный пример социального развития страны продемонстрировала Ливия, в которой в 1969 г. был свергнут король Мухаммад Идрис, ликвидирован колониальный строй и возникла уникальная «Джамахирия», т.е. народная власть. Благодаря национализации нефтедобывающих компаний ВВП Ливии на душу населения вырос до 14 тысяч с лишним долларов, что позволило повысить благосостояние народа, ввести доступное и полностью бесплатное образование и здравоохранение, предоставлять молодоженам бесплатные квартиры, ввести бесплатный бензин, беспроцентную банковскую ссуду, отменить плату за электроэнергию, установить пособие на ребенка в размере 7 тысяч долларов. И так было до 2011 года. Фактически в Ливии в политико-организационном плане была создана смесь из этнического национализма, планового социализма, государственного ислама и военной диктатуры левого толка и многое делалось для ливийцев. Но не эти достижения послужили поводом к агрессии в Ливию, а желание создать единую Африканскую федерацию с единой денежной единицей в виде золотого динара, поскольку запасы золота в Ливии составляли 144 тонны. А вот это была уже прямая угроза американскому доллару и по решению Белого дома вначале началась информационная война против Ливии, а затем в 2011 г. началась военная интервенция в Ливию, во время которой ее лидер Муаммар Каддафи был убит, а идея введения новой валюты в виде долларовой альтернативы похоронена. Сейчас от прежней Ливии ничего не осталось, страна оказалась полностью разоренной и разрушенной и оправдания этому нет, какие бы

аргументы не выдвигались. Уже давно во многих странах существуют безусловные выплаты всем гражданам страны, например, в Швейцарии каждому взрослому выплачивается ежемесячно 2500 долларов, а на ребенка положео-640 долларов. В Германии планирую ввести бесплатные автобусы и троллейбусы. Все это примеры внимания государства к проблемам простых людей. Возможно и у нас когда-нибудь появится безусловный базовый доход

В период существования новой России в железнодорожном здравоохранении произошли разительные перемены, преследующие, в основном, коммерческие цели, далеко не всегда корреспондирующие с интересами прикрепленного населения. Все медицинские учреждения стали негосударственными, хотя такого понятия в юридических документах не существует. Могут быть государственные и частные (коммерческие и некоммерческие) клиники. По сути медицинские железнодорожные учреждения сейчас весьма близки к автономным организациям, вот их так и следовало обозначить. В связи с экономическими критериями (выгодно-невыгодно) сеть железнодорожного здравоохранения съезжилась как шагреновая кожа: с 1994 по 2011 гг. число больниц постепенно уменьшилось в 3.4 раза, (и к 2016 году их осталось всего 103 из 397 в 1994 г.), соответственно настолько же уменьшилось и число коек в них (только за последние 10 лет число коек сократилось на 14 тысяч под предлогом их неэффективной работы), исчезли формирования, обеспечивающие медицинскую помощь в чрезвычайных ситуациях, эвакопоезда и многое другое, что казалось экономически невыгодным. А катастрофы продолжают случаться, о чем говорят недавнее происшествие на Московской железной дороге, когда столкнулись пригородная электричка и пассажирский поезд Москва-Брест в результате не соблюдения дистанции и дефектов в тормозной системе, столкновения на переездах и другие. На территориях железнодорожных вокзалов организована работа 186 медицинских пунктов, из которых 163 являются фельдшерскими и только 23- врачебными, многие из них работают в круглосуточном режиме. Все медицинские пункты являются структурными подразделениями негосударственных учреждений здравоохранения ОАО «РЖД». Правда, обеспеченность населения больничными койками снизилась в 1.7 раза, что связано со значительным сокращением прикрепленного населения и никак не соответствует потребностям работающих железнодорожников. Так, вначале уменьшили объемы медицинской помощи так называемому гражданскому населению, но его оказалось мало. Затем начали суживать медицинскую помощь членам семей, детям и женщинам и к 2015 г. число обслуживаемого населения уменьшилось до 2.4 млн. человек при соотношении работающих и членов их семей как 1 к 2.5, а число работающих на транспорте сократилось в 3 раза. Сеть медицинских учреждений на дорогах постепенно скукоживается. Практически были ликвидированы все линейные больницы, точно также как в общей сети были ликвидированы участковые и многие муниципальные больницы. Правда, отдельные крупные железнодорожные больницы пытаются пока что бесполезно прорваться на рынок платных медицинских

услуг, где уже подвизаются многие частные и даже государственные клиники и конкуренция исключительно высока. Эта же тенденция сокращения числа больниц и больничных коек характерна и для общей сети здравоохранения страны. При этом исходили из западных показателей госпитализации и обеспеченности населения больничными койками, что было принципиально неверным по следующим причинам:

-состояние здоровьям нашего населения хуже, чем в западных странах, и потому пациенты чаще нуждаются в госпитализации

-в других странах широко развита ПМСП, что позволяет значительно уменьшить нагрузку на госпитальную сеть.

-только в условиях стационара можно быть уверенным, что наши больные принимают все прописанные им назначения

-если пациентов не госпитализировать, то им нужно предоставить другие возможности- расширить объемы амбулаторной помощи, сделать ее более доступной и качественной, расширить сеть, где это возможно, дневных стационаров и т.д., т.е не оставлять без медицинской помощи нуждающихся в ней.

Действительно, больница- это место для круглосуточного наблюдения и лечения (а не лежбище) и стоимость одного дня пребывания в стационаре значительно превышает стоимость одного амбулаторного посещения. Дороже обходится только вызов скорой медицинской помощи. Анализ состава госпитализированных показывает, что почти в 30% случаев существенных показаний для направления в больницы не было, но с этими больными нужно что-то делать. Например, более 20% оперативных вмешательств в стационарных условиях можно вполне делать в условиях дневной хирургии, но для этого нужна разветвленная сеть дневных стационаров в амбулаторных условиях, максимально приближенных к местам проживания людей. Кроме того, потребность в стационарной помощи у наших людей выше, чем в западных странах, тем более, что только в больничных условиях можно гарантировать полное выполнение назначенного лечения.

Число поликлиник на железных дорогах за последние 10 лет сократилось на 23, с 1994 г. по 2011 г. исчезли станции переливания крови, частично комнаты матери и ребенка, детские оздоровительные лагеря и др., число ФАПов уменьшилось в 23.2 раза, фельдшерских здравпунктов в 1.5 раза, сокращено почти 9500 врачей и 30.5 тысяч средних медицинских работников. Не получила должного развития все более востребованная и перспективная служба паллиативной медицинской помощи. В общем, так и получается, что в советское время при наращивании мощностей врачебно-санитарной службы параллельно с развитием самих железных дорог, исходили из целесообразности и государственной заинтересованности, то после 1994 г. стали учитывать только экономические показатели, как бы потеряв интерес к прикрепленному населению. Примерно такая же картина наблюдается и при анализе санитарно-противоэпидемиологической службы, резко снизилось число надзорных объектов за счет детских, пищевых и

коммунальных объектов. Теперь органы санитарного надзора имеют право проверять подконтрольные объекты только с определенной периодичностью и с обязательным предварительным уведомлением. Отменен эпидемиологический контроль за продуктами питания (кроме детского питания), урезан и санитарный контроль. Особенно, что просто возмутительно, это все касается продуктов питания, за качество которых ответственность несет производитель, т.е. сам производит и сам себя контролирует. Вместо ранее существующих ГОСТов на состав ингредиентов теперь применяются технические регламенты на отдельные элементы, и белок до нормы можно догнать перемалывая рога и копыта, а жирность - за счет дешевого и неочищенного пальмового масла и т.д. В результате качество пищевых продуктов резко ухудшилось. А Роспотребнадзор вышел в 2017 г. с новой «инициативой», видимо, желая уменьшить объем своей работы, и предложил еще больше ограничить число плановых проверок с 2018 г. с целью снижения нагрузки на бизнес. Плановые проверки слабо влияют на ситуацию, поскольку проводятся редко и с предварительным уведомлением и проверяемые успевают к ним подготовиться. Это еще раз говорит о том, что власть, в основном, заботится об интересах олигархов и бизнеса, не обращая должного внимания на потребности обычных людей. Интересно, как на это отреагирует союз потребителей. Но обо всем этом уже написано немало. Недавним примером тому могут служить российско-турецкие переговоры. Дело в том, что наши тепличные и даже азербайджанские и другие южные помидоры, как отмечалось ранее, не идут ни в какое сравнение с турецкими, по вкусу, качеству, зрелости, внешнему виду и цене. Но вопрос о поставках томатов в Россию не был своевременно решен, поскольку российские производители набрали много кредитов и должны их со временем вернуть. Отсюда возникает 2 вопроса: почему именно такая забота о взявших кредит производителях именно томатов, а не какой-то другой продукции, и второй - ведь число тех, кто выращивает у нас томаты, не превышает 0.5% населения и, по идее, власти должны быть озабочены проблемами, потребностями и интересами остальной 99.5% части населения. Разве, не так? Здесь только добавим, что питание является одним из важнейших факторов, влияющим на здоровье людей, включая железнодорожников, и имеет непосредственное отношение к образу жизни. Усилия правительства не приносили ожидаемых результатов, достаточно вспомнить бесцветную и пустую Продовольственную программу СССР. Вот и сейчас здоровью нации угрожает продовольственный фальсификат, который власти, естественно, не ощущают. Хозяева торговых продовольственных сетей обогащаются не только за счет завышенных цен, но и низкого качества, что снижает себестоимость. И этот процесс практически без контроля. О каком уровне здоровья во всех инстанциях идет речь при таком уровне, структуре и качестве питания? В результате российского продовольственного эмбарго Евросоюз потерял 5,3 млрд евро, но Россия потеряла не меньше, так что эти санкции оказались обоюдно не выгодными. Вообще-то Россия страна парадоксов и чудес. Так, только у нас

бульдозером уничтожают пищевые продукты, когда среди ряда групп населения имеется выраженный дефицит продуктов питания, только у нас поливальные машины поливают улицы в дождь или сразу после него, только у нас при постоянном и выгодном ремонте дорог и частом переключении поребриков закрывают ливневые стоки, а во время дождя передвигаются по воде, только у нас вместо программ улучшения здоровья, как это имеет место во всем мире, создаются по распоряжению Правительства РФ программы развития здравоохранения, только у нас хирург вместо работы в больничной операционной или в дневной хирургии ведет прием амбулаторных больных в поликлиниках, что ведет к его деградации как специалиста, и т.д.

Население России составляет 146,9 млн человек, число жителей трудоспособного возраста до 2011 года росло резко стало снижаться. А это означает, что для роста производительности труда экстенсивные меры больше не работают, а требуется интенсификация производства. Соответственно растет и демографическая нагрузка на трудоспособных. Рождаемость у нас начала расти с 2000 года, в том числе за счет снижения числа аборт, а материнский капитал появился с 2007 г. Эйфория от влияния материнского капитала на рост рождаемости проходит, скорее всего эти деньги предназначены для поддержки семей с детьми. Число рождений и дальше будет снижаться параллельно снижению числа женщин до 40 лет. Как и предполагалось, рождаемость в России достигла самых низких значений, а по смертности мужчин до 65 лет Россия вышла на 1 место в Европе.

В Минздраве РФ разработаны документы, направленные на пропаганду здорового образа жизни. Кроме того, в этих документах ставится задача к 2020 г. снижения смертности от неинфекционных заболеваний на 25%, уменьшения потребления алкоголя и табака на 10%, соли- на 15%, жиров- на 30%, сахара- на 6%, сократить долю россиян, живущих за чертой бедности, на 20% (не понятно, каким образом), а также охватить диспансеризацией (видимо, периодическими профилактическими осмотрами) за три года 70% населения. По данным С.П.Ермакова (2017), изучавшего факторы риска в зависимости от потерянных лет здоровой жизни по индексу ДАЛИ, в первую шестерку факторов риска в РФ входят высокое артериальное давление, особенности питания, употребление алкоголя и наркотиков (по неполным данным ФСКН РФ в России насчитывается 8 млн наркоманов), курение, высокий уровень холестерина и повышенный индекс массы тела, т.е. избыточный вес. Далее эти факторы были увязаны с риском потерь от конкретных заболеваний. Исследования британских ученых показало, что если выпивать кружку пива в день, то СПЖ сокращается на 0,5 года, а если в сочетании с крепкими напитками- то на 5 лет. Снизилось число людей, о травившихся спиртным в России, на что повлиял комплекс мер, в том числе повышение цен на алкоголь и снижение уровня самогонварения. Регулярное потребление алкоголя увеличивает риск инфаркта на 14%, гипертонии- на 24%, сердечной недостаточности- на 9%, разрыва аневризмы аорты- на 15% Кстати, в 2016 г. ОПЖ в России достигла 71.8 года (в 2017 г.-

72,7), в том числе у мужчин- 66.5 года, у женщин- 77 лет. Кстати, такое увеличение СПЖ (ОПЖ) на 0,9 лет за год вызывает большие сомнения. Во всех странах мира ОПЖ мужчин меньше, чем у женщин со средней разницей в 5-7 лет. Эти различия обусловлены не только образом жизни, но и гендерными особенностями организма. Так, ученые из австралийского университета Монаша (Monash University, Melbourn) считают, что мутации митохондриальных ДНК, передаваемые по женской линии, влияют на скорость старения и величину ОПЖ. Влияют также и гормональные различия. Мужской тестостерон повышает уровень липопротеинов низкой плотности, что увеличивает риск инфарктов и инсультов, а женский гормон эстроген повышает уровень липопротеинов высокой плотности, что откладывает риски сердечно-сосудистых заболеваний на более поздние возрасты. На это в нашей стране в значительной степени наслаиваются имеющиеся различия в образе жизни у мужчин и женщин. Однако, женщины хотя и живут дольше, но с позиции здоровья хуже, чем мужчины, поскольку чаще и тяжелее болеют, мучаются головной болью, болями в шее, плечах, коленях и спине. Не случайно в народе говорят: женщина скрипит, но всю жизнь. ОПЖ в среднем по России составила 72,5 года (м-67,5; ж-77,4), однако есть страны, перешагнувшие рубеж в 83 года (Гонконг, Япония, Италия), и 12 стран, где ОПЖ выше 81 года. Как известно, больше, чем на 0:37 года в течение года СПЖ увеличить нельзя, однако и для этого требуется напряжение всех усилий, Поэтому при максимуме усилий за 6 лет можно достичь 75,5 лет СПД. Лжнако Президент РФ поднял эту планку еще выше- до 78 лет, что напоминает мешок с овсом, висящий перед лошадью- она зп ним гонтся, а догнать не может. Особенно разительны контрасты в ОПЖ по отдельным регионам России, и ОПЖ колеблется от 80.8 года в Республике Ингушетии и 77.2 года в Дагестане до 64.2 года в Тыве, 64.4 года на Чукотке и 65.8 года в Еврейской автономной области. Эти колебания, в основном, обусловлены различиями в смертности, которая является наиболее высокой в Псковской (17,4 на 1000 населения), Новгородской (17,1), Тверской (16,9), Тульской (16,5) и Ивановской (15,8) областях при минимальных значениях в Ингушетии (3,2), Чечне (4,8), Дагестане (5,1). В 2017 г. ушли из жизни 1,8 млн человек, что на 63,6 тысяч больше, чем в 2016 году. Вымирает Северо-Запад России и в каждой из областей этого региона должна функционировать медико-демографическая программа возрождения народонаселения. Оценка вклада в СПЖ отдельных возрастно- половых групп и причин смерти показывает, что подавляющее влияние оказывает не рак, а внешние причины смерти, особенно в трудоспособных возрастах, а имеющее место увеличение СПЖ произошло за счет снижения смертности в молодых возрастах и за счет восстановительного периода. Установлено также, что младенческая смертность не существенно влияет на СПЖ и что в пожилых возрастах (65 лет) СПЖ не растет, что не дает права на увеличение пенсионного возраста, тем более, что экономическая выгода от этого будет минимальной. Финансирование на СПЖ оказывает только 30% влияние, а это значит, что проблему роста СПЖ можно решить только с помощью комплекса

мероприятий, в том числе социального характера. Некоторые отечественные специалисты пытаются связать имеющиеся различия в смертности с особенностями питания, с излишним употреблением жиров животного происхождения. Так, исследования среди казахов и русских, живущих в Казахстане, питающихся одинаковой жирной пищей, к которой русские этнически не привыкли, показали, что у русских достоверно выше уровень сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от них. Сейчас нередко представители разных специальностей рассуждают об ожидаемой (или средней) продолжительности жизни (СПЖ или ОПЖ), о том, как выполнить указ Президента РФ и повысить СПЖ до 78 лет, о связи СПЖ с расходами на здравоохранение. Но для этого нужно отчетливо представлять, что означает этот интегрирующий показатель, как его правильно интерпретировать, оценивать и анализировать, как он формируется и рассчитывается. СПЖ - это гипотетический и вероятностный показатель, основанный на ретроспективном анализе смертности путем построения специальных таблиц смертности (или дожития), учитывающих порядок вымирания. Фактически таблицы текущего дожития показывают, как одновременно родившееся население, принятое за 10 000 или 100 000, постепенно уменьшается с увеличением возраста под влиянием смертности. Эти таблицы представляют собой математическую модель, определяющую вероятность умереть на протяжении каждого года жизни, вероятность дожить до следующего возраста, вероятную длительность предстоящей жизни и т.д. Различают полные и краткие, в которых используется возрастная группировка, таблицы смертности. Поэтому показатели СПЖ можно рассчитывать при рождении (если сложившийся порядок вымирания сохранится и на перспективу), как в целом, так и для мужчин и женщин отдельно, и для каждой возрастной группы населения по отдельности, но при достаточной численности населения (не меньше области) и тогда они носят устойчивый и достоверный характер. СПЖ аккумулирует в себе заболеваемость и инвалидность, приведшие к смертности, и потому является интегральным результирующим показателем для крупной территории. Особый аналитический интерес представляет собой интерпретация этого показателя путем применения нескольких подходов: оценка элиминационного резерва, когда на таблицах смертности гипотетически устраняется какая-то причина смерти или случаи смерти в какой-либо возрастно-половой групп (молодой возраст-15-44, средний возраст-45-59, пожилой возраст-60-74, старческий возраст-75-90, долголетие- 90 и более) и определяется их вклад в СПЖ в целом; индексы, показывающие продолжительность здоровой (DALY) или качественной жизни (QALY). Американские исследователи доказали, что сочетание регулярного голодания с повышенной физической активностью может делать людей более жизнеспособными и дольше живущими. Генетики из Болгарии, где отмечается низкая СПЖ, считают, что неправильный выбор продуктов питания -одна из основных причин старения и упадка сил. Они считают, что старение не является естественным состоянием, а болезнью, и они составили список продуктов, замедляющих старение: свежие овощи и фрукты, молоко,

болгарский йогурт, бобы и вино. Считается, что правильно выбранная пища лечит до 66 % заболеваний. Сразу заметим, что рассчитанные годовые показатели СПЖ в России не вызывают большого доверия, ибо за год увеличить СПЖ больше, чем на 0.37 года (такого в истории развитых и средних стран еще не было), можно только на бумаге путем манипулирования со смертностью, что довольно несложно делается. Что касается связи СПЖ с расходами на здравоохранение, то связь здесь есть (прямая и не довольно слабая). А дело в том, что СПЖ целиком и полностью зависит от смертности населения, кроме младенческой смертности. При этом из общей смертности можно выделить ее преждевременную часть, т.е. смертность, наступившую ранее величины СПЖ, а в ней- потенциально предотвратимую смертность, которой при современном уровне развития науки и технологии не должно быть (т.е. люди не должны умирать раньше отведенного срока) и при наличии соответствующей болезни или травмы благодаря правильному и своевременному оказанию адекватной медицинской помощи должны полностью или частично восстанавливать свое здоровье. Поскольку порядок вымирания целиком и полностью зависит от методики построения таблиц смертности, а они могут отличаться в разных странах, то и сравнение показателей СПЖ в разных странах следует проводить с особыми оговорками, а лучше всего пересчитывая показатели по единой методике. Ведь при этом различия могут достигать 2-3 лет, что для такого результирующего показателя достаточно много. Из изложенного следует, что здравоохранение, под которым у нас понимается оказание медицинской помощи, на всю смертность влияния не оказывает и не может оказывать, а, значит, не полностью (а лишь до 40%) ответственно за величину СПЖ. Это подтверждается также величиной ошибки при установлении соответствующей связи. У нас в стране отмечается самый большой разрыв в СПЖ для мужчин и женщин и самые низкие показатели в Европе при отставании от Швеции на 16 лет, от Японии- на 17 лет. Еще большее отставание отмечается при расчетах продолжительности здоровой жизни. Исследования показывают, что самая низкая ОПЖ характерна по разным причинам для нищих и очень богатых людей, а наиболее высокая- для среднего класса, прослойка которого у нас незначительна. Если демографы занимаются общей и повозрастной смертностью и народонаселением в целом (с СПЖ), экономические демографы- текущими и потенциальными трудовыми ресурсами, то медицинские демографы изучают смертность с позиции епе причин и вызывающих их заболеваний. Правда, эти проблемы вполне могут перекрещиваться. В течение последнего десятилетия самый большой естественный прирост населения в стране отмечается в Чечне и Ингушетии, где на каждую 1000 человек ежегодно прибавляется в среднем 19-21 человек, а в Москве, например, только чуть больше одного. Поэтому происходит постепенное замещение коренных жителей приезжими из других демографически процветающих регионов страны, что характерно, в основном, для городских поселений. 13 марта 2018 г. известный журнал JAMA опубликовал статью Health Care Spending in the

United States and Other High-Income Countries,  
 которой мы сгруппировали в таблицу.

данные из

показатели	США	Франция	Швеция	Япония
Население млн	323	64	10	127
<65 лет-%	14.5	18.2	19.9	29.1
ВВП на 1 в тысячах	52.1	41	51.6	37.5
На здрав %	17.8	11	11.9	10.9
На амб % здр	19	30	21	27
На стац %	42	23	31	27
На долговр	5	11	26	19
На управлен	8	1	2	1
Пом на дому	3	4	0	3
Профилакт	3	9	3	3
Курен <15, %	11,4	22.4	15.2	18.2
Алк<15,%	8.8	11.9	7.2	7.2
СПЖ	78.8	82.4	82.3	83.9
СПЖ здоров	69.1	72.6	72	74.9
СПЖ ж =40	42.6	46.4	44.8	47.7
СПЖ м=40	38.7	46.6	41.5	41.8
Матер смертн	26.4	7.8	4,4	6.4

И это только в кратком виде без представления из статьи данных по Германии, Швейцарии, Британии, Канаде, Австралии, Дании и Нидерландах. Самая низкая младенческая смертность характерна для Японии и там же, как это ни странно, рождается в 9.9 % случаев дети с низкой массой тела. Но даже в таком виде из таблицы заинтересованный читатель может сделать разнообразные выводы. Кстати, в РФ отмечается высокий разрыв в СПЖ у мужчин и женщин, равный 10.6 годам, во всех развитых странах он значительно меньший, а самый незначительный в Швеции- 5 лет.

Теперь Минздрав РФ вышел с новой инициативой- мотивировать детей от трех лет к ведению здорового образа жизни с продолжением этой программы в школе. Однако, намеченные результаты в программе не подкреплены соответствующими мероприятиями и действиями и потому вызывает сомнение их достижение. Ведь органы здравоохранения могут только мотивировать людей к ведению здорового образа жизни путем пропаганды, санпросвета и т.д., но создавать условия для этого может только государство. Вот и спрашивается, что делать мотивированным детям, куда им податься? Ведь все вокруг только за плату. Покажем роль государства на простейшем примере чрезмерного потребления соли, что может способствовать развитию гипертензии со всеми вытекающими последствиями и даже раку желудка. У нас только в готовых продуктах питания (хлеб, масло, колбасы, пельмени, майонез, консервы и т.д.) ВОЗовские нормы потребления соли превышены более, чем в 3 раза. А

сейчас в связи с введением с 01.11.2016 г. ограничения на импорт соли выделено 2 млрд. руб. на новые заводы по производству нитритной соли для колбасного производства. Между тем, до 5 г в сутки, но не более того, соль необходима, поскольку участвует в выработке соляной кислоты, которая расщепляет белки. Значит, речь идет о потреблении излишней соли, которая у нас достигает 17 г в сутки. Конечно, лучше всего потребление соли в йодированном виде. Иода человеку в день нужно 150 мкг и он также содержится в морепродуктах, в крупах, фруктах и молочных продуктах. Что касается этой проблемы в Японии, то там боролись с двумя заболеваниями, относящимися к краевой патологии и связанных с особенностями питания морепродуктами: церебральным инсультом и раком желудка путем предварительного вымачивания потребляемых морепродуктов в пресной воде. Или другой пример. В процессе выполнения в Финляндии широко известного проекта «Северная Карелия» (руководитель - профессор Пекки Пушка) и в результате длительной всесторонней борьбы с чрезмерным потреблением соли удалось значительно снизить частоту распространения гипертензии и связанных с нею других заболеваний и осложнений. Была даже запрещена торговля различными соленьями приезжими из соседних российских территорий. Однако недостаток соли уменьшает чувствительность к инсулину (путь к диабету) и влияет на гормональный статус (путь к ожирению). Вместо соли предлагалось употребление перца и лимона, рекомендовалось не употреблять сыры, соленые маслины, пиццу, любую выпечку, копченые колбасы. На первых порах в Финляндии государство стимулировало производителей, которые в свою продукцию клали меньше соли, а также фермеров, выращивающих овощи и ягоды. Затем была сформулирована концепция здоровой еды, которая была массово распространена и реализована. По оценке НИИ питания РАН РФ в среднем 40% всех заболеваний прямо или косвенно связано с некачественным питанием. Около 25 млн россиян находятся на стадии преддиабета, т.е. относятся к группе риска. И, вот наконец, Минздрав РФ предлагает (непонятно кому?) снизить содержание соли, сахара и трансжиров в продуктах питания. Очень робкая попытка с возможностью нарваться на озлобленных производителей, действующих под прикрытием власти. Трансжиры, как известно, способствуют развитию атеросклероза и инфарктов, и чтобы с ними не бороться власти решили с 1 января 2018 г. установить для них верхний уровень - не более 2% от всех жиров, но кто и как это будет контролировать? Широкие дискуссии развернулись и вокруг запрещенной у нас генно-модифицированной продукции - ГМО. Сейчас делается попытка выделить и промаркировать качественные продукты питания. Не означает ли это, что остальные продукты являются полностью или частично некачественными и вредными? В целом получается, что вся наша власть защищает не людей, а бизнес и в нормальных странах никогда не станут покупать товар у компании с подмоченной репутацией. Практически никаких проверочных мер за качеством питания не ведется, а администрация только в редких случаях реагирует на жалобы покупателей. Это говорит о

том, что власть срослась с бизнесом или о том, что крупный бизнес и есть власть у нас. Особенно важное значение питание приобретает в неурожайные и военные годы. Так, за войском Александра Македонского брело стадо баранов, что ограничивало мобильность войска. Однако запасов продовольствия при длительных походах и долговременных осадах не хватало и войска вынужденно грабили мирное население. Кстати, консервирование продуктов питания было придумано в 1809 г. французом Николя Аппером для длительно находящейся в походе армии Наполеона, вначале в стеклянных, а затем и в жестяных банках. В России консервы были официально включены в солдатский паек в 1875 г. Затем, русский военный инженер Е.Федоров придумал саморазогревающуюся консервную банку, идею которой оценили разведчики, а массовое производство началось для германского вермахта. В Первую мировую войну для русской армии ассортимент консервов просто поражает: жареное мясо, мясное рагу, разные каши с мясом, мясо с горохом, щи с мясом, тушеное мясо, сгущенное молоко, рыбные и фруктовые консервы и т.д. Однако во время ВОВ уже зимой 1942 г. произведенных консервов стало не хватать и по ленд-лизу в СССР было поставлено свыше 2 млрд банок американской тушенки (под названием «Второй фронт»), а также поставлялись банки с соками и пакеты с яичным порошком. Уже упоминавшийся император Рима Калигула развлекал себя не только зрелищем изощренных пыток, сексуальными извращениями с женами сановников, приглашенных во дворец, глумлением над уважаемыми римскими гражданами, но отличался пристрастием к роскоши, в том числе в устройстве различных пиршеств, когда подавались журавли с Делоса, павлины с Самоса, персики из Китая, огурцы из Индии, сливы из Дамаска, гранаты из Карфагена, свинина из Галлии, колбаса из Иберии, родосские осетры, колхидские тунцы, улитки из Африки, вино 160-летней выдержки. Причем, стоимость одного такого обеда превышала доходы, получаемые с трех провинций. Казна постепенно истощалась, что также привело к падению Рима.

Вообще реформы в здравоохранении Финляндии начались с 1972 г., когда там стал внедряться здоровый и подвижный образ жизни, включая в том числе бесплатную выдачу в прокат велосипедов. И это все делало государство, заинтересованное в здоровье своих граждан. Вопрос, а почему это нельзя сделать у нас? Правда, в Финляндии проживает всего 5.5 млн. чел., там прекрасные дороги, не разрушающиеся зимой и весной, и 2 государственных языка: финский (91.5% жителей) и шведский (всего 5.4% населения) при особом статусе саамского языка. Если в 1972 г. курили 65% жителей, то благодаря систематической пропаганде и оздоровительным компаниям удалось снизить число курящих в 4 раза. На официальном сайте правительства РФ появились данные о том, что в 2016 г. число курильщиков уменьшилось в России на 32%, что, скорее всего, связано с ростом цен на сигареты, с обнищанием граждан (за год число бедных возросло на 200 тысяч), с недавно начавшими курить (женщины не откажутся от курения из-за следования всей манерной процедуре курения, а для длительно курящих

мужчин наступает привыкание и зависимость как при наркомании и возникает потребность точечного удара в мозг при каждой затяжке). Отталкивающие картинки и надписи на пачках сигарет о вреде курения практически никак не подействовали на российских курильщиков. По мнению самих курящих повлиять на снижение курения можно только при сочетании пропагандистских мер, делающих курение не модным, и запретительных мер, включая запреты со штрафами на курение в общественных местах, запреты на продажу сигарет детям, подросткам и беременным женщинам в сочетании со значительным повышением цен на табачную продукцию. Даже так называемое «пассивное курение» наносит существенный ущерб окружающим курильщика. Так, австрийские исследователи из Венского медицинского университета выявили акролеин (альдегид акриловой кислоты)- одну из главных причин развития рака из-за пассивного курения. Кстати, акролеин влияет не только через вдыхаемый воздух, он может передаваться через предметы домашнего обихода и одежду. Однако, аналогичными успехами в снижении потребления алкоголя в Финляндии похвастаться не могут. И это несмотря на высочайшие цены на алкоголь, на введение почти сухого закона и другие запретительные меры, которые легко преодолеваются краткосрочной поездкой в Эстонию, где алкоголя много и он стоит гораздо дешевле. Тем не менее кое-что удалось сделать, в частности, заменить в структуре потребления алкоголя крепкие спиртные напитки на вино и пиво. Работа в этом отношении продолжается. У нас в стране в 2016 г. произведено 64.6 млн. декалитров (дал) водки, причем больше всего ее производят Татарстан, Московская область, Мордовия и Северная Осетия. Доходы бюджета страны от акцизов на алкоголь в 2016 г. выросли на 25.3 млрд. руб. и составили почти 140 млрд. руб., что в 11 раз больше, чем в 2000-ые годы. Вот и получается, что во вред здоровью населения, государство экономически заинтересовано в спаивании людей, в пополнении бюджета. Так, в России в 1893 г. была введена винная монополия («казенная продажа питей») и водочные доходы государства к 1913 г. выросли до 750 млн рублей, что составляло 22% бюджетных поступлений. Потом, к началу Первой мировой войны был введен сухой закон, отмененный уже советской властью. Вообще, взаимоотношения государства и общества, государства и частного сектора имеют давнюю историю, в которую мы не будем вдаваться. Приведем только один пример. В гербе 12 поколений Строгановых (промышленников, военных, меценатов, государственных и общественных деятелей, баронов и князей) обозначено, что земные богатства принадлежат государству, и только имя принадлежит самому человеку. Сейчас же происходит все ровным счетом наоборот: под прикрытием государства и от его имени многими чиновниками идет процесс расхищения богатств государства. Иначе говоря, еще в 18 веке было правильное понимание роли государства на Руси. По данным Росстата в структуре потребления алкоголя в 2016 г. преобладали пиво (39.9%) и водка (38.9%), а доля вина, к сожалению, уменьшилась до 10.5%. Считается, что 38% всех летальных исходов в трудоспособном возрасте в той или иной

степени связаны с употреблением алкоголя. В целом систематическое потребление алкоголя приводит к уменьшению ОПЖ у мужчин на 20 лет, у женщин - на 17 лет. Именно такие цифры фигурировали на круглом столе в Государственной Думе по проблемам вклада алкоголя в смертность населения и другие демографические показатели. Там же предлагалось вести продажу дешевых аптечных алкогольных настоек только по рецепту врача, изменение акцизов на алкоголь, введение государственной монополии на алкогольную продукцию, запрещение продажи спиртного в жилых домах, принудительное лечение. А вот о лечебно- трудовых профилакториях (ЛТП), ликвидированных в стране в 1990-ые годы, почему-то власти забыли, хотя альтернативы им до сих пор нет. Правда, в Москве намерены их восстановить, но не как было ранее в системе МВД, а почему-то при крупных больницах, как только лечебное учреждение, что принципиально неверно. Многие считают, что вытрезвители-это ночлежка для пьяниц, что далеко не так и это доказывают специалисты (В.Нужный и другие). Опрос граждан (ВЦИОМ, 2017) показал, что люди лучше чиновников ориентируются в проблемах и к их предложениям стоит прислушаться: большинство считает, что нужно запретить продажу алкоголя молодежи до 21 года, вести пропаганду здорового образа жизни, полностью запретить рекламу любого алкоголя и восстановить вытрезвители. Что ж вполне разумные предложения. Британские эксперты из Национальной службы здравоохранения на основе опроса 30 тысяч жителей в разных странах установили, что потребление алкоголя тесно связано с применением оружия, преступностью и потреблением наркотиков и предложили увеличить цены на крепкий алкоголь. По заявлению директора Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья Европейского бюро ВОЗ (май 2017) первые места по потреблению алкоголя в Европейском регионе принадлежат Литве (16 литров чистого алкоголя на душу населения в год), Беларуси, Латвии и России (на четвертом месте в Европе). Однако, эти данные расходятся с официальными показателями Минздрава РФ (11.7 литров с тенденцией к снижению), которые, правда, не учитывают нелегальный алкоголь, а это, как минимум, 25% всего потребляемого в стране алкоголя.

О том, что только запретительными мерами (запретом по количеству алкоголя в одни руки, запрет на продажу алкоголя в выходные дни, возрастные ограничения и т.п.) с этим злом бороться не возможно, да и не получится, говорит американский и российский опыт введения сухого закона. Как известно, и об этом мы уже упоминали, в России с хмельным зельем боролись во все времена: в XI веке- Феодосий Печерский, в 15 веке- Иван 111 Великий, в 16 веке Иван 1V Грозный, в 17 веке Алексей Михайлович Тишайший и Федор Алексеевич, в 18 веке- Петр 1 Романов и Анна Иоанновна, в 19 веке было два трезвенных бунта, в XX веке- Николай 11 Романов, Николай Бухарин, Никита Хрущев, Леонид Брежнев, Михаил Горбачев. Почти каждый российский государь старался увеличить территорию страны, Так, Иван Грозный вдвое увеличил территорию России и его годы правления стали едва ли не ключевыми для истории страны:

восточные границы были отодвинуты за Урал, южные- к берегам Каспия, на западе началась борьба за выход к Балтийскому морю. Войны и смуты сменяли друг друга, но Иван Васильевич смог провести страну через все испытания, показав себя неплохим дипломатом, смелым и грамотным военачальником, собирателем земли русской. Правда, начал эту работу его дед Иван Третий, считавшийся Государем всея Руси.

Каждый штат в США имеет свою программу по борьбе с алкоголизмом, финансируемой из бюджета штата. При этом акцент делается на профилактике и здоровом образе жизни. Во Франции создан Национальный комитет по борьбе с алкоголизмом, который запретил продажу любого алкоголя несовершеннолетним. В Германии существует сеть государственных реабилитационных центров для алкоголиков, в Швеции и Финляндии, как известно, введена государственная монополия на торговлю спиртным. В СССР официальными инициаторами введения в 1985 г. сухого закона были М.С.Горбачев, Е.К.Лигачев и М.С.Соломенцев, но теньевые инициаторы находились в семье генсека (жена- Раиса Максимовна Титаренко, у которой спился родной брат Евгений Титаренко, и дочь Горбачевых- Ирина Михайловна Вирганская, которая по смертности от алкоголизма среди мужчин защитила диссертацию по полностью для нее открытым базам данных и архивам). Именно во время запретительного сухого закона окончательно рухнула советская экономика, коррупция достигла невиданного размаха, а преступность росла просто реактивными темпами. Получаемые ранее в бюджет от продажи алкогольной продукции 70 млрд долларов позволяли закрывать пробелы в нехватке зерна, молока, сахара, мясопродуктов и др. И вдруг, в одночасье все рухнуло, прилавки магазинов полностью опустели. М.С.Горбачеву, как и многим другим лидерам, докладывали то, что он хотел слышать: о грандиозных успехах в снижении потребления алкоголя, о росте рождаемости, снижении смертности, безалкогольных свадьбах и т.д. Однако, истина была несколько иной: развернулось самогонварение, уничтожались уникальные виноградники и ценнейшие коллекции вин и коньяков, осложнились отношения с соседними странами, лишившихся колоссального рынка сбыта, уменьшились доходы бюджета на 70 млрд. долл., что привело к дефициту ряда продуктов, к выпуску на тех же линиях и на том же сырье значительных объемов нелегальной, точнее- неучтенной продукции, а безалкогольные свадьбы оказались просто липой. Но самое главное это то, что в целом люди пить стали не меньше, хотя и опасались первое время репрессивных мер, что как бы сухой закон способствовал всплеску в стране самогонварения и организованной преступности, что он подорвал основы государственности, что в итоге привело к распаду СССР. Все, что потеряло государство, стало приобретением для бандитов. Правда, за три года 1985-87 гг. было сохранено почти 900 тысяч жизней, но после отмены сухого закона смертность резко, по восходящей экспоненте увеличилась и стала во много раз больше, чем в период до алкогольной компании. Данный феномен до сих пор изучается во многих странах. Эту проблему, по нашему мнению, стоило решать совсем

другим способом, путем не запретов и репрессивных мер, а постепенным замещением потребления крепкого алкоголя и стимулированием отказа от его потребления. В то время под эгидой Госкомитета СССР по науке и технике с участием специалистов разных ведомств была составлена программа борьбы с алкоголизмом и пьянством (бесплатная раздача земельных участков, выпуск студенческого дешевого автомобиля, замещение крепких спиртных напитков на вина, поощрения за отказ от алкоголя и т.п.), но она так и осталась на бумаге, поскольку власти пошли другим, запретительным путем. В ЦК КПСС наконец-то поняли, что натворили, и попытались исправить положение, восстановив как бы НЭП, т.е. разрешив кооперативное движение, но было поздно, и жульничество перекинулось на кооперативы. В то время 10% взрослого населения потребляло 40% производимого и ввозимого алкоголя и потому основные усилия нужно было бы направить на тех, кто только начал спиваться. Согласно последним данным «Левада-центра» (2017) 29% россиян никогда не употребляли алкогольные напитки, 30% употребляют алкоголь редко и только 6% употребляют алкоголь довольно часто, причем каждый шестой из них водку выпивает стаканами. А по данным ВЦИОМ в 2017 г. уже 39% населения вообще не употребляют алкоголь и 59% граждан потребляют алкоголь время от времени. Однако говорить о позитивных тенденциях пока преждевременно, т.к. во-первых, опрос проводился в том числе в мусульманских регионах, а во-вторых, еще не созрела новая продукция для самогонварения. Считается, что злоупотребление алкоголем может стать прямой причиной развития более 60 серьезных болезней и косвенной- еще около 200 заболеваний. В США ежегодно в связи с потреблением алкоголя умирают 88 тысяч человек- 4-я причина в структуре смертности. Президент Д.Трамп объявил войну алкоголизму и наркомании, которыми страдают более 20 млн американцев, для чего было выделено свыше 500 млн долларов. Помимо хорошо известных социальных, бытовых и медицинских последствий регулярное злоупотребление алкоголем, по свидетельству Американского общества рака на основе исследования миллиона мужчин, приводит также к раку полости рта, глотки, пищевода, печени, желудка, поджелудочной железы, а у женщин- к раку молочной железы., не говоря уже о фетальном алкогольном синдроме у новорожденных с различными нарушениями физического и психического развития, с возникновением алкогольной зависимости и выраженными последствиями. В первую очередь это, по данным Канадского центра исследования зависимостей и психического здоровья (Centre for Addiction and Mental Health), относится к России, Великобритании, Дании, Беларуси и Ирландии, где беременные женщины чаще всего употребляют алкоголь. А это уже является демографической угрозой национальной безопасности. Видимо, здесь какую-то роль может иметь материальное стимулирование в виде «материнского капитала», особенно, среди маргинальных семей. Правда, в малых дозах, к концу недели и не для беременных алкоголь может служить доступным адаптогеном, снижающим недельное напряжение, хотя лучшим адаптогеном

являются сауна, водные процедуры, спортивные занятия (бег, зарядка, тренажеры и т.д.). И раньше, и теперь у нас борются главным образом с нелегальным алкоголем, от которого деньги в бюджет не поступают, однако с позиции его влияния на здоровье не так страшен и опасен для людей неучтенный алкоголь, произведенный на тех же технологических линиях якобы из сэкономленной или же из украденной продукции, сколько суррогатный алкоголь, состоящий из непонятно чего. Иначе говоря, вопрос стоит не только о количестве потребляемого алкоголя, но и о его качестве. Опасным при пивном алкоголизме является кобальт, добавляемый в пиво для пенообразования. Но еще более вредным для здоровья является сочетание крепкого алкоголя со сладкими газированными напитками, в состав которых входит множество химических добавок. Это все нужно учитывать при проведении предрейсовых осмотров водителей локомотивных бригад. В России за последние годы несколько снизилось потребление водки, но на общем потреблении алкоголя это не отразилось, а повышение налогов на водку приведет к всплеску самогонварения из гниющих в садах фруктов. В Чеченской республике и Ингушетии, где официально соблюдают постулаты Корана, люди не употребляют алкоголь практически вообще (0.1 литр), хотя приезжим он дозволяется в скрытом виде, например, в чайниках и т.д. Поэтому наименьшее потребление алкоголя характерно для Северного Кавказа, в том числе в Северной Осетии и Кабардино-Балкарии (по 0.5 литра), а самое большое - в Магаданской области (14.1 литра чистого алкоголя на душу населения в год, включая младенцев), в Москве (13.3 литра), на Сахалине, в Республике Коми и на Камчатке (по 13.0 литра). Это все по данным Роспотребнадзора. Лучше бы Роспотребнадзор более плотно занялся бы постоянным контролем качества продуктов питания и набора ингредиентов в них, а также бы отказался от технических регламентов и восстановил систему государственных стандартов (ГОСТов), хотя бы по отношению к продуктам питания, что позитивно повлияет на здоровье населения. Стали появляться новые ГОСТы на икру, масло, гречку и рис, они более жесткие, но будут действовать в тестовом режиме в течение трех лет. Нельзя сказать, что СССР был похоронен в результате антиалкогольной компании, но она повлияла на этот процесс. В борьбе за власть путем подковерных интриг провинциал Горбачев сумел обхитрить таких опытных мастодонтов, как Гришин, Громько, Соломенцев, Чебрикова, Лигачева, отправив их на пенсию.

Примерно такая же государственная политика в отношении здорового образа жизни как в Финляндии, ведется во всех скандинавских странах. В результате многолетних перечисленных выше усилий в Швеции за 20 лет смертность от БСК снизилась в 2 раза, а в Финляндии - даже в 5 раз. Кстати, в 2017 г. самая низкая смертность регистрировалась в Швеции, Дании и Греции. Этот прогресс был на 60% достигнут благодаря первичной профилактике, усилиям государства и здоровому образу жизни мотивированных потенциальных пациентов (условия для ведения здорового образа жизни должно создавать государство), поверивших в то, что можно

прожить без болезней. По данным ВОЗ ежегодно мировая экономика теряет свыше 1 трлн. долл. от проблем, связанным с курением и к 2030 г. число летальных исходов из-за курения табака может возрасти на треть и достигнуть 6 млн. чел. в год. При этом более 80% всех случаев придется на страны с низким и средним доходом, поскольку там правительства опасаются, что борьба с табакокурением может привести к негативным экономическим последствиям, а это эксперты считают не обоснованным. По данным отчета о сравнительном анализе европейских стран- Health at a Glance: Europe 2016 в Европе среди факторов риска наибольшее распространение получили курение- 21%, потребление алкоголя- 10 литров на одного жителя в год и ожирение, которым страдают 16% европейцев. К сожалению, среди железнодорожников курение достаточно распространено и пропаганда здорового образа жизни среди них не ведется в полной мере. Помимо образа жизни и питания на здоровье людей влияют доходы, качество питьевой воды, условия и режимы труда, загрязненность воздушной среды и т.д. В России самыми грязными городами являются Благовещенск, Красноярск и Норильск и именно там, в первую очередь, нужно оздоравливать окружающую среду. Подчеркнем еще раз, что к каждой территории, каждому населенному пункту требуется дифференцированный подход, учитывающий конкретные проблемы и условия жизни населения. Если в США до 1979 г. действовала системно организованная с деревом целей национальная программа Health promotion. Diseases prevention. Objectives for the nation (Укрепление здоровья. Профилактика болезней. Цели нации), то с 1979 г. действуют 4-е десятилетних программы Healthy People (Здоровые люди), причем в программе до 2020 г. в рамках The Affordable Care Act была разработана стратегия профилактики, включая сокращение потребления алкоголя и табака, рост физической активности, здоровое питание, психическое и сексуальное здоровье, безопасную окружающую среду и т.д. Уже есть позитивные результаты, значительно снизился уровень курения, несколько уменьшилось потребление алкоголя, выросла двигательная активность, но одновременно возросло число людей с избыточной массой тела. В Великобритании, где существует государственное здравоохранение, очередной пятилетний план «Здоровая нация» действует с 2014 года. Также, как и в США (это будет представлено далее) в Великобритании обоснование профилактики выглядит следующим образом: 40% всего бюджета здравоохранения расходуется на 18% населения (старше 65 лет) и 40% пожилых англичан страдают от одного и более хронического заболевания. Это позволяет выделить приоритеты и наметить соответствующие мероприятия. Профилактические программы в США и Великобритании требуют значительных изменений в модели здравоохранения и децентрализации действий.

Кстати, современные исследования показывают, что до 35% российских работников страдают от гипертензии и свыше 50% всех заболеваний, в том числе рак, диабет, ожирение, БСК, гастриты и другие, обусловлены в определенной мере неправильным и некачественным питанием, что, в

общем-то, характерно для нашей страны и для работающих на железнодорожном транспорте, хотя среди них преобладают нейropsychические заболевания, обусловленные напряженностью труда и длительным стрессом. За последние годы число россиян с ожирением возросло в несколько раз, а с 2011 по 2015 гг. среди взрослых - в 2.3 раза, что обусловлено в том числе глубоко ошибочной структурой питания с преобладанием дешевой углеводной пищи. А по данным И.Чазовой (2017) у 45% мужчин и у 41% женщин имеют повышенный уровень артериального давления. Во всероссийском регистре по артериальной гипертензии с подтвержденным диагнозом находятся 33 тысячи пациентов, которые обучены тому, как им жить и работать с этим заболеванием. Одним из факторов риска является загрязнение атмосферного воздуха, которым, по данным ВОЗ, дышат 92% жителей земли, включая россиян. Особенно это ощущается в железнодорожных депо. К факторам риска могут относиться также предшествующие заболевания. Так, австралийские ученые из университета Сиднея установили, что наибольшее число случаев внезапной смерти от болезней сердца относится к возрасту 31-35 лет при наличии коронарной недостаточности, наследственной кардиомиопатии, миокардита и расслаивающейся аневризмы аорты, причем у трети пациентов, у которых отсутствовали нарушения, способные вызвать смерть, в геноме были обнаружены мутации, передающиеся по наследству, обнаружить которые можно только путем проведения генетического скрининга. Вот уже на протяжении многих лет на железнодорожном транспорте ведется анализ причин внезапной смерти, которая помимо утраты человеческих жизней может иметь катастрофические последствия, особенно если это случается у машинистов локомотивов, да еще в период рейсов. Важная роль при этом принадлежит школам здоровья и школам для отдельных больных с остеохондрозом, гипертонией, диабетом, артрозом и др., где под руководством специально подготовленных медсестер пациенты учатся преодолевать возникающие сложности, жить и работать, вести приближенный к здоровому образ жизни и следовать рациональному поведению.

Поскольку достоверность общей и впервые выявленной заболеваемости и, особенно, заболеваемости с временной утратой трудоспособности вызывают очень серьезные сомнения, то постараемся обойтись без них. Дело в том, что как общая, так и впервые выявленная заболеваемость у нас регистрируется по обращаемости и в гораздо большей степени характеризует возможности здравоохранения по регистрации заболеваний, нежели состояние здоровья людей. Если, к примеру, в районе не будет окулиста, то и некому будет регистрировать глазную заболеваемость. В связи с разрушением сельского здравоохранения скоро наши селяне (а это 26% населения страны) станут по отчетам самыми здоровыми людьми в мире. Такое искажение может также произойти и на железнодорожном транспорте, где все ресурсы здравоохранения значительно сокращены, а потребность железнодорожников в разных видах медицинской помощи не изучалась и не известна.

Обращаемость и посещаемость- это разные понятия и на один случай обращения по болезни может быть сделано несколько посещений амбулаторно-поликлинических учреждений. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности без диагнозов и возрастных градаций также не характеризует здоровье работающих, а определяется возможностями органов социального обеспечения по социальному страхованию трудящихся. Кроме того, в последние годы пациенты стали редко брать больничный лист из-за боязни потерять работу. Поэтому в последнее время стали изучаться не только упущенные выгоды (или экономические потери) в связи с невыходом на работу из-за болезни, но и потери в связи невыполнением или несвоевременным выполнением работ при выходе на работу и эти потери оказались выше, чем при невыходе. Указанные потери обусловлены снижением производительности труда у работников, присутствующих на рабочем месте, но имеющих какое-либо заболевание или недомогание. Этот феномен на Западе получил название «презентизма», что означает потери присутствующих на рабочем месте по медицинским причинам различного характера (зубная и головная боль, менструальные проблемы, повышенное артериальное давление, боли в спине, проблемы с желудочно-кишечными заболеваниями, насморк, простуда, другие недомогания). Сейчас люди стараются удержаться на работе, даже при минимальных зарплатах, и потому не заинтересованы пусть даже временно не выйти на работу и часто скрывают свои болезни. Исследования показывают, что только 15% страдающих нетяжелыми болезнями без обострений или легкими недомоганиями всегда берут листок нетрудоспособности, а остальные выходят на работу, главным образом, из-за боязни ее потерять и в угоду работодателю. Все это ведет не только к «презентизму», но и к более серьезным заболеваниям и осложнениям. Когда появились первые публикации на эту тему, то это вызвало сенсацию, поскольку ранее считалось, что основные трудовые потери связаны именно с невыходом на работу по медицинским причинам, что в нашей стране определялось заболеваемостью с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ). Особо следует рассмотреть вопрос о длительности работы. Совершенно эмпирически в Древней Греции пришли к выводу о целесообразности 6- часового рабочего дня. В последнее время ученые физиологи и гигиенисты доказали, что без ущерба для здоровья женщины могут работать не более 27 часов, а мужчины- не более 30 часов в неделю. Однако сегодня люди вынуждены жертвовать прогулками и даже сном из-за работы. Как это влияет на здоровье, зависит от характера работы. По данным Организации по экономическому сотрудничеству и развитию (ОЭСР) человек у нас в среднем проводит на работе 1948 часов, что на 44% больше, чем в Германии, на 16% больше, чем в Британии, на 10.5% больше, чем в США. Поскольку с увеличением числа рабочих часов производительность труда не растет, то говорить о работе на износ не приходится. Вот и получается, вроде люди у нас работают больше, а живут хуже. Конечно, больше работает вовсе не означает, что лучше работает. Другой парадокс состоит в том, что по

заявлению властей экономика растет, инфляция невысокая, а пенсии в реальном выражении, т.е. даже с учетом инфляции в 4%, все равно будут снижаться. У многих военных возникает закономерный вопрос, почему офицеры, защищающие людей и Родину, живут хуже развлекающихся людей звезд эстрады? А ведь когда-то, начиная с царских времен, носить военную форму было престижно и почетно, и у нас никто не защищал страну за деньги. По данным Росстата заработок 75% работников предприятий и организаций находится на грани прожиточного минимума. Этот феномен характерен только для нашей страны - новые бедные. А Минтруд предлагает вообще заморозить действующую сейчас потребительскую корзину, хотя по закону она должна регулярно пересматриваться, а Президент РФ дал указание довести минимальный размер оплаты труда (МРОТ) до уровня прожиточного минимума. Высокие заработки характерны для регионов с добывающей промышленностью (Ямало-Ненецкий, Ханты-Мансийский округа, Чукотка, Магаданская область), а также у занятых в федеральных госорганах, где зарплата постоянно индексируется. Мужчины во Франции имеют более высокий (на 15%) заработок, чем женщины; в США - на 18%, в России - на 27%, в Японии - на 33%, в Грузии - на 38%. Если в первых трех странах это обусловлено почти полным равноправием в труде, то в Японии и Грузии разительные различия связаны с особенностями менталитета. За последний, 2016 г., расходы россиян снизились на 5% и это при росте цен практически на всё - ЖКХ, транспорт и т.д. Значит, нужно вкладывать деньги в спрос, т.е. в людей. В последние три года вопреки уверениям власти реальные располагаемые доходы граждан систематически снижаются и только в апреле 2017 г. они опустились по данным Росстата на 7.6%, а по результатам опроса ВЦИОМ 47% россиян не смогут куда-нибудь уехать отдохнуть и вынуждены будут коротать отпуск дома или на работе. Кроме того, у 10% опрошенных не хватает денег даже на обычную еду, у 29% опрошенных денег на обычную еду (в основном, мучную) хватает, но нет средств на покупку одежды, 41% не может накопить средства на приобретение мебели и бытовой техники, 14% респондентов могут себе позволить все вышеперечисленное, но в скромных масштабах и только 3% опрошенных не имеют ограничений в финансовых средствах и приобретениях. Если раньше к относительно бедным относилось 70% наших граждан, то теперь эта доля выросла до 80%, что полностью противоречит данным о начавшемся экономическом росте в стране. Опрос ВЦИОМ проводился в мае 2017 г., являлся репрезентативным с величиной погрешности в 3.5%. И это все происходит на фоне как бы растущей средней зарплаты (пополам олигарха и уборщицы). При этом 44% опрошенных вообще не собираются брать отпуск, настолько люди обеднели в последние годы, в чем многие не очень охотно признаются. Давайте вместе разберемся. О феномене «презентизма» мы уже говорили. Не спасет нашу экономику и приток неквалифицированных мигрантов, которые, по мировым данным, в 20-40% случаев сочувствуют террористам. Тесно связана с рынком труда и пенсионная система, которая раньше была устроена просто, прозрачно и

понятно, и дефицита пенсионных средств не было. В 2000 г. решили по примеру Чили ввести накопительную часть, для чего из ФОТ изъяли 6%, потом в 2005 г. решили на 2% уменьшить налоги и денег стало не хватать. К сожалению политика Минфина РФ направлена не на повышение доходов, а на сокращение расходов и потому предлагается сократить число получателей пенсионных средств, в т.ч. путем увеличения пенсионного возраста. На это же ориентирована и придуманная балльная система, когда 1 балл дается за год работы при минимальном заработке и для выплаты пенсии предлагается повысить число баллов до 52. Правда, за счет снижения регистрируемой оплаты труда поток средств в ПФР уменьшился, а низкая зарплата означает низкую пенсию. Имеет место скрытая безработица: отпуска без содержания, неполный рабочий день, перевод с основного оклада на совместительство и т.п. До революции пенсия в России рассматривалась как награда за беспорочную службу и при 35 летнем стаже она выплачивалась в размере 100% от оклада. Полную пенсию можно было заработать к 60 годам, рабочие получали пенсию редко, крестьяне- никогда. Сейчас в России пенсионеров больше, чем лиц пенсионного возраста. Поэтому некоторые льготные пенсии можно сократить, например, у молодых и трудоспособных военных и полицейских, за работу на Севере в частных компаниях и т.д. Официальные пенсии настолько малы, что до 32% пенсионеров вынуждены продолжать трудиться при том, что новых рабочих мест нет. Вот и получается: чем больше человек работает, тем больше пенсионная система ему должна. Между тем денег в стране очень много, и если хотя бы наполовину сократить коррупцию, значительно уменьшить аппетиты ворующих из бюджета, то денег хватило бы на всех и на всё. Не наше дело обозначать, как это можно сделать, тем более, что Счетная палата практически во всех отраслях и ведомствах (Росмолодежь, Минкомсвязь, Минвостокразвитие, МВД, Минюст, Министерство культуры, Служба судебных приставов, ФСИН, ФАС, Росимущество, Минобрнауки, Ростуризм, Росжелдор, Минэнерго, Минтранс, Минсельхоз, Рослесхоз, Росприроднадзор, Росреестр, Минприроды, Росводресурсы, Росрыболовство и т.д.) выявила только верхушку айсберга в виде многочисленных и многомиллиардных нарушений, за которые никто не понес никакого наказания. А это очень большие деньги, но власти проще обложить еще каким-либо налогом все безропотное население. Считаем, что достаточно использовать некоторый зарубежный опыт. Рынок, в зависимости, от товаров и услуг может быть свободным либо регулируемым. Так, рыночные товары и услуги, обеспечивающие безопасность государства и социальную защиту населения, должны регулироваться со стороны государства. Стыдно даже сказать о том, что 35% жителей по результатам проведенного в 2017 г. опроса заявили, что не имеют денег на приобретение нужных лекарств и их число за последние два года возросло вдвое. И это на приведенном выше фоне. Многие расчеты в стране ведутся исходя из такого лукавого показателя, как средняя зарплата, когда суммируются 95 млн- это зарплата гендиректора Почты России с 3,6 тыс. руб. рядового почтальона. Зарботок преподавателя составляет 15-20 тысяч, а

ректора-до 16 млн рублей. И это несмотря на принятые законы, минимизирующие разрыв в зарплатах работников и руководителей. Лазеек, чтобы это обойти, есть немало. Чрезвычайно малые заработки обычных работников сочетаются со сверхдоходами их начальников. Росстат бодро рапортует о росте средней зарплаты, хотя при этом инженер на авиазаводе в Жуковском получает 12 тысяч, помощник машиниста-железнодорожника в Тульской области- до 25 тысяч, ведущий специалист налоговой службы в Екатеринбурге- 15 тысяч. И где эти средние 40 тысяч рублей в месяц? Пропасть между бедными и богатыми в России растет и разрыв в децильных группах достиг 14,3, а в Италии-11.7, в Германии- 6.4, в Швеции-5.8, в Японии- 4.9. Однако, в России это только официальные и регистрируемые данные, а реальные цифры различий в доходах в 4 раза выше, поскольку богатые не показывают все свои доходы, в том числе вложенные в разные акции. Согласно мониторинга РАНХиГС за последние 4 года доходы населения сократились на 11.5%, размер пенсий- на 7,4%, а реальная зарплата- на 2.9%, что в значительной степени отразилось на беднейших слоях населения. По мнению редактора отдела экономики МК, «завтра будет хуже, чем вчера». Представляет интерес соотношение между минимальными зарплатами и некоторыми ценами на отдельные товары в долларах. Так, самая большая минимальная зарплата характерна для Швейцарии (3490 долл. или 17 евро в час), однако треть из этой суммы уйдет на аренду 2-х комнатной квартиры. Неблагоприятная ситуация сложилась в США (минимальная зарплата -1276 долл., а цена аренды квартиры-913 долл. Но самая тяжелая ситуация складывается в России, где при минимальной зарплате в 130 долл., стоимость аренды 2-х комнатной квартиры в 2.7 раза выше, а цена 1 кг картофеля в 1,7 раза выше, чем на Украине. К сожалению, система ценообразования в стране стихийна, поскольку отсутствует соответствующая политика. Во всем мире при падении цен на нефть снижаются и цены на бензин, а у нас в связи с тем, что добыча нефти ориентирована на продажу за рубеж, то в качестве компенсации за низкие там цены наши нефтяные компании повышают цены на бензин внутри страны. Только при политике регулирования цен, а также в условиях конкуренции цены на бензин в России могут снижаться. Но нам это пока не грозит. При возникновении заболеваний в государственные поликлиники обращаются 46% опрошенных (что чрезвычайно мало), 35% занимаются самолечением, 5% пускают все на самотек или обращаются к целителям и только 11% (у которых есть для этого средства) обращаются в частные клиники или в государственные, но за плату. Кроме того, чтобы получить адекватную медицинскую помощь, нужно суметь дозвониться до Президента РФ, как это сделала Дарья Старикова из Апатитов. Ее на поздней стадии рака срочно транспортировали в Москву и у нее появились некоторые надежды. Понятно, что на всех больных в стране возможностей Москвы не хватит. Значит, нужно все правильно организовывать на местах, а не доводить медицинскую помощь до ручного управления. Это очень тревожные факты. И если к ним добавить мнения пациентов о медицинской помощи,

полученные в результате специально проведенного репрезентативного исследования, то тогда можно даже не диагноз поставить существующему здравоохранению, а вынести ему приговор.

Совокупность ошибок в тарифной политике (введение накопительной системы, снижение страхового тарифа, взимание с доходов свыше 700 тысяч рублей не 20%, а 10% и т.п.) привела к дефициту средств в ПФР и чтобы его покрыть нужно иметь 40 млн работающих с медианной зарплатой. При этом модульная, наиболее распространенная в стране зарплата, составляет 13 тысяч рублей в месяц (Гринберг Р., 2017) и только 20% гражданам их доходы позволяют вести нормальную жизнь, а 40% живут практически в нищете. Не случайно 75% россиян не желают жить в условиях отечественного капитализма. Лицемерие неолибералов состоит в их утверждении о том, что рынок всё и всех расставит по своим местам и решит все проблемы, что далеко не так. Рынок, образно говоря, представляет собой футбольное поле и среди игроков на этом поле государству нет места. А роль государства состоит в установлении правил игры, требований к игровой площадке и в деликатном контроле за их исполнением. Правда, уйти с рынка легко и просто, а опять в него войти достаточно сложно. Однако саморегулирование не спасает, проходит и эйфория от глобализации, которая только увеличила поляризацию доходов у бедных и богатых людей и стран и привела к еще большей социальной несправедливости. Даже богатые люди жалуются на высокие цены, поскольку уровень цен на товары и услуги в Москве на 30-40 процентов выше, чем в крупнейших городах Европы. По мнению экспертов Центра управления благосостоянием и филантропии Москва является самым дорогим городом для частных лиц с высоким уровнем дохода. Считается, что наилучшим является соотношение, когда на 1 пенсионера приходится 4 работающих. Вот и получается, что пока не будет упорядочена налоговая политика, пока экономика не начнет развиваться и не произойдет рост зарплаты в корпоративном (внебюджетном) секторе, т.е. расширение зоны неформальной занятости, материальное положение людей не улучшится. Теперь рассмотрим, кто у нас работает. В отличие от многих других стран, уровень занятости у российских женщин достаточно высок и превышает 60%, при почти на четверть меньшей (по сравнению с мужчинами) зарплате и несколько меньшим уровнем безработицы. Всем уже ясно, что экономика страны находится в тупике и нужно искать из него соответствующие наименее болезненные для населения выходы. Экономическая программа выхода из кризиса и дальнейшего развития страны, разработанная по заданию Президента РФ Центром стратегических разработок- ЦСР под руководством известного в мире финансиста, экономиста и аналитика А.Л.Кудрина является первой за многие годы подробной программой сменой курса без потрясений и революций. За основу взят макроэкономический подход, связанный с подавлением инфляции, сокращением расходов (а не пополнением бюджета), реструктуризацией расходов и смещением их величины с обороны на образование и здравоохранение, науку и инфраструктурные инвестиции. А.Кудрин считает, что основные

беды экономики заключаются в значительном пока еще участии государства на рынке (государство не должно выступать игроком на рынке товаров и услуг, кроме жизненно важных для страны сфер, где рыночные механизмы не уместны) и низкая мотивация имеющихся госкорпораций для развития. Сюда же он относит преобладание сырьевой экономики, инфраструктурную неэффективность, далеко не лучшую структуру бюджетных расходов и т.д. Предусмотрены в программе также реальная приватизация оставшейся и доходной государственной собственности, создание благоприятных условий для развития малого и среднего бизнеса и т.д. Кстати из числа малых и средних предприятий у нас реально работают 16%, а в США- 65%.. Предлагается сократить число чиновников на 30%, что позволит снизить расходы на государственное управление и избавиться от бездельников. Считается, что к этому может привести уменьшение числа функций и услуг, оказываемых государственными органами, что, скорее всего, отразится на объемах социальных услуг. Примерно в таком же стиле представлены все разделы программы, из которой выпал лишь уровень культуры. Реформа неэффективной налоговой политики не предусмотрена вообще. Эта программа, по мнению ее руководителя, предназначена лично для Президента РФ и потому не подлежит публичному обсуждению. Сразу видно, как данная программа отличается от радикальных подходов выхода США из глубокого кризиса при Президенте Ф.Д.Рузвельте. К сожалению, в программе не нашлось места для представления того, какой в будущем должна (или может) выглядеть налоговая политика, пенсионная система, тарифная политика, не прописаны структурные реформы, особенно, в условиях замедления роста доходов при значительном увеличении расходов и ликвидация финансовых диспропорций будет отложена на послевыборный период. А. Кудрин подчеркивает, что только 2% россиян хотят заниматься бизнесом (в Европе-20%), и считает, что вклад российских городов в ВВП может превышать 50%. При этом не следует забывать, что большинство городов в стране относится к малым городам с характерной стагнацией. Более того, некоторые поселения местной власти не выгодно показывать. Например, в Свердловской области из списка поселений исключили целые поселки для того, чтобы не ремонтировать разваливающиеся там деревянные двухэтажные бараки, где проживают семьи железнодорожников. А обусловлено это тем, что областная администрация успешно отчиталась о полном переселении людей из разваливающихся бараков в комфортабельное жилье. В программе ЦСР все есть, кроме людей, ради которых все и затевается. В программе так и не была нащупана нить Ариадны, потянув за которую можно было бы размотать весь клубок накопленных проблем, противоречий и вызовов. А этой нитью является потребительский спрос, предусматривающий вложение средств в людей, что вывело многие страны в мировые лидеры по экономике (Людвиг Эрхард- основатель немецкого экономического чуда в послевоенной Германии, Эдвардс Деминг- идеолог японского экономического чуда в разрушенной и поверженной Японии и т.д.). Однако, российскую экономику не следует сравнивать с экономикой

западных стран, поскольку она будет развиваться своим путем. Центр стратегических разработок представил на рассмотрение 7 приоритетных стратегий до 2024 года. Первый и главный приоритет - увеличение СПЖ на 5 лет за счет двукратного увеличения пенсии и увеличения пенсионного возраста. Далее следует улучшение качества жизни за счет бюджетного перераспределения в сторону образования (с 3,5 до 4,4% ВВП) и здравоохранения (с 3,1 до 4% ВВП), а также на инфраструктуру (с 2,5 до 3% ВВП). К приоритетам также отнесены развитие технологической инициативы и рост производительности труда, увеличение числа частных предпринимателей, причем малый и средний бизнес должны производить 40% ВВП при сокращении доли государства в экономике с 46% до 25%. В структуре экономики должен измениться экспорт при росте объемов несырьевого экспорта. Должна также существенно измениться и система управления государством. Это все правильно и нужно делать, но этим ограничиваться нельзя. Возникают вопросы, а как быть с административной реформой, с местным самоуправлением, как будет развиваться демократия и гражданское общество, что делать с полицией, судебной системой и правовым обеспечением, как учитывать внешние геополитические влияния и санкции? У любого здравомыслящего человека возникает резонный вопрос, почему в такой богатой стране, как Россия, десятки миллионов людей не живут, а выживают? Может быть дело в разросшейся несменяемой бюрократии, которую нужно содержать и которой нужно платить немалые деньги, или в верхней власти, которую все устраивает?

Возникает также вопрос, будет ли меняться элита и стоит ли компенсировать олигархам их потери из бюджета страны, т.е. из наших общих денег?

По данным экспертов Boston Consulting Group по показателям благополучия граждан Россия отстает не только от развитых европейских стран, но также от Китая, Индии, Вьетнама., причем рейтинг России за последние несколько лет снизился в 1,3 раза. Согласно официальным данным, вроде кризис закончился, экономика стала расти, инфляция снизилась, а реальные доходы россиян как сокращались, так и продолжали сокращаться. Вместе с ними падает уровень жизни, что явилось предметом обсуждения в Общественной палате в середине 2017 г. В последние годы общественная палата теряет свои позиции и как политизированная структура все больше отдаляется от общественности и является продолжением властных структур. То же самое относится и к общенародному фронту, который изрекает хорошо известные истины и пытается заменить профессионалов- социологов. К сожалению, 87% россиян считают, что никак не могут повлиять на происходящие в стране процессы, что многие люди не верят в свои возможности при отсутствии оценки общественного мнения и при недостаточном развитии гражданского общества. М.Бочаров, директор Центра стратегических исследований, считает, что денег в стране достаточно, и потому не нужно проводить внеочередные эмиссии, как это предлагают экономисты столыпинского клуба, и повышать пенсионный возраст. Ориентирование при этом на другие страны, например, в Японии возраст выхода на пенсию-70

лет, в Германии- 67 лет, в Австрии- 60 лет для мужчин и 65 лет для женщин и т.д., неправомерно, т.к. у них, в отличие от нашей страны, СПЖ растет также за счет пожилых возрастов. Предложения Бочарова сводятся помимо развития потребительского спроса к наведению порядка в нашей экономике. Необходимо установить курс рубля по паритету покупательной способности, т.е. на уровне 20-30 руб. за один доллар, и тогда низкий курс доллара позволит предприятиям реального сектора закупить новое оборудование, что позитивно скажется на производительности труда и на всех секторах экономики. Помимо обязательной декларации о всех доходах необходимо объяснить происхождение этих доходов. Требуется изменение искореженной налоговой политики, для чего отменить возмещение по НДС, снизить налоги, превышающие аналогичные в США в 5-8 раз, отменить налог на прибыль, социальный налог, налог на имущество, вместо них ввести налог с оборота (8%), прогрессивную шкалу подоходного налога, налог на роскошь. Ведь предприятие отдает до 43% заработной платы, а НДС в размере 18% в 2015 г. собрали только 3.6%, социальный налог в 30% собирают реально только в размере 18.6%. Некоторые экономисты опасаются переброски зарплаты в теневой сектор, но теневые зарплаты составляют половину от официальных, т.е. всё уже ушло в тень. И налоги нужно брать не с зарплаты, а с задекларированного и жестко проверяемого дохода. При этом предлагается, чтобы человек с доходом в 50 тыс. руб. ежемесячно не платил налогов вообще, с доходом от 50 тысяч до 210 тысяч- 10%, от 210 тыс. до 1 млн- 20%, свыше 1 млн.-40%. Необходимо устранить сложности и запутанность отчетной документации. Нельзя допустить, чтобы половина импорта и экспорта проходила мимо кассы таможни. Например, Россия не досчиталась 6 млрд долл. за поставленные в США нефтепродукты, а в Германию- 16.2 млрд долл., для чего есть множество разнообразных способов. Доля сырья и полусырья (сырая нефть, нефтепродукты, природный газ, дизельное топливо) в нашем экспорте составляет 80% на сумму 212 906,3 млн долларов при том, что многие добывающие компании не эффективны. Например, Газпром снизил с 2000 г. по 2015 г. добычу газа на 127 млрд куб. м., а за этот же период число сотрудников возросло на 151 тыс. человек, издержки выросли в 7 раз. Добыча нефти и газа должна предоставляться только на конкурентной основе, а добытое сырье должно поступать в собственность государства и продаваться им по мировым ценам и без посредников. Все это позволит почти вдвое снизить цены на бензин в стране, а тариф на электроэнергию довести в стране до 2 руб.50 коп. за квт/час. Все это одновременно сократит производственные издержки и повысит конкурентоспособность наших предприятий. В структуре импорта преобладающая доля (110 380,8 млн долларов) приходится на приобретение машин и оборудования, что еще больше по сравнению с экспортом подчеркивает нашу зависимость от промышленно развитых стран. Эксперты считают, что имеются пять факторов усиления экономического кризиса: падение рубля в связи с тем, что нефть дешевеет, бегство капитала из страны, введение новых санкций, наличие бюджетного дефицита, продолжающееся падение доходов

населения. Если проблемы ранее признанного аварийного жилья в большинстве регионов страны как-то решаются, то как быть с появившимся после 2012 г. новым аварийным жильем и, в особенности, с неаварийными бараками и другими мало пригодными для жизни условиями проживания? В России из 146.8 млн человек населения экономически активное население в возрасте 15-70 лет составляет 55%, т.е. 80.7 млн. чел, из которых работают 74 млн., что выглядит на первый взгляд совсем неплохо. Действительно, среди трудоспособного населения в странах Евросоюза средний уровень занятости составляет 70% (64% у женщин и 75% у мужчин), а в Швеции, например, он достигает 81%. В бюджетной сфере заняты 5.8 млн человек, из них 1.9 млн- в федеральных учреждениях и 3.9 млн- в региональных и муниципальных образованиях. В середине прошлого века промышленный и производящий рабочий класс превышал 40 млн человек, половина которых состояла из высококвалифицированных работников. Однако, при дальнейшем нынешнем анализе российской занятости видно, что если из числа трудоспособных исключить все армейские службы и подразделения, сотрудников правоохранительных органов, частных охранных предприятий, работников всех инспекций, чиновников государственных, региональных и муниципальных органов власти (несмотря на то, что их число в связи с утратой доверия за 3 года должно было сократиться на 1200, на самом деле их количество за это время выросло на 604 тысячи и составило 2.2 млн. человек, т.е. больше, чем было в СССР), работников МИДа и загранучреждений, служащих федеральных и местных государственных министерств и ведомств, клерков различных фондов, священнослужителей, нотариусов, адвокатов, заключенных, безработных, охранников и др., т.е. тех, кто ничего экономически не производит и существует прямо или косвенно за счет бюджета или частных средств и производительной части населения, то эта доля уменьшится до 36.5%, включая студентов, домохозяек, беспризорных, бомжей, вынужденных переселенцев, беженцев. Остаток от них, т.е. около 22 млн человек (менее 15% населения) и составляют производительные силы, которые нужно беречь и которым нужно хорошо платить, поскольку от них зависит производство реальных материальных благ, производительность труда, наполнение ВВП, бюджета и развитие страны. В это же число входит и большая часть работающих железнодорожники. По официальным данным безработных у нас 3,9 млн человек, правда, на учете в службе занятости состоят всего 707 тысяч. Особое беспокойство вызывает безработица у молодежи до 25 лет (23,5%) и высокий уровень безработицы на Северном Кавказе. Зачем нам столько охранников в каждом учреждении, но они плодятся регулярно и уже появились охранники-вахтовики. В итоге это ведет к вымыванию генофонда и мы просто теряем здоровых и неглупых мужчин, которые очень нужны в производстве. Тем более, что обычным людям такая охрана совсем не требуется. Остальные также нужны, поскольку должны оказывать необходимую (!) поддержку производителям, но не в таких масштабах и не в таких количествах. В общем, не страна, а засталие бюрократов, которых

нужно содержать и которым нужно платить немалые деньги. У каждого здравомыслящего человека возникает резонный вопрос: почему в такой богатой ресурсами стране, как Россия, десятки миллионов людей не живут, а выживают? В целом это все зависит от управления страной, от приоритетов, от бюрократии, которая давно себя исчерпала и нуждается в сокращении и замене. Но, к сожалению, ее никто менять не будет (разве что косметические замены), поскольку верхнюю власть она вполне устраивает и верхней власти докладывают то, что она хочет услышать. Сейчас наиболее востребованными в порядке убывания являются специалисты по продажам, продавцы в магазинах, руководители направлений, работники банковской сферы, аналитики и низкоквалифицированные работники при наименьшей потребности в госслужбе, высшем менеджменте, юридической службе, в журналистах, бухгалтерях, работниках в сфере развлечений. Кстати, работодатели за 45 млн человек платят взносы в пенсионный фонд. По данным Счетной палаты РФ с 2012 по 2016 гг. численность госслужащих постоянно росла, а в 2016 г. сократилась на 5,6%, причем чиновников высшего звена стало намного больше, выросло на 25% и число учреждений, обеспечивающих работу ведомств. Возникает вопрос, зачем в стране столько чиновников? А снижение произошло за счет наиболее нужного населению звена - чиновников низового уровня. Между тем, круг обязанностей муниципальных чиновников и муниципальных депутатов достаточно широк - от дворового благоустройства до стройки и ремонта, работы транспорта, парковок, решения жилищных проблем и т.д. Почему на этих вопросах заострено наше внимание? Да потому, что и состояние экономики, и трудовые ресурсы оказывают значительное влияние на развитие железнодорожных сообщений и железнодорожного здравоохранения.

В стране по официальным данным, т.е. по неполной регистрации в службах занятости, насчитывается всего 848 тысяч безработных, однако, при пересчете по методике МОТ их число сразу же возрастает почти в 5 раз, при наименьшем уровне в центральных и западных областях, а наиболее высоком в Северо-Кавказском Федеральном округе, откуда в связи с безработицей среди молодежи и могут возникать постоянные угрозы, которые частично гасятся значительными денежными вливаниями. Нынешняя модель экономики в стране неэффективна, что признают ведущие экономисты. Не банки, как у нас принято считать и всемерно их поддерживать, являются двигателем экономики, а покупательский спрос. За счет снижения спроса, т.е. уменьшения доходов людей, нельзя наладить экономику. Еще баварец Людвиг Эрхард, о котором мы упоминали, автор политики благосостояния для всех в Германии, говорил, что спрос должен опережать предложение (производство). Но у нас деньги олигархов, увеличивших свои доходы в 42 раза, на внутреннем рынке не работают. Если в США 1% населения владеет 40% богатств своей страны, то у нас 1% владеет 70% богатств. В результате на социальные нужды в западных странах тратится 25% ВВП, а в РФ - 10% и 23 млн. человек влачат нищенское существование (ниже прожиточного минимума). Для того, чтобы повысить спрос, на оплату труда должно

уходить 60% ВВП, а не 35% как сейчас. Для этого нужно провести реструктуризацию доходов, т.е. их частичное перераспределение, но на это власти, к сожалению, никогда не пойдут, т.к. это приведет к ущемлению их доходов. По данным А.Аузана (2016) в связи с тем, что на РФ приходится в пределах 3% мирового ВВП, что налоги у нас составляют 48 копеек с каждого рубля (а демократия обычно начинается с налогов), что у нас сложились тупиковые модели здравоохранения и образования, деньги срочно нужно вкладывать в человеческий капитал, в том числе в образование и здравоохранение, в инфраструктуру. Здравоохранение, образование, армия и силовые структуры должны находиться под протекцией государства, на государственном бюджете. За 2018 г. цены на многие товары и услуги будут только дорожать, в том числе на бензин, а полученные в результате этого деньги пойдут на строительство дорог в Калининградской области и в Крыму. То есть опять за счет простых людей, а олигархов трогать никак нельзя. Если продолжать говорить о ценах, то будет уместно привести мнение Общественной палаты о колоссальных различиях в ценах на жилищно-коммунальные услуги в разных регионах страны, поскольку регионы имеют право устанавливать свои пороговые значения, которые постоянно превышают. Как и по различиям по отдельным показателям здравоохранения, складывается впечатление, что мы в пределах одного государства как бы живем в разных странах. Отсюда возникают вопросы у граждан, почему правительство говорит о росте платежей в 4,5%, а кошельки людей «худеют» гораздо сильнее. Адресная помощь в России зашла в тупик, и это характерно для многих стран. Повышаются пособия, расширяются льготы и все это может вести к социальному иждивенчеству. Поэтому правильнее развивать общественный сектор, доступность образования, здравоохранения, транспорта, рынка труда. Детские ясли, детские сады и школы должны нормально и бесплатно функционировать. Многие школы закрыты, другие стоят и держатся на подпорках. Так, в поселке Щучье Озеро Пермского края рухнула школа на подпорках и теперь детям до школы нужно добираться 20 км. Вначале закрыли множество школ, а теперь из каждой новой школы делают шоу. Новые школы -это хорошо, но главное- чему там будут учить и как, кого готовить. Подавляющее большинство школьников путаются в истории, слабо ориентируются в географии, не знают классическую литературу, не всегда грамотно излагают свои мысли. Министр образования РФ О.Васильева с одной стороны хвалит ЕГЭ за то, что дети из глубинки могут поступить в престижные вузы, а с другой – она же сетует, что детей натаскивают по отобраным предметам, т.е. школа готовит малокультурных выпускников. В результате оказалось, что россияне не знают элементарных вещей, которые проходили в школе, ничего не знают из истории, о Великой Отечественной войне. Откуда тут взяться патриотизму? Вот и теперь Минобразования подготовило странные стандарты изучения литературы, согласно которой школьники должны будут знать только включенные в программу единообразные произведения. А ведь задача в этом отношении школы- воспитать думающего читателя, а не отбить

у школьников вкус к чтению. Против этих стандартов, логически завершающих натаскивание и оболванивание детей в рамках ЕГЭ (от сих до сих), выступили многие учителя. У любого здравомыслящего человека возникает вопрос, почему из западного опыта мы берем только самое плохое для подражания? Например, гей-парады, однополые браки, к которым мы еще вернемся. В США ЕГЭ предназначен для натаскивания умственно отсталых детей. У нас же с внедрением ЕГЭ коррупция опустилась с университетского уровня, где ее легче было пресекать, на школьный. Кроме того, школьники с хорошими баллами по ЕГЭ подают документы сразу в несколько вузов, что говорит о безразличности к будущей профессии. Правда, при этом появилась никак не связанная с ЕГЭ возможность поступить в престижный вуз. Поэтому этот вопрос рассматривается в ГД. Президент РАН тоже предлагает отменить ЕГЭ, поскольку такой тип экзамена не аспитывает творческие научные умы. Что верно, то верно: ЕГЭ порождает примитивизм мышления и скудость знаний и интересов. А вот принцип американских однокомнатных школ, подходящих к условиям нашего села, почему-то не приняли во внимание. К этому вопросу мы еще не раз вернемся, тем более, что на селе у нас сохранилось в том или ином виде только 26 тысяч школ на оставшиеся еще 130 тысяч сельских поселений. Как известно, школа и больница на селе – это центры жизни, очаги культуры, и при их закрытии село умирает, а вокруг все зарастает чертополохом. Нужно решать также проблему заниженных зарплат. Если в Финляндии, где сейчас имеется лучшее школьное образование как по объему, так и по содержанию, на 5.5- миллионное население, сопоставимое с числом жителей Санкт-Петербурга, насчитывается около 4 тысяч школ, то в 15-миллионной Москве их всего осталось 630, что говорит об отношении власти к школьному образованию. А в здравоохранении, образовании, социальной сфере и фундаментальной науке сильный государственный сектор должен вытеснять из этих сфер коммерческий бизнес, нравится это кому или не нравится. Кстати, специалисты из Гарвардского университета (США) считают, что наиболее эффективной является государственная модель здравоохранения в сочетании с государственной системой общей врачебной практики. Они негативно относятся к тому, когда некачественная медицинская помощь оказывается бедным людям в богатых странах. Уповать на развитие частной медицины, которая никогда себе в убыток работать не будет, не приходится, т.к. частная клиника в любой момент имеет право и может самоликвидироваться, закрыться или трансформироваться (расшириться, объединиться, разделиться, перепрофилироваться, изменить направления и объемы деятельности и т.п.). Именно поэтому частную медицину следует рассматривать как временное дополнение к более стабильному государственному здравоохранению или в качестве его временной альтернативы.

На экономических форумах экономисты и финансисты предлагают разные варианты дальнейшего развития России и ее выхода из нынешнего кризиса. К их мерам относятся: повышение инвестиций (в основном внутренних),

реструктуризация экономики, дальнейшая приватизация государственной собственности в экономике, в первую очередь, нефтяных компаний, развитие конкуренции, подавление инфляции, рост производительности труда, улучшение условий для бизнеса, повышение пенсионного возраста, что снизит нагрузку на ПФР и т.д., что является типично рыночными механизмами в экономике. Это хорошо, но плохо то, что эти предложения рассчитаны на их выбор одним человеком, который, как считается, может представлять интересы всей страны и всех ее жителей, и что при этом главной целью выступает пополнение отощавшего бюджета. Плохо также то, что люди с их потребностями пока остаются за кадром экономики. Подчеркнем еще раз, что целесообразно и просто необходимо развивать потребительский спрос или покупательскую способность населения (т.е. вложение денег в людей, в повышение их доходов, в образование и здравоохранение, но с умом, с учетом приоритетов), который вызовет ответную реакцию в предложениях, т.е. в производстве с соответствующими инвестициями, необходимостью роста производительности труда и конкурентоспособностью по объему, цене и качеству. Кроме того, важно прекратить утечку капиталов за рубеж, значительно снизить нерациональные траты из всех бюджетов и противодействовать коррупционным схемам. Это позволит подойти к экономическим проблемам с 2-х сторон: пополнение бюджета и рационализация его трат. В данном случае речь идет как бы о гуманистическом либерализме. Т.Голикова (2017) уже не в первый раз сообщает о низкой эффективности использования государственных инвестиций, причем, само правительство признает неэффективность трети государственных программ, а это означает, что они принимались без достаточных обоснований и без необходимых расчетов. Кроме того, в ходе проверки исполнения бюджета за 2016 г. Счетная палата РФ выявила немало нарушений бюджета на общую сумму в 700 млрд. рублей, которых как раз и не хватает для стимулирования потребительского спроса. Возникают также вопросы, как технологический прогресс перевести в социальный, как избавиться от примитивной структуры экономики, массовой бедности, поскольку сам рынок на это не способен и нужны политические решения. На все эти вопросы должен быть ответ в программе социально-экономического развития страны.

Инвалидность, т.е. заболеваемость со стойкой утратой трудоспособности, также в большей степени характеризует возможности социальных служб. Наконец-то, спустя 5 лет Государственная Дума ратифицировала Конвенцию ООН о правах инвалидов и об обеспечении полного участия людей с ограниченными возможностями здоровья в жизни общества. Хотелось бы надеяться, что данный акт принесет значительное облегчение гражданам-инвалидам (их более 13 млн.) и членам их семей. Однако, инвалиды или, как их у нас называют, люди с ограниченными возможностями, не чувствуют себя комфортно, поскольку людей в колясках не сажают в самолеты, не пускают на выставки и рестораны и даже по политическим мотивам не допустили к Олимпиаде, родителей с детьми-инвалидами выгоняют из кафе,

у подъездов нет специальных пандусов, а метро вообще не предназначено для инвалидов и мам с детскими колясками. Более того «гуманная» Государственная Дума хочет ограничить поступающие в страну лекарства, решает не пускать мам с колясками в метро (в одной руке-ребенок, в другой-сумочка, в третьей- коляска), в то время как в других странах для таких людей создают специальные лифты в метро. Между тем, импортные лекарства эффективнее наших аналогов, а такой как в США контроль за лекарственными препаратами (Food and Drugs Administration) более жесткий и более действенный. Думцы озаботились тем, что запретили детям кататься на собаках в аэровокзалах. Вот чем они там занимаются. И зачем они такие нам нужны? Пока что Россия, к сожалению, не присоединилась к международным стандартам по перевозке инвалидов в метро и по железным дорогам. Видимо, в свое время доминировала концепция о том, что инвалиды должны сидеть дома, а матери с детьми гулять вокруг дома или в ближайшем скверике. Все это ограничивало права граждан, особенно при сравнении с тем, как к инвалидам и детям относятся в развитых странах. Правда, в последнее время появились трамваи с низкой посадкой (которые быстро сняли), более удобной для инвалидов и пожилых людей. Нужно менять в целом отношение к людям, инвалидам и пациентам. За год впервые в стране признаются инвалидами почти 1 млн. чел., из них 46.7% в трудоспособном возрасте. Различают инвалидность по группам (три группы), инвалидность вследствие общего заболевания, инвалидность в связи с трудовым увечьем, инвалидность с детства, инвалидность вследствие профессионального заболевания, инвалидность у бывших военнослужащих, инвалидность до начала трудовой деятельности. Все зависит от установленных критериев, с помощью которых, как по аналогии с водопроводным краном, можно расширять или суживать показания соответственно выделяемым средствам и таким образом влиять на величину ЗВУТ и инвалидности. Не случайно ЗВУТ рассчитывается по данным больничных листов (листок нетрудоспособности) и при этом в отчетах не учитываются диагнозы, возрастно-половые характеристики, поскольку органам социальной защиты нужны лишь данные о числе случаев и числе дней для учета произведенных ими затрат. В целом общая инвалидность и первичный выход на инвалидность среди работающих в ОАО «РЖД» не велики и составляют ежегодно от 35 до 40 случаев на 10 тысяч железнодорожников. Однако на этом в целом относительно благоприятном отраслевом фоне вызывает тревогу более высокий (в 2 раза выше) уровень первичной инвалидности у работающих водителей локомотивов, что требует еще большего внимания к проблемам их здоровья.

Вообще, истинную картину заболеваемости можно получить лишь путем анализа как минимум трехлетней выкопированной из медицинской документации обращаемости, дополненной результатами обследований выборочных и представительных в возрастно-половом разрезе групп населения. Именно так и проводились ранее научные исследования заболеваемости по методике профессора И.Д.Богатырева (ВНИИ имени

Н.А.Семашко). Поэтому рассмотрим структуру иногда неверно называемой госпитальной заболеваемости, а точнее- состава госпитализированных в железнодорожные больницы больных по классам болезней (МКБ-10), что хоть в какой-то степени может характеризовать общую структуру патологии. Наибольшая доля госпитализированных больных приходится на болезни органов дыхания (16.1%), что говорит о запущенности процессов и слабой работе амбулаторного звена. Далее следуют болезни системы кровообращения (13.5%) и болезни костно-мышечной системы (12.1%). Эти заболевания преимущественно относятся к более пожилым возрастам и в несколько меньшей степени к контингенту работающих железнодорожников. Удивляет достаточно высокий уровень госпитализации в связи с травмами и несчастными случаями (8.5%), что может в определенной мере свидетельствовать об ослаблении работы на местах по технике безопасности и по предупреждению травматизма. Ну и конечно же болезни нервной системы, на долю которых в структуре госпитализированных приходится 8.1%, что, в основном, и характеризует специфику труда ведущих профессий железнодорожников. Такая структура госпитализированных в железнодорожные клиники по классам болезней влияет и на загрузку разных отделений: на терапевтические отделения приходится свыше трети всех госпитализированных, на общие хирургические- 24.7%, на неврологические- 8.7%. Поскольку среди железнодорожников почти 40% приходится на женщин, то и уровень госпитализации в гинекологические отделения достаточно высок. Среди умерших работников локомотивных бригад (всего 620) больше всего погибают от несчастных случаев вне производства, а также в результате острых (или обострений) болезней сердца и сосудов. Почти в 160 случаях (а это не мало) зафиксированы самоубийства, производственные несчастные и криминальные случаи, что требует особого внимания и рассмотрения. Тем не менее, профилактическая работа как была, так и остается ведущей на железнодорожном транспорте, что связано, главным образом, с медицинским обеспечением безопасности движения. Так, осуществляются мероприятия по охране труда и аттестации рабочих мест, ежегодно проводится свыше 220 тысяч периодических профилактических осмотров работников локомотивных бригад, около 26 млн. предрейсовых медицинских осмотров и отстраняются от рейсов около 16 тысяч машинистов и их помощников, причем более молодые помощники машинистов отстраняются от рейсов чаще и, в основном, по причине острых респираторных заболеваний. В последние годы стало гораздо меньше отстранений по причине алкогольной интоксикации. Принимаются меры по борьбе с усталостью и сонливостью во время рейса и с монотонностью движения.

К сожалению, в последние годы работа на железнодорожном транспорте стала терять былую престижность и привлекательность. Если раньше возникали и поощрялись железнодорожные династии, работа железнодорожников очень высоко оплачивалась, они неплохо снабжались (были рабочие ОРСы), обеспечивались жильем, железнодорожное

здравоохранение было лучшим в стране, то постепенно это все не улучшалось, а лишь утрачивалось.

Что касается эффективности здравоохранения в целом, т.е. соотношения затрат на здравоохранение в виде доли от ВВП, подушевых расходов и управляемых результатов, то в советское время система была гораздо более эффективной, чем сейчас, поскольку результаты в здоровье населения практически полностью соответствовали произведенным незначительным затратам по остаточному принципу. Сколько было денег - столько и пропето песен. По этим же критериям на основании данных ВОЗ, ООН, Всемирного банка по рейтингу стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2016 г. (The Most Efficient Health Care 2016), составленному аналитиками американского агентства финансово-экономической информации Bloomberg, Россия оказалась на последнем месте из 55 стран после Колумбии и Иордании. Это обусловлено, с одной стороны, ростом расходов на здравоохранение (все траты - 7.07% ВВП и 893 долл. по ППС на человека в год, госрасходы в 2016 г. - 3124 млрд. руб., а на 2017 г. - 3035 млрд. руб.), а с другой - чрезвычайно низкими, т.е. не соответствующими затратам, результатами функционирования системы. Кстати, чтобы достичь в РФ уровня ОПЖ в 74 года необходимо увеличение подушевого финансирования в стране до 1300 долларов в год. США оказались на 50-м месте по тем же причинам, т.е. по управляемым результатам, не соответствующим высоким тратам на здравоохранение (почти 18% ВВП и 10500 долларов на душу населения в год). А в числе призеров по этому рейтингу справедливо оказалась Испания с ее бюджетным финансированием. По уровню здоровья населения Россия оказалась на 116 месте из 188 стран. Соответственно выглядит и уровень развития здравоохранения по 33 показателям. Действительно, хотя число госпитализированных сократилось на 817 тысяч человек (за 2013-15 гг. число больничных коек сократилось на 100 тысяч), в больницах умерло 519 тысяч, объемы амбулаторной помощи сократились на 39 млн посещений, что резко снижает доступность медицинской помощи. Пациентов по экстренным жизненно важным медицинским показаниям доставляют в стационары слишком поздно, когда помочь уже ничем нельзя. В выполнении знаменитых майских указов Президента РФ основная тяжесть (70-80%) легла на бюджеты регионов и оказалась им не по силам. Поэтому регионы вынуждены были в ускоренном порядке сокращать сеть школ и медицинских учреждений, особенно в сельской местности, а также учителей, врачей и средних медицинских работников, а как бы сэкономленные на этом средства распределить среди оставшихся. Это еще один яркий пример до конца не просчитанных последствий принимаемых решений. Хотели, как лучше, а получилось, как всегда. Для решения многих проблем нужны системные и просчитанные меры, поскольку повышение зарплаты, скажем, библиотекаря страну от бедности не спасет. Представляет интерес рейтинг регионов РФ по эффективности здравоохранения. Результаты исследований (Гиноян А.Б., Улумбекова Г.Э., Чабан Е.А., 2017) показали, что самые лучшие показатели характерны для большинства регионов Северо-

Кавказского, части территорий Южного федеральных округов, что, видимо, обусловлено меньшими затратами на здравоохранение, более здоровым образом жизни граждан при минимуме потребления алкогольных напитков и природно-климатическими условиями. А самым неэффективным оказалось здравоохранение в регионах Восточных районов страны. Проведенные опросы населения в средних и крупных городах страны показали, что самые высокие оценки качества медицинской помощи характерны для Нижнего Новгорода, Грозного, Казани, Уфы, Санкт-Петербурга, Новокузнецка, Томска и др., а самые низкие оценки качества здравоохранения опрошенные выставили Рязани, Челябинску, Ижевску, Перми, Новосибирску, Астрахани, Севастополю и другим. Понятно, что в малых городах, где проживает почти половина городского населения, с их почти полностью разрушенным и лишь частично восстанавливаемым здравоохранением, оценки граждан были бы совсем иными. Минздрав РФ принял стратегию развития здравоохранения до 2025 г., предполагающую среди прочего сближение государственного ОМС и частного ДМС. В 2018 г. финансирование здравоохранения вырастет по сравнению с 2017 г. (378 млрд руб.) на 13,3% и достигнет 438,3 млрд руб., в том числе 30,5%- на стационарную помощь, 13,7%- на амбулаторную, 1%- на скорую медицинскую помощь, 7,7%- на санаторно-курортную, 6,1%- на сан-эпидслужбу, 4,7%- на медицинскую науку. Отсюда видно, что перелома в здравоохранении не произошло и по-прежнему довлеющей оказывается стационарная медицинская помощь, включая высокие медицинские технологии. Затем, в 2019 г. планируется снижение расходов на 34,3 млрд руб., а к 2020 г. увеличение финансирования до 472,8 млрд рублей. Вот такие ожидаются скачки в финансировании здравоохранения со снижением на 34,3 млрд руб. и ростом на 68,9 млрд руб. Теперь Минздрав РФ намерен не выдавать больничный лист родителям, чьи дети заболели, отказавшись от прививок. Но пока у нас прививки желательны, но не обязательны, и пока родители не убедятся в качестве и пользе прививок, дело не пойдет. Вот этим и нужно заниматься.

В целом по России естественный прирост населения является отрицательным (в 2016 г. смертность составляла 13,2 ‰, а рождаемость - 12,7 ‰), что говорит о постепенном вымирании жителей (без учета миграции). Вымирает население ряда федеральных округов: Центрального, Северо-Западного, Южного, Приволжского, и Крымского. В других округах рождаемость превышает смертность. В 2017 г. рождаемость закономерно упала на 11% до 1,69 млн детей и этот процесс будет продолжаться, т.к. только одним материнским капиталом повлиять на рождаемость нельзя, и по сути им государство откупается от назревшей проблемы. Материнство вышло из моды из-за бездействия властей. И хотя общая смертность в 2017 г. снизилась, женщины стали рожать реже. Если в 2017 г. умерло на 63,6 тысяч человек, то родилось на 203,4 тысячи меньше. По-прежнему из всех причин смерти лидируют БСК (47,8%), но их быстро нагоняет смертность от рака (15,6%). За последние 25 лет страна вследствие преждевременной смертности потеряла 13 млн. человек. Наименьшая рождаемость сейчас отмечается в

Ленинградской (9.3‰) и Тамбовской (9.4‰) областях, а наиболее высокая - в Чеченской республике (20.1‰) и в республике Дагестан (16.8‰). Лидером по суммарному коэффициенту рождаемости является Тыва, а минимальное значение этого показателя отмечено в Ленинградской области. С 2005 г. в России умерло несколько больше 24 млн. человек, т.е. свыше 20% взрослого населения, а за этот же период родилось 21 млн и пока что естественная убыль коренного населения компенсируется притоком мигрантов. Кроме того, страна немало теряет людей из-за эмиграции., поскольку по данным Росстата (а зарубежная статистика превышает их в 10 раз) с 2005 г. из страны уехали почти 5 млн человек, из которых 60% выбирают Германию. Смертность в России от отдельных причин значительно превышает соответствующие уровни в Западной Европе. Так, по болезням системы кровообращения она в 2.3 раза выше, по убийствам и самоубийствам пока в 3.9 раза выше, по циррозам и болезням нервной системы - в 1.9 раза выше, по травмам - в 1.75 раз выше. Однако на Западе несколько выше смертность от новообразований и хронических болезней органов дыхания, что, скорее всего, обусловлено особенностями диагностики и более четкой выявляемостью заболеваний. Самая высокая смертность в РФ характерна для Псковской (18.6‰) и Новгородской (17.7‰) областей, а минимальные значения смертности были отмечены в Чечне и республике Ингушетия (3.1‰). Из изложенного видно, что практически вымирает Центральная и Северо-Западная Россия, что происходит постепенное замещение жителей этих территорий выходцами из Северного Кавказа. Принимаемые ранее меры (2007 г.- закон о материнском капитале за второго, третьего и последующих детей, 2011 г.- закон о праве многодетной семьи на получение бесплатного земельного участка, 2014 г.- увеличение длительности выплаты пособия по уходу за ребенком с 1.5 года до 3-х лет) незначительно повлияли на ситуацию с рождаемостью и смертностью, но общие наметившиеся тенденции не переломили. Нужны более результативные, комплексные и длительные меры. Однако, никого эти проблемы не волнуют, о чем говорит отсутствие региональных медико-демографических программ. Такого рода программа должна появиться не только в каждом регионе, но также и на железнодорожном транспорте. В «Аргументах недели» от 19.01.2017 г. говорится, что за каких-то 5 лет погром здравоохранения отбросил доступность медицинской помощи в отдельных районах на уровень XIX века. Интересно также, какие места наша страна занимает по другим международным рейтингам. По индексу верховенства закона (The Rule of Law Index 2016), представленному по восьми ключевым показателям международной неправительственной организацией World Justice Project, из 113 государств Россия заняла лишь 92 позицию между Эквадором и Узбекистаном. Все остальные страны бывшего СССР имеют более высокие рейтинги. По индексу качества жизни и благополучия пожилых людей (Global Age Watch Index 2015) международной неправительственной организации (Help Age International) совместно с Фондом народонаселения ООН по 13 показателям,

объединенных в 4 группы, Россия заняла 65 место из 98 стран, на последних местах Мозамбик и Афганистан, а на первых трех местах расположились Швейцария, Норвегия и Швеция. По состоянию автомобильных дорог (доклад «Индекс глобальной конкурентоспособности») Россия занимает 123 место, опередив Конго, Мадагаскар и Парагвай. А это свидетельствует о низкой доступности медицинской помощи, коммуникационных сложностях и о возрастающей роли железных дорог. По уровню счастья населения (World Happiness Report 2016) согласно исследованиям Колумбийского университета США совместно с Международным исследовательским центром Гэллага самой счастливой страной признана Дания, а жители Латвии и Эстонии, будучи более благополучными по другим рейтингам, оказались ниже России, которая заняла 56 место из 157 стран. Британский журнал The Spectator также оценил уровень счастья в разных странах в 2017 г. и первые три места заняли Скандинавские страны- Норвегия, Дания, Исландия, хотя по рейтингу ВВП в расчете на душу населения эти страны занимают 6, 20, и 16 места соответственно. США в рейтинге счастья заняли 14 место, а Россия- 49 место из 122. Другое британское издание Times Higher Education в очередной раз опубликовало Рейтинг лучших университетов мира (The World University Ranking 2016-2017) и из 980 университетов МГУ оказался на 188 месте, Физтех- на 325, ВШЭ- на 450, С-Петербургский университет- на 480 месте. Традиционно в первую десятку входят университеты США и Британии. На 2018 г. согласно четырнадцатому рейтингу этого журнала в первую 1000 лучших университетов мира вошли 18 отечественных вузов, МГУ занял 194 место, Физтех- с 251 по 300 место, Томский политехнический университет- 301-350, ВШЭ-351-400. С помощью этого рейтинга, а также The Academic Ranking of World Universities и QS Quacquarelli Symonds ориентированы на оценку конкурентоспособности вузов мира, среди которых на первых местах- Оксфорд и Кембридж. Конечно, со всеми этими рейтингами можно соглашаться или не соглашаться, принимать их во внимание или нет. Но, отобранные критерии являются достаточно объективными. Например, по последнему рейтингу учтены: востребованность публикаций преподавателей и студентов не по их числу, а по индексу научного цитирования (Science Citation Index Хирша и Гарфилда), соотношение студентов и преподавателей (у нас на 1 преподавателя приходится 12 студентов, в МГУ- 4, а в американских университетах нередко на 1 студента приходится до 8 преподавателей), востребованность выпускников университетов и т.д. Самая главная трудность, с которой сталкиваются выпускники вузов, является отсутствие опыта работы (67%), что свидетельствует не только о недостатках подготовки кадров высшего звена, но и о серьезных просчетах в кадровой политике в целом. Согласно мирового рейтинга вооруженности наша страна с 142,3 миллионным населением и военным бюджетом в 44,6 млрд. долл. занимает второе место, поскольку обладает ядерным оружием, современным и постоянно совершенствующим вооружением, хорошей армейской выучкой и многократным превосходством в танках. А первыми здесь являются США со 323,9 миллионным населением и с расходами на вооружение в 587,8 млрд.

долл., что в 2,5 раза меньше расходов на здравоохранение. Если по расходам на оборону США опережают Китай в 3,6 раза, а нашу страну в 14 раз, то по расходам на вооружение в расчете на 1 жителя в год мы отстаем от США только в 6 раз (1814 против 314 долларов). Более детальные данные по 10 самым вооруженным странам в порядке их значимости представлены в нижеследующей таблице.

Ранги	Страны	Армия, войска	Самолеты в тысячах	Танки в тысячах	Военно-морские силы
1	США	1,4 млн	13,7	5,8	415
2	Россия	1.9 млн	3,8	20,2	312
3	Китай	2,2 млн	2,9	6,4	714
4	Индия	1,3 млн	2,1	4,4	295
5	Франция	204 тыс.	1,3	0,406	118
6	Британия	151,1 тыс.	0,856	0,249	76
7	Япония	248,5 тыс.	1,5	0,700	131
8	Турция	382,8 тыс.	1,0	2,4	194
9	Германия	180 тыс.	0,698	0,543	81
10	Египет	454,2 тыс.	1,1	1,4	319

Конечно же, это не значит, что одновременно все самолеты могут летать, все танки и корабли находятся в боевой готовности. Первые пять стран в списке обладают ядерным оружием и средствами доставки. Из остальных пяти стран наибольшая численность населения характерна для Японии-126,7 млн чел., в Египте- 94,6 млн, в Германии и Турции примерно одинаково- чуть более 80 млн, а меньше всех во Франции-66,8 млн чел. Самые большие расходы на вооружение в этих странах отмечаются в долларах в Великобритании-45,7 млрд, в Японии- 43,8 млрд, в Германии- 39,2 млрд, во Франции- 35 млрд, а в Турции- 8,2 млрд и в Египте- всего 4,4 млрд. Правда, среди этих стран самое большое бремя военных расходов ложится в год на каждого немца- 485 долл., а самое малое- на египтянина (46 долл.). Хотя Германия не имеет права располагать собственными ядерными силами, и это строго соблюдается, на ее территории размещены 172 американские военные базы с ядерным оружием, что уже стало поводом протеста даже среди официальных германских кругов. Данные таблицы можно анализировать постоянно и делать соответствующие выводы, например о том, что Великобритания по крайней мере в количественном отношении утратила былую славу владычицы морей и т.д.

Почему-то складывается впечатление, что российская наука до сих пор полностью не оправилась от разгрома, учиненного ей в свое время (в 1930-ые годы) Т.Д.Лысенко и его главным идеологом «коренной переделки природы» Исааком Презентом. Особенно пострадали прошедшие через сеть сталинских лагерей представители генетики («вейсманисты-морганисты»), демографии (не досчитавшиеся нужной численности населения из-за проведенных репрессий), экологии (все богатства принадлежат народу и как

их можно охранять от народа), научной организации труда (тогда преобладали стахановские методы ручного труда), социальной гигиены (в советской стране не могли быть социально обусловленные болезни) и другие. Не случайно только 26% опрошенных ученых считают, что наша наука находится на мировом уровне и даже несколько его опережает, а на вопрос, что делать подавляющее большинство (88%) считает, что нужно повышать финансирование науки и компетентность российских ученых. При этом наука должна решать задачи, которые ставят научные сообщества (43%) и органы государственной власти (23%). А отдельные горе-теоретики от здравоохранения, всю жизнь борющиеся с «буржуазными течениями в медицине», даже выдвинули гипотезу о социальной однородности здоровья в нашем обществе, которая с треском провалилась. Не может быть однородным здоровье в условиях выраженной социальной (по доходам и возможностям) неоднородности в стране, когда, по официальным данным децильное соотношение доходов у 10% богатых и бедных было представлено ранее при том, что не все доходы очень богатые люди показывают. В советское время это соотношение было 1 к 4, в США тогда- 1 к 8, а экономика Аргентины рухнула при соотношении 1 к 10. Считается, что именно такое соотношение является пороговым для возмущения населения и деградации экономики. Видимо, на это рассчитывал бывший Президент США Барак Обама. Кроме того, по данным Всероссийского центра изучения уровня жизни прожиточный минимум у нас в стране должен быть не 10,5 тысяч рублей, а в три раза больше, что и будет соответствовать приемлемому социальному потребительскому бюджету. Теперь до величины прожиточного минимума (подчеркнем еще раз, на который прожить невозможно) подтягивается минимальная оплата труда, что может быть расценено как отрицание права граждан на жизнь. Но наш народ оказался на редкость более терпеливым, закаленным и спокойным, а наша экономика имела определенные запасы прочности, доставшиеся от прежних времен. Правда, за время нынешнего кризиса богатые стали еще богаче, а бедные еще беднее. Глубокая пропасть пролегла между богатыми и бедными, этому способствует представление людей о нарушенной социальной справедливости. Пока что наблюдается видимость борьбы с коррупцией в сочетании с показательными посадками крупных чиновников и никак не используется позитивный опыт Сингапура (Ли Куан Ю) и Китая, где казнят и олигархов, и членов ЦК КПК. Эта мера крайняя, нужно для начала просто прекратить утечку денег за рубеж, пресекать взятки и откаты, рейдерские и другие захваты, экономическую преступность, ввести налог на роскошь и прогрессивный налог на доходы, значительно усилить фискальную функцию государства, проверить законность накопленного богатства, изымать незаконные накопления в бюджет, тем самым его существенно пополняя и т.д. Кардинальные изменения должны произойти в судебной системе и в правоохранительных органах. Судебная система в России очень далека от самостоятельности и справедливости: за украденную банку огурцов грозит приличный тюремный срок, а украденный из бюджета миллион- почет и

уважение, хотя некоторые неугодные власти чиновники, большинство из которых живут явно не по средствам, могут быть даже осуждены. Не случайно опрошенные показывают низкую эффективность работы аппаратов глав субъектов федерации, судебной системы и Государственной Думы, которые требуют серьезных изменений. Фемида с завязанными глазами стыдливо закрывает глаза, чтобы не видеть наше правосудие. Когда грабители проникают в чужое жилище и хозяин защищает свою семью и свою собственность и наносит ущерб грабителям, то хозяин не должен быть виновным в любом случае, а не с учетом возможных пределов самообороны. Инвалида, весящего всего 18 кг и будучи практически неподвижным, осудили на 4,5 года, т.е. приговорили его по сути к смерти. Такой суд нам не нужен, нормальный суд должен ограничивать опасных преступников от всего остального населения, способствовать исправлению, для чего все наказание должно быть направлено на это, а не на репрессии. Жестокая судебная система в сочетании с жестокими условиями тюремного заключения пока не способствует в 90% случаев исправлению, а это значит, что у нас репрессивная, а не исправительная судебная система. Правосудие у нас либо угодническое, либо коррумпированное, поэтому оно должно быть полностью независимым, а судья и прокурор должны нести ответственность за свои решения. Одних держат в изоляторах, а других за более тяжкие преступления выпускают под подписку о невыезде (для многих это филькина грамота) и отправляют под домашний арест. Вот и получается, что одни у нас правее других, хотя правосудие должно быть не только справедливым и гуманным, но и единым для всех и зависимым полностью от состава и тяжести проступка. Распоясавшиеся местные чиновники часто пристраивают своих детей к успешно функционирующему бизнесу. Нередко при «попустительстве» местных властей происходит захват земельных участков и предприятий, а управляющие компании весьма часто захватывают чужие квартиры и делают это практически безнаказанно, ведомства распродают служебные квартиры и назначают себе фантастические премии, выстраивают сложные схемы мошенничества при продаже автомобилей, строительных и ремонтных работах и т.д. К сожалению, отдельные статьи действующей неплохой Конституции, подготовленной при участии демократически ориентированного Сергея Шахрая, не выполняются. Видимо, такая же судьба была уготовлена Основному закону страны, если бы его готовил А.Собчак. Тоже самое можно сказать о совершенно правильной на бумаге сталинской Конституции 1936 г., подготовленной Н.Бухариным. То, что происходило в жизни страны, совсем не соответствовало ни одной ее статье.

А сколько присосавшихся к бюджету, верхушку айсберга которых фиксирует Счетная палата РФ? Нет на них всех управы, поскольку система управления практически не работает. По телевизору систематически показывают различные тусовки и сборища богатых людей, что раздражающе действует на подавляющее большинство жителей страны. Вседозволенность и неприкрытая роскошь проявляются даже при организации свадеб. Так, недавно в Краснодаре состоялась свадьба молодых, родители которых

работают в правоохранительных органах, с приглашением звезд эстрады, дорогих подарков, в том числе автомашину «Бентли» и т.д. Удивительно, но никого не заинтересовало, откуда у обычного судьи с не очень понятным образованием взялись миллионы долларов, что особенно контрастно на фоне нищающего населения. Было бы неплохо, если бы власти несли постоянную ответственность перед народом, в том числе материальную. Ведь демократия и социальная справедливость держатся не на прямой связи, которая олицетворяет нормальную выборность, а на обратной связи, т.е. на постоянной зависимости власти от избирателей с возможностью отзыва избранных, чего у нас нет. Но для этого из победившей на выборах партии должно формироваться правительство. Кстати, подавляющая часть населения нашей страны (86%) считает, что у нас отсутствует социальная справедливость. Нужно восстанавливать муниципальную независимую систему (здравоохранение, полицию и т.п.) и вводить институт мировых судей. Кроме того, нужен профессиональный отбор всех участников судебной и правоохранительной системы: судей, прокуроров, оперативников, следователей, участковых полицейских. Вначале определяется вина и степень ее выраженности, но при решении вопроса о наказании нужно учитывать все обстоятельства дела и личность осуждаемого (инвалид, мать с детьми и т.д.) Ошибки судей более значимы, чем ошибки учителей, которые проявляются не сразу, и судьи решают судьбы людей. Вот об этом забывать нельзя. Участковый полицейский должен подчиняться местной администрации и выбираться на альтернативной основе местным населением, перед которым, а не перед вышестоящим начальством, он несет ответственность и которому подотчетен. Все это важно учитывать и применительно к железнодорожникам. Обычно в рыночной экономике бедными могут стать потерявшие доход безработные, инвалиды и многодетные семьи. У нас же к этим группам добавляются полностью нищие, пенсионеры из-за нищенской пенсии, и так называемые «новые бедные», т.е. работающие, но имеющие душевой доход ниже назначаемого сверху прожиточного минимума, на который прожить ну никак нельзя даже тем, кто его придумал. Вот этого в других странах понять никак не могут, ведь если человек работает, то он не может быть по их представлениям нищим. При этом минимальный размер оплаты труда (МРОТ) пока еще ниже прожиточного минимума. Фактически 30% наших граждан, богатых и относительно состоятельных людей (к ним относится и небольшая прослойка среднего класса), на которых и ориентируется власть, противостоят 70% граждан нищих, бедных и пока еще сводящих концы с концами. Это выглядит постыдным в богатой стране на фоне коррупции, разбазаривания бюджетных средств, о чем постоянно сигнализирует Счетная палата РФ. Согласно данным Международного валютного фонда около 35% ВВП России находится в тени, а наши финансисты жалуются на дефицит бюджета, который намерены восполнять конечно же за счет всего населения. Стыдно сказать, но пенсионный фонд когда-то отсталой Норвегии сейчас в 4 раза больше бюджета России, хотя в этих странах единые источники дохода-

углеводороды. Все дело в том, как ими распорядиться. По западным доходным меркам (в США это 3-5 тысяч долларов в месяц) среднего класса у нас не должно быть, но он есть при гораздо меньших доходах, хотя к нему относится совсем небольшая доля населения. А образованный средний класс, на долю которого у нас приходится только 7%, как подчеркивалось, является оплотом демократии. Кстати, бедность существовала и раньше, но она заглашалась почти что тотальной уравниловкой в бедности, а сейчас- полная и ничем не прикрытая контрастность. Как считает известный экономист М.Л.Хазин, «у правительства нет цели спасти население от бедности». А вице-премьер О.Голодец пообещала ввести налоговые льготы для малоимущих, но какие, когда и кому, пока не понятно. Вот откуда у нас столько долларовых миллиардеров, когда даже в США ни один конгрессмен или сенатор не имеет накопления, превышающие 500 тысяч долларов? Если в Японии ВВП составляет 4949 млрд долл и там всего 35 миллиардеров, во Франции соответственно 2465 млрд и 40 миллиардеров, то в России ВВП составляет 1283 млрд долл., а число долларовых миллиардеров достигло 102 человек. Явные парадокс и несуразица. Такие накопления у нас могут быть только в результате приватизации с последующим рейдерством, либо вследствие присасывания к бюджету и вытягивания из него нужных сумм. По данным American Journal of Public Health (2016) богатые живут значительно дольше, чем бедные, в том числе мужчины- на 10 лет, женщины- на 7 лет, что связано с неправильным и несправедливым распределением ресурсов. В Англии все работающие и члены их семей классифицированы не по доходам, а по видам занятий, что примерно одно и то же, и они распределены на 6 групп, от разнорабочих и занятых неквалифицированным трудом до управленцев и высококлассных специалистов. Такая статистика там ведется годами. Оказалось, что занятые тяжелым физическим трудом (и даже их дети) имеют гораздо худшее здоровье (у них выше уровень заболеваемости и смертности), чем участники группы интеллектуального труда. В России картина несколько иная и многие журналисты задают резонный вопрос, почему, чем хуже уровень медицины в стране, тем выше ожидаемая продолжительность жизни? А все дело в том, что ОПЖ рассчитывается исходя из гипотетических таблиц смертности, причем оценка элиминационного резерва показывает, что на ОПЖ влияет смертность во всех возрастах, кроме младенческой смертности. При этом медицинская помощь имеет очень слабое влияние на общую смертность и может лишь влиять на потенциально предотвратимые случаи смерти, на долю которых приходится максимально до 40% всех случаев. За последние годы РФ потеряла в результате преждевременной смертности 13 млн человек. Шведские исследователи доказали, что ОПЖ у родителей больше, чем у бездетных пар и особенно эта разница ощущается в возрасте старше 60 лет. О зависимости здоровья населения от доходов в мире известно давно и эта проблема многократно исследована. Только от одного не самого распространенного заболевания- вирусного гепатита наносится ежегодный ущерб экономике России (с учетом прямых и косвенных издержек) в размере

30 млрд. рублей. В Великобритании, по данным Daily Mail (2012 г.) риск суицида особенно велик у мужчин в возрасте 30-60 лет, причем самоубийства распространены среди рабочих в 10 раз чаще, чем среди состоятельных людей. Причинами этого считаются рост безработицы, не востребованность рабочих профессий, развитие в Великобритании «экономики услуг». Результаты последнего крупного исследования по США опубликованы в газете The New York Times от 12.02. 2016 года. Там показано, что за последние 15 лет различия в ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) 60-летних богатых и бедных возросли с 1.2 лет до 5.8 лет. Экономистами из Бруклинского института показано, что по децильным группам (при сравнении 10% богатых и бедных) у родившихся в 1950 г. различия составили 14 раз, а за 30 лет ОПЖ у бедных мужчин выросла с 72.9 лет до 73.6, а у богатых- с 79.1 до 87.2 лет. Итог этому исследованию подвел директор американского института измерения и оценки здоровья в Сиэтле Кристофер Мюррей (он первым предложил индекс DALY), заявивший, что прогресс оказался не для всех одинаковым. В России 10% состоятельных людей тратят на медицинские услуги в 60 раз больше средств, чем 10% наименее обеспеченных. Проще говоря, бедным не по карману платное лечение, тем более, что у 25% населения страны не хватает средств на оплату коммунальных услуг. Не случайно в 2017 г. среди наиболее важных для страны проблем 23% людей считают низкий уровень жизни, 21%- бездарную экономическую политику, 18%- дефекты социальной политики, 17%- недоступное и некачественное здравоохранение, 14%- безработицу, 12%- проблемы в сфере образования и всего по 10% приходится на высокую инфляцию, рост цен и коррупцию. Интересно, что наибольшее число безработных приходится на лиц с низким и со средним профессиональным образованием, а наименьшая доля (3,4%) - на лиц с высшим образованием. Иначе говоря, сами люди подсказывают власти, что нужно всячески стимулировать спрос. Тем более, что по официальным данным реальные доходы россиян снизились в 2017 г. на 1,7%, а в 2016 г.- на 6%, у богатых поменьше, у бедных- побольше. В результате у большинства населения отмечается экономия на всем: на товарах длительного пользования, на продуктах питания и т.д. Реальные доходы россиян продолжают падать, треть из них не имеет никаких сбережений и по разным оценкам число бедных колеблется в пределах от 12 млн до 30 млн человек. Не менее 40 млн человек заняты в теневом секторе и получают небольшую зарплату в конвертах. Если к этому добавить чисто российский феномен- работающих бедных-, то получится, что в стране с таким уровнем ВВП и ВВП на душу населения иметь такой уровень бедности просто позорно. Если в советское время прожиточный минимум был в 1,5 раза ниже МРОТ, то сейчас- все наоборот. А это означает, что пора государству развернуться лицом к своему народу и начать работать не на укрепление власти и на олигархов, а на простых терпеливых людей. Но для этого нужно усилить борьбу с бюджетным воровством и коррупцией, на что указывает подавляющее большинство опрошенных (45%). Многие считают, что для этого вполне

можно использовать китайский опыт. Все остальные проблемы, по мнению граждан, являются менее значимыми и отсроченными. Возникает вопрос: в связи с вводимыми санкциями нужно ли спасать олигархов? Премьер-министр Медведев уже заявил, что государство намерено возместить олигархам их потери. Интересно, за чей счет, не за наш ли с вами? Других источников просто нет, т.к. российская экономика пока находится в весьма уязвимом положении, а прошлогодний некоторый рост ВВП был обусловлен ростом мировой цены на нефть и нефтепродукты. Кстати, тот же Медведев в Санкт-Петербурге признался, что свой отчет в Государственной Думе он значительно приукрасил и дела в российской экономике складываются отнюдь не так оптимистично.

Казалось бы, во всех странах понимание показателя фертильности или общей плодовитости должно быть однозначным, поскольку он означает число родившихся, приходящихся на 1000 женщин детородного возраста. Но фишка состоит в том, что на Западе детородный возраст у женщин определяется интервалом 15-44 года, а в России почему-то 15-49 лет. А суть в том, что в возрасте 45-49 лет женщин достаточно много, но рождаемость у них почти что нулевая, что значительно занижает показатель фертильности, и это нужно обязательно учитывать при проведении сравнительного анализа. Для чего это делается - непонятно. Более точные данные дают показатели по возрастной плодовитости, для чего весь генеративный период женщины условно делится на отдельные возрастные интервалы, из чего следует, что число рождений у женщин 45-49 лет появляется в пятом знаке после запятой. Лучше учитывать более грубый и однозначно понимаемый показатель (коэффициент) суммарной рождаемости, который определяет, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всей ее жизни при сохранении в каждом возрасте существующего уровня рождаемости, т.е., грубо говоря, число детей в среднем приходящихся на 1 женщину. Кроме того, можно рассчитывать показатели суммарной плодовитости (детности), представляющие собой численность детей, рожденных в среднем одной женщиной за весь плодovitый период ее жизни, разделенную на 1000. Грубость этих показателей состоит в том, что они рассчитываются на 1 женщину, независимо от ее возраста, что дает несколько искаженную картину естественного воспроизводства населения, т.к. их величина зависит от его возрастно-полового состава. Для устранения искаженной картины иногда применяют показатель брачной плодовитости, представляющий собой отношение числа родившихся живыми в год у женщин, состоящих в браке, к среднему числу женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в браке, умноженное на 1000. Можно также рассчитывать по возрастные показатели брачной плодовитости. Нередко определяют и валовый (грубый) показатель воспроизводства (брутто-коэффициент), определяемый исходя из числа девочек, рожденных в среднем одной женщиной за весь период ее плодovitой жизни. Фактически этот показатель характеризует более точно воспроизводство, чем показатель детности. Однако и он не достаточно точен, т.к. не учитывает, что часть женщин в возрасте от 15 до 49 лет умирает и у

них вероятность родить детей меньше, чем у их сверстниц, благополучно доживших до конца детородного периода. Поэтому валовой показатель дает завышенное представление о размерах воспроизводства. Отсюда возникает потребность в расчете очищенного показателя воспроизводства или показателя чистого воспроизводства (нетто-коэффициента), который учитывает не только уровни рождаемости, но и размеры смертности в данной группе населения, отраженные в таблицах смертности. Если бы у 1000 женщин родилось только 1000 дочерей, то это значило бы, что численность населения в следующем поколении не изменится и очищенный показатель воспроизводства равнялся бы единице. При таком нетто-коэффициенте, принятом за единицу, брутто-коэффициент будет равен 1.22, а суммарная плодовитость - 2.2 и все это называется простым или стационарным воспроизводством населения. Показатели ниже этого уровня характеризуют суженное воспроизводство, выше - расширенное воспроизводство. Более точные сравнения может дать повозрастная стандартизация или повозрастной анализ представленных показателей. Иначе говоря, необходимо учитывать число рождений в среднем на одну женщину каждого реального поколения, появившегося на свет в каждом конкретном году. В последние годы, как показывает анализ, возросла рождаемость у женщин «старших» возрастов. Это так называемая «отложенная» рождаемость, когда в молодых возрастах рожают меньше, а затем, как говорится, наверстывают упущенное. Мы же в данной работе будем использовать суммарный коэффициент рождаемости (СКР).

Еще совсем недавно основной вклад в рождаемость у нас в стране вносили женщины в возрасте 20-24 года, однако сейчас у них показатели даже ниже, чем в 1989 г. По классификации ООН различают три типа максимальной плодовитости: ранний, когда максимум плодовитости приходится на 20-24 года (как у нас было более 25 лет тому назад), поздний, когда максимум плодовитости отмечается в возрасте 25-29 лет (что характерно для нынешнего времени), и широкий (когда коэффициенты плодовитости в 20-24 года и в 25-29 лет не существенно отличаются, но превосходят плодовитость во всех остальных возрастных группах). Наряду с общим снижением рождаемости отмечается снижение многоплодных беременностей. Так, в 2018 г. ожидается рождение 1730 двоен (в 2014 г. их было 2036), а рождение троих детей уменьшится в 2,8 раза. Если в целом ряде европейских стран суммарный коэффициент рождаемости ниже и родилось там меньше, чем в России, это не дает повода для победных докладов, т.к. по итоговому числу детей, появившихся до 40-летнего возраста у женщин, Россия от этих стран отстает. Наша проблема заключается в низкой итоговой рождаемости реальных поколений, и эту проблему за несколько лет решить практически невозможно. Необходимы систематические многолетние усилия. Сейчас на одну женщину приходится 1.76 ребенка, а хотя бы для обычного (не расширенного) воспроизводства необходимо иметь постоянно в среднем почти 2.2 ребенка (2.1-2.15). А это означает, что на смену 100 матерям сейчас приходится 86 дочерей,

подавляющее число которых доживут и будут рожать через 25 лет. В 2015 г. по данным отдела народонаселения ООН в России родилось 1.86 млн. детей, а умерло 2.03 млн. человек, и если бы миграционный прирост не составил 228.2 тысячи человек, то в стране доминировал бы отрицательный естественный прирост, т.е. естественное уменьшение численности населения (естественная убыль). Сейчас многие женщины в России не хотят рожать, будучи не уверенными в том, что они смогут содержать и вырастить детей. Значит, и эта проблема упирается в экономическую, политическую и социальную нестабильность. Правда, в 2016 г., по официальным данным, число регистрируемых абортос снизилось на 13%. В количественном отношении мигранты пока спасают наше народонаселение, а вот как обстоит дело с мигрантами в качественном и профессиональном отношении- это большой вопрос. Отрадно то, что в последние годы несколько увеличилась доля рождений вторыми, третьими и четвертыми детьми, а доля первых детей снизилась.

В целом показатели рождаемости являются еще более грубыми, чем ранее представленные, поскольку рассчитываются на все население, включая мужчин и женщин. Для того, чтобы правильно оценить их в динамике или по территориям необходима стандартизация, т.е. приведение к одной и той же возрастно-половой структуре населения или к конкретному поколению. Кроме того, для анализа рождаемости нужно не выхватывать отдельные показатели, как это нередко делают во властных структурах, а понимать, что они сейчас у нас в большей степени отражают динамику медико-демографических процессов и демографические установки, нежели усилия властных структур. Сейчас соотношение среди родившихся таково, что на 100 девочек рождается 106 мальчиков, т.е. доленое соотношение между ними -51.4% и 48.6%. Среди зачатий мальчики составляют 65%. Однако среди выкидышей больше мужских плодов, что свидетельствует о меньшей их жизнеспособности. Сразу после завершения ВОВ на 100 девочек рождались 114 мальчиков, что как раз и характеризовало «послевоенную компенсаторную волну рождаемости», но потом их соотношение было постепенно сведено к выше отмеченному. В связи с тем, что у мальчиков и мужчин смертность во всех возрастных группах выше, чем у девочек и женщин, то к 35 годам соотношение полов выравнивается, а потом «ножницы» расходятся и к возрасту 75 лет и старше соотношение мужчин и женщин достигает 20 к 80. Сейчас в проблеме рождаемости на передний план выступают вопросы, связанные со здоровьем новорожденных, которые потом могут потребовать значительных усилий и средств со стороны служб здравоохранения и социального обеспечения. Тем не менее, гораздо важнее роста рождаемости является снижение смертности, ибо в структуре депопуляции на низкую рождаемость приходится только 35%, а на высокую смертность-65%. А снижения смертности можно добиться только комплексом усилий, и деньгами от этой проблемы не откупиться.

В 2016 г. в стране родилось 1893.3 тыс. человек, что на 50 тысяч меньше, чем в предшествовавшем году. Многие представители органов государственной

власти полагают, что им удалось добиться значительных успехов в повышении рождаемости, о чем с большой гордостью говорится практически в каждом официальном докладе. Чтобы развеять этот миф, передаваемый из уст в уста и переходящий из одного документа в другой, придется сделать небольшой экскурс по данной проблеме. Средний возраст рождающей женщины за последние годы вырос во всем мире (в Австралии, Германии, Дании, Испании, Италии, Франции- 30 лет и более, в Великобритании- 29.2 года), а в России он составил 27 лет, что обусловлено множеством общемировых тенденций (желание завершить образование, стремление быть экономически независимыми от мужчин и т.д.). В Голландии матери по своему возрасту являются самыми старыми в мире и 15% рождений детей происходит у матерей в возрасте старше 35 лет (в РФ- 7%). Всем беременным женщинам старше 35 лет предлагается там пройти дородовый скрининг на выявление врожденных пороков развития при помощи амниоцентоза. Эта процедура полностью бесплатная и добровольная, проводится также скрининг на сифилис и гепатит В. Соответственно вырос и средний возраст женщин, вступающих в первый брак, который в Германии и США колеблется вокруг 30 лет (у нас- 26 лет). Из изложенного ясно, что в последние годы в РФ рожало многочисленное поколение родившихся в 1980-е годы (если отбросить 27 лет назад), когда ежегодно рождалось в среднем 2.3 млн. детей, что явилось отзвуком послевоенной компенсаторной волны рождаемости (в начале 1950-х годов) и в некоторой, очень небольшой степени было простимулировано ускоренным продвижением в очереди на получение бесплатной квартиры. Получается, что 2.3 млн. детей, перейдя в детородный возраст, дают пока 1.7-1.9 млн. рождений. В последующие 1990-ые годы при суммарном коэффициенте рождаемости в 1.2 рождалось в среднем всего 1.3 млн. детей, которые вскоре перейдут в детородный возраст и, начиная с 2020 гг., приведут к обвалу рождаемости, о чем многие специалисты неоднократно писали и предупреждали. Иначе говоря, все те, кто вскоре станут матерями, уже родились, что позволяет прогнозировать число рождений в последующем на уровне всего 800-850 тыс. в год. А это напрямую связано с человеческим капиталом, с трудовыми ресурсами. И никакими срочными усилиями, принудительными и стимулирующими мерами нельзя будет заставить женщин иметь больше детей (поскольку для этого нужна длительная целенаправленная политика), разве что только из маргинальных семей. Именно эти (маргинальные) семьи в большей части являются получателями материнского капитала, именно в этих семьях регистрируется наибольшее число отказов от детей, именно в этих семьях в связи с алкоголизацией родителей рождаются дети с дефектами, именно из этих семей в основном формируется затем детская беспризорность и девиантное (отклоняющееся) поведение. Дети из этих семей требуют повышенных усилий и значительных затрат со стороны органов социального обеспечения, опеки, здравоохранения, борьбы с правонарушениями. Откуда взялось многочисленное поколение 1980-х годов? Оно появилось из начала 1950-х годов, когда ежегодно рождалось 2-7-2.8 млн. детей. Правда, в связи с

ослаблением организма матерей (война, разруха, стресс, голод 1947 г.) и нарушениями менструального цикла в период войны выросла доля недоношенных и ослабленных детей, среди которых в то время была высокая младенческая и детская смертность, и которые, выжив и перейдя в детородный возраст, сумели воспроизвести несколько меньшее по численности поколение. Иначе говоря, в последнее время (уже в третьей послевоенной генерации) намечено резкое уменьшение числа здоровых новорожденных, которые составляют по официальным данным 25%, а по результатам специальных исследований- всего 11-15%. Сейчас правительство РФ вдруг [спохватилось и](#) озаботилось проблемами рождаемости, особенно, когда после пика числа рождений в 2014 г., рождаемость пошла на спад, о чем ученые и специалисты заранее предупреждали. Чиновники по инерции предлагают продолжить до 2023 г. выплачивать материнский капитал, причем его выплачивать только в регионах с низкой рождаемостью и тем семьям, доходы которых после рождения второго ребенка составляют в 2.5 раза меньше нищенского прожиточного минимума. Правда, с 1-го мая 2018 г. МРОТ приравняют к прожиточному минимуму, что составит аж 11163 рубля в месяц (меньше 160 евро), и ниже зарплаты, включая подоходный налог, быть не может. Прожиточный минимум- это минимальная потребительская корзина, которая должна пересматриваться ежегодно, но ее заморозили до 2020 года. Нигде в мире МРОТ не рассчитывается по прожиточному минимуму и его целесообразно установить хотя бы на уровне 40% от официального среднего заработка по стране, как это рекомендовала Международная организация труда еще 65 лет тому назад. Одновременно предлагается увеличить пособие по уходу за ребенком матерям до 25 лет и т.д. Однако, раньше эти экономические меры не очень-то и действовали, а сейчас природа снижения рождаемости совсем иная. Суть в том, что падение рождаемости обусловлено значительным падением реальных доходов населения, практически тотальной бедностью и не уверенности людей в завтрашнем дне. У них, естественно, возникают вопросы о том, какое реальное будущее ждет родившегося ребенка в нашей стране. Поэтому можно выделить четыре причины снижения рождаемости: значительное уменьшение числа женщин детородного возраста, низкий уровень жизни при росте налогов и поборов, экономическая нестабильность и практическая невозможность для многих семей совмещать работу с воспитанием детей, улучшением их здоровья и повышением уровня образованности. А для этого следует использовать опыт ряда зарубежных стран, оказавшихся в подобной демографической ситуации. Как заявил В.Жириновский, «деньги на повышение рождаемости в стране есть, но пока они вложены во дворцы и яхты». Практически никак не улучшит демографическую ситуацию и борьба (вплоть до запрещения, как это было принято в СССР в 1936 г. Постановлением ЦИК и СНК СССР) с абортами (медикаментозными, аспирационными, кюретажными и криминальными), хотя их ежегодно делается около 1 млн. Незначительные ограничения по абортам были введены в 2011 г., когда женщине давали

время на размышление, но в результате вместо медикаментозных аборт пришлось делать хирургические, что лишало всякого смысла придуманного Минздравом РФ «режима тишины». Да, налог на бездетность или малодетность не является экономически эффективным. Однако во Франции он сработал не столько для пополнения бюджета, сколько в качестве морального стимула иметь детей. Вообще, для повышения рождаемости в стране следует использовать позитивный опыт Франции. Материнский капитал – это деньги не на стимулирование рождаемости, а выделенные на конкретно определенные и разрешенные правительством траты. Так, согласно последним веяниям, эти деньги могут разрешить (!) использовать на приобретение детских автокресел и люлек. По данным Малыгиной Н.С. (2010) в последние годы стал расти врожденный сифилис у детей, что автор связывает с увеличением рождаемости в маргинальных группах. Получается, что политика выдачи материнских сертификатов, когда власть, как обычно, под предлогом заботы о гражданах решила «откупиться» от проблемы деньгами вместо большой и систематической работы по созданию соответствующих условий, имеет и оборотную сторону медали. Опыт других, прежде всего некоторых развитых стран, показывает, что там созданы для работающих (социально благополучных, т.е. не бомжующих и спившихся) матерей создаются все необходимые условия (100% обеспеченность детскими дошкольными учреждениями, высокие разовые и ежемесячные выплаты и пособия, льготные кредиты, оплата первоначального взноса за квартиру, выделяются средства для сиделок на период занятости матери на работе, на оплату учебных материалов, школьных автобусов, на питание для детей, на приобщение детей к культуре, бесплатные школьные принадлежности и т.д.), для того, чтобы работающая мать (даже мать-одиночка) могла содержать, растить и воспитывать детей, и это делается на протяжении десятилетий. Именно так поступают во Франции еще с послевоенных времен и в других странах. Кроме того, там в социальный пакет входят 4 месяца оплачиваемого послеродового отпуска, пособия на ребенка, бесплатные ясли и 20 сессий бесплатной специальной гимнастики по послеродовому восстановлению мышц тазового дна и вагины. Даже такая, вроде бы деталь, оказалась предусмотренной. Это все оплачивается государством, начиная с 1985 г. Кстати, такая продуманная демографическая политика началась еще при великом Шарле де Голле, предложившим в послевоенной Франции вначале ввести налог на бездетность, который уменьшался в 2 раза при рождении первого ребенка и отменялся при рождении второго. Затем наступил период политики прямого стимулирования рождаемости и из-за ее постоянства женщины в нее поверили. Если в Париже на семью этнических французов приходится один ребенок, то на мусульманскую семью – пять. В СССР налог на бездетность в размере 6% был введен в 1941 г. под названием «Налог на холостяков, одиноких и малосемейных граждан». Мужчины все без детей в возрасте 20-50 лет обязаны были платить этот налог, а женщины – только состоящие в браке в возрасте 20-45 лет, но не имеющие детей. С рождением ребенка налог

не взимался. Особенно этот налог был ужесточен для сельских жителей. В целом налог на бездетность в СССР был крайне не популярен, однако за 50 лет его существование население страны выросло почти на 100 млн человек, причем после его отмены численность населения уменьшилась на 145 млн человек. Сейчас вместо прямого налога введен закамуфлированный в виде некоторых налоговых льгот на детей. Конечно, налог на бездетность сам по себе не решит проблему роста рождаемости, нужен комплекс продуманных мероприятий. В Москве в дополнение к федеральным льготам и выплатам после рождения ребенка добавлены дополнительные за счет бюджета города. Особое внимание в Москве уделяется многодетным семьям. В Швеции, например, на ежемесячное пособие, выдаваемое на ребенка, может прожить вся семья. Комплексные меры планируются и в Японии, где по данным информационного агентства Рейтерс за 5 июня 2017 г. в 2016 г. число рождений резко снизилось до 976979 новорожденных, что также вызвало серьезную обеспокоенность правительства. При этом в Японии к 2065 г. значительно возрастет доля лиц, старше 65 лет, с 27.6% до 38.4%. Очень высокие пособия на детей были в довоенных Ливии и Сирии, тогда еще не разрушенных. Все это прямого отношения к работникам железнодорожного транспорта не имеет, поскольку среди работающих преобладают лица среднего и раннего пожилого возраста, а для молодежи работа на транспорте несколько утратила свою привлекательность. Еще раз подчеркнем справедливость утверждения демографов о совершенно незначительной роли материнского капитала в стимулировании рождаемости, кроме маргинальных семей, поскольку рост рождаемости начался до того. Фактически материнским капиталом, т.е. деньгами, государство откупается от важнейших проблем, не желая ими систематически заниматься, т.е. помогать семьям, где дети уже есть. Однако, демографический провал в нашей стране только на 35% связан с низкой рождаемостью и на 65% - с высокой смертностью, именно на которую и следует воздействовать. В России не менее 6 млн семейных пар не могут завести детей из-за бесплодия, лечить которое нужно за счет государства. ЛДПР понимает, что демографическая проблема в России - одна из самых острых и предлагает ее обоснованное решение. Но, прислушаются ли к этому власти? Нужно подумать, какие барьеры должны быть выстроены между Россией и деградирующей, вымирающей и толерантной Европой. Там во власти немало чиновников-извращенцев с нетрадиционной сексуальной ориентацией, ведущих политику отъема детей из семей и передачи их в однополые и педофильные «семьи», которые по Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) относятся к болезненному классу сексуальных расстройств. Тем не менее, в Канаде, по заявлению канадского министра Ахмеда Хуссейна, в паспорта стали вносить «третий пол». А в США в городе Хэлл издан указ, запрещающий въезд в город гетеросексуалам. Нельзя сказать, что Россия это страна, где живут одни пуритане, однако в 2017 г. резко выросла доля населения (до 63%), негативно относящаяся к сквернословию и обнаженке. Однако, русское общество, русская культура, русская история, русская

Примечание [K4]:

Примечание [K5R4]:

литература пока еще вполне моральны, о чем свидетельствуют результаты опросов ВЦИОМ. Так, из состоящих в браке число не считающих предосудительным иметь сексуальную связь на стороне за 1991- 2018 гг. выросло всего с 9 до 12%. При этом российское общество в целом стало даже несколько более консервативным. Западные политики внушают всем, что мир постоянно меняется, меняется и институт семьи, что супруг и супруга становятся партнерами. Правда, на свои семьи они эти воззрения почему-то не распространяют. Но это их дело и их заморочки, к которым мы можем иметь весьма отдаленное отношение. Тем более, что в генетике наших людей просто закодирована склонность к возвышенному, чему были посвящены многие фильмы и произведения, и заложены совсем иные, не пошлые, модели семейных отношений. Проведенные в России опросы молодежи показали, что 77% опрошенных молодых людей назвали традиционную семью своей главной жизненной целью и с нею связывали желания иметь хорошую работу, свою квартиру и жить в достатке. Авторы этой книги ни в коей мере не выступают против однополых сожительств (право выбора остается за каждым человеком), особенно с учетом результатов исследований американского ученого Альфреда Кинсли (Alfred Kinsley), показавшего, что до 35% людей являются бисексуалами и потенциальными извращенцами. О распущенности и извращениях известно еще с древних времен из Библии, где описаны несуществующие ныне города Содом и Гоморра, расположенные когда-то на плодородных землях долины Сиддим на юго-западном берегу Мертвого моря. Единственная река, впадающая в Мертвое море- Иордан, а поверхность воды в Мертвом море на 394 метра ниже уровня моря при следах былой значительной вулканической активности по берегам.

Мы только являемся выраженными противниками узаконивания однополых браков, выступаем против гей-пропаганды, гей-воспитания и против передачи детей на воспитание в однополые семьи. Ведь это все ведет к вырождению популяции и к исковерканному развитию ребенка. Читатель может подумать, что таких случаев на Западе единицы. Но только в одной Норвегии по закону и плану с выделенными для этого деньгами насильственно и варварски без документов, объяснений и без решения суда изымаются работниками опеки и полицией из вполне благополучных и нормальных семей 5 тысяч детей в год при слезах и криках матерей и детей. Исследования показывают, что в 30% случаев дети, направленные в такие однополые семьи, подвергаются там насилию, а в 25% случаев они склонны к самоубийству. В приютах для детей они также подвергаются сексуальному насилию, приобщаются к наркотикам, становятся затравленными. Но это уже никого не волнует. Все это показывает, насколько больно европейское общество, которое с одной стороны из-за чрезмерной толерантности склонно к деградации и замещению коренного населения, а с другой- навязывает свои пороки другим странам. Норвежские «защитники» детей стали действовать даже в Эстонии, отобрав детей из нескольких пророссийских семей без каких-либо объяснений и передав их в эстонские приюты. [Потенциальному вырождению популяции способствуют и близкородственные браки,](#)

уходящие корнями в глубокую историю (почти 10 тысяч лет до нашей эры), когда сошедший с небес первый фараон Древнего Египта Озирис полюбил свою сестру-близнеца Изиду, ставшую первой царицей Египта. С другой стороны можно привести прочный брак отца Калигулы Германика, внука великого Марка Антония, консула и любимца всего римского народа, с Агриппиной, внучкой Октавиана Августа. На фоне нарастающей распущенности и весьма легкомысленного отношения к супружеской верности их брак, заключенный в 5 году н.э., выглядел особенно невероятным. Жена повсюду следовала за мужем, разделяя с ним успехи и поражения. У них было 9 детей. Но нельзя шарахаться от одной крайности в другую, от тоталитаризма до полной свободы, раскрепощённости и распущенности. Ведь у любого общества должна быть своя мораль и негласные правила общественного поведения. Кроме того, есть и многие скрытые причины особого отношения к изложенным процессам у однополых браков и наркоманов. Это целый букет разнообразных заболеваний, начиная от различных гепатитов, дизентерии и кончая психическими расстройствами. О продолжающейся деградации свидетельствует недавнее решение Европейского суда по правам человека, который принял сторону геев и обязал Россию выплатить компенсацию трем геям-активистам. Не случайно Чеченская республика совсем не приемлет геев и их парады. Правда, ситуация в России становится угрожающей и, по мнению ряда экспертов, половина преступлений, совершаемых в детских домах и интернатах, до сих пор выпадает из поля зрения контролирующих органов. Величины физического и сексуального насилия в отношении несовершеннолетних, включая и домашние инциденты, просто поражают. При этом детей бьют и насилюют как приемные родители и воспитатели, так и более старшие дети и подростки. Об отсутствии воспитания в школе свидетельствует рост числа насильников со школьной скамьи. В качестве примера приведем чудовищную историю изнасилования 13-летней девочки в Москве 5-ю школьниками. Наша замечательная Фемида завязала себе глаза на этот случай, хотя под давлением извне дело пришлось возбудить, но жизнь этой девочки полетела под откос. В 2017 году по поводу педофилии в России было возбуждено свыше 7000 дел, хотя на самом деле таких случаев больше. С этим злом нужно жестко и беспощадно бороться. Нужно сказать, что половые извращения практически сопровождали человечество на всех этапах его развития: от Древнего Египта, Шумерского царства, Древнего Рима и его сенаторов, от Библии (Содом и Гоморра) до сегодняшних дней. Причины этого были разными. Например, древние римляне считали семью опорой государства и самый известный древний римлянин, пожизненный диктатор Римской республики Гай Юлий Цезарь, живший в 1 веке до н.э., прожил долгую жизнь с гонениями в браке с Корнелией Цинилле до самой ее смерти, а в Англии в 1439 г. были запрещены поцелуи, ибо полагали, что чума передается при личных контактах. А Альберт Эйнштейн был тираном в семье и считал моногамию противоестественной. Бисексуализм- это не самое плохое качество в развитии генераций, поскольку бисексуал (мужчина или

женщина) может иметь семью, детей, но одновременно состоять в однополых любовных отношениях. Например, женатый 54-летний римский император Адриан во время поездки в Малую Азию воспылал любовью к молодому греку Антиною и, когда тот погиб, заказал его статую и поместил ее в пантеон богов. Гомосексуализм, включая однополые браки, ведет, как отмечалось, к популяционному вырождению, хотя и как бы выражает видимость свободы личности. Отнятых от семьи детей- мальчиков и девочек с раннего детства воспитывают сексуально. Полагаем, что это явление стало прибыльным и вполне легальным в ряде стран бизнесом. Все это очень напоминает средневековые невольничьи рынки, когда крепостных матерей могли продать отдельно от детей и когда были такие же слезы и крики уносимых детей. И это считалось в порядке вещей не только в азиатских странах, но и в России до отмены крепостного права, и в США до отмены рабства. В Норвегии, как и в ряде других стран (Франция, где из семей изъяли 2 млн детей, Нидерланды, Германия, Италия, Дания, Финляндия и др), родители не имеют никаких прав на своих детей, поскольку там доминирует исключительно вредная американская теория, предназначенная, в основном, для внешнего употребления, так называемой гендерной свободы. Странники так называемых европейских ценностей провели в Киеве гей-парад, причем 3 тысячи накрашенных и расфуфыренных демонстрантов охраняли 5 тысяч полицейских, видимо, от запрещенного в России «Правого сектора». Ужасное и омерзительное было зрелище. Мигранты Европу не спасут ни от демографических проблем, т.к. среди них преобладают мужчины, что напротив, может вызвать раскол в традиционных местных семьях, ни в отношении трудовых ресурсов, поскольку мигранты приехали не в поисках работы, а за высокими социальными пособиями. Вот и придется деньги законопослушных налогоплательщиков делить на гораздо большее число людей.

В результате получается, что европейская цивилизация научилась делать самолеты, автомобили, ядерные реакторы, применять перспективные информационные и другие технологии, но при этом утрачивает главное- способность к размножению, к воспроизводству, а модные сегодня чайлдфри (child-free) и разные сексуальные меньшинства, процветающие в условиях показной толерантности, себя этим не утруждают. В США скорее нормальный рабочий потеряет работу и будет уволен, чем афроамериканец и гомосексуалист. В небольшом местечке графства Йоркшир в Англии из 4000 обитателей осталось лишь 48 коренных белых жителей. В Бельгии коренные жители оттесняются на периферию страны, а в крупных городах хозяйничают мигранты. Такая же ситуация характерна и для ряда других европейских стран. В России мигранты появляются, в основном, из бывших союзных республик, в первую очередь, из Украины и Центрально- азиатских республик. Всего в 2017 г. в России было более полумиллиона мигрантов. Зародившаяся в США теория и практика ограничения рождаемости под маркой свободы личности преобразилась в службу и программы планирования семьи, в развитие широко доступных противозачаточных

средств разного действия, охватившие многие страны. Все эти действия корреспондируют с теорией демографа и экономиста 18 века Томаса Мальтуса, утверждавшего, что бесконтрольное воспроизводство рода людского приведет к голоду на Земле (разница между геометрической и арифметической прогрессией). Отсюда следует вывод о социальных ограничениях, голодоморе, эпидемиях и войнах. Мальтузианцы и неомальтузианцы считали, что в слаборазвитых и аграрных странах рождаемость высокая, а смертность благодаря развитию медицины относительно низкая, и это приводит их к выводу о необходимости лишить указанные страны медицинской помощи, либо ограничить в них рождаемость. В России этот подход проявился в виде соответствующей ассоциации планирования семь (т.е. ограничение деторождений под маркой свободного выбора женщиной), существовавшей в одном помещении с Минздравом РФ, которая затем была распущена. Собственные наблюдения во Франции, Бельгии и Голландии показывают, что в отдельных районах столичных городов на одного местного жителя приходится до 8 некоренных жителей, а в Амстердаме на всеобщее обозрение вынесены открытые, доступные и работающие фаянсовые уличные писсуары. Французский демограф М.Трибала приводит данные о том, что в среднем на одну мусульманку приходится 2.8 ребенка, на одну католичку- 1.9 ребенка, а в среднем на одну женщину Евросоюза приходится от 1.4 до 1.59 ребенка. В Афганистане суммарный коэффициент рождаемости составляет 5.54, в Иране- 3.5, в Сирии- 2.77, т.е. гораздо выше, чем в Европе. Если еще 10 лет тому назад только у 20% родившихся детей в Европе один из родителей был мусульманином, то теперь в связи с наплывом мигрантов в Европу эта доля значительно возрастет. Идет выраженная замена коренного населения многих европейских стран, особенно там, где толерантность находится в центре государственной политики. Теперь это заметно повсюду: и в центре крупных городов, и в городских национальных анклавах на окраинах. Такая же проблема ожидает и Россию, где уже сейчас в поликлиниках и аптеках, не говоря уже о рынках и подсобных работах, работники плохо говорят (и понимают) по-русски. Как будет решаться эта проблема- не известно, пока же стараются бороться не с причинами этого явления, а со следствием, т.е. с нетерпимым отношением к разделяющим людей по национальному признаку, к проповедующим национальную обособленность. Сейчас смертность детей (0-14 лет) в России составляет 70.9 на 100 тысяч, из которых основные причины приходятся на потенциально устранимые случаи (отравления, несчастные случаи и травмы), сюда же входит некоторая часть приемных детей в российских семьях. Раньше государство было заинтересовано в детях и, в отличие от нынешнего времени, создавало государственные детские учреждения и предоставляло бесплатную возможность для них развиваться по интересам.

Вообще, слепое копирование американского потребительства и перенос его в социальную сферу ничего хорошего европейским странам не принесет. Речь в том числе идет о покупателях и продавцах медицинских услуг, о

коммерциализации здравоохранения, о 37% ненужных обследований и ненужных методах лечения, о том, что больного следует лечить, но не вылечить и т.д. и т.п. В общем получается выраженный конфликт между гендерной политикой государства и семьями. В качестве примера можно привести норвежского террориста Андерса Брейвика, которого после изъятия из родной семьи в 2-х приемных семьях и в детском приюте регулярно насиловали и потому он в своем бывшем приюте в отместку расстрелял 72 подростка и 151 ранил. Теперь в комфортных тюремных условиях в Норвегии пишет книгу на эту тему. Видимо, история так ничему Европу не научила. Ведь демографические проблемы появились не сегодня и не вчера, а тянутся со времен Древнего Рима. Там вначале царила многодетность как основа римской морали и национального сознания. Затем наступил спад рождаемости и возникла толерантность в отношении однополых сожительств, что образовало «демографическую яму». Попытки выбраться из нее путем расширения римского гражданства за счет мигрантов (кельтов, фракийцев, иберов, германцев, арабов и других) ситуацию не выправили (поучительный пример) и в 476 г. новой эры Рим пал. И в этом были виноваты не столько вандалы, сколько коррозия экономических, социальных, демократических и моральных основ устройства Древнего Рима. Затем в Европе чередовались периоды от пуритантизма, скромности и целомудрия до распущенности и вакханалии, вплоть до нынешних времен.

В настоящее время становится очевидным, что современное состояние практически во всех сферах нашей жизни (экономика, здравоохранение, образование, социальное обеспечение, наука и технологии, сельское хозяйство, дорожное строительство и т.д.) не отвечает полностью или частично запросам граждан и требованиям власти и потому нуждаются в существенном (иногда- в кардинальном) улучшении. Кое-что можно решить экспертным путем с привлечением верифицированных статистических и опросных данных. При этом следует выделить мероприятия срочные, среднесрочные и долгосрочные или стратегические. Так, вначале в каждой отрасли нужно выявить перечень проблем и проблемных ситуаций, затем- установить причины, их порождающие, и только после этого определять средства и способы воздействия на эти причины. Конечно, такой подход со стратегией развития ничего общего не имеет, поскольку перспективная модель определяется исходя из других посылов и соображений. Все это имеет непосредственное отношение и к здравоохранению. В качестве сиюминутной и достаточно срочной задачи нужно исправить хотя бы

очевидные и лежащие на поверхности недостатки существующей модели здравоохранения без каких либо кардинальных решений. В данном случае имеется в виду продление агонии нынешней системы ОМС с тем, чтобы выиграть время для последующих аналитических разработок. Пока же получается, что в общей сети государство государственные средства тратит на государственные лечебно-профилактические учреждения (их более 96%) через частных коммерческих посредников. Вот такой сложился у нас здравоохраненческий парадокс. Нередко у врачей и медсестер возникает вопрос, что же они оказывают своим пациентам: медицинскую помощь или медицинскую услугу, как это обозначено в системе ОМС. Сразу же вопрос на засыпку: пациенту с гипертоническим кризом вводят сернокислую магнезию – что это, медицинская помощь или медицинская услуга?

На самом деле вопрос этот чрезвычайно серьезен вообще и для железнодорожного здравоохранения, в частности, поскольку за этим стоят живые люди, используемые ресурсы, платность и бесплатность, качество, доступность и многое другое, что в итоге не может не отразиться на здоровье граждан и моральных устоях здравоохранения.

Считается, что медицинская помощь – понятие широкое, расплывчатое, неконкретное, трудно измеряемое, а медицинские услуги конкретны, четко обозначены, имеют границы и стоимость, легко классифицируются. Медицинская услуга фактически пришла в здравоохранение с рынка, вместе с системой ОМС, которая в нынешнем виде ничего общего с рыночными отношениями и принципами социального страхования не имеет. Просто это еще один источник финансирования здравоохранения, появившийся вынужденно в связи с резкой секвестрацией бюджета в 1990-ые годы.

Почему это важно? Если вместо медицинской помощи употреблять медицинские услуги, то здравоохранение автоматически становится обслуживающей системой в одном ряду со сферой бытового и коммунального обслуживания, парикмахерскими, банно-прачечными

комбинатами, химчистками, со сферой торговли, а врачи приравниваются к продавцам на городских и муниципальных рынках.

Поэтому вначале стоит провести семантический анализ термина «услуга». Услуга происходит от слова «слуга» и производных от них (служить, прислуга, обслуга, обслуживать и т.д.).

В «Толковом словаре живого великорусского языка» В.И. Даля, выпущенном в 1863-66 гг. среди 200 тысяч слов нет таких терминов как услуга или обслуживание. Нет их и в самой крупной дореволюционной универсальной энциклопедии (термин «энциклопедия» впервые появился в I веке до н.э. в греческом языке и означает заверченный цикл образования), выпущенной в виде 86 томов в 1890-1907 гг. акционерным издательским обществом «Ф.А. Брокгауз – И.А. Ефрон».

В четырехтомном «Толковом словаре русского языка» Д.Н. Ушакова, выпущенном в 1934-40 гг. и содержащем 90 тысяч слов и словарных статей, услуга ассоциирована с прислугой, готовый к услугам, предложить услуги. Здесь приводится определение услуги как действия, приносящего пользу другому, и расшифровывается как обслуживание потребителя, машин, станков, а паровоз обслуживают спаренные бригады и т.п. И в конце приведена фраза из «Евгения Онегина» А.С. Пушкина: «Нашел он полный двор прислуги». И как тут не вспомнить крылатую фразу: «Служить бы рад, прислуживаться тошно».

В одготомном словаре русского языка С.И. Ожегова (издания 1949, 1990, 1992 гг.) среди 80 тысяч слов и фразеологических выражений значится: оказать услугу, предложить услуги, бюро добрых услуг, бытовые услуги, к вашим услугам, все виды бытовых и коммунальных услуг. Обслуга означает обслуживание кого-нибудь в быту, обслуживающий персонал, официанты. Обслуживать – это делать работу по удовлетворению чьих-либо бытовых (!) нужд. И далее – обслуживающий персонал, обслуживание клиентов, покупателей, сфера обслуживания, круг бытовых услуг населению. И впервые в этом словаре появилось словосочетание «медицинское

обслуживание» без какой-либо расшифровки. Теперь становится ясным, когда и почему медицина была сознательно отнесена к сфере обслуживания, а врач поставлен в положение слуги. А слугам, как известно, достаются ошметки с барского стола, т.е. здравоохранение стало финансироваться по остаточному принципу. Иначе говоря, когда все бюджетные средства распределены по тяжелым и легким отраслям промышленности, на оборону, на строительство, обслуживание руководящего аппарата и т.д., то всё, что от этого осталось, делилось на здравоохранение, образование, культуру и науку. Отнесение здравоохранения к сфере обслуживания очень больно ударило по всем медицинским профессиям, уронило их престиж до нижайшего уровня и соответственно установило размеры оплаты труда. Кроме того, сфера бытовых услуг вполне может быть приватизирована, а услуги должны оплачиваться клиентом.

В Большой советской энциклопедии (1-ое издание в виде 66 томов – 1926-33 гг., 2-ое издание в виде 52 томов – 1950-60 гг., 3-е издание в 30 томах – 1969-78 гг.) услуги определяются как форма непроемственного труда, торговля, общественное питание, ремонт, сфера обслуживания, коммунальные услуги, бытовые услуги, услуги торговли. Сослужить означало в энциклопедии оказать услугу, угодить. Вместе с тем, в БСЭ такого понятия как медицинская услуга нет.

В советское время в официальных документах нередко ставилась задача улучшения медицинского, культурного, научного и бытового обслуживания населения, что свидетельствует об отношении власти к важнейшим отраслям народного хозяйства. В определении здравоохранения (Н.А. Виноградов) в БМЭ словосочетание «медицинская услуга» отсутствует, а речь идет о медицинских мероприятиях и медицинской помощи. Описывая системы здравоохранения других стран, Н.А. Виноградов также нигде не упоминает о медицинских услугах.

Поневоле может сложиться впечатление, что термин «медицинская услуга» пришел к нам с Запада и попал как бы в точку в связи с

коммерциализацией здравоохранения. Рассмотрим наиболее популярные западные словари.

В английских словарях (а их 130) услуга переведена как *service*, *good turn*, что означает бытовые, коммунальные услуги, удобства, уход, обслуживание, сфера услуг, товары и услуги. В компактном Оксфордском словаре, содержащем 145 тысяч слов, фраз и определений, *service* – это действие в процессе обслуживания, обслуживание официантом, работа по ремонту.

Во французских словарях *service* означает то же самое, в итальянских – *servizio*, *favore*, добавлены банковские услуги, в испанских – *servicio* – к вашим услугам, услуга за услугу, служба, сервис, в немецком – *dienst*, *gefallen* – имеют оттенок любезности при оказании услуг.

Как видим, в зарубежных словарях услуга никак не ассоциируется с медицинской.

Таким образом, услуга это *service* и используется в бытовом смысле в кафе, ресторане, парикмахерской, прачечной), означает также обряд, службу, подачу, сервис и т.п.

В то же время сочетание *Medical service* или *Health service* означает не медицинскую услугу, а медицинскую службу.

Еще академик Б.В. Петровский, а также руководство железнодорожным здравоохранением резко протестовали, чтобы здравоохранение было отнесено к сфере обслуживания, когда вместо медицинской помощи употребляли словосочетание «медицинское обслуживание». И это правильно, т.к. обращение человека в сферу обслуживания является добровольным делом, добровольной является и оказанная ему услуга. Во взаимодействии «продавец услуг – покупатель услуг», особенно на наших рынках, продавец всегда готов обмануть покупателя, не довести товар, причем за качество услуги или товара он не несет никакой ответственности (за качество отвечает далеко находящийся производитель товара, но это нужно еще доказывать). Продавец может

отказаться продать товар или услугу, вплоть до того, что может даже послать покупателя подальше. Перенос принципов и характера взаимодействия «продавец услуг – покупатель услуг» на систему «врач – пациент» не только не правомерен, не логичен, но и не этичен и даже вреден. Дело в том, что экономическими принципами рыночных отношений являются возможность выбора и конкуренции, а также торг, влияющей на цену товара. Поэтому неэтично представлять пациента в виде покупателя, а врача в виде торговца. В условиях нашей большой страны, с ее малочисленными городами, значительными расстояниями и дорогами организовать конкуренцию медицинских учреждений практически невозможно. Для сравнения посмотрим на карту другой далеко не маленькой европейской страны – Германии, которая просто опутана сетью всяческих дорог при относительно небольших расстояниях и в которой только в одной из 16 земель насчитывается крупных городов почти в 3 раза больше, чем во всей нашей стране. У нас городов со 100-тысячным населением и более всего 165. Даже в Москве вследствие проведенных укрупнений медицинских учреждений и создания медицинских монстров-монополистов организовать конкуренцию нельзя. Более того, в только что изданной книге А.Таранова и А.Миронова «Страхование здоровья и особенности национальных систем медицинского страхования» (2017) здоровье людей рассматривается как товар, речь идет о рынке медицинских услуг (только в Москве за 2016 г. он вырос на 5.7%), целью которого является не столько оказание медицинской помощи, сколько получение максимально возможной прибыли любой ценой, о системе покупки медицинских услуг как на базаре и т.д. А пожилые люди выглядят вообще полными изгоями и нахлебниками, получающими значительные объемы медицинских услуг, и потому для них следует, по мнению авторов упомянутой книги, ввести франшизу в виде софинансирования (соплатежей населения) медицинской помощи. Из таких «гуманных» соображений и появляются полностью вредные идеи о разрешении эвтаназии (пока что законодательно запрещенной у нас) не только для неизлечимо больных, но и

для всех людей, что принесет дополнительные дивиденды рыночной системе медицинского страхования. Очередные инициативы поступили из Совета Федерации. Несколько ранее сенатор В.Рязанский, еще будучи председателем Союза пенсионеров, договорился до того, чтобы пожилым россиянам (от 72 лет) врачебная помощь не оказывалась вообще, для них доступной должна быть медсестринская помощь, а при экстренных случаях – фельдшерская. Во-первых, это неграмотно с медицинской точки зрения, а во-вторых законодатель нарушает права человека и заодно попутно целый ряд статей Конституции РФ, особенно, п.2 статьи 6 и п.2 статьи 7. А теперь сенатор считает, что всем самозанятым лицам (а их свыше 20 млн человек) необходимо ограничить доступ к медицинской помощи и не выпускать их за рубеж. И ничего удивительного в этом нет, ведь это исходит от государственных мужей. В развитие этих идей сейчас Минздрав РФ готовит полностью скандальный законопроект, лишаящий самозанятых и неработающих граждан бесплатных полисов ОМС. Полисы нужно будет им выкупать за 20 тысяч рублей. А доступной и бесплатной для этих групп граждан будет только скорая медицинская помощь. Понятно, что при этом нагрузка на скорую помощь возрастет. А в целом все эти действия противоречат Конституции РФ, гарантами которой являются Конституционный суд и Президент РФ.

Согласно отчету *Cybercrime and Other Threats Faced by the Healthcare Industry* за год с выгодой для страховщиков похищаются 113.2 млн медицинских записей, стоимость которых на подпольном рынке постоянно растет. Наибольшее число краж характерно для тех стран, где большинство граждан оформляет медицинскую страховку, например, в США в 2016 г. этот уровень достиг 91%. Помимо США весьма значительны утечки медицинских компрометирующих данных о болезнях, недугах, медицинских страховках, адресах и т.д. в Японии, Иране и Словакии. Там одновременно похищаются данные из личных медицинских файлов, из документов о прошедших вакцинацию, об участии в конференциях и т.п. Вот и наши медицинские

страховщики (при поддержке Минэкономразвития и Минфина) захотели, исходя как бы из заботы о пациентах, получить полный и беспрепятственный доступ к медицинской информации, составляющей врачебную тайну, которую согласно статьи 13 Федерального закона №323-ФЗ предоставлять без согласия пациента запрещено. Все это является порождением нынешнего антигуманного здравоохранения, когда, например, по принципу «выгодно- не выгодно» закрываются маломощные родильные дома на селе и женщины, как в каменном веке, должны рожать в поле, перекусывая зубами пуповину, или как в XXI веке из порта Игарка на севере Енисея, где закрыли роддом, должны лететь за тысячу км в Красноярск. Вот и получается, что нередко приходится рожать при перелете. Приведем последние случаи, когда в самом конце 2016 г. самолет Аэрофлота, следовавший из Нью-Йорка в Москву, совершил вынужденную посадку в Канале из-за родов у одной пассажирки, а 19 апреля 2017 г. по аналогичной причине совершил экстренную посадку в Самаре самолет Москва-Фергана. Это полное безобразие, т.к. на многих зарубежных авиакомпаниях из-за особенностей перелета (изменение давления, неподвижность, возможность отека, реакция на турбулентность и т.д.) обоснованно не разрешается летать женщинам в третьем триместре беременности вообще, а во втором триместре- только по справке от врача. Наши же женщины вынуждены летать на большие расстояния из-за проведенной «оптимизации» здравоохранения. Даже в поездах дальнего следования стали женщины рожать, и это происходит каждый месяц; последний аналогичный случай произошел 11 апреля 2017 г. в поезде Кисловодск-Тында, хотя в поездах для этого нет никаких условий, нужных медикаментов и материалов. А если бы, не дай Бог, было бы ягодичное предлежание плода, когда нужно применять акушерское пособие по Цовьянову, или поперечное положение плода, когда нужно либо делать «поворот на ножку», либо Кесарево сечение, или длительно не отходил бы послед, что может вызвать профузное кровотечение? Это же имеет

отношение и к водному транспорту. Кроме того, не понятно, почему на одних и тех же маршрутах билет на поезд стоит дороже, чем на самолет?

Рыночники от медицины постарались перевести достаточно ясные и устойчивые понятия в здравоохранении в рыночную терминологию. Так, медицинская помощь превратилась в набор медицинских услуг, потребность населения в различных видах медицинской помощи – в спрос на медицинские услуги, удовлетворение этой потребности – в потребление медицинских услуг, медицинское учреждение – в производителя медицинских услуг, пациент – в потребителя медицинских услуг, а врач – в поставщика медицинских услуг и т.д. Вместо обычной оплаты труда введены принципы «гонорар- за услугу», значительно увеличивший число оказанных услуг, «оплата за пролеченного больного», когда все участники процесса ОМС заинтересованы экономически в приписываемом росте числа больных, а не здоровых, «деньги следуют за пациентом», что делает незаинтересованным всех в направлении пациентов в другие медицинские учреждения. Изложенные принципы ведут к существенному завышению объемов (часто излишних и ненужных) медицинской помощи, что весьма значительно повышает расходы на здравоохранение. Более того, всё это очень сильно искажает существо взаимодействия между пациентами и врачами и переводит их из чисто медицинских и гуманных отношений на экономические рыночные рельсы. Не случайно, многие уже договорились до того, что медицинские услуги относятся к социально значимым экономическим благам. Видимо, такие блага нужно принимать с благодарностью, т.к. в них как бы заложена благотворительность государства в плане оплаты и оказания медицинских услуг населению. Но на самом деле, это не благо, а прямая обязанность государства, бюджет которого в прямом или косвенном виде формируется за счет населения. Ведь хитрость тут состоит в том, что сегодня это благо есть, а завтра оно может начать исчезать (мол, сколько можно заниматься благотворительностью) и тогда будут распахнуты настежь двери для полностью платной медицины. Даже сельские

ведуны и знахарки считали, что брать деньги за лечение и исцеление людей – великий грех. А в условиях платной медицины, когда деньги из средства становятся целью, защищать интересы и пациентов, и врачей будет затруднительно, т.к. они приобретут экономический характер. Их права нужно защищать не по отдельности, а совместно. Для этого наряду с кардиологическим обществом врачей нужно создавать общество кардиологических пациентов и т.д., тем более, что еще Европейский форум медицинских ассоциаций и ВОЗ в Стокгольме объединил Декларацию о правах пациентов в Европе и Декларацию Всемирной медицинской врачебной ассоциации – ВМА. В здравоохранении речь идет не о добровольности, а о жизненно важных показаниях, когда врач хочет он того или не хочет, нравится ему пациент или не нравится, просто обязан оказать пациенту необходимую помощь, что еще раз подчеркивает разницу между добровольностью и обязательностью. Если речь идет об услуге, то тогда врач должен отвечать не за пациента, а за то, оказал ли он адекватную услугу или нет. И в таком случае (т.е. при добровольном характере медицинских услуг) действия или бездействия врача не должны быть уголовно наказуемыми, как это предусматривает УК РФ. Это также в корне противоречит мировым тенденциям в медицине, когда врач, например, работающий в первичном звене здравоохранения, отвечает за пациента, где бы тот не находился (даже в стационаре), а не за оказанную услугу. Само слово «услуга» для врачей звучит оскорбительно, но тем самым государство четко указывает плинтусовое место медицине, загоняя ее в стойло сферы обслуживания. Соответственно, отсюда вытекают и престиж врачебной профессии в нашем обществе, и оплата труда врачей, и отношение пациентов как к обслуге. Напомним, что практически во всех англоязычных и испаноговорящих странах врачи занимают первые места и по шкале престижности, и по оплате труда (дипломированные медсестры по этим показателям входят в первую десятку всех профессий), в Японии – второе место, в Скандинавских странах – третье, а у нас – почти в самом конце списка профессий. Что представляет

собой система ОМС с позиции медицинских работников и пациентов? Проведенный фондом «Здоровье» в 85 субъектах РФ опрос 6174 респондентов, в том числе 5359 врачей и 815 средних медицинских работников показал, что почти 74% российских медиков считают систему ОМС неэффективной, а частные и коммерческие страховые медицинские организации (СМО) присосавшимися к деньгам для пациентов, которые помимо денег на ведение своих дел могут оставить себе 30% средств, которые больницам и поликлиникам предъявили к оплате необоснованно, и 50% средств от штрафных санкций к медицинским учреждениям. При этом, большая часть средств уходит за рубеж, где находятся хозяева СМО. Совсем неплохо устроились. Опросы также показывают, что большая часть пациентов, видимо имеющих возможность выезда за рубеж, рассчитывают на медицинскую страховку, но желательную международную (49.7%), а 16.6% ничего не знают о медицинском страховании или считают для себя не нужным получать страховку.

На самом деле врачу положено не просто оказывать услуги, а ему доверены жизнь и здоровье пациента (которые не могут служить товаром и предметом торга в товарно-денежных отношениях), что должно расцениваться в качестве высшей общественной ценности и соответствующим образом оцениваться и оплачиваться. Так почему же у нас сейчас пропагандируется и усиленно навязывается так называемыми «рыночниками от здравоохранения» понятия медицинское обслуживание и медицинская услуга? По нашему мнению тут всё очень просто. Медицинская помощь в государственных и муниципальных медицинских учреждениях согласно Конституции РФ должна быть бесплатной для пациентов (т.к. она заранее оплачена населением в виде прямых и косвенных налогов и страховых взносов), а о медицинских услугах в Конституции нечего не говорится, и поэтому их можно сделать платными. То есть, идея с медицинскими услугами заключается не в улучшении медицинской помощи, а в намерениях переложить дополнительное финансовое бремя на плечи тех

же пациентов, которые как раз и нуждаются в медицинской помощи. Получается полная несуразица: медицинская помощь бесплатна, но за счет самих пациентов. Иначе говоря, введение в здравоохранение понятий «медицинский рынок» и «медицинская услуга» фактически распахивает ворота для коммерческой медицины. А поскольку 70% населения в нашей стране вряд ли сможет выделить для этого дополнительные средства в требуемых объемах, то это будет содействовать углублению неравенства в доходах и возможностях, ухудшению здоровья, нарастанию противоречий в обществе. Социальное неравенство было всегда, и оно отождествляется с социальной несправедливостью. Социальное государство обязано предоставить равные возможности своим гражданам и задачей социальной политики является учет конкурирующих интересов разных слоев общества, что относится к политике компромиссов. Капитализм без жестких законов и защитных правил может легко превратиться в хищника, даже в социально ориентированной рыночной экономике государство и общество должны все больше регулировать отношения: патерналистски- сверху и демократически- снизу. Вот и получается, что по результатам совместного исследования ВЦИОМ и центра Байер в 2016 г. свыше 80% россиян предпочитают лечиться самостоятельно, без посещения врачей, либо из непонятной западному обывателю домашней аптечки, либо пользуясь советами близких знакомых или фармацевтов при покупке лекарств. Это всё для нашей страны не нужно, особенно в условиях кризиса, который продлится еще 2-4 года. В Германии (по данным российско-германского социального диалога (май 2017) считают, что не только здравоохранение, но и образование и услуги ЖКХ нельзя передавать в частные руки. Как будто предвидев предстоящие кризисные явления, родоначальник «японского чуда» Эдвардс Деминг еще в 1980-х годах (издание на русском языке вышло в 2007 г.) выпустил книгу «Выход из кризиса» с подзаголовком «Новая парадигма управления людьми, системами и процессами», где показал, что средства нужно вкладывать в людей, в увеличение их покупательного потенциала, что особенно важно при

наступлении кризиса. Эта книга может быть весьма полезной для отечественных идеологов экономических реформ. В доказательство этого в Германии отменили плату за обучения в вузах как для своих граждан, та и для иностранцев. А число студентов в Германии составило 2,4 млн, обучающихся в 379 вузах. Для сравнения в России 4,2 млн студентов, из них 42,9% учатся на бесплатной основе, а больше половины (57,1%) на платной в 766 вузах, из которых 34,7% частных. И тем не менее опыт Германии поучителен.

По данным Росздравнадзора при оказании платных медицинских услуг в стране сплошь и рядом выявляются нарушения. Так, в 45% субъектов федерации отсутствуют лицензии на оказание платных услуг (хотя они там процветают), в 70% субъектов отмечается отсутствие должной информации для пациентов о платных услугах, а в 21% субъектов платные услуги оказываются не в дополнительное время, а в рабочие часы. Вся эта пародия на насаждаемые в здравоохранении рыночные отношения на первое место выдвигает деньги, а уж затем – проблемы пациентов. В результате растет число допускаемых ошибок, снижается уровень подготовки врачей, удовлетворенность пациентов и их доверие к медицине вообще. Медицинские ошибки имеют во всех развитых странах, и о том, что происходит в этом отношении в США и Канаде, речь еще впереди.. Исходя из изложенного, необходимо придерживаться трех основополагающих посылов:

1. Строго придерживаться статьи 41 Конституции РФ и не делать попыток ее видоизменить или дезавуировать, одновременно развивая ДМС и другие цивилизованные (т.е. не направленные против населения) источники финансирования.

2. Среди всех направлений наиболее приоритетной считать профилактику болезней и развитие ПМСП.

3. Среди всех врачебных дисциплин приоритет по праву должен принадлежать службам материнства и детства, поскольку именно там

зарождаются проблемы, требующие впоследствии дорогостоящих высоких технологий.

С учетом всего изложенного, можно утверждать, что в медицинских учреждениях пациентам оказывают медицинскую помощь, которая подразделяется на профилактическую, первичную медико-санитарную, лечебную (амбулаторно-поликлиническую), в том числе помощь на дому, скорую и неотложную, стационарную общую и специализированную, (высокотехнологичную), реабилитационную помощь, паллиативную медицинскую помощь и интегрированный медицинский уход. Не случайно, проведенные опросы населения в 2017 г. (ВЦИОМ) показали, что родители с годами хотели бы видеть своих детей медицинскими работниками (35%), в крайнем случае- военнослужащими (13%), а вот коммерсантами и финансистами, которые раньше преобладали, теперь хотят видеть своих детей всего 2% родителей. Ну, что же, весьма показательные данные.

Медицинская помощь требует специальных медицинских знаний и соответствующего обеспечения ресурсами. Медицинская помощь представляет собой гуманистическое служение (но не прислуживание) не каждому конкретному пациенту, а обществу в целом.

Вместе с тем, все действия в отношении пациентов, не связанные с жизненно важными показаниями для них, могут быть отнесены к услугам. Иначе говоря, всё то, что обеспечивает условия для оказания необходимой медицинской помощи фактически и являются услугами, которые в здравоохранении могут иметь сервисный или парамедицинский характер.

Поэтому медицинская помощь направлена не на обслуживание пациента, а на его оздоровление.

Прямо сейчас, не меняя пока сложившуюся модель ОМС, целесообразно придать ей некий социальный характер и провести некоторое ее улучшение: вывести из нее паразитирующих посредников- коммерческие (т.е. заботящиеся только о своей прибыли) страховые медицинские организации и поручить им заниматься добровольным (частным) медицинским страхованием, которое пока еще очень слабо развито. В последнее время страховщики стали в нарушение Клятвы Гиппократова требовать от врачей

раскрытия врачебной тайны о больных и их болезнях, видимо, для того, чтобы еще больше обогатиться. И это все преподносится под маркой якобы заботы о пациентах. Об этом мы уже упоминали. Поскольку сейчас на всю страну имеется только один медицинский страховщик - Федеральный фонд ОМС (ФФОМС), то целесообразно придать функцию страхования территориальным фондам ОМС, для чего их нужно сделать филиалами ФФОМС. Все это можно и нужно сделать путем внесения не сложных изменений в законодательство, в частности, в ФЗ № 326. И в таком виде система может еще просуществовать некоторое время при медленной агонии ОМС, за которое необходимо подготовить весь пакет требуемых стратегических документов. Государственное обязательное медицинское страхование представляет собой перераспределение денег при наступлении страхового случая. Даже если будут реализованы выше изложенные предложения, то совсем непонятно, зачем нужны страховые посредники, тем более, что в этом случае система превращается в бюджетную и вместо страхового случая возникает пациент с его лечебно-профилактическими потребностями. Очень плохо, что реформированием системы медицинского страхования занимаются сами коммерческие страховщики, непосредственно заинтересованные только в получении все более значительной прибыли от регулярно поступающих средств. Поэтому, если нет желания полностью угробить здоровье наших граждан, то ни в коем разе нельзя повышать роль медицинских страховщиков, которые ничем не рискуют. А настоящее страхование, как известно, это риск. Более того, целесообразно вообще отказаться от системы ОМС в здравоохранении, тем более, что по данным Mar Consult западная социализированная модель ОМС маловероятна в России на протяжении ближайших 15-20 лет, как бы это кому-то не хотелось. А, по нашему мнению, она вообще никак не подходит к нашей стране, к пациентам и медицинским работникам. Как известно (по проводимым опросам), почти четверть россиян никогда не пользовалась полисом ОМС. Тем более, что Счетная палата РФ показала, что из выделенных на оказание медицинской помощи средств 30.5 млрд. рублей (и эти данные сильно занижены, т.к. не учитывают штрафные санкции) не дошли до пациентов и остались в страховых медицинских организациях. Иначе говоря, нередко прибыль страховых медицинских организаций уходит за рубеж, поскольку именно там и находятся их владельцы и там они платят все налоги. Отсюда понятна агрессивность страхового лобби в стране, в котором напрямую заинтересованы некоторые дети правящей элиты. Получается полная несуразица, когда государство государственные средства в государственные медицинские учреждения (а их 96%) переводит через частных коммерческих посредников, жирующих на этих деньгах и воюющих за расширение своих полномочий и возможностей. Но, видимо, эта проблема настолько важна и для государства, и для его граждан, что она может быть рассмотрена особо и в отдельной книге. С другой стороны мимо системы ОМС проходит просто огромное число посещений к различного рода целителям. Имеются данные о том, что таких целителей в стране намного больше, чем врачей (всего

целителей- около 800 тысяч), к целителям относят знахарей, травников, иногда колдунов и т.д., кроме услуг оккультно-магического характера и религиозных обрядов. К сожалению, их деятельность разрешена по закону (статья 50 Федерального закона №323-ФЗ), правда, при наличии лицензии. Получается, чтобы лечить, не нужно столько лет учиться, проходить усовершенствование, т.е. обладать нужными и специальными медицинскими познаниями. К тому же, целительство нередко приводит к запущенности и инкурабельности процессов заболевания. Не проще ли в курс подготовки врача внести данные о фитотерапии, о гомеопатии, о психологии взаимоотношений с пациентами?

Вначале речь пойдет о среднесрочных мероприятиях.

Первая развилка обозначена в Конституции РФ и удивительно, как тогда удалось ее предусмотреть. Первая фраза статьи 41 гласит: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь», подчеркивая тем самым различие в этих понятиях. Именно в системе охраны здоровья и возникают основные «поломы» в здоровье, с которыми затем пациенты поступают в медицинскую отрасль на «ремонтно-восстановительные работы». Для этого Минздравом РФ должны быть разработаны требования ко всем подсистемам структуры общества по критерию здоровья, а контроль за их исполнением должны осуществлять соответствующие надзорные органы и передавать эту информацию руководству страны для принятия соответствующих решений. Иначе говоря, здоровье населения должно стать одним из важнейших общественных критериев (наряду с обороноспособностью, уровнем экономического развития и др.), которые контролируются государством. Кстати, надзор, как ранее отмечалось, это полицейская функция государства и структуры, его осуществляющие, должны быть над министерствами, а не под ними. К сожалению, у нас в стране понимания того, что за систему охраны здоровья и за здоровье граждан должны нести ответственность первые лица государства, пока нет, что даже следует из апрельского 2017 г. поручения правительства Минздраву РФ разработать приоритетные проекты с заранее заданными целевыми показателями, которые выходят за пределы отраслевой ответственности и компетенции, носят межотраслевой характер и должны относиться к прерогативе государства. Низовым уровнем системы охраны здоровья является Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), представляющая собой не первичный прием больных, как это у нас ошибочно понимается, а первичную заботу о здоровье (Primary Health Care, но не Primary Medical Care). Как это все организовать- отдельный вопрос и он будет рассмотрен в отдельной главе. Медицинская отрасль отвечает за медицинскую помощь и ее организацию, и потому там должны работать соответствующие специалисты- профессионалы организаторы, а не клиницисты, которые должны хорошо и качественно лечить. Это важно особенно теперь, когда здравоохранение страны нуждается в институциональных изменениях и в выборе модели дальнейшего развития. Нередко врачи- клиницисты совмещают свою работу с административно-управленческими функциями.

Но, погнавшись за двумя зайцами одновременно, они во многом теряют, что может не сразу, но обязательно отразится на пациентах, качестве лечения и организации системы охраны здоровья (территориальной) и организации медицинской помощи (на уровне медицинского учреждения). Не случайно в здравоохранении и в медицинских специальностях присутствует специализация и дифференциация, и врач- уролог не станет лечить болезни глаз. Так и в данном случае врач- клиницист должен хорошо, правильно и ответственно лечить пациентов с учетом мирового опыта и современных медицинских технологий, а врач- организатор здравоохранения, обладающий совсем иными знаниями и навыками, должен правильно организовать этот процесс, взаимодействие различных служб и медицинских работников. Пирог должен печь пирожник, а не сапожник. К сожалению, эти различия не учитываются органами государственной власти. Врачу, занятому хирургической практикой, место у операционного стола, где он должен непрерывно совершенствовать свои мастерство и технику, а не в кабинете в поликлинике или в кабинете медицинского чиновника, где он теряет свою квалификацию и деградирует как «неоперирующий хирург». У нас же по-прежнему наблюдается неудачное совмещение медицинских специальностей (на примере Минздрава РФ) и потому все здравоохранение постоянно деградирует, несмотря на усилия органов власти. Не те люди и не тем занимаются. Ведь знающий организатор здравоохранения должен не только знать особенности медицинской деятельности, но быть подготовленным по статистике и научному статистическому анализу (не по принципу: больше-меньше), по экономике, экологии, законодательству, управлению, по межличностным отношениям (не на уровне здравого смысла) и, вообще, быть широко образованным человеком, понимающим потребности людей и пациентов, возможности государства, умеющим правильно определить и выбрать приоритеты. Даже главные врачи клиник, вроде бы по форме организаторы здравоохранения, на самом деле таковыми могут не являться, т.к. для того, чтобы руководить территориальным здравоохранением, нужно хорошо знать разные типы медицинских учреждений, их внутренние и внешние связи, этапность медицинской помощи, маршрутизацию пациентов и их потребности, состояние здоровья и адекватные методы его оценки, как правильно организовать весь цикл медицинской помощи от разных видов профилактики и ПМСП до интегрированного медицинского ухода, паллиативной медицинской помощи и хосписов. Например; главный врач одной из московских клиник, классный хирург, заявил, что благодаря деятельности его больницы смертность снизилась. Но, во первых, смертность -это популяционный показатель и рассчитывается на население, а во-вторых, видимо он перепутал смертность с больничной летальностью, которая рассчитывается на количество разных больных., прошедших через стационар. Фиктивные организаторы здравоохранения все время путают диспансеризацию с профосмотрами, первичную и специализированную медицинскую помощь, не умеют анализировать территориальные показатели и даже свою деятельность и т.д. А Министерство труда и социальной защиты

готовит документ, согласно которому сертификат организатора здравоохранения должны будут получить заведующие отделениями клиник. Иначе говоря, при большом количестве не очень грамотных организаторов будет еще больший хаос в здравоохранении. Пока же у власти нет понимания того, что далеко не каждый врач может стать организатором здравоохранения, чему нужно долго учиться, ведь не станет же врач-проктолог лечить болезни сердца.

Основным результатом при этом не должно быть количество пролеченных больных, которое не всегда обязательно представляет пропускную способность медицинского учреждения, а число больных с восстановленным (частично или полностью) здоровьем и трудоспособностью (по медицинским причинам) и число предотвращенных случаев преждевременной смерти. Это в первую очередь относится к применению высоких медицинских технологий. Все вместе взятое это и есть система здравоохранения, которая соответствует рекомендациям ВОЗ. Об этом говорилось ранее. Вторая развилка связана непосредственно с приоритетами. Пока у нас преобладает строительство «тыловых» центров дорогостоящей медицинской помощи (ВМП), куда попадают запущенные, пропущенные и тяжелые случаи заболеваний, и имеет место не всегда оправданное насыщение дорогостоящей медицинской техникой (в Москве компьютерных томографов больше, чем во всей Германии). Скоро кое-где такая техника с далеко не полным использованием может стоять в Москве в каждом парадном, что свидетельствует о крайне нерациональном расходовании выделенных средств. Вначале заболевание пропустили, затем запустили, оно перешло в хроническое с тяжелыми осложнениями, вызывающими угрозу для жизни человека, и тогда тяжело больного направляют на дорогостоящую высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) в специальные специализированные современные медицинские центры. К персоналу, да и к самим центрам никаких претензий нет, они квалифицированно делают свое дело. Суть дела заключается в организации всей работы, ведь вначале все же пропустили и довели заболевание до такой стадии, когда обычная медицинская помощь не может улучшить состояние больного. Это- обычный путь больного на ВМП, и то, если он попадет в выделенные квоты. Совокупный объем госзаказа по ВМП на 2017 г. для 128 федеральных медицинских центров составит 310 тысяч финансируемых квот. И если в организации всей медицинской помощи ничего не менять, то число тяжело больных будет только нарастать, что потребует дополнительного развития ВМП и в итоге значительно снизит эффективность всей медицинской помощи: затраты будут возрастать по экспоненте, а результаты будут ухудшаться. Чем больше будет таких больных (а число их постоянно растет), тем больше будет потребность в дорогостоящей ВМП и тем больше и неизбежно будут возрастать затраты на здравоохранение. Например, вместо того, чтобы своевременно выявлять и лечить артрозы 1-й степени, мы совершенно напрасно гордимся увеличением числа случаев дорогостоящего протезирования суставов с запущенным артрозом (4-й степени); вместо того,

чтобы не допустить болезни сердца или их рано выявить, мы в запущенных и тяжелых случаях применяем стентирование, ВМП даже с использованием совсем не дешевых роботов и т.д. Все это свидетельствует о неэффективности медицинской помощи и о просчетах именно в организации здравоохранения. Как раз поэтому в развитых странах медицинская помощь и ее вектор развития направлены совсем в другую, прямо противоположную сторону, там стараются «не допустить» больных до дорогостоящих технологий и решить проблемы их нездоровья на более ранних этапах. Кстати, в развитых странах такая помощь (ВМП) уже является обыденным делом, а не высокотехнологичной и там она называется долгосрочной и дорогостоящей. Не будем спорить, есть некоторые заболевания, которые изначально нуждаются в ВМП, но таких случаев не очень много. В качестве примера решения таких проблем приведем опыт США, откуда исходит не менее 70% новых медицинских технологий и медицинских публикаций, но где организация здравоохранения оставляет желать лучшего, хотя там прекрасно умеют считать деньги, гораздо лучше чем у нас. Правда там коммерциализация медицины и погоня за количеством больных по принципу «лечить, но не вылечить» привели к тому, что в течение года ради денег не менее 2-х млн американцев подвергаются ненужным хирургическим операциям без достаточных для этого показаний. Это тут приведено в качестве предостережения для нашей страны в целом и для железнодорожного здравоохранения, в частности, поскольку все участники процессов (ЛПУ, СМО, фонды) в системе ОМС в РФ экономически заинтересованы в росте числа оказываемых медицинских «услуг» и в увеличении числа больных, а не здоровых. Но вернемся к примеру по США. Имеются данные о 5-летнем преобразовании государственной программы медицинской помощи пожилым - системы Medicare. Там подсчитали, что один сложный случай заболевания (а это 6% пожилых) обходится в 15 раз дороже обычной помощи, в которой пользуются 94% пожилых. Была поставлена задача сократить расходы на медицинскую помощь пожилым в сложных и дорогостоящих случаях, одновременно улучшая им медицинскую помощь. В результате за 5 лет в США были закрыты некоторые специализированные (тыловые) медицинские центры, сокращены там кадры и сэкономленные средства и ресурсы не исчезли, а были переброшены на раннее выявление заболеваний (целевые скрининги, ПМСП и своевременное лечение). В итоге рак простаты на ранних стадиях выявлялся ранее в 1% случаев, стал в 73%, что позволило спасти жизни многим пожилым мужчинам, улучшился скрининг на алкоголизм, выявленные на ранних стадиях заболевания не перерастали в хронические, а успешно лечились. Улучшились показатели восстановления здоровья, возросла удовлетворенность пожилых, снизились затраты. Этот пример (и другие, ниже приводимые) показывает, как нужно правильно считать затраты и определять приоритеты. Дело в том, что целый ряд болезней можно предупредить путем внедрения широких профилактических программ, а улучшению и большей выживаемости способствует выявление некоторых

форм рака, диабета и других болезней на возможно ранних стадиях. А это означает, что акценты в организации медицинской помощи следует сместить в сторону первичной и вторичной профилактики (но не в нынешнем варианте периодических профилактических осмотров с 70% приписок) и наиболее массовой, приближенной к населению и доступной ПМСП. В этом и заключается суть финансового и кадрового разворота в здравоохранении. Для этого нужно прекратить вбухивание значительных средств в тыловую медицину (новые центры ВМП, перинатальные и др. центры), перестать закупать дорогостоящее оборудование (в каждом парадном не нужен КТ, а КТ в Москве сейчас больше, чем во всей Германии), а сэкономленные средства вложить в предупреждение и возможно раннее выявление заболеваний для их более успешного лечения. Это нужно делать в любом случае, независимо от того, какую модель здравоохранения мы будем в дальнейшем развивать: систему социального страхования здоровья или государственно-бюджетную модель. После террористического акта в метрополитене Санкт-Петербурга правительство наконец-то утвердило требования к обеспечению транспортной безопасности, а в Москве решили в торговых центрах открыть миниполиклиники, что не очень эффективно, поскольку сопровождается сокращением государственных больниц, коечного фонда (на 33,5%), медицинского персонала, причем в Москве дефицит врачей участковой службы оценивается Высшей школой экономики в 30%. Из этого следует, что внятной стратегии развития системы охраны здоровья и оказания медицинской помощи ни в стране, ни в Москве нет, а есть отдельные попытки, напоминающие броуновское движение. И тому есть множество примеров и доказательств.

В течение года от момента выявления (!) рака у нас погибает 61% больных с раком пищевода, 54% - с раком легких и трахеи, 53% - с раком желудка, 30,5% - с раком прямой кишки, 22,6% - с раком молочной железы и 20% - с раком матки, что еще раз подчеркивает важность раннего выявления. Например, рак желудка в 42% случаев выявляется на самой поздней IV стадии, когда появляются боли, иногда кровотечения (положительная реакция Грегерсена) и т.д. и когда лечение неэффективно и умирающие нуждаются в паллиативной помощи, домах сестринского ухода и хосписах, т.е. в достойных условиях для ухода из жизни, которых у нас или нет или их пока крайне недостаточно. Кстати, паллиативная медицинская помощь имеет большое будущее, начинающееся уже сегодня. В числе медицинских учреждений на железнодорожном транспорте они не значатся. Из 500 тыс. ежегодно выявленных и учтенных в стране больных с раком 30,5% умирают в тот же год, и только 30% имеют неплохие шансы на будущее. Характерно, что среди заболевших раком, мужчины чаще умирают, чем женщины, что обусловлено более высоким изначальным риском и более поздним выявлением заболевания. Ежегодно в России заболевает раком почти 3,5 тысячи детей, из которых почти 70 процентов выявляется на поздних стадиях. В результате в западных странах выживаемость у онкологически больных детей составляет, по данным НИИ детской онкологии и гематологии,

составляет не менее 70 процентов против наших 50. Проблемы детской онкологии не должны решаться благотворительностью или какими-либо фондами, а являются чисто государственной задачей.

Особенно опасен трудно распознаваемый на ранних стадиях рак толстого кишечника, возникающий часто на переходе (в углу) от поперечной ободочной кишки в нисходящую. Для его диагностики до появления болевых симптомов всем лицам от 45-50 лет рекомендуется проходить колоноскопию или капсульную эндоскопию с предварительным полным очищением кишечника. Каждый год в РФ умирают от рака 285 тыс. больных из числа выявленных в текущем году (152.5 тысячи) и в предыдущие годы, но больше 50% из них могли бы остаться в живых при раннем их выявлении и адекватном лечении инновационными препаратами, не для всех доступными. В Великобритании по данным противоракового фонда Macmillan Cancer Support за последние десятилетия показатели средней выживаемости (когда до определенного срока доживает половина всех больных) возросли с одного года до шести лет, причем, по шести видам рака они превысили 10 лет с наибольшим успехом при раке толстой кишки и лимфоме Ходжкина, а по некоторым видам рака аналогичный прогресс не наблюдался (рак легких, желудка, пищевода, поджелудочной железы и мозга). Однако даже при таких относительных успехах и фактически при бесплатном лечении и государственной поддержке остальные побочные расходы в Великобритании действует разорительно на семьи пациентов. Онкологи уже давно установили, что возникновению и развитию рака пищевода, желудка, кишечника, печени, легкого, матки, яичников, поджелудочной, молочной и предстательной желез содействуют канцерогенный состав пищевых продуктов. Речь идет о пестицидах, азотистых веществах (нитратах и нитрозаминах), синильной кислоте, винилхлориде, бензпирене и др. Зная, где содержатся эти вещества и как они образуются, можно осуществлять профилактику ряда онкозаболеваний. Россия входит в тройку европейских стран (после Венгрии и Украины) с самой высокой смертностью от рака, которая среди всех причин смерти в стране вышла на 2 место, оттеснив на третью позицию смертность от внешних причин. Средний возраст умерших от рака составляет у мужчин – 64,1, у женщин – 66,7 года, т.е. не достигает уровня средней продолжительности ожидаемой жизни- ОПЖ. В настоящее время на учете состоит почти 3 млн. больных раком, которые нуждаются в полноценном и качественном лечении. В целом заболеваемость практически всеми видами рака в России ниже, чем в развитых странах, что, скорее всего, обусловлено особенностями выявляемости (скорее- недобывляемости), а смертность намного выше, что говорит о запущенности процессов. Так, на ранних стадиях (т.е. на I и II) выявляется меньше половины всех случаев рака, в том числе на первой стадии – всего 25%, остальные - на III и IV стадиях, трудно поддающихся лечению. И это относится к визуальным формам рака. Поэтому никак нельзя отменять средства ранней диагностики, например, простатспецифический антиген (ПСА), способствующий раннему выявлению рака простаты. Между прочим, еще в 1910 г. немецкий

иммунолог Пауль Эрлих разработал основы химиотерапии, убивающей ядами или токсинами паразитов, переносчиков инфекций, атипичные клетки и тем самым способствующей лечению ряда инфекционных и паразитарных заболеваний, злокачественных опухолей. Считается, что любое длительно протекающее хроническое заболевание может быть предтечей возникновению рака, точно также способствуют появлению рака некоторые вирусы и бактерии, например вирус папилломы провоцирует рак шейки матки, сюда же относятся вирусы, передаваемые половым путем, вирусы гепатитов В и С, бактерия Хеликоптер пилори и другие. Способствуют появлению рака также ожирение, алкоголизм, полипоз кишечника, мастопатия. А вот аденома простаты и эрозия шейки матки напрасно считаются опасными. Кстати, совсем неплохо было бы восстановить обязательные перед любым врачебным приемом пальчиковое исследование прямой кишки у всех мужчин старше 60 лет, поголовное гинекологическое обследование женщин, обязательное измерение температуры и артериального давления. И все это нужно делать в смотровом кабинете предварительного приема. В свое время эти простейшие предварительные исследования давали хорошие результаты, служили причиной для более детальных и углубленных обследований и смотровые кабинеты со средним медперсоналом были в каждой поликлинике и амбулатории. Сейчас на врачебном приеме больной лишний: собрав его жалобы, врач их детально заносит в компьютер, ибо за нарушения в ведении медицинской документации могут налагаться штрафные санкции. Пациент даже раздевается для осмотра, аускультации, пальпации или (об этом не все врачи слышали) перкуссии, тем более, что ширмы для раздевания из кабинетов исчезли. Сплошная и чрезмерная бюрократия. Не случайно, что даже в Москве 25% пациентов выставляют двойки работе поликлиник и только 22% оценивают положительно работу городских поликлиник. Почти всю профилактику мы упустили, хотя отдельные попытки ее восстановить имеются. Ну, просто очень обидно читать недавно выпущенную книжку Иана Лейстикова (Ian Leistikov), инспектора Нидерландского здравоохранения «Профилактика лучше, чем лечение» (Prevention is better than cure) и восхищенные отзывы о ней. Правда, когда речь идет о злокачественных новообразованиях внутренних органов, то рассчитывать на излечение, по свидетельству самих онкологов, затруднительно из-за позднего выявления их симптоматики. Больше половины пациентов обращаются в медицинские учреждения спустя полгода и более от начала заболевания, что говорит о запущенности профилактической и санитарно-просветительской работы. В результате у нас отмечаются далеко не лучшие показатели 5-летней и 10-летней выживаемости онкологически больных. Так при раке почки выживаемость по стадиям выявления рака составила: на 1 стадии-81%, на 2-й- 74%, на 3-ей- 54%, а на 4-ой- всего 8%. При этом с раком почки после выявления и лечения выживаемость до 5 лет составляет 53%, а до 10 лет-43%. Это ли не яркое свидетельство (в противовес мнению ряда условных специалистов) о необходимости и целесообразности раннего выявления заболеваний. На

программу помощи онкологическим больным по сравнению с далеко не самым благоприятным 2016 г. в ближайшие три года финансирование из федерального бюджета снизится в 1.8 раза, а на программу оказания помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в 21.3 раза. В программе по раку помимо построения дерева целей с критериями их достижения, помимо последовательности выполнения мероприятий во времени, целесообразно все онкозаболевания условно разделить на 2 группы: легко выявляемые и легко поддающиеся лечению при достаточной 5-летней выживаемости и трудно выявляемые на ранних стадиях и плохо поддающихся лечению. Для обеих групп следует использовать иммунно-генетические методы распознавания предрасположенности с выходом на социальные факторы и условия и их маркеры. К первой группе можно было бы применить концепцию факторов риска, скрининговые программы и усовершенствуемые методы лечения. Ко второй группе до возможности их раннего обнаружения и эффективного лечения - следует вести здоровый образ жизни и активно развивать бесплатную паллиативную медицинскую помощь и хосписы. Чиновники даже предлагают поощрять россиян, ведущих здоровый образ жизни, который может повысить тонус человека, но не спасет его от тяжелых болезней, ключи к которым находятся совсем в ином месте. Полностью разрушены и никак не восстановятся школьная и дошкольная медицина, служба санитарной авиации и другие. Сейчас дискутируются следующие предложения: считать ли ВОП юридическим лицом, нужно ли восстанавливать муниципальное здравоохранение, что делать с ведомственной медициной, что и кому можно оказывать за плату или бесплатно, что важнее - качество медицинской помощи или качество деятельности, медицинские стандарты должны быть разработаны для медицинских технологий или для результатов, можно ли перевести всю ПМСП на бюджетное финансирование и какой она должна быть, а ВМП - оставить за ОМС. Но как при этом разделить деньги? Общие расходы из бюджета на здравоохранение снижаются с 3.6% ВВП до 2.6%. Все это является симптомом продолжающегося кризиса. Правительство планирует выделить на реализацию приоритетных проектов в здравоохранении в 52 раза меньше, чем на них было запрошено. Больше денег будет затрачено на проекты, связанные с ипотекой, арендой, оплатой ЖКХ, на сохранение моногородов и т.д. Все это говорит о своеобразном выборе приоритетов. Складывается впечатление, что власти только и думают о том, что бы еще «содрать» с населения, какие ввести новые налоги и сборы, а какие просто увеличить. Однако и Минздрав РФ тоже хороши и запросил немалые средства не на восстановление разрушенного здравоохранения и не на оказание медицинской помощи, повышение ее качества и доступности, а на закупки вакцин (без обоснования появления соответствующих заболеваний), на закупку авиационных услуг, на информатизацию, которая не поможет при отсутствии средств на лечение и т.д. Ну, какие это приоритеты?

Это же все в полной мере относится и к железнодорожному здравоохранению, особенно, в последние годы. За последние 10 лет число

онкологических больных в стране возросло на 25,5%, каждый год 200 тыс. таких больных становятся инвалидами, из них 40% в трудоспособном возрасте. В результате общий экономический ущерб от рака составляет почти 100 млрд. руб. в год, что гораздо больше требуемых затрат, и в этом легко убедиться. Разработанная в стране Национальная стратегия по борьбе с онкологическими заболеваниями в качестве единой и консолидированной позиции может оказаться мертворожденной в силу отсутствия необходимых средств. Ни в одной стране мира не хватит средств на решение всех онкологических проблем по разным формам рака, в разных возрастно-половых группах, по профилактике, диагностике, в том числе донозологическо и ранней, по методам лечения в их комбинациях, по медицинской реабилитации, по медико-социальному уходу, по паллиативной медицинской помощи и все это при полной доступности, широком охвате и высоком качестве. Есть разные формы рака: относительно легко выявляемые на ранних стадиях (в основном, визуальные), от которых люди не должны умирать или, по крайней мере, пятилетняя выживаемость должна быть высокой и выявляемые на поздних стадиях (это большей частью относится к раку внутренних органов) с критериями однолетней, 5-летней и 10-летней выживаемости. Поэтому в стратегии нужно бы выделить приоритеты, причем, в первый приоритет должны входить те формы рака, которые можно предупредить или выявить на возможно ранних стадиях, от которых люди не должны умирать вообще или в ближайшие годы. Это не исключает необходимость совершенствования всей работы по остальным злокачественным новообразованиям. Так должно быть всегда: при недостаточном количестве средств существенную роль играет правильный выбор приоритетов. Именно такой подход должен найти свое место в программе социально-экономических преобразований в стране, поскольку на развитие широким фронтом никаких денег не хватит. Удивительно, но в Москве планируется проведение работ с врачами поликлиник по онкологической настороженности, видимо, компенсируя недостатки до- и последипломного образования. Затем тоже самое, видимо, потребуется по диабету, болезням легочной системы, гинекологическим заболеваниям, болезням сердца и т.д. Понять эти действия можно, поскольку у нас в стране преобладает среди населения не онконастороженность, а онкобоязнь, но ни с медицинской, ни с образовательной, ни с экономической точек зрения оправдать их никак нельзя.

В США, по данным Национального института рака, сумма ущерба приблизилась к 200 млрд. долл., из них 35% составляют прямые расходы на борьбу с раком, 55% - потери в трудоспособности, 10% - в связи с инвалидностью. Отсюда видна также и явная экономическая выгода борьбы с раком. По данным ежегодного американского доклада (2016) о прогрессе в борьбе против рака в последнее время появились результативные методы борьбы с раком в виде иммунопрепаратов и стала активно развиваться иммуноонкология. И это при том, что темпы роста расходов на здравоохранение опережали в США темпы роста ВВП, что очень сильно

напрягло нового Президента США. Кстати, самыми большими затратами на здравоохранение отличались страны с системой обязательного медицинского страхования, а гораздо меньшими затратами при лучших управляемых результатах - страны с государственно-бюджетной системой. И это очень важно для выбора перспективной модели здравоохранения в стране. Однако мировая и отечественная медицина не стоят на месте, совершенствуются методы борьбы со злокачественными новообразованиями, разрабатываются новые подходы к предупреждению и лечению, ведутся исследования. Благодаря широкому внедрению маммографии, колоноскопии, сканирования, ультразвука, томографии и иммунотерапии в странах Запада удалось снизить смертность от рака. Естественно, универсальных средств для борьбы с этим недугом быть не может в силу разной природы рака. Почему еще так важно выявлять новообразования на возможно ранних стадиях? Дело в том, что группа исследователей из Германии (Регенсбург и Фраунгофер) установила, что в самом начале возникновения раковой опухоли она может уже давать метастазы, до поры до времени «спящие». На примере злокачественных новообразований здесь показано значение раннего выявления заболеваний. То же самое можно сказать и в отношении многих других заболеваний, характеризующихся тяжелым течением с различными осложнениями (болезни системы кровообращения, диабет, болезни органов дыхания и другие).

Вообще, почти вся медицинская помощь, включая диагностические обследования, лекарственное обеспечение, медицинскую реабилитацию, должна быть выстроена в иерархическом порядке: от простейших и массовых методов к более сложным, уточняющим, специфическим и индивидуальным. В организации лечебной помощи следует руководствоваться принципами автора этапной сортировки Н.И.Пирогова, который считал, что больной, раненый или пораженный должен как можно быстрее доставлен туда, где ему будет оказана наиболее адекватная медицинская помощь. Отсюда, кстати, и вытекает идея маршрутизации движения пациентов. Все это имеет отношение не к клинической медицине, к которой значительных претензий нет, а к организации здравоохранения. Кстати, когда Н.И.Пирогов работал в знаменитой клинике Шарите в Берлине, он свои работы публиковал вначале на немецком языке, а потом их переводили на русский. Именно так и было с самым выдающимся трудом отечественного врача, хирурга, мыслителя, общественного деятеля и педагога Пирогова под названием «Ледяная анатомия», т.е. с подготовленным им анатомическим атласом.

Таким образом, получается, что ВМП нужна больным в тяжелом состоянии. Однако, при правильной (!) организации всей медицинской помощи на ВМП должны поступать не более 0.01 пациентов, даже и того меньше. У нас же попытались вывести дорогостоящую ВМП на «линию фронта» здравоохранения, сделать ее из уникальной и редкой массовой (особенно в Москве), что никак нельзя оправдать ни с медицинской, ни с экономической и государственной точек зрения.

Другой стороной, заинтересованной в широком применении ВМП являются чиновники всех уровней. Во-первых, ВМП и соответствующие ей центры – это очень большие государственные деньги на строительство и оснащение. Во-вторых, это сейчас почему-то престижно иметь такого рода центры на своей территории. Когда были выделены значительные государственные средства, то все старались заказать не столько крайне нужную медицинскую технику и аппаратуру, сколько дорогостоящую, поскольку самостоятельно территориальные органы здравоохранения и государственные клиники приобрести за свои средства ее не могли. В Москве эти средства ушли на приобретение 521 комплекта дорогостоящего медицинского оборудования, в том числе магнитно-резонансных томографов-78, ангиографов-35, рентгеновских компьютерных томографов-136, видеоэндоскопической техники-158, техники для оперблоков-44, рентгено-диагностических аппаратов-28, радиологической техники-30, техники для электрофизиологических исследований-7, хирургических роботов Да Винчи-4 и одной нейрохирургической радиотерапевтической системы «Гамма-нож». И мэры и московские медицинские чиновники этим очень гордятся, наверное тем, что огромные деньги использовали вроде как бы по назначению. Но гордиться тут особенно нечем. Во-первых, вся эта техника – зарубежная (правда, в последнее время появились и отдельные отечественные разработки), там она разрабатывалась десятилетиями и относительно давно используется, во-вторых, периферическому здравоохранению она не доступна, хотя и нужно было ею оснастить хотя бы областные и другие крупные больницы. Даже часто используемое сравнение с XX веком и советской системой полностью некорректно, т.к. научно-технический прогресс и в развитии медицинской техники не стоял на месте. Конечно, тогда здравоохранение было бедным и недофинансированным, но, благодаря выдающимся специалистам, гораздо лучше и прочнее организованным. Об этом говорят нынешние робкие и не всегда удачные попытки возродить санитарную авиацию (по примеру Москвы, где она совершенно не нужна), школьную медицину (после «оптимизации» за здоровье школьников стали отвечать педагоги), периодические профилактические осмотры (которые все путают с диспансеризацией) и т.д., но на более низком уровне из-за прошедшей по всей стране «оптимизации» здравоохранения.

Далее, многие частные клиники, чтобы не отстать, вынуждены были закупать аналоги за свои деньги, правда, по более низкой цене и по уму (т.е. по потребности), понимая, что предстоят траты на ее установку, эксплуатацию, ремонт, расходные материалы, на подготовку персонала и т.д. Когда широко и показательно демонстрируются возможности этой техники, у чиновников глаза просто лучатся. Они не совсем понимают, что, говоря о количестве больных, получивших ВМП (в Москве оно выросло в 3 раза, а за последний год – на 76%), они по сути дискредитируют идею. Всего за год в Москве ВМП получают около 55 тысяч пациентов а финансирование ВМП по сравнению с 2010 г. выросло в 2016 г. в 5.5 раз. В 2016 г. в базовую программу ОМС по Москве были дополнительно включены 54 метода ВМП,

а всего их-513. Во всех административных городах Москвы сложилась сеть из 45 клиник городского департамента здравоохранения, оказывающие ВМП. Главными врачами и руководителями таких клиник являются уважаемые специалисты (Хубутия М.Ш., Мясников А.Л., Корсунский А.А., Махсон А.Н., Шарапова О.В. и другие). Возникает вопрос: ну, и что? Что дала эта техника, как бы новые технологии и эти центры, каковы результаты применения технических и технологических новаций, сколько вылечено больных (а не сколько прошло) и каких и т.д.,? Однако об этом почему-то ни пол- слова и так по всей стране. При этом, по оценкам экспертов медицинских общественных организаций, в российском здравоохранении применяются только 30% доказанных мировой практикой технологий, а 70% современных медицинских технологий не используются в нашей практике из-за дороговизны или из-за отсутствия подготовленных кадров. И, к сожалению, многие современные медицинские технологии развиваются в достаточно крупных городах и до массового потребителя не доходят. По заявлению Минздрава РФ, в 2018 г. ВМП смогут ежегодно получать 1 млн россиян. А главное, почему у больных, направленных на ВМП, такое тяжелое состояние? Но это уже проблема организации медицинской помощи, которая в стране хромает на обе ноги. Вначале пропустили заболевание, которое стало запущенным с хроническим тяжелым течением, своевременно не распознали и не лечили, а когда заболевание стало совсем тяжелым и трудно поддающимся лечению, теперь применяют дорогостоящие технологии. Поэтому потребность в ВМП постоянно растет и пока при нынешней полностью неэффективной организации медицинской помощи она удовлетворяется не более, чем на 60%. Фактически с помощью ВМП прячутся все недостатки во всей организации медицинской помощи пациентам. Отсюда и возникает акцент на «тыловой» медицине, на специализированных центрах ВМП и полностью нерациональной трате бюджетных средств. В отличие от нас, во всем мире стараются «не допустить» пациентов до дорогостоящей ВМП, а решить их проблемы гораздо раньше. В Москве, по свидетельству медицинских чиновников, создается современная система здравоохранения путем сокращения почти в 3 раза числа юридических лиц, оказывающих медицинскую помощь, резкого сокращения длительности пребывания в стационаре на 4.6 дня (значит, больные выписываются недолеченными и без медицинской реабилитации, т.е. приступить к работе сразу не могут), повышения использования амбулаторной помощи, несмотря на множество барьеров на пути ее получения (укрупнение ЛПУ, значительные расстояния, попадание к специалисту только через участкового терапевта и т.д.). А куда эти больные денутся, если болит или не долечили, то все равно доберутся до поликлиники. К сожалению, больниц долечивания в стране нет. Более того, в Москве открываются новые возможности для жуликов, поскольку намерены проводить лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности по интернету, что полностью противоречит всему мировому опыту. Именно поэтому считается, что при огромных возможностях, при

значительных финансовых вливаниях, при современном техническом оснащении и при относительно прогрессивных медицинских технологиях, основные проблемы московского здравоохранения заключаются в организационных дефектах, в неэффективности (по соотношению затрат и результатов) здравоохранения. Подчеркнем еще раз, это связано с тем, что московским здравоохранением руководят врачи-клиницисты, которые должны хорошо и правильно лечить, а не заниматься не своим делом. Ведь не станет врач-кардиолог лечить парапроктит. А тут считается, что все как бы разбираются в совершенно отдельной дисциплине (общественное здоровье и здравоохранение) примерно также как дилетанты-любители разбираются в футболе, хотя тренеров специально готовят и учат.

Вообще высокотехнологичная медицинская помощь- эта такая часть специализированной медицинской помощи, которая обеспечивается применением относительно новых, сложных и порой уникальных дорогостоящих методов и лечебно-диагностических технологий, с научно доказанной результативностью (!) и базирующихся на достижениях медицинской науки и смежных отраслей. Обычно у нас, в отличие от развитых стран, ВМП рассматривается как отдельный вид помощи с отдельным финансированием. В перечень ВМП входит почти 1500 медицинских технологий по 35 заболеваниям, состояниям и медицинским проблемам, например, эндопротезирование тазобедренных и коленных суставов, коронарная реваскуляризация миокарда, аортокоронарное шунтирование, стентирование, ангиопластика, экстракорпоральное оплодотворение, гамма-нож и т.д. Поскольку эти методы и технологии исключительно дороги (в среднем каждый случай обходится в 150-200 тысяч рублей и дороже) и не каждый больной в состоянии их оплатить, то в отношении ВМП применено нормирование в виде так называемых специальных квот, выделяемых территориям или учреждениям по их заявкам. Заявки формируются произвольно, видимо, исходя из перспективного количества нуждающихся пациентов, однако без всякой научной обоснованности, т.к. потребности населения в этих (равно, как и в других) видах медицинской помощи не изучались, а эти исследования Минздрав РФ просто не заказывал. ВМП в 31% случаев оказывается в медицинских учреждениях федерального подчинения и в 69%- в региональных. Нужно сразу же заметить, что региональные тарифы на оказание ВМП существенно ниже федеральных. Несмотря на то, что в квоту попасть не просто и операции можно дожидаться довольно долго,

аналогичную ВМП по тем же стандартам можно получить непосредственно и быстро на платной основе даже в государственных медицинских учреждениях. Правда, сейчас, т.е. в 2017 г. в Государственной Думе появились идеи (пока на уровне разговоров) о том, что в таких клиниках следует запретить платные услуги. Добровольное (частное) медицинское страхование, как солидарная система, пока развита крайне недостаточно и не распространяется на ВМП, а это значит, что больному нужно за все платить самому. Таким образом, медицинская помощь в нашей стране становится уделом состоятельных людей, поскольку очень богатые и олигархи получают ее в зарубежных клиниках, а бедные толкуются в поликлиниках, если туда доберутся. Вполне резонно специалисты из Лондонской школы экономики и Университета Дьюка (США) ставят вопрос о том, эффективно ли использовать ВМП в странах со средним (и ниже среднего) уровнем дохода, разбирая это на примере перинатальных центров России. При наличии перинатальных центров младенческая смертность снижается на 3.8% за счет ранней неонатальной смертности. Но при этом затраты на каждую спасенную жизнь младенца (9 млн руб.) значительно превышают аналогичные затраты в США, что говорит о низкой эффективности перинатальных центров. А это означает, что не стоит беременную доводить до такого состояния, когда квалифицированная помощь может быть оказана только в перинатальном центре, а решать все проблемы матери и ее плода на более ранних этапах. Если сравнивать нашу ВМП с аналогичной помощью в европейских странах, то выяснится, что, во-первых, она там оказывается во много раз больших объемах и практически почти что доступна для всех нуждающихся в ней, во-вторых, стоимость одной единицы ее там несколько выше и она покрывается либо из бюджета либо из системы медицинского страхования, в третьих, там она стала уже не особенной, а обычной медицинской помощью, в четвертых, там она достаточно жестко контролируется в связи со своей высокой стоимостью, в пятых, сроки ожидания ВМП там несколько большие из-за большего числа пациентов. Правда, общие затраты на ВМП в долях от всех затрат на здравоохранение там значительно меньше. Казалось бы, на этом фоне у нас все более или менее благополучно с получением ВМП, но в целом там тратят на бесплатную для пациентов медицинскую помощь в несколько раз больше средств. И хотя отдельные пациенты по фиксированным квотам должны у нас получать ее бесплатно, однако они вынуждены платить за

подготовку к ВМП, анализы, за обучение, за реабилитацию и т.д. Не утихают в стране скандалы, связанные с массовым закрытием районных больниц и родильных отделений, осуществляемым под лозунгами оптимизации и модернизации. И хотя чиновники Минздрава РФ перекладывают ответственность за это на местные органы власти, отмеченные процессы стали частью общей политики в сфере здравоохранения. И, видимо, не только здравоохранения, поскольку аналогичная ситуация сложилась и в отношении незащищенных детей в детских домах. Детские дома закрывают, и детей, не спрашивая, как котят перевозят за сотни километров.

Понятно, что сейчас 80% коечного фонда на селе выполняет медико-социальные функции, но из этого не следует, что все койки на селе следует закрыть. Многие больницы закрыли из-за низкой их экономической эффективности, однако не она должна быть доминирующей в здравоохранении и все нужно делать по уму и с учетом интересов пациентов. Например, в Ярославской области ликвидировали не эффективный родильный дом на селе, что заставляет беременных добираться за 120 км до места родов при часто закрытом железнодорожном переезде. Видимо, осознав свои действия по массовому закрытию родильных отделений на селе, как противоречащие интересам населения, министр здравоохранения РФ в срочном порядке направила письмо руководителям субъектов федерации, в котором ликвидация всех последствий принимаемых Минздравом решений о закрытии акушерских коек в муниципальных районах возлагалась на субъекты федерации, включая маршрутизацию беременных и рожениц, обеспечение их транспортом, разъяснительную работу среди населения. Этот подход принципиально неверен. Не пациенты должны добираться до медицинской помощи, а медицинская помощь общего типа (терапия, малая хирургия, педиатрия, гериатрия и акушерство с гинекологией), желательно в одном лице специально подготовленного врача общей практики (ВОП), должна быть максимально приближенной к пациентам. В 2012 г. в г. Игарка на р. Енисее (север Сибири) закрыли роддом и теперь женщин отправляют рожать за тысячи км на самолете в дорожные перинатальные центры. Конечно же, никто не спросил у женщин, как и где им лучше рожать. И такого рода действий немало по всей стране. Кстати, именно перинатальными центрами, их строительством постоянно интересуется Президент РФ. Поэтому ситуацию со значимостью перинатальных центров

следует рассмотреть отдельно. А внимание власти к этой проблеме обусловлено тем, что еще в 2006 г. было подписано постановление о строительстве 15 центров, но ни один из них не был построен в срок. До сих пор они не все введены в строй, а некоторые из них уже нуждаются в капитальном ремонте, что говорит о качестве строительства. По имеющимся данным сметы на строительство и приобретение аппаратуры существенно завышены, созданы все возможности для коррупции. Но речь идет не о финансовых прегрешениях, а вообще о целесообразности возведения таких дорогих центров. В развитых странах родильные отделения находятся, как отмечалось, в составе крупных больниц, что позволяет в необходимых случаях применить высокие технологии. И при этом надобность в таком количестве перинатальных центров отпадает. Больничные койки необдуманно без соответствующего анализа закрывают и больные теперь как в неврологическом отделении Покровской больницы Санкт-Петербурга (!) вынуждены лежать на полу в коридоре. Вообще в российском здравоохранении отсутствует система контроля за движением денежных средств. И такое положение характерно для многих мест. А теперь немного об истории и последовательности движения к высоко технологичной медицинской помощи беременным и роженицам. В развитых странах вначале занялись снижением младенческой смертности от потенциально устранимых причин в позднем неонатальном (от недели до месяца жизни новорожденного) и постнеонатальном (от месяца до года жизни) периодах таких, как пневмония и другие болезни органов дыхания, травмы, отравления, инфекции и другие. Затем в фокусе внимания оказались более трудно устранимые причины смерти в те же самые периоды жизни новорожденного, например, респираторный дистресс. И только после этого стали создавать перинатальные центры (отделения) для решения проблем, возникающих в перинатальный период. Этот окolorодовой период подразделяется на 3 части: антенатальный (предродовой), интранатальный (непосредственно родовой) и ранний неонатальный (до недели жизни новорожденного). По классификации ВОЗ перинатальный период начинается с 22 недель беременности (со 154 дня), когда масса плода достигает 500 г. и более, до первой недели жизни новорожденных. Именно в этот период происходит созревание функций, необходимых для самостоятельного существования организма новорожденного и в этот период вероятность

развития у плода неврологических и соматических нарушений наиболее высокая. Как раз на интервале от 28 до 40 недель беременности происходит подготовка к родам и к внеутробной жизни. Патология перинатального периода связана с неблагоприятными факторами, воздействующими в течение внутриутробного развития плода на уровне «мать-плод» (недостаточность маточно-плацентарного кровообращения, задержка и аномалии внутриутробного развития, гемолитическая болезнь, иммунные и инфекционные факторы, токсикозы, болезни, травмы и отравления беременных, принятие алкоголя во время беременности и курение), с патологией родов (осложнения процессов родов могут привести к родовой травме, асфиксии плода и другим последствиям), а также с неблагоприятным воздействием внешней среды в первые 168 часов жизни новорожденного (внутрибольничная инфекция, гипотермия, дефицит сурфоктанта и др.). Не случайно в МКБ-10 выделены отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, а врожденные пороки развития и некоторые специфические инфекции представлены отдельно. Вот почему в российских больницах заражение инфекциями происходит в 117 раз чаще, чем в Швеции? (Это были данные Роспотребнадзора). Самостоятельной проблемой является недоношенность и маловесность новорожденных, среди которых рождается немало инвалидов по разным причинам. Правда, в 1980-е годы группа экспертов Минздрава СССР оценила последствия перехода на международные критерии материнской смертности и живорожденности и пришла к выводу о том, что доля детей с низкой массой тела и недоношенных будет постепенно уменьшаться. Перинатальная смертность доношенных детей в 15 раз меньше, чем недоношенных и в 4-5 раз меньше, чем у переношенных. Одна из основных проблем сейчас состоит не в предстоящем резком снижении рождаемости, а в постоянном росте доли нездоровых новорожденных (по официальным данным только треть новорожденных являются здоровыми, а по результатам исследований - и того меньше). Процесс акселерации завершился и дети рождаются менее жизнеспособными с относительно низкой массой тела. Но это к перинатальным центрам не имеет никакого отношения, скорее - к профилактическим программам. Сейчас правительство внезапно озаботилось проблемой снижения рождаемости в стране (после пика в 2014 г.) и предлагает опять те же самые меры, наступая на те же самые грабли. Однако,

если в анамнезе женщины был выкидыш, то при очередной беременности она должна наблюдаться в перинатальном центре (отделении). Перинатальная смертность включает в себя мертворождаемость и раннюю неонатальную смертность. Вот всем этим, судя по названию, и должны заниматься перинатальные центры, т.е. состояниями, возникающими в перинатальном периоде. У нас же приказом №308 от 09.12.2004 г. Минздравсоцразвития были необоснованно расширены функции перинатальных центров, оставив им прежнее название. Доводы Минздрава вроде бы убедительны, там говорят, что помощь беременным женщинам нельзя оказывать сейчас такую же, как их бабушкам. Министр В.И.Скворцова полагает, что перинатальные центры нужны, поскольку в 60% случаев (что не доказано результатами исследований) встречаются осложнения беременности. Но даже если это так, что весьма сомнительно, то эту проблему нужно решать гораздо раньше- до беременности или в начальном периоде при постановке беременной на учет. Кстати, в Японии вначале воздействовали на относительно легко устранимые причины смерти младенцев (травмы, ОРЗ, пневмонии и т.д.), и только после этого стали создавать перинатальные центры, влияя на перинатальные состояния и на систему «мать-плод». А если все сделать наоборот, то может получиться, как в торжественно открытом перинатальном центре Брянской городской больницы №1, где отмечена серия смертей новорожденных. Почему-то мы все время занимаемся следствиями, полностью игнорируя причины. Из изложенного ясно, что родильные дома (отделения) должны быть сохранены для нормальных родов и максимально приближены к населению (дорогостоящие перинатальные центры их не заменят), а уже построенные перинатальные центры могут находиться на определенном расстоянии. Правда, не всегда туда можно получить направление и попасть туда. Вот такого рода особенности, исходя из потребностей и удобств пациентов, следует обязательно учитывать в перспективной модели здравоохранения. Обжегшись на реализуемой по всей стране программе «оптимизации» медицинских учреждений, Минздрав РФ вынужден постфактум попросить регионы не ликвидировать сельские родильные дома. Таким образом, деньги на перинатальные центры и другие центры ВМП выделены немалые, но их с большей пользой можно было бы потратить на ПМСП, что дало бы лучшие результаты в том числе и в оказании медицинской помощи беременным. При наличии таких центров отношение к

пациентам не изменилось, о чем говорит недавний случай, когда в Рязани в течение 7 часов больной в разных больницах отказывали в помощи, в результате она умерла. Что толку, что Следственный комитет постфактум занялся этим делом, ведь человека уже не воскресить.

Если до 2015 г. финансирование ВМП осуществлялось за счет бюджета, то с 2015 г. ВМП стала оплачиваться из средств ОМС при сокращенном или вообще отмененном квотировании. Дело в том, что ОМС – это не резиновая финансовая система, куда пытаются втиснуть всю медицинскую помощь (перед этим в систему ОМС перевели скорую медицинскую помощь- СМП), перекладывая финансирование отрасли с государства на работодателей и работников, за счет недоплаченной зарплаты, с намерением довести его от 5.1% до 5.9% от Фонда оплаты труда. Тем не менее в реальных ценах финансирование здравоохранения с 2012 г. уменьшилось на 8%, сократилось число врачей и медсестер, значительно уменьшилось число больничных коек, закрыты многие ФАПы и больницы, а число больных возросло. Отсюда, в том числе, и возникают многие неожиданные для пациентов проблемы платности, доступности и качества медицинской помощи. На 2017 г. запланированы государственные расходы на здравоохранение в сумме 3035,4 млрд. руб., что в абсолютных цифрах на 6.4% больше, чем в 2016 г. при этом расходы федерального бюджета должны составить 13% (380.6 млрд руб), расходы консолидированных бюджетов регионов-30% (919.8 млрд руб.), расходы ОМС-57% (1735.0 млрд руб.). Отсюда видно, что есть непреодолимое желание переложить расходы на здравоохранение на местные бюджеты, которых и так не хватает, или на ОМС, но к чему это приводит-воочию заметно. Детальный анализ финансирования здравоохранения провела Г.Э.Улумбекова (2016-2017). Таким образом, наше отставание от ведущих западных клиник является не столько технологическим, сколько организационным и кадровым: по уважительному отношению к пациентам, по знаниям, умениям, навыкам и клиническому мышлению. Все это связано со слабой подготовкой врачей-кадров и их последипломным усовершенствованием. Поскольку здесь мы упомянули о скорой медицинской помощи- СМП, то подчеркнем еще одну нелепицу, когда СМП передали с муниципального уровня на уровень субъекта федерации. И теперь, радиус обслуживания СМП возрос, увеличилось время доезда до места вызова (а если вызов далеко и на него будет потрачено больше 20 минут времени, СМП может вообще не приехать), уменьшилось число пациентов, но затраты выросли на 36.5 млрд руб. в год. Вопросы: кому это выгодно и не проще ли было добавить средств на муниципальный уровень? Опять приняли решение без оценки его последствий. И так сплошь и рядом. Можно уже даже не говорить об искаженном у нас государственно-частном партнерстве в здравоохранении и т.п. Счетная палата РФ провела оценку использования дорогостоящей ВМП и в результате оказалось, что в ряде случаев приобретенная медицинская техника не установлена до сих пор, а свыше 1000 единиц этой техники по

разным причинам используется лишь частично. Все это ставит под сомнение обоснованность заявок на приобретение изделий медицинской техники. В целом же картина с применением ВМП складывается непростая и нуждается в осмысливании и анализе. А, главное, нужно четко определить ей место в иерархии оказания медицинской помощи, в показаниях ее получения, т.е. опять же в решении организационных вопросов, которыми должны заниматься специалисты в области общественного здоровья и здравоохранения.

Поэтому, на второй развилке целесообразно, как отмечалось, совершить ресурсный (в том же объеме) разворот от «тыловой» медицины к профилактике и ПМСП, что придаст всей системе организации медицинской помощи гораздо большую эффективность. Кстати, у нас нередко происходит путаница из-за неверной трактовки международно принятых терминов: effectiveness- на самом деле означает результативность, а эффективность- это efficacy или efficiency. Иначе говоря, эффективность определяется через соотношение между результатами (эффектами) и затратами, т.е. показывает плату за результат и относится к группе методов экономического анализа, когда результаты и затраты могут выражаться в разных единицах: затраты- результативность (cost- effectiveness), затраты- полезность (cost-utility), затраты- выгоды (cost-benefit), минимизация затрат (cost- minimization). Все это полностью относится и к железнодорожному здравоохранению, где помимо целесообразности необходимо искать варианты, когда при относительно небольших затратах можно получить лучшие результаты. Что касается развилки на общую и специализированную медицинскую помощь, то приоритетной и максимально приближенной к населению должна быть амбулаторная помощь общего типа, где должно быть занято до 50% всех врачей и использоваться до 30% всех финансовых ресурсов. ПМСП – это, по своей специфике, особенная помощь, и в ней должны работать особенные специалисты. Более подробно ПМСП будет представлена в отдельной главе.

Следующая развилка: доступность медицинской помощи- качество. Эта развилка весьма условна. Качество любого объекта, предмета или явления присутствует всегда, отличаясь только по степени выраженности, а медицинская помощь может быть доступной, недостаточно доступной и недоступной, в зависимости от целого ряда условий. Если помощь недоступна, она не может быть надлежащего качества. Но в данном случае нет альтернативы и между доступностью и качеством должен находиться союз и, а не или. Сейчас на первый план в целом по стране выходят проблемы доступности медицинской помощи, поскольку она все больше становится недоступной из-за проведенной «оптимизации», связанной с сокращением и так дефицитного медперсонала, сокращением и ликвидацией многих медицинских учреждений и их укрупнением. Мы не будем здесь приводить ужасающее число необоснованно ликвидированных медицинских учреждений (в данном случае экономические критерии должны быть вторичными), хотя складывается впечатление, что по отечественному

здравоохранению пронесли полчища Мама. В малых городах и, особенно на селе, где проживает 26% наших граждан, иногда до фельдшера не добраться, не говоря уже о врачах. Сейчас издевательства над здравоохранением продолжают: вначале полностью ликвидировали санитарную авиацию, а теперь спохватились и решили ее восстановить в убогом виде, сначала ликвидировали спортивные школы и физкультурные диспансеры, а теперь хотят внедрить врачей по спортивной медицине в поликлиники, без должного обоснования и без учета структуры посетителей (почти 90% - пожилые люди), вначале ликвидировали стройную систему школьной медицины, возложив ответственность за здоровье школьников на учителей, а теперь намерены вернуть в российские школы медицинские кабинеты в усеченном виде, вначале полностью ликвидировали работающую гериатрическую службу, закрыли гериатрические кабинеты в поликлиниках, а теперь делают робкие попытки ее восстановить к 2020 году и т.д. и т.п. Население земного шара стареет, и пациентов, накапливающих хронические болезни, становится все больше. Сейчас у нас 94.2% пожилых людей имеют по 2-3 заболевания, чем частично обусловлена потребность роста объемов медицинской помощи. Правда, в России старость наступает раньше, чем в Японии и Европе и, тем не менее, число долгожителей, т.е. 100-летних людей превысило 7 тысяч. Между тем, в современных условиях пожилые люди могут жить дольше, но болеть чаще, и это происходит не только в России. В Англии к 2035 г. число пенсионеров с 4 и более заболеваниями возрастет в 2 раза, особенно вырастет уровень онкопатологии, диабета и артрозов, а также деменции, депрессии и когнитивных нарушений. В общем, наломали дров и наделали кучу ошибок, а теперь расхлебываем лихие времена. Лихие потому, что при смене формации по-хозяйски нужно было в здравоохранении сохранить все то лучшее и проверенное временем, что создавали десятилетиями наши выдающиеся предшественники, и избавиться от всего напускного, ошибочного и нерационального. Так и сейчас, победивший в выборах кандидат в Президенты РФ вполне мог взять в свою программу разумные предложения других кандидатов, но не возьмет.

Проблемы улучшения качества также нельзя откладывать в долгий ящик, однако здесь возникает новая развилка: качество деятельности или качество помощи. Это принципиально разные понятия и в лучшем варианте они должны сочетаться. Качеством деятельности оперируют медицинские власти в стране и Москве, показывая, например, число пролеченных больных с помощью высоких технологий, но без учета результатов (ближайших и отдаленных) этого лечения. Качество медицинской помощи оценивается по результатам ее оказания и изменениям в состоянии пациентов, а не по числу пролеченных (прооперированных с помощью да Винчи) больных. Из этой неверно понимаемой бифуркации качества вытекают и все последующие теоретические и практические послы в здравоохранении, усиливающие наше отставание в теории и практике развития здравоохранения. Приведем несколько примеров. Фигурируемая во многих документах экстренная медицинская помощь, характеризует определенный вид оказываемой

помощи (т.е. деятельности), а более правильное ее наименование- помощь по экстренным медицинским показаниям больным- имеет непосредственное отношение к пациентам. В первом случае, для оценки и улучшения качества медицинской деятельности и ее организации можно применять международные стандарты ИСО соответствующей серии, а во втором случае- доказательную медицину, ориентированную на лучшие результаты для пациентов. В первом случае, когда, как отмечалось, речь идет о качестве деятельности, то в фокусе внимания могут быть медицинские работники, отдельное медицинское учреждение или их совокупность. Именно поэтому у нас составляются концепции и программы развития здравоохранения, хотя, по примеру ряда развитых стран, они должны иметь непосредственное отношение к улучшению здоровья населения в широком понимании этого смысла. Объединительным моментом могут быть правильно разработанные медицинские стандарты, в которых, в соответствии со знаменитой триадой классика Аведиса Донабедиана (ресурсы-процесс-результат), присутствуют и необходимые ресурсы, и элементы деятельности с применяемыми технологиями, и результаты для пациентов. К 2019 г. Минздрав РФ будет рекомендовать врачам работать по разработанным клиническим рекомендациям. Наконец-то поняли, что медицинские руководства по диагностике и лечению должны носить рекомендательный характер и врач вправе от них отступить: объяснив причины. Одновременно возникает вопрос, как разрабатывались клинические рекомендации, на какой основе. Кроме того, все равно понадобится разработка стандартов на результаты хотя бы для оценки безошибочности выбранного руководства, а также локальных клинических протоколов, «привязывающих» общие клинические рекомендации к конкретным условиям в каждом медицинском учреждении. Следующая развилка, с которой нужно определиться в среднесрочной перспективе, имеет отношение к лицензированию и аккредитации. При этом под аккредитацией ошибочно понимается разрешение на деятельность, т.е. по сути лицензирование. Сейчас споры идут о том, кто должен выдавать разрешение, утверждать и т.д. На самом деле первоначально выдавать такое разрешение должна уполномоченная комиссия, а пролонгировать его- профессиональные медицинские общества (в том числе по балльной системе), но никак не учреждение, где работает врач. Согласно Федеральному закону от 2001 г. №128-ФЗ, лицензия- это специальное разрешение на осуществление конкретного вида медицинской деятельности, выданное уполномоченным на то органом. Она дает право юридическому или физическому лицу заниматься определенным видом деятельности. Поскольку деятельность осуществляют не столько учреждения, сколько люди в них работающие (в нашем случае- врачи), то они, в основном, и должны получать разрешение на деятельность, без привязки к какому-либо конкретному медицинскому учреждению. В мире считается, что если врач без лицензии, то пациент без гарантии и права. У нас в стране лицензию на деятельность в соответствии с Федеральным законодательством получает медицинское учреждение, независимо от форм собственности, что

противоречит любой логике. Так, например, больница получила разрешение на производство аппендэктомии, а врач, ее делавший, уволился. Больных туда продолжают направлять. Кто в ответе?

Аккредитация в мировой медицинской практике- это по существу проверка условий работы лицензионного врача. Эта проверка осуществляется в соответствии с разработанными требованиями и критериями. Она является для больниц добровольной, но носит обязательный оттенок, поскольку, например, в США, ни одна страховая организация не заключит договор о медицинском обслуживании своих застрахованных пациентов с не прошедшей аккредитацию больницей или медицинской практикой.

Аккредитация является добровольной и осуществляется в 2 этапа: самооценка учреждения и внешняя экспертиза условий работы. При этом, как правило, проводятся специальные социологические исследования, опрашиваются пациенты и медицинские работники. Несомненно, это все имеет прямое отношение и к железнодорожному здравоохранению.

Для долгосрочной перспективы следует поработать над моделью здравоохранения с учетом реальных условий, распределения населения, менталитета пациентов и медицинских работников и т.д. В этом и состоит главная развилка в перспективном развитии здравоохранения, поскольку сложившийся в стране бюджетно-страховой гибрид себя полностью не оправдал и имеет огромное множество недостатков, которые широко опубликованы. Поэтому нынешнюю модель можно трансформировать либо в чисто страховую, либо в бюджетную. О страховой модели написано немало. Она существует пока в 2-х вариантах: относительно социальном (Германия, Франция, Австрия и др.) и чисто рыночном (США, Швейцария и приближающиеся к ним Нидерланды). Социальное медицинское страхование (без страховых компаний) представляет собой в некотором виде кассу взаимопомощи, когда все, кому положено, платят страховые взносы на медицинскую помощь, а пользуются ею нуждающиеся. В системе частного страхования США новый Президент страны Д.Трамп намерен преодолеть имеющееся сопротивление и совершить отход от реформы Обамы, собираясь значительно сократить затраты на медицинское страхование. В сенат представлен проект новой реформы здравоохранения на 142 стр. Нижняя палата Конгресса США этот проект уже одобрила. В нем предполагается сократить расходы на программу медицинской помощи бедным, отменить решение о том, что все американцы должны иметь медицинскую страховку (ее потеряют 23 млн чел.), запланированы отмена многих льгот, в частности, субсидии на роды, на экстренную медицинскую помощь, на психиатрическое лечение, снижение затрат на лекарственные препараты. В целом предполагается внедрение чисто рыночной модели здравоохранения с расширенной конкуренцией. Не случайно 17 марта 2017 г. в газете The Washington Post появилась статья спикера палаты представителей Paul Ryan с вопросом о том, что должны ли здоровые платить за хронически больных, т.е. ставится вопрос о том, что каждый должен быть сам за себя. Этот типичный американский подход означает возврат в средние века, до

социальных преобразований и тем самым полностью разрушает пока еще существующую в США в рыночном варианте бисмарковскую модель медицинского страхования преимущественно для бедных, созданную по типу кассы взаимопомощи, с основными принципами: здоровый платит за больного, работающий- за неработающего, молодой- за пожилого, богатый- за бедного. Последний принцип у нас в стране полностью искажен и при нынешней налоговой системе на доходы получается, что бедные платят за богатых. В рыночной модели медицинского страхования в центре всей системы находится не пациент со своими проблемами, а частная СМО, которая формирует пакет договоров с разными медицинскими учреждениями, а затем выставляет его на конкурирующий рынок, где пациенты страхуют себя в подходящей СМО с предлагаемым пакетом медицинских услуг. Вроде как бы демократия соблюдена: у пациентов есть выбор, СМО конкурируют между собой в погоне за застрахованными и т.д. А в газете Вашингтон пост от 5 июня 2017 г. прямо говорится о том, что США являются мировым лидером по неравенству в здоровье, которое еще больше усугубится после принятия программы Трампа. Правду сказать, в странах с социальным (не говоря уже о частном и коммерческом) медицинским страхованием здравоохранение менее эффективно, чем в бюджетных системах, и требует постоянных дотаций из бюджета, о чем говорят многочисленные публикации и выступления парламентариев этих стран. Даже в родоначальнице системы медицинского страхования- Германии- имеются серьезные сложности с финансированием медицинской помощи, о чем постоянно говорят депутаты Бундестага. Дело не только в увеличении численности населения, но и в том, что население стареет, а, как известно, пожилые (и дети) являются основными потребителями медицинских услуг. В то же время, численность работающих, платящих взносы, не увеличилась, т.е. объем собираемых взносов остался прежним, и денег стало не хватать. Все это систематически требовало значительных дотаций из бюджета. Возникли три варианта решения проблемы финансирования медицинской помощи: увеличение размера страхового взноса, снижение доходов врачей и уменьшение расходов на пожилых по минимальным стандартам. Но против первого варианта протестовали работники, работодатели и профсоюзы. Все же путем десятилетних переговоров удалось несколько увеличить размер страхового взноса, что на некоторое время снизило градус напряженности в обществе, но проблему дефицита средств не решило. По второму варианту врачи на своих съездах Немецкой врачебной палаты в Берлине и Кёльне категорически отказались сократить свои доходы. А по третьему варианту пожилые люди заявили, что это нарушение прав человека, что оказалось решающим в такой толерантной стране, как Германия. Вот так этот вопрос повис в воздухе и уже доля бюджета, вливаемого в систему медицинского страхования, по заявлению депутатов Бундестага, стала весьма значительной. Однако в России мощное страховое лобби, почувствовавшее вкус «халявных» и стабильных денег по линии ОМС, подталкивает нас в сторону коммерциализации здравоохранения и рыночного медицинского

страхования. При этом в центре всей системы будет находиться не пациент с его потребностями, а страховщик со своими полисами. Не случайно в правительстве видят преобразования в здравоохранении не в интересах пациентов или врачей, а через изменения принципов работы медицинских страховщиков. Есть еще одно наше немаловажное отличие от западных стран. Дело в том, что там страховые медицинские организации (СМО) являются частными, но не коммерческими, цель которых состоит не столько в получении прибыли, сколько в финансировании нужной при некоторых ограничениях медицинской помощи, а у нас все СМО являются коммерческими, от части которых не малая прибыль уходит их хозяевам за рубеж, где они и платят все налоги. Об этом уже говорилось. К тому же медицинские учреждения там также не относятся к коммерческим, хотя и являются, как правило, частными. Нам, чтобы перейти на рыночную модель ОМС, понадобится не один десяток лет (в Нидерландах- почти 40 лет) и многое изменить, в том числе правовую форму медицинских учреждений и СМО. Не может специалистам и пациентам импонировать рыночная терминология: медицинская услуга (такого термина нет ни в одном словаре мира) вместо медицинской помощи, оплата за медицинскую услугу (все участники ОМС заинтересованы в приписках и увеличении числа услуг- это деньги), оплата за пролеченного больного (все участники процесса ОМС заинтересованы в росте числа больных, и только одно государство должно быть заинтересованным в росте числа здоровых), деньги следуют за пациентом (никто никуда направлять больных не будет) и т.п. Не может нравиться и то, что медицинский персонал в ряде случаев думает не столько о том, как оказать необходимую помощь пациенту, а как бы ободраить этих самих пациентов. И это при том, что свыше 90% посетителей поликлиник приходится на пожилых людей. Почему-то рыночники и крайне левые либералы боятся бюджетной модели и бегут от нее как черт от ладана, неоправданно связывая ее с «советской бюджетной страшилкой». Но ведь такая модель существует в таких, достаточно развитых капиталистических странах, как в Дании, Швеции, Финляндии, Норвегии, Австралии, Италии, Канаде, Испании, Великобритании и т.д., которые, являясь государствами с выраженной рыночной экономикой, не случайно здравоохранение отдало под протекцию государства. И это правильно, поскольку здравоохранение- это система, как отмечалось, социального выравнивания (в условиях неравенства по доходам и возможностям). Отличие может быть только в комфортности условий лечения. При этом как бы единственным страховщиком становится государство. Как считает А. Саверский (2016), здравоохранение, так же как и армия, должно быть под эгидой государства и финансироваться из бюджета. Проведенный попарный сравнительный анализ стран с ОМС и бюджетным финансированием (Франция- Италия, Австрии- Швеция, США- Великобритания, Турция- довоенная Ливия, Россия- Беларусь, Пуэрто Рико- Куба) показал, во- первых, более высокий рейтинг стран с бюджетом по шкале Блумберга, во-вторых, гораздо меньшие затраты на здравоохранение в долях от ВВП и в абсолютных цифрах на душу населения, в третьих, более

высокие управляемые результаты функционирования здравоохранения. Вопрос с бюджетным финансированием решается легко, т.к. сохраненный «страховой взнос» в размере 5.1% или 5.9% от ФОТ по сути является целевым налогом на оказание медицинской помощи. А все, что связано с охраной здоровья, должно финансироваться непосредственно из бюджета. Мы здесь не будем подробно описывать преимущества и недостатки каждой модели. Скажем только, что медицинское страхование, частично спасшее когда-то наше здравоохранение от финансового коллапса, противоречит менталитету наших граждан, не вызывает доверия у медицинских работников, превращая их в бизнесменов, и по сравнению (в целом или попарно) со странами с бюджетной системой, как отмечалось, значительно проигрывают в эффективности: хуже управляемые результирующие показатели и выше затраты. Нашим рыночникам не удалось сделать здоровье товаром по типу «купи-продай», так они придумали ввести вместо медицинской помощи медицинские услуги, которые и могут быть выставлены на страховой рынок, конкурируя между собой в совершенно неконкурентной среде. Об этой проблеме свое мнение в книге авторы уже высказали. Тем не менее, в здравоохранении нужно уметь считать деньги и варианты, а также учитывать, что на живой системе эксперименты проводить нельзя, а все вначале нужно проиграть (и просчитать) на моделях. Хороший в этом отношении пример оставила нам история. В одном небольшом и не очень богатом государстве разразилась вспышка коревой краснухи, но у правительства было явно недостаточно средств для купирования этой вспышки. Специалисты ряздили, судили, но не могли найти приемлемый вариант решения этой проблемы. И тогда они пригласили из США группу математиков и специалистов, которые на созданной математической модели проиграли ситуацию и просчитали разные варианты. Вывод был таким, что за выделенные деньги самые лучшие результаты можно получить, если привакцинировать девочек в возрасте 14 и 15 лет. Приведем еще один пример полезности расчетов на моделях. Оказывается, самая плодородная земля в Европе находится в Молдавии, однако она дает низкую отдачу. Специалисты совместно с математиками и системщиками, проведя необходимые исследования, установили, что это связано с недостаточной влажностью почвы. Потом были изучены запасы подземных вод, все, что связано с осадками, воды рек и на этой основе была создана математическая модель, просчет разных вариантов действий на которой показал, что наибольшей урожайности можно добиться путем строительства Дунайско-Днестровской оросительной системы. На самой южной окраине Молдовы, в углу жили буджаки, вытесненные гагаузами (в содружестве с болгарами) и сейчас это тюркское население является христианским. Царское правительство отвоевало их у Турции. В самом центре безлюдной степи гагаузы основали свои поселения: Авдарма, Комрат, Конгаз, Томай, Чишмикиой и другие.

В последние десятилетия значительно ухудшились доверительные ранее взаимоотношения между пациентами и врачами. И это происходит как в общем здравоохранении, так и на железнодорожном транспорте, хотя и с

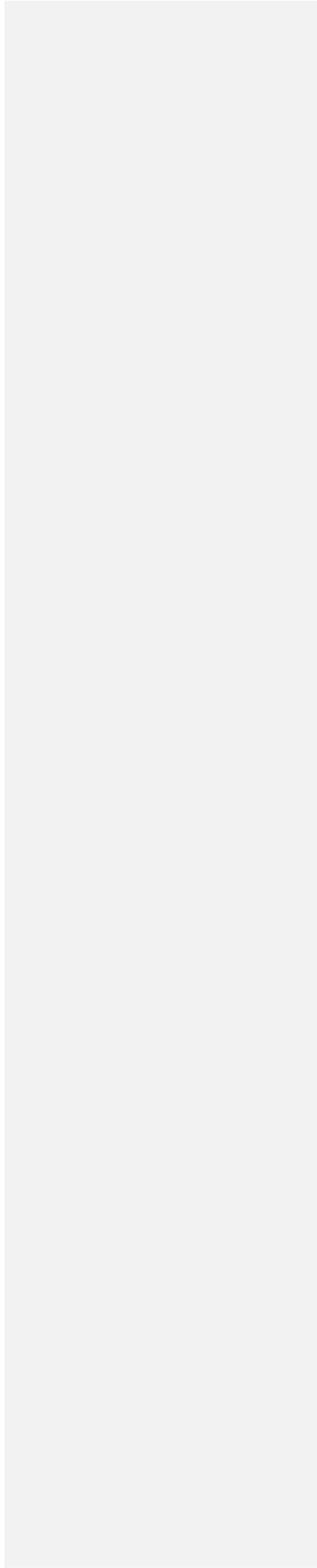
гораздо меньшим напряжением. С одной стороны, это связано с большей настойчивостью и агрессивностью пациентов, со снижением доступности медицинской помощи, с утяжелением целого ряда заболеваний, с трудностями для пациентов прорваться к врачу, с утратой доверия к врачам и с постепенной заменой бесплатной медицины на платную, а с другой - недостаточной подготовкой врачей и появлением врачей-коммерсантов. Мы здесь не станем всесторонне рассматривать эту деликатную проблему. Скажем только, что среди врачей сейчас по разным причинам немало случайных людей и потому крайне важно ввести рекомендательную систему отбора при поступлении в медицинский вуз, ведь даже сданные на отлично вступительные экзамены или ЕГЭ (который к нам пришел из США, где с его помощью тестируют и натаскивают умственно отсталых детей) не говорят о том, что из выпускника получится хороший врач, а плохие врачи нам не нужны. Отбор ведется с помощью тестов, высвечивающих человеческие качества будущего врача. Если абитуриент в детстве мучил животных, издевался над сверстниками и т.д., то из него качественный врач не получится. Необходимо прекратить платное образование, когда за деньги без знаний можно купить любой экзамен и даже диплом. Нужно также менять саму систему образования и учить будущих врачей клиническому мышлению. Как это все сделать - отдельная тема. Врачи старой школы не только опрашивали, осматривали, аускультировали, пальпировали и перкутировали пациентов, но и наблюдали за ними, намеренно ведя прием в длинных и узких кабинетах. И пока пациент подходил к врачу, у того могла появиться какая-то гипотеза. С тех пор остался в памяти анекдот: «-Батенька, да у Вас склероз и сахарный диабет. -Почему так? - Потому, что у Вас не застегнута ширинка, а вокруг нее выются мухи». Примерно также можно было бы предположить геморрой, артроз и т.д. Сейчас же врачу не до пациента, и все традиционные методы он считает архаизмом. Врача отучили думать. Его главная задача на сегодня состоит в том, чтобы, не осматривая больного, на основе его жалоб правильно заполнить в компьютере документы или отправить его дальше (на обследование или на консультацию).

Таким образом, нашему здравоохранению и его экспертам придется пройти непростой путь с препятствиями в виде развилок. Только так можно создать адекватную модель здравоохранения с наилучшими из возможных результатов и максимальной удовлетворенностью для пациентов и относительно минимальными затратами, тем самым как бы вернуть термину «оптимизация» его прежнее и правильное значение. Все изложенное имеет непосредственное отношение и к железнодорожному здравоохранению, которое, несмотря на значительные сокращения, по-прежнему составляет весомую часть здравоохранения всей страны, хотя и имеет ведомственную принадлежность.

Отформатировано: Шрифт: не полужирный

Отформатировано: По левому краю

|



### **Глава 3. Линейный принцип организации медицинской помощи на железнодорожном транспорте.**

#### *Cantus cysneus (лебединая песня)*

Как известно, основным линейным ответвлением железной дороги является отделение дороги, а локомотивное депо, вагонное депо, станции, средства сигнализации и связи, дистанции пути и другие предприятия- отраслевыми линейными предприятиями. До 1936 г. существовали отдельно отделения движения и отделения локомотивного хозяйства, однако возросший объем перевозок потребовал координации их функционирования. Именно поэтому в 1946 г. были созданы единые комплексные отделения железных дорог, которые руководят деятельностью всех входящих в их состав линейных предприятий. С 1954 г. начался процесс укрупнения отделений дорог и постепенно средняя эксплуатационная длина отделений возрастала. И хотя основной задачей отделения железной дороги является выполнение плана перевозок, железные дороги осуществляют также промышленное производство, ведут капитальное строительство, приобретают оборудование и т.д. В советское время был создан Боевой железнодорожный ракетный комплекс «Молодец» с баллистическими ракетами, который маскировался под обычный грузовой состав, мог быть постоянно в движении, развертывался за несколько минут, мог поразить цели на удалении 10000 км и представлял серьезную угрозу для внешних агрессоров. К 1993 г. уже имелось три дивизии железнодорожных комплексов, дислоцировавшихся в Костроме, Перми и Красноярске, всего 12 поездов с 36 пусковыми установками. Однако Михаил Горбачев по настоянию американской стороны ликвидировал эти составы под названием «Баргузин» и споры о том, эта уступка была предательством или рациональным делом, не утихают. Сейчас ставится задача о воссоздании мобильного ракетного комплекса, но на современном уровне. Точно также волюнтаристски Горбачев прикрыл перспективную космическую программу «Энергия-Буран» вместе с его главным конструктором Виталием Лопота, а базовый авиатерминал Внуково-3 позволил захватить рейдерам. Сейчас во главе «Роскосмоса» находится не очень технически грамотный (так считают ветераны НПО им. С.А.Лавочкина) специалист Игорь Комаров, бывший директор Автоваза, что

сказывается на нашем отставании и допущенных промахах. Президент В.Путин неоднократно в отношении претензий Японии на ряд Курильских островов заявлял, что Россия своими территориями не торгует, однако передача японцам в пользование российских территориальных вод в районе южных Курил, где и раньше японцы вели браконьерский лов лососевых, крабов, морских ежей, трепангов и т.д. подрывает российский морской промысел и оставляет неприятный осадок. Правда, документ об этом был подписан еще при президенте Ельцине зампредом правительства России Б.Немцовым 28 февраля 1998 года.

С самого начала становления медицины на железных дорогах линейный принцип всей профилактической и лечебной помощи был главным и основным, когда эта помощь оказывалась в линию, т.е. вдоль железной дороги и этот принцип с некоторой модификацией сохранился до сих пор. Частично об этом ведущем для железнодорожного здравоохранения принципе, возникшем с самого начала оказания медицинской помощи на железнодорожном транспорте и получившем свое максимальное развитие в советский период, упоминалось в предыдущей главе. Этот принцип вкратце можно представить в следующем виде:

1. Низовое звено или оконечности линии- врачебные участки, здравпункты, медпункты при вокзалах (одной из их задач является оказание ПМСП пассажирам и при необходимости направление их на обследование, консультации и лечения по линии в вышестоящие медицинские учреждения или в общую сеть), комнаты матери и ребенка при вокзалах.
2. Линейные больницы, расположенные в станционных поселениях ближе к концам дорог. Они имеют выраженную тенденцию к сокращению, объединению с узловыми больницами, однако принцип линейного оказания лечебно-профилактической помощи сохраняется благодаря их постепенной замене на врачебные амбулатории с врачами общей практики. Кроме того, специфика расселения проживающих на линии железнодорожников вызвала необходимость введения совершенно отличной и не существующей в общей сети здравоохранения должности разъездного фельдшера. Он на своем участке работы выполняет огромный объем чрезвычайно важной работы: оказание первой, неотложной и первичной доврачебной медицинской помощи, продажа и распространение лекарств, сопровождение при транспортировке пациентов, кратковременная выдача листов нетрудоспособности, проведение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий и т.п. Однако наиболее оптимальным является принцип врачебного линейного участка. Линейный врачебный участок включает протяженность линии, закрепленной приказом начальника дороги. И тогда сочетание линейного (участкового) врача или, еще лучше, врача общей практики с разъездным фельдшером и ФАПами на промежуточных станциях, разъездах, в казармах, будках и т.д. и может представлять собой оптимальную оконечную модель линейного принципа. При этом возрастает число амбулаторных посещений, но экономия в этом случае является значительной, т.к. стоимость одного амбулаторного

посещения почти в 10 раз дешевле стоимости одного койко-дня в стационаре. Госпитализация больных по показаниям может осуществляться в вышестоящие больницы, а консультативная помощь может оказываться путем передвижных видов или путем телекоммуникационных сообщений. В отдельных местах линейные больницы общего типа пока сохранились. Под передвижными формированиями понимаются функционирующие пять передвижных консультативно-диагностических центров в виде поездов специального назначения, носящие наименование крупнейших отечественных клиницистов и деятелей здравоохранения (Н.И.Пирогов, М.Я.Мудров, В.Ф.Войно-Ясенецкий, Ф.Г.Углов и поезд «Здоровье») Эти поезда, курсируя по железным дорогам, добираются до самых отдаленных районов страны, где нет каких-либо медицинских учреждений и где проживают железнодорожники, члены их семей, пенсионеры железнодорожного транспорта и жители муниципальных образований. В этих поездах работают врачи-специалисты разных профилей, ими оказывается многоаспектная современная консультативно-диагностическая помощь, первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь, а также проводится экспертиза профессиональной пригодности работников ОАО «РЖД». И хотя эта работа является полностью востребованной (за год число посещений к врачам составляет 150 тысяч и более, в том числе не менее 120 тысяч посещений жителями муниципальных образований), она обходится недешево и эксплуатационные расходы постоянно растут, и потому появилась идея проводить эту важную передвижную работу совместно с Минздравом РФ. Однако, работа по принципу «приехали, диагностировали, пролечили- уехали» была бы более результативной, если бы на местах были постоянные медицинские работники. Тоже самое относится и к телемедицинской сети с цифровыми каналами связи и компьютерными технологиями, позволяющей объединить 35 медицинских железнодорожных центров с крупными ведущими клиниками России, стран СНГ и дальнего зарубежья. При этом нужно иметь в виду, что дистанционное консультирование большей частью предназначено не для пациента, а для его врача, иначе результаты могут быть минимальными.

3. Узловые больницы расположены в поселениях, представляющих собой железнодорожный узел, где сходятся несколько железнодорожных линий и магистралей. Они, как правило, хорошо оснащены, имеют более пяти профилей (отделений), нередко они укрупнены за счет линейных больниц и имеют поликлиники с дневными стационарами. Хирургическая помощь общего типа не по экстренным медицинским показаниям и в случаях, не требующих специализированного вмешательства, может оказываться в центрах дневной хирургии при поликлиниках. Вообще на этом уровне должны получить широкое развитие стационарзамещающие технологии, поскольку большая часть госпитализированных в узловые и, особенно, в линейные больницы не нуждались в круглосуточном наблюдении и лечении. Стоимость пребывания пациента в дневном стационаре в 2.5 раза ниже, чем в

обычной больнице. Но главное при этом состоит в том, чтобы на данном уровне оказания медицинской помощи подход был не только системным или экономически выгодным, но и дифференцированным с учетом места жительства и состояния здоровья пациентов, возможностей их транспортировки в случае необходимости в отделенческие больницы или учреждения территориального здравоохранения и т.п. В целом необходимо шире использовать возможности территориального здравоохранения по системе ОМС, но в тех случаях, когда процесс лечения не требует знания специфики работы на железнодорожном транспорте и не связан с обеспечением безопасности движения, а также не обусловлен профессиональными и производственно обусловленными заболеваниями.

4. Отделенческие больницы расположены, в основном, в крупных поселениях, откуда может начинаться отделение одной из железных дорог, т.е. ее самостоятельное ответвление. Они развиваются в виде центров квалифицированной специализированной медицинской помощи как по общим проблемам (терапия, хирургия, гинекология и т.д.), так и по основным профилям, связанным с профессиональной деятельностью настоящих или бывших железнодорожников (кардиология, неврология, травматология, гастроэнтерология, офтальмология, оториноларингология и другие). Таким образом, начальная специализированная стационарная медицинская помощь (а в отдельных случаях и помощь общего типа) будет оказываться именно на этом уровне.

5. Дорожные больницы обычно размещены в крупных поселениях, откуда может начинаться конкретная железная дорога, и представляют собой мощные многопрофильные либо узкоспециализированные клиники, принимающие на себя основной контингент пациентов по профилю их коек и по набору врачей-специалистов. Здесь же, естественно, может оказываться медицинская помощь общего типа приписному контингенту, т.е. пациентам, проживающим в месте расположения дорожной больницы. Нередко на базе этих больниц размещаются клинические кафедры местных медицинских вузов, которые в том числе готовят кадры и для железнодорожного здравоохранения. Именно дорожные больницы, и это входит в их обязанности, оказывают консультативно-методическую помощь остальным нижестоящим медицинским учреждениям, организуют проверки их работы и выезды врачебных бригад на места по утвержденному специальному графику. При таких больницах имеются крупные поликлинические отделения или самостоятельные поликлиники с дневными стационарами.

6. Центральные клинические больницы - это мощные центры, безусловно, высокотехнологичной медицинской помощи, располагающие большими возможностями и хорошими условиями. Одновременно обращало на себя внимание недостаточно эффективное использование больничных коек в одних ЦКБ, а также чрезмерно завышенные средние сроки пребывания больных в других стационарах. Это, видимо, было обусловлено недостаточной интенсивностью лечения, недостаточным использованием современных клиничко-организационных технологий (клинических

руководств), обследованием в стационарных, а не в амбулаторных условиях и проведением реабилитационных мероприятий непосредственно в больницах, а не после выписки из них. Все это существенно увеличивало стоимость стационарного лечения, снижало оборот коек, то есть уменьшало число возможно пролеченных нуждающихся больных. Конечно, высокотехнологичная медицинская помощь может при наличии соответствующих условий оказываться и в дорожных больницах, а также в созданных специализированных медицинских центрах по онкологии, нейрохирургии, кардиологии, травматологии и т.д. Всего по 18 профилям ВМП могут оказывать более 30 медицинских учреждений ОАО «РЖД», имеющие для этого соответствующие лицензии.

Таким образом выстраивается эшелонированная система этапной медицинской помощи, как и было прежде, в линию для удобства пациентов и при существенной экономии ресурсов, что делает медицинскую помощь более эффективной по соотношению затрат и результатов. При этом необходимо определить маршруты движения больных, показания для госпитализации на каждом уровне, а также обеспечить высокий уровень качества медицинской помощи путем использования современных клинических и организационных технологий, основанных на доказательной медицине и на стандартах ИСО серии 9000, в частности, 9002. Об этом пойдет речь далее.

Особое и первоочередное внимание в работе медицинских учреждений железнодорожного здравоохранения должно быть уделено, и это будет проходить красной нитью через многие разделы данной книги, одной из главных задач железнодорожной медицины - медицинскому обеспечению безопасности движения поездов. На это должны быть направлены усилия санитарно-гигиенических, профилактических и медицинских служб. Проблема обеспечения безопасности движения решается во всем мире поскольку немалая доля аварийных ситуаций на транспорте обусловлена так называемым «человеческим фактором», то есть связана с общим статусом и состоянием здоровья людей, управляющих транспортным средством. Целью этой работы является сохранение жизни пассажиров, железнодорожников, сохранение грузов, подвижного состава и обеспечение бесперебойного движения поездов. Конечно, в этом процессе участвуют разные специалисты железнодорожного профиля, но ведущая роль принадлежит водителям локомотивов. Медицинское обеспечение безопасности движения поездов состоит из разных видов деятельности и включает в себя проведение обязательных входных (предварительных) медицинских осмотров при приеме на работу, определение профессиональной пригодности в соответствие с разработанными требованиями и критериями, в том числе профессиональный психофизиологический отбор и сопровождение профессиональной деятельности работников локомотивных бригад, проведение периодических профилактических осмотров и медицинских освидетельствований, а также осуществление обязательных предрейсовых и предсменных осмотров водителей локомотивов. Для этого организована

работа 160 линейных врачебно-экспертных комиссий, 16 региональных врачебно-экспертных комиссий и центральная врачебно-экспертная комиссия, 237 лабораторий психофизиологического назначения и кабинетов психолога, более 1500 кабинетов предрейсовых медицинских осмотров. При этом не стоит забывать и о послерейсовых и послесменных медицинских мероприятиях, способствующих более быстрому восстановлению у железнодорожников затраченных усилий и снятию напряжения после рейса. Почти 90% всех предрейсовых медицинских осмотров работников локомотивных бригад проводится с помощью автоматизированной системы, позволяющей накапливать необходимые данные и осуществлять не только текущий, но и динамический контроль за состоянием их здоровья и функционального состояния. Автоматизированная система позволяет также объединить в едином информационном пространстве посредством почти 1500 выносных терминалов объединить работу кабинетов предрейсовых медицинских осмотров, цеховых терапевтов, психологов, специалистов дорожных дирекций и центральной дирекции железнодорожного здравоохранения. Работа в этом направлении продолжается, расширяется Исследование, проведенное в свое время сотрудниками ВНИИЖГ (Кучеренко В.З., Лиенко Т.Д., Никитин В.Г.) на двух линиях Юго-Западной железной дороги - Орловском и Конотопском отделениях, показало, что в структуре посещений наибольшая доля (19.6%) приходится на терапевтов, оториноларингологов-15.4% и хирургов-13.4%. В результате этого исследования было доказано, что действующие штатные нормативы не обеспечивают требуемую медицинскую помощь в полном объеме и должно быть не менее 8.6 врачебных должностей на 1000 прикрепленного населения.

За год всеми врачебно-экспертными комиссиями проводится свыше 1.5 млн обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров поступающих на работу и железнодорожников, непосредственно связанных с движением поездов и маневровой работой, а также занятых на тяжелых работах, на работах с вредными и опасными условиями труда, с профессиональной вредностью. Именно благодаря систематической и целенаправленной профилактической и оздоровительной деятельности железнодорожного здравоохранения показатели уровня профессиональной непригодности работников, обеспечивающих безопасность движения поездов, систематически снижаются и достигли значения в 8 случаев на 1000 осмотров.

К сожалению, приходится переучивать цеховых терапевтов непосредственно в процессе их производственной деятельности на железнодорожном транспорте, обращая особое внимание на всю профилактическую и предупредительную работу, на участие в деятельности врачебно-экспертных комиссий, в психофизиологическом обеспечении, на работу в составе врачебно-инженерных бригад. Всего в настоящее время в структурных подразделениях ОАО «РЖД» функционирует свыше 1500 инженерно-врачебных бригад, куда помимо 700 цеховых терапевтов входят работники

негосударственных учреждений здравоохранения, начальники участков, цехов, депо и т.д., специалисты по охране труда и технике безопасности, кадровые и инженерно-технические работники, представители профессиональных союзов. Возможности РЖД непрерывно расширяются. Так, уже в 2018 г. заработала железная дорога между Россией и Ираном через Азербайджан и иранский пограничный город Астара. Вполне возможно, что при создании отдельного факультета для особой подготовки врачей общей практики, в программу обучения будут включены и некоторые вопросы, связанные с транспортным здравоохранением. Кроме того, видимо, назрела необходимость создания в стране школ общественного здравоохранения (по типу зарубежных школ - в Гетеборге, Алматы и т.п.) для подготовки немедицинских кадров к работе со службами здравоохранения. Одновременно в связи с дефицитом среднего медицинского персонала в стране стоит подумать о возможности краткосрочной подготовки в стране парамедиков, которые, безусловно, будут более эффективно работать, чем назначенные Минздравом РФ домашние хозяйства.

## **Глава 4. Качество и организация первичной и специализированной медико-санитарной помощи.**

### *Ad Calendas graeces (после дождичка в четверг)*

#### **4.1. Качество медицинской помощи и его обеспечение**

Ранее уже говорилось о том, что качество медицинской деятельности и качество медицинской помощи это совершенно разные вещи. Минздрав РФ и все проверяющие инстанции (Росздравнадзор, фонды ОМС, страховые медицинские организации и др.), не имеющие, кстати, лицензии на этот вид деятельности, занимаются, в основном, контролем качества деятельности, о чем можно судить по законодательным и другим актам, штрафных санкциях за невыполнение предписаний, стандартов и ошибки в ведении документации и т.д. Кстати, произносимые с гордостью результаты проверок и растущие объемы штрафных денежных санкций говорят также о том, что средства, выделенные для больных, до них в полном объеме не доходят. По нашему мнению, все эти проверки, мешающие работать, нужно прекратить либо резко сократить и стимулировать проведение внутреннего контроля и обеспечения качества, сконцентрировав усилия именно на качестве медицинской помощи, т.е. на результатах для пациентов.

Совершенно очевидно, что в ближайшие годы с учетом демографических тенденций и кризисных условий основные усилия и средства в системе здравоохранения не должны расплываться по отдельным направлениям, как это обычно бывает, а должны быть сосредоточены на решении ряда приоритетных проблем. В сфере охраны здоровья, за которую, как подчеркивалось, должно нести ответственность государство, такими проблемами могут служить существенное уменьшение влияния негативных факторов на здоровье граждан, снижение не всей или общей смертности, а только преждевременной и предотвратимой смертности, увеличение продолжительности здоровой жизни (индекс DALY). В области организации медицинской помощи населению, за которую должна быть отраслевая ответственность, к числу приоритетных проблем следует отнести максимально возможную поддержку материнства и детства, финансовый разворот от «тыловой» медицины, т.е. от центров высоких медицинских технологий и дорогостоящей техники к наиболее массовым и эффективным

видам помощи, т.е. к первичной медико-санитарной помощи, массовой первичной и вторичной профилактике, к возможно раннему выявлению заболеваний, к улучшению качества медицинской помощи, организацию этапности всех видов медицинской помощи (от простых методов к сложным, от общей помощи к специализированной, от массовых видов к индивидуальным и т.д.). И хотя сейчас на первый план выступают проблемы доступности медицинской помощи, что обусловлено проведенной «оптимизацией», т.е. сокращением значительного числа лечебно-профилактических учреждений и медицинских кадров, объединением и укрупнением медицинских учреждений, преимущественным финансированием дорогостоящих высоких медицинских технологий, куда при правильной организации должны поступать единичные пациенты, проблемы качества в медицине и здравоохранении являются весьма значимыми и интернациональными.

В сфере железнодорожного здравоохранения приоритетными проблемами являются медицинское обеспечение безопасности движения поездов, перевозок пассажиров и грузов, проведение санитарного надзора (предупредительного и текущего), необходимых санитарно-гигиенических мероприятий и эпидемиологического контроля, в первую очередь, для недопущения завоза и распространения особо опасных инфекций и профилактики других инфекционных и паразитарных заболеваний, экспертиза профессиональной пригодности работников железнодорожного транспорта, предупреждение профессиональных, производственно обусловленных заболеваний и травматизма, обеспечение профессионального долголетия работников ОАО «РЖД», ликвидация медицинских последствий чрезвычайных ситуаций на железнодорожном транспорте, катастроф, крушений и аварий, оказание первой домедицинской помощи пассажирам и широкого спектра медицинской помощи прикрепленному контингенту (железнодорожникам, членам их семей, неработающим пенсионерам железнодорожного транспорта).

Качество, как говорилось, есть всегда, оно свойственно всем предметам, процессам и явлениям, но обладает разной степенью выраженности. Не случайно говорят о качестве жизни, качестве медицинской деятельности и качестве медицинской помощи. Чтобы больше не возвращаться к понятию качества жизни (quality of life), дадим ему некоторое определение и пояснения к нему. В принципе, это показатель, относящийся к продолжительности жизни с учетом воздействия нарушений, физического, социального и психологического функционального состояния, мировоззрений и возможностей, на которые оказали влияние политика, а также заболевания, травмы, результаты лечения. В данном контексте это понятие известно как «качество жизни, связанное с состоянием здоровья» (Health-related quality of life). Качество жизни можно оценить с помощью индексов DALY, QALY и других. При этом DALY (Disability-adjusted life years index)- индекс, отражающий число лет жизни, скорректированных с учетом неспособности выполнять функции (нетрудоспособности), а QALY

(Quality-adjusted life years index)- индикатор, отражающий качественно прожитые годы. В общем виде это такая жизнь, которая не имеет каких-либо препятствий для выполнения жизненных функций со стороны здоровья и ограничений трудоспособности. Результатами для качества жизни могут быть последствия профилактического и лечебно-оздоровительного вмешательства, воздействующих на физическое состояние человека, включая степень тяжести симптомов и физические возможности, на социальное состояние, включая ролевые функции или работоспособность, на психологическое и эмоциональное функционирование или функциональный статус, а также степень восприятия человеком всех вышеуказанных вмешательств. При этом благополучие (well-being) является субъективной оценкой состояния здоровья и степени комфортности жизни отдельного человека, групп людей и общества в целом, а благосостояние (welfare) представляет собой уровень материального обеспечения отдельного человека, семьи и общества в целом.

Качество медицинской деятельности имеет непосредственное отношение к медицинским работникам, отдельным медицинским учреждениям и их совокупности и опосредованно отражается на пациентах. Качество деятельности требует разработки специальных индикаторов и присутствует практически во всех федеральных законах и в отраслевых нормативных актах.

В то же время качество медицинской помощи имеет непосредственное отношение к пациентам, хотя при этом роль медицинского персонала весьма значительна. К сожалению, у нас в стране нередко качество медицинской помощи подменяется понятием качества деятельности, что весьма далеко не одно и то же, не синонимы, имеют отношение к разным объектам, измеряются по-разному и требуют разных усилий. Качеством деятельности оперируют медицинские власти в стране и Москве, показывая, например, число пролеченных больных с помощью высоких технологий, но без учета результатов (ближайших и отдаленных) этого лечения. Качество медицинской помощи оценивается по результатам ее оказания и изменениям в состоянии пациента, а не по числу пролеченных (прооперированных с помощью Да Винчи) больных. Из этой неверно понимаемой бифуркации качества вытекают и все последующие теоретические и практические посылы в здравоохранении, усиливающие наше отставание. Качество у нас запуталось среди не всегда верно трактуемых трех сосен: аккредитация, лицензирование, сертификация. Об этом мы уже говорили. При этом под аккредитацией ошибочно понимается разрешение на деятельность, т.е. лицензирование. На самом деле первоначально выдавать такое разрешение должна уполномоченная комиссия, а пролонгировать его - профессиональные медицинские общества (в том числе по балльной системе), но никак не учреждение, где работает врач. Кстати сказать, даже в середине XVI века в Англии арестовывали за врачевание без лицензии. Так хотели арестовать 39-летнего недоучившегося врача Элизеуса Бормелиуса, но он срочно стал

лейб-медиком при российском дворе Ивана Грозного. Вот какая историческая глубина лицензирования в здравоохранении.

Если во всем мире проблемы оценки, аудита, экспертизы, надзора, контроля качества рассматривались в период до Второй мировой войны, затем до 1960-х годов преобладало обеспечение качества, до 1980-х годов- управление качеством и менеджмент, то затем пришла пора рассматривать качество менеджмента. Мы же пока застряли на этапе оценки и контроля качества и никак не можем подобрать для этого нужные и объективные критерии. Что нужно делать, чтобы от оценки и контроля качества перейти к управлению им?

1. Качество можно и нужно оценивать через стандарты на результаты медицинской помощи или медицинской деятельности
2. На структуру и ресурсы можно воздействовать через таблицу оснащения и стандарты для аккредитации.
3. На технологии или процессы можно воздействовать, применяя международные стандарты ISO и методы доказательной медицины, включая научно обоснованные и доказанные мировой практикой клинические руководства, а также путем непрерывного обучения медперсонала (в том числе принципам работы в команде) и лицензированием врачей.
4. Все это вместе и составит систему управления качеством медицинской помощи.

Качество медицинской помощи- это совокупность множества характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню развития медицины и технологии. По данным Института медицины США, «между медицинской помощью, которую мы можем оказывать с учетом уровня развития науки и той, которую реально оказываем, существует не просто разрыв, а целая пропасть». Вот и ставится задача, с помощью современных технологий обеспечения качества и управления им ликвидировать указанную диспропорцию. Аведис Донабедиан приводит следующее более развернутое определение: «Качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологии с наибольшей пользой для здоровья человека, при этом без увеличения риска. Уровень качества, таким образом- это степень достижения желаемого баланса между пользой и риском».

Проблемы качества зародились еще в древние века, однако получили свое научное обоснование и совершенствование в связи с развитием промышленности и необходимостью сбыта произведенной продукции. Все начиналось со статистики и статистического анализа. Наиболее значимые результаты по качеству деятельности и по качеству продукции появились в XX веке, начиная с работ Генри Форда, Уолтера Шухарта, Стюарта, Джозефа Джурана, их учеников и последователей. Так, У.Шухарт по праву считается основателем концепции управляемой и неуправляемой изменчивости (вариаций), статистического контроля процессов и связанного с ними

инженерного метода контрольных карт. Он выделял три стадии в управлении качеством:

- разработка спецификации (техническое задание, технические условия, допуски) того, что требуется.
- производство продукции, удовлетворяющей спецификации
- проверка (контроль) произведенной продукции для оценки ее соответствия спецификации.

Вроде бы простые и понятные вещи, но тогда на заре научного обоснования качества они были внове. Развил эти идеи Уильям Эдвардс Деминг, выпустивший весьма популярную книгу «Выход из кризиса», где обосновал, что это возможно при улучшении качества. Представляется, что эта книга должна лежать на столе у всех современных политиков и экономистов. После окончания Второй мировой войны Э.Демингу пришлось вместо заболевшего У.Шухарта регулярно ездить в Японию, где он, начиная с 1950 г., проводил занятия в полностью разрушенной и разоренной стране с первыми лицами государства и бизнеса. Он объяснял им, что если они внедрят в повседневную практику статистические методы обеспечения качества производимой продукции, то очень скоро выйдут на мировые рынки. У слушателей (главы концернов, топ-менеджеры компаний, правительственные чиновники) складывалось впечатление о некоей нереальной фантастической картине, но они все решили попробовать, ибо другого пути не было. Поэтому не случайно Эдвардса Деминга и его японского коллегу Каору Исикава считают родоначальниками «японского чуда». Однако в это время в США Э.Деминг был ординарным профессором Нью-Йоркского университета и только спустя 30 лет его признали на родине, когда традиционный американский автомобильный рынок неожиданно для американцев заполнили качественные и дешевые японские автомобили. Поистине, нет пророка в своем отечестве. Э.Деминг вывел формулу «98:2», означающую, что в 98% всех случаев проблемы качества и успеха заложены в организации, в дефектах работы, продукции и услуг, зависят не от людей, а от системы в целом и определяются присущими ей недостатками. И только в 2% случаев дефекты непосредственно зависят от деятельности людей. Правда, по мнению Г.И.Галановой (2014) от исполнителей зависит больше-до 15%. А это означает, что нужно искать не того, кто виноват и что делать, а наоборот, что виновато и кто делать, т.е. прекратить искать виновных, как это обычно бывает. Э.Демингом были сформулированы 14 основных постулатов по управлению качеством продукции:

- постоянство цели
- философия, основанная на улучшении качества всех систем и видов деятельности
- покончить с зависимостью от массового контроля
- покончить с практикой закупок по самой дешевой цене
- улучшать каждый процесс и его этапы
- внедрить в практику лучшие образцы подготовки кадров и их непрерывного образования

- учредить принцип лидерства
- изгонять страхи, особенно перед новациями
- разрушить барьеры между подразделениями, службами и отделениями, тем самым создавая единую команду
- отказаться от пустых лозунгов и призывов
- устранить произвольные количественные нормы и задания
- предоставить работникам возможность гордиться своим трудом
- поощрять стремление к образованию и совершенствованию
- ясно определить такие характеристики руководства качества как непоколебимую приверженность делу повышения качества и результативности.

Естественно, каждый из перечисленных постулатов имеет свое внутреннее содержание с элементами действий, но в данной работе они рассматриваться не будут. Не стоит забывать о том, что еще в 1970-х годах в Японии на крупных предприятиях стали создаваться успешно функционирующие кружки качества., когда морально и материально каждый работник был заинтересован в высоком качестве выпускаемой продукции и в престиже своей фирмы, а в условиях Швеции была построена социалистическая модель под названием «общий дом».. Смертельными болезнями качества и бизнеса Э.Деминг считал непостоянство цели, погоню за сиюминутной выгодой, системы аттестации и ранжирования персонала, перескакивание управляющих с места на место (т.е. постоянная рокировка кадров), использование только количественных критериев.

На основе философии Э.Деминга и других специалистов возникли следующие модели обеспечения качества: профессиональная, административная и индустриальная. Этими же идеями пронизана международная система стандартизации, возникшая в недрах образованной в 1946 г. Международной организации по стандартизации (ISO). В России этим вначале занимался Госстандарт, а затем- Всероссийская организация качества. Качество продукции оценивалось по государственным стандартам (ГОСТам) и прошедшей эту проверку продукции присваивался знак качества. Началось все со стандартов ИСО 9000:2000, 90001:2000, 9004:2000, их же можно в той или иной степени использовать в здравоохранении. Особое внимание уделено непрерывному улучшению качества (НУК), что говорит не о разовом, а о систематическом характере этой работы. Все это в большой степени имеет отношение к качеству деятельности работников, организаций, систем. В соответствии с Руководством по социальной ответственности (международный стандарт ИСО 26 000:2010), устойчивое развитие основано на поддержании здоровья экосистем, социальной справедливости, хорошем организационном управлении, прозрачном и этичном поведении и включает в себя здоровье, качество жизни, благосостояние общества в сочетании с социальной справедливостью как способа выражения широких ожиданий общества. В этом стандарте, который может быть положен в основу развития нашей страны, разделы 6.7.4, 6.8, 6.8.8 имеют непосредственное отношение к охране здоровья. И уже в развитие этого стандарта в феврале 2013 г. в

Женева состоялось совещание 27 стран под эгидой ВОЗ и Всемирного банка, на котором рассматривались практические вопросы универсального покрытия расходов на здравоохранение (Universal Health Coverage) из общественных фондов и перевода этой проблемы из отраслевого ведения на политический уровень. Данный стандарт еще раз подтверждает мысль о том, что охрана здоровья- это система социального выравнивания в любом обществе, которая восстанавливает утраченную социальную справедливость, ибо перед лицом болезни или смерти, как отмечалось, все одинаково равны, не зависимо от происхождения, положения в обществе, доходов и возможностей.

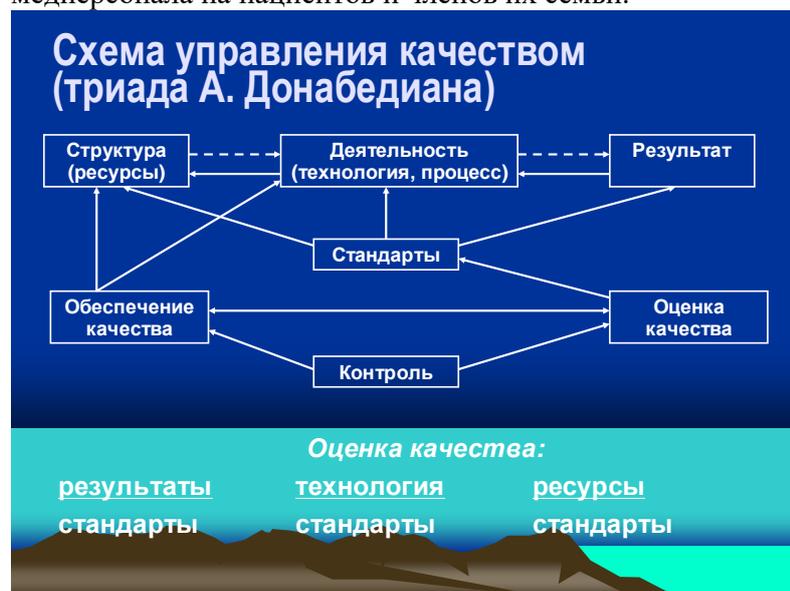
Трудно назвать специалистов, стоящих у истоков медицины, основанной на доказательствах (Evident based medicine), или Доказательной медицины. Многие считают ее основоположником английского ученого, эпидемиолога и гинеколога Арчи Кохрана (Archie Cochrane), который еще будучи студентом в 1938 г. выставил в Лондоне плакат «Все эффективные методы лечения должны быть бесплатными». А в 1972 г. он подчеркивал, что общество остается в неведении относительно истинной результативности лечебных вмешательств. Для координации и кооперации деятельности врачей всего мира в развитии научных доказательств приемлемости для практики новых (а иногда уже давно известных и подзабытых) технологий оказания медицинской помощи и было создано Cochrane Collaboration. Сейчас во многих странах организовались Кохрановские центры, в базах данных которых можно найти любую клиническую рекомендацию по любому заболеванию. Кохрановское сотрудничество образовалось в 1992 г. и объединяет многие тысячи специалистов и групп и содержит в своей библиотеке множество обзоров и клинических руководств по разным аспектам медицины и разным заболеваниям. Задачей Кохрановских групп является составление систематизированных обзоров по клиническим разделам (инсульт, инфаркт, шизофрения и т.д.) или по методическим подходам (статистические методы, обобщение данных из первичных медицинских документов и т.п.). Кохрановские центры создаются на добровольной основе и открыты для развития и включения новых членов. Отдел координации помогает методически и организационно в создании и развитии новых центров. Базы данных по включенным источникам с обобщающими заключениями и обзорами доступны через Интернет. Целями международного Кохрановского сотрудничества являются:

- отбор публикаций в журналах, книгах и т.п. для контролируемых клинических исследований
- анализ и синтез этих публикаций, если возможно, с помощью мета-анализа
- проведение постоянного анализа и синтеза для выявления медицинских технологий, которые обеспечат хорошие результаты для пациентов, особенно в случаях, когда их практическая результативность пока еще не известна или вмешательства могут нанести вред (информация об этом накапливается в специальной базе данных).

Идея совместной работы заключается в том, чтобы усилить доказанность результатов путем объединения в разных работах исследуемых в экспериментальных и контрольных группах по единой методике, провести анализ этих объединенных выборок и проверить новые гипотезы на объединенной выборке. Такое объединение называют мета-анализом и различают ретроспективный мета-анализ (на основе уже проведенных и опубликованных результатов клинических исследований), кумулятивный мета-анализ (добавление новых оценок при каждом новом поступлении доказательств), проспективный мета-анализ, применяемый при новых исследованиях, мета-анализ индивидуальных данных (аналитический обзор и формализация уже проведенных, но произвольно оформленных результатов исследований по первичным медицинским документам). Здесь это все представлено совсем не для того, чтобы продемонстрировать действительную сложность всех работ по качеству медицинской помощи, а чтобы показать, как это все может и должно работать путем выбора из ряда альтернативных вариантов применения той или иной технологии наилучший вероятностный вариант по числу поданных за него «голосов». Именно объединенные базы данных позволяют дать оценку достоверности как результатов каждого исследования в отдельности, так и достоверности объединенной выборки. Эти результаты представляются в графическом виде с указанием доверительных границ выборки. Например, был выполнен систематизированный обзор антифибринолитической терапии геморрагий при субарахноидальных аневризмах по восьми рандомизированным контролируемым исследованиям. Их мета-анализ доказал, что антифибринолитическая терапия, хотя и уменьшает риск повторных геморрагий, но одновременно увеличивает риск ишемии мозга. Признанный лидер в США по практическому использованию формализованных руководств крупнейшая медико-страховая компания Kaiser Permanent применяет собственные разработанные руководства по технологии оказания медицинской помощи для однородных групп пациентов при наиболее часто встречающихся состояниях. Это сделано как бы в развитие КСГ подхода. Теперь каждый врач знает, что при использовании стандартной медицинской технологии вероятность неудовлетворительных результатов минимальна и он гарантирован от возможных врачебных ошибок и защищен в суде. Есть такой Кохрановский центр и в России. Правда, еще в XV111 веке попытки поиска доказательств превратили медицину из знахарства в науку. Врачи-скептики начинали понимать, что необходимо внимательно анализировать весь ход болезни, а не только отдельные ее проявления. Именно тогда они убедились в бесполезности широко в то время применяемых кровопусканий. Глубоко занимались анализом собственных ошибок Н.И.Пирогов и другие отечественные врачи и патологи. Как известно, в основу доказательной медицины положена наука «клиническая эпидемиология», позволившая статистически увязать результаты лечения с применяемыми технологиями. Это дает возможность использовать такие научно доказанные медицинские технологии, которые

приведут к наилучшим результатам у пациентов. К сожалению, у нас в стране клиническая эпидемиология не получила должного развития вследствие того, что клиницисты не владели методами статистического анализа, а аналитические статистики в клиниках не работали. Должной смывки не получилось. Между тем, главнейшим принципом клинической эпидемиологии является следующим: каждое клиническое решение врачей должно основываться на строго доказанных научных фактах. От того, насколько убедительны научные данные в отношении клинической и стоимостной эффективности, зависит не только судьба и здоровье пациентов, но и правильность размещения и использования финансовых и других ресурсов. Даже в высокоразвитых и богатых странах ресурсы, выделяемые на здравоохранение, всегда являются ограниченными. Однако, из этого вовсе не следует, что здравоохранение представляет собой бездонную бочку. Просто нужно наиболее эффективно направлять все виды ресурсов (финансовых, кадровых, интеллектуальных, материально-технических и информационных) на развитие и внедрение методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, практическая польза которых подтверждена критериями научно обоснованной медицинской практики. Начиная с 1970-х годов, неоднократно в США предпринимались попытки разработки медицинских стандартов. Однако только в 1983 г. они появились благодаря усилиям 2-х университетов и более, чем 500 привлеченных экспертов по заданию терпящих убытки крупнейших страховых организаций в виде диагностически-родственных групп- Diagnostic-related groups (DRGs) или клинико-статистических групп- КСГ. Об этом несколько ниже. Что касается доказательной медицины, то ее появление зафиксировано в Англии (Оксфорд), затем в Мак-Мастерском университете Канады, где она была названа медициной, основанной на доказательствах, в США и во многих других странах. В Оксфорде (Англия) под руководством Яна Чалмерса, открывшего в Оксфорде Кохрановский центр, была применена доказательная медицина при перинатальных состояниях с разным числом голосов (т.е. вероятностью) за тот или иной метод. И когда эти вероятностные разработки попали к нам в страну, то главные специалисты (по акушерству и по перинатологии) заявили, что они и так все знают. Сейчас без применения доказанных методов и технологий лечить больных нельзя, тем более основываясь на эмпирике и даже на наших медицинских учебниках. Особо следует подчеркнуть значение для улучшения качества в здравоохранении работ классика Аведиса Донабедиана, опубликовавшего 7 томов руководства по обеспечению качества медицинской помощи. Достаточно сослаться на его знаменитую триаду качества: структура (ресурсы)- процесс (технологии)-результат. В настоящее время работы по качеству медицинской деятельности и по качеству медицинской помощи развиваются во всех развитых странах мира. Теоретически обосновано и практически доказано, что оценка качества в очень сильной степени зависит от тех показателей (критериев) свойств, совокупность которых и образует модель качества оцениваемого объекта,

предмета или явления. Эта зависимость настолько велика, что вполне возможна ситуация, когда при одном наборе показателей объект «А» будет по качеству лучше объекта «В», а при другом наборе показателей- может быть наоборот. Поэтому набор показателей, с помощью которого оценивается качество, должен быть однозначным, единым и упорядоченным, то есть декомпозирован в иерархическую структуру в виде «дерева свойств». Без соблюдения этих условий применительно к одному и тому же объекту оценивания могут быть получены разные и даже противоположные результаты. В западных странах для оценки качества медицинской помощи широко применяется удовлетворенность пациента, которому трудно судить, например, об адекватности помощи, тем более, что когда хирург оперирует, пациент спит. Но в качестве субъективного критерия мнение пациента необходимо учитывать. Он может оценить культуру, коммуникативность, информированность врача, его отношение к пациенту, быстроту реагирования на его проблемы, питание, чистоту, тишину и т.д. Пациенту, как и многим людям, свойственно забывать, что ему делали и говорили, однако в памяти остаются его ощущения от всего этого. Новой ступенью удовлетворенности пациента является доброжелательное взаимоотношение медицинских работников и членов его семьи, которые очень довольны, когда им регулярно сообщают о состоянии их больных в стационаре. Именно в США сейчас и происходит смещение акцентов с медицинских учреждений и медперсонала на пациентов и членов их семьи.



В связи с исключительной важностью проблемы в последние десятилетия в мире стали расти, как грибы, общества по качеству медицинской помощи. Так, в 1986 г. с центром в Мельбурне (Австралия) было организовано Международное общество по обеспечению качества медицинской помощи (ISQuA), позднее образовалось Европейское общество обеспечения качества

в общей практике (EQuiP), активно работает Национальная организация по обеспечению качества в Нидерландах (СВО) и в других странах. Во многих врачебных ассоциациях и страховых медицинских компаниях были созданы подразделения, занимающиеся качеством медицинской помощи. В России функционирует Всероссийское общество качества (ВОК), а также создано подобное общество (АСМОК), которое под руководством Г.Э. Улумбековой сосредоточило свои усилия на качестве медицинского образования.

Повсеместно стали возникать общества в память о А. Донабедиане: во Франции (Александра Жиро), в Испании (Роза Суньол) и т.д. Вопросы обеспечения качества медицинской помощи включены и в деятельность ВОЗ. Например, 38 сессия Европейского регионального комитета ВОЗ была полностью посвящена этой проблеме, а 31 задача по достижению здоровья для всех «Качество обслуживания и соответствующая технология» рекомендует, чтобы все государства члены ВОЗ имели соответствующую структуру и механизмы для обеспечения непрерывного улучшения качества медико-санитарной помощи, для соответствующего развития и использования современных технологий.

В Люблянской хартии по реформированию здравоохранения, одобренной министрами или их представителями всех европейских стран, в разделе основополагающих принципов записано, что любая реформа здравоохранения должна быть нацелена на непрерывное улучшение качества медицинской помощи, а также на повышение ее эффективности и включать в себя четко разработанную стратегию достижения этой цели. Последовательность такой работы может быть нижеследующая. Вначале осуществляется выбор нескольких важных проблем качества на основе ранжирования по степени их важности и значимости, по наносимому ущербу или недополученной пользы для здоровья большого числа пациентов, по стоимости затрат и возможности для решения и выполнимости с учетом преодоления трудностей. Суммируя ранги проблем по всем этим критериям, находят одну или несколько проблем, наиболее актуальных и решаемых. Затем создается временный комитет для решения выбранных проблем с включением в него представителей всех технологических звеньев, представители администрации, врачей, среднего и младшего медперсонала, статистиков и аналитиков. На заседании комитета совместно выбирается оптимальный с точки зрения затрат и результатов путь (дорожная карта) решения проблем. Далее начинается цикличная (по спирали) и постоянная работа по улучшению качества на каждом этапе.

Информационный и коммуникационный взрыв, происшедший в последние десятилетия, не мог не повлиять на развитие медицины. Сейчас информация о новых медицинских технологиях практически мгновенно становится доступной в любой стране мира. Но тем строже нужно относиться к доказательству результативности новых предлагаемых технологий прежде, чем внедрить их в практику. В этот же период родилась, как мы считаем, новая парадигма клинической медицины, основанная на использовании наилучших из существующих результатов клинических исследований для выбора оптимальной технологии медицинской помощи конкретному

пациенту. Медицина, основанная на доказательствах, это принципиально новая технология сбора, анализа, синтеза и использования медицинской информации, позволяющая принимать оптимальные клинические решения. Фактически- это медицина, основанная на результатах. Поэтому в триаде А.Донабедиана анализ качества нужно начинать с конца, с результатов. Для этого должны быть соответствующие стандарты. Ниже представлены несколько примеров подобных стандартов на результаты, а не на технологии, как у нас ошибочно представляется. Первая крупная работа в области обеспечения качества была завершена в США еще в 1983 г. силами двух ведущих университетов и привлеченных экспертов. Эта работа вылилась в создание диагностически родственных групп (DRGs) или, как у нас их назвали, клинико-статистических групп (КСГ). При этом в США, а затем и в других странах, полностью отказались от нозологического подхода по заболеваниям по следующей причине: согласно МКБ-10 диагнозов много (почти 10 000) и для каждого разработать стандарт практически невозможно, да и было бы принципиально неверным. Возьмем, к примеру, такое заболевание, как гипертензия. При одном и том же названии в молодых и пожилых возрастах это фактически разные заболевания по этиологии, патогенезу, осложнениям, исходам, сопутствующим заболеваниям, методам обследования, лечения, реабилитации, затратам ресурсов и т.д. Имеются и иные причины, вследствие которых в США за основу были взяты не заболевания (диагнозы), а группы пациентов, отмеченные ранее- DRGs. Группировка пациентов (классификация) проводилась на основании хранившихся в компьютерах 2.5 млн историй болезни. В качестве исходных данных были отобраны следующие признаки: пол, возраст, заболевания по полному спектру, осложнения, сопутствующие заболевания, оказывающие выраженное влияние на течение основного заболевания, степень тяжести состояния, длительность (сроки) лечения. Вначале был проведен статистический анализ этих данных, были изучены полученные распределения, оценен вклад факторов в дисперсию, проведен многомерный статистический анализ. Затем с помощью кластерного анализа были получены статистически однородные группы больных, причем при классификации наибольший вес (90%) придавался длительности лечения, т.к. именно она определяла сходство применяемых технологий и сходство затрат ресурсов. Остальные признаки при классификации большой роли не играли и на них приходилось всего 10% общего веса признаков. Затем полученные статистически однородные группы пациентов были подвергнуты клинико-логическому анализу со стороны почти 500 экспертов в интерактивном режиме, согласованность мнений которых определялась по критерию Кендэлла с отбрасыванием крайних результатов. В результате человеко-машинной процедуры были получены клинически однородные группы пациентов, которых оказалось 468 и их число в последующем несколько возросло. Далее для каждой КСГ были оценены коэффициенты затрат ресурсов, определены средние и максимальные сроки пребывания в стационаре, созданы стандарты технологий обследования, лечения и

реабилитации, определены допустимые уровни отрицательных результатов (т.е. стандарты на результаты), например, летальность, наличие осложнений, утяжеление состояния и т.д. и все они были тесно увязаны с адекватностью медицинской помощи. Для всех КСГ вместе, в совокупности это выглядело следующим образом: отрицательные результаты равные 1.05; 1.61, 2.44; 3.55 соответствовали неадекватной медицинской помощи в 10%, 30%, 60%, 100% всех случаев. В качестве примера приведем несколько групп на тот период времени:

1. Хирургическая группа 107 «коронарное шунтирование сердца без катетеризации»- коэффициент затрат ресурсов-3.9891, средняя длительность лечения-13.5, предельная-34 дня, допустимый показатель отрицательных результатов-5.1, что соответствовало 10% неадекватной медицинской помощи.

2. Хирургическая группа 127 «сердечная недостаточность и шок»- коэффициент затрат ресурсов-1.0408, средняя длительность лечения-7.8, предельная-28 дней, допустимый показатель отрицательных результатов- не более 8.6%, что соответствует неадекватной медицинской помощи в 10%.

3. Группа 140 «стенокардия»-коэффициент затрат ресурсов-0.7548, средняя длительность лечения-5.5, предельно допустимая-21 день, допустимый показатель отрицательных результатов-2.4% при неадекватной медицинской помощи в 10%.

Далее страховые организации, которые ранее терпели значительные убытки, внедрили эти подходы в большинство больниц США, после чего их лицензионные эксперты могли затребовать все истории болезни, скажем, по 96 группе «Бронхит и астма у лиц старше 70 лет с осложнениями» и в случае превышения фактических результатов ведения пациентов их предельно допустимым значениям рекомендовали не оплачивать счета этой больнице, т.к. в ней отмечалась серьезная неадекватность медицинской помощи. Затем они предлагали больнице за отдельную плату, пройдясь по всей технологической цепочке, выяснить причины неадекватности. В дальнейшем оказалось, что больницам выгоднее иметь своих экспертов по качеству, т.е. организовать внутренний контроль. Последующий, непрерывно проводимый анализ показал, что стремление добиться одинаковых технологий в учреждениях разного типа является недостижимым, да к тому же частота встречаемости разных КСГ была разной, что позволяло отслеживать только за наиболее часто встречаемыми группами. Поэтому Агентством по исследованиям в здравоохранении и по качеству (США) была опубликована книга «50 наиболее часто встречаемых КСГ» на основе анализа 60% выборки от больниц, распределенных по четырем типам частных и общественных (коммерческих и некоммерческих) больниц: малые сельские до 60 коек, большие сельские (свыше 60 коек), малые городские до 250 коек, большие городские (свыше 250 коек). Каждая из 50 групп включала в себя ранжированную группу пациентов, например, 143 группа с болями в груди по частоте занимала 22 место, хронический тонзиллит-37 место, артропластика коленного и локтевого суставов-39 место. Далее по всем

больницам и в каждом типе больниц по 60% выборке были отобраны по 50 наиболее часто встречаемых КСГ по следующим признакам:

- число историй болезни
- средний возраст по квартилям 25%, 50% (средний), 75%
- длительность лечения в днях по тем же квартилям
- затраты в долларах по квартилям
- доля историй болезни с отмеченной стоимостью
- распределение по полу в %.
- источники оплаты в % (Медикэйд, Медикэйр, частное страхование, другие правительственные расходы, собственные средства и т.д.)
- статус при выписке (обычный, долговременное или краткосрочное лечение, самовольная выписка, летальный исход, перевод) в %.

Затем то же самое было проделано с 50 наиболее часто встречаемыми диагнозами и процедурами. Такой комплексный подход позволил, с одной стороны, уменьшить объемы работ при экспертизе качества и определении стоимости лечения, а с другой, сделал эту работу более целенаправленной, более обоснованной и дифференцированной по типам больничных учреждений. В нашей стране попытки использования указанной методологии оказались безуспешными, поскольку средние сроки лечения больных в стационарах были произвольными и не свидетельствовали о сходстве применяемых технологий и затрат ресурсов. Поэтому тогда были созданы экспертным (а не исследовательским) путем медико-экономические стандарты (МЭСы), которые хотя и выводились, и внедрялись волонтеристски, относились к какой-то одной нозологии (т.е. игнорировали имеющийся мировой опыт), тем не менее являлись хоть каким-либо мериллом для оплаты медицинской помощи. Отсюда в системе ОМС вырос принцип оплаты за пролеченного больного, глубоко ошибочный и даже вредный, поскольку ориентирован на рост числа коек, уровня госпитализации (желательно в легком состоянии), увеличение числа медицинских услуг, что ведет к росту затрат), увеличение числа больных, а не здоровых. В этом экономически заинтересованы все участники системы ОМС. Конечно, повторить подобную работу Минздраву РФ было не под силу, т.к. в США, как отмечалось, в ней были задействованы, как отмечалось, усилия двух ведущих университетов и свыше 500 внешних экспертов. Эта работа показывает, что стандарты должны разрабатываться не на технологии, а на результаты. Понятие «стандартизация» является не только обязательным для исполнения, но также имеет и другой смысл- упорядочение, унификация, а не только регламентация, именно в этом смысле оно широко распространилось в мировом здравоохранении. Например, в США под стандартом понимается лучший образец, пример, достойный для подражания, «золотое правило», а не некая догма, обязательная для исполнения, что характерно для производства вакцин и сывороток, бактериальных и вирусных препаратов, изделий медицинской техники и т.д. В мягком значении стандарты применяются в клинической практике (руководства и протоколы ведения пациентов) как *vade mecum* (дорожная

карта в современном понимании), как рекомендация того, чтобы что-то не было упущено. В таком случае стандарт- это не жесткое правило, а рекомендуемое значение или действие, что выглядит более мягко, добровольно и демократично. Поэтому такого рода стандарты должны выпускаться в виде методических рекомендаций, а не утверждаться какими-либо приказами, которые делают их директивными и обязательными для выполнения и могут вызвать большое число судебных исков, если врачи допустят в них отклонения. Ведь больные бывают разными и всех их нельзя равнять под одну гребенку. Нас эти процессы, т.е. огромное число судебных исков, пока еще не очень затронуло вследствие недостаточного развития доступной судебной системы и не всегда правовой грамотности пациентов. Но все еще впереди. Кстати, в других странах ведущая роль в процессе стандартизации и его практического применения принадлежит не административным структурам, а профессиональным медицинским организациям, которые определяют все аспекты профессиональной (не трудовой) деятельности, включая сертификацию, лицензирование, обучение и т.п. В тоже время, качество работы должно быть тесно увязано с оплатой труда, что делает эту работу привлекательной не только в профессиональном и этическом аспектах, но и в материальном плане. Ниже на схеме приведен пример составления стандарта на индикатор качества медицинской помощи, т.е. на результат.

Термины	Определения	Примеры
Индикатор качества помощи (indicator)	Ретроспективно измеряемый элемент оценки медицинской помощи, относительно которого имеются доказательства или признанное мнение, что его изменение связано с качеством помощи	Доля больных с АД >160/90 мм Hg, которым проведено повторное измерение АД в течение 3 месяцев
Стандарт (standard)	Степень соответствия индикатору или критерию оценки. Имеет очень малую степень свободы	Минимум у 90% больных с АД >160/90 мм Hg должны быть проведены повторные измерения АД в течение 3 месяцев

Другой пример относится к работе бригады реанимации в многоэтажном голландском госпитале. При этом реанимационная помощь должна быть оказана не позднее, чем через три минуты и для этого обязательно должен быть работающий дефибриллятор. А вот обеспечить такой стандарт оказалось непросто. Для этого там выделены резервные лифты и коридоры,

которые всегда должны быть свободными, а также с собой нужно иметь по крайней мере 2 дефибриллятора. Отсюда видно, что для пациента важна не оценка качества, а его обеспечение, которое обычно требует комплекса усилий. Вообще качество- это многофакторная проблема и включает в себя:

- Адекватность (appropriateness)
- Доступность (availability)
- Преемственность и непрерывность (continuity)
- Действенность (efficacy)
- Результативность (effectiveness)
- Безопасность (safety)
- Своевременность (timeliness)
- Удовлетворенность потребности и ожидания (satisfaction)
- Стабильность процесса и результата (stability)
- Постоянное совершенствование и улучшение (improvement)

Если при оказании медицинской помощи отсутствует хоть один из перечисленных элементов, то ее нельзя признать качественной. Например, если медицинская помощь не доступна или не безопасна для пациента, то она не может быть качественной. Эксперт ВОЗ Хану Вуори (1982) к атрибутам качества медицинской помощи относил эффективность, экономичность, адекватность, высокий научно-технический уровень и др. О доказательной медицине уже говорилось. Возникает вопрос, каковы причины ее появления? Они следующие:

1. Бурный рост числа клинических исследований в последние десятилетия
2. Развитие новых медицинских технологий и безудержный рост затрат на медицину
3. Появление новой фундаментальной дисциплины – клинической эпидемиологии, составившей методическую основы для доказательной медицины
4. Развитие информационных технологий и новые подходы к решению проблем поиска и распространения информации.

Применение доказательной медицины в клинической практике позволяет применять только те препараты и методы лечения, эффективность которых при данной патологии доказана статистически на достаточном по численности и репрезентативном материале и рандомизированных группах пациентов с применением двойного слепого метода. Поэтому лучше не стараться повторять такие разработки, а воспользоваться готовыми клиническими рекомендациями, максимально приспособив их к конкретным условиям.

Основными компонентами доказательной медицины являются:

- Получение фактических данных доказательств путем научных исследований и изучения мировой научной литературы
- Получение и распространение клинических рекомендаций и указаний, основанных на подтвержденных на практике фактических данных

- Внедрение в клиническую практику подобных обоснованных с точки зрения стоимостной эффективности способов и средств лечения  
 - Оценка внедрения рекомендаций и их клинических результатов.  
 В порядке убывания значимости можно представить следующие доказательства:

1. Систематизированный обзор нескольких рандомизированных исследований
2. Рандомизируемое, контролируемое исследование
3. Нерандомизированное исследование с одновременным контролем
4. Нерандомизированное исследование с историческим контролем
5. Когортное исследование
6. Исследование типа случай – контроль
7. Результаты наблюдений
8. Описание отдельных случаев

Отсюда видно, что самым высоким уровнем доказательства особым образом систематизированный обзор целого ряда рандомизированных исследований.

При этом РАНДОМИЗАЦИЯ (RANDOMIZATION, синоним random allocation) — случайное отнесение людей к группам, например, для экспериментальных или контрольных схем лечения. В пределах случайной изменчивости рандомизация участников необходимо сделать контрольные и экспериментальные группы сходными в начале исследования и гарантировать, что личные суждения и предвзятость исследователя не влияют на отнесение к группам. Рандомизацию в группы не следует путать с произвольным распределением. Рандомизация следует предопределенному плану, который обычно составляется с помощью таблицы случайных чисел. Паттерн отнесения участников к группам может показаться беспорядочным, но это проистекает от случайной природы появления знаков в таблице случайных чисел, а не от прихоти исследователя в распределении пациентов. Рандомизация — важнейший элемент сокрытия распределения участников исследования в группы., что позволяет придать результатам объективный непредвзятый характер.. Отнесение участников к той или иной группе определяет случай, обычно при помощи таблицы случайных чисел. Следует отличать рандомизацию от систематического распределения (например, по четным или нечетным дням месяца), а также от распределения по выбору исследователя. Вот как раз такими исследованиями с последующим составлением обзоров и клинических рекомендаций (руководств) и занимаются профессионально научные центры в Англии- NICE (Национальный институт клинических предпочтений), в Шотландии- SIGN и другие и проводить параллельные кустарные работы не рекомендуется из-за сложности исследований и статистического анализа. Не случайно «золотым стандартом» считают рандомизированные контролируемые исследования, когда пациентов распределяют по случайным группам (рандомизация), но при этом группы не должны различаться по параметрам, влияющим на исход заболевания.

Ни один новый метод профилактики, диагностики и лечения не может быть признан эффективным без обязательной тщательной проверки в ходе рандомизированных контролируемых исследований. Это важно уяснить чиновникам от медицины с тем, чтобы не нанести вред пациентам. Особое внимание следует обращать не только на бесполезность (или вред), но и на отсутствие научно обоснованных доказательств пользы применения различных методов и приемов в клинической практике. Например, как известно, у нас в стране одно время была широка распространена гипер- и гипобарическая оксигенация. Однако при анализе выяснилось, что ни в одном клиническом исследовании не использовалась рандомизация, не применялось плацебо, что, конечно же, не показывает бесполезность этого метода, а лишь отсутствие научно обоснованных доказательств его пользы. Сюда же можно, как отмечалось, отнести иридодиагностику, иглорефлексотерапию, массаж, применение пищевых добавок и многое другое. В свое время для уменьшения риска фибрилляции желудочков рекомендовалось применение лидокаина в первые двое суток инфаркта миокарда и до начала 1990-х годов существовало мнение о полезности профилактического введения лидокаина. А потом были опубликованы результаты 12 рандомизированных контролируемых исследований полностью доказавших, что это приводит к увеличению летальности. И потому уже в четвертом издании руководства «Болезни сердца» его авторы признали тактику рутинного введения лидокаина ошибочной и даже вредной. Поэтому любого критически мыслящего человека (пациента) должно насторожить упоминание о широком спектре применения того или иного метода или препарата, особенно, если его применение не является научно доказанным и обоснованным. Поскольку рандомизация имеет отношение к классификации групп пациентов, то дадим определение классификации. Классификация (classification) – систематизированное распределение объектов (процессов, явлений, систем) на определенные классы, группы, разряды на основе их сходства и различия с помощью соответствующих экспертных или математических процедур. Качество проведенной классификации зависит от правильного (адекватного) выбора меры сходства и меры различия.

Классификатор (classifier) – наглядное представление проведенной классификации в виде систематизированного перечня объектов (процессов, явлений, систем), каждому из которых присвоен свой шифр или код. Код может заменять название объекта и служить средством его идентификации.

Таким образом, можно выделить в порядке убывания значимости уровни доказательств, а это важно использовать в клинической практике:

1. Систематизированный обзор ряда рандомизированных клинических исследований (РКИ) или мета-анализ
2. Отдельное рандомизированное исследование
3. Контролируемое нерандомизированное исследование
4. Когортное исследование

5. Исследование по типу «случай – контроль», case – control study
  6. Описательное исследование, несистематизированный обзор
  7. Согласованное сообщение. Экспертные оценки. Ведущая статья.
- Отсюда видно, что экспертные оценки и опубликованные статьи имеют самый низкий уровень доказательства, а у нас, к сожалению, нередко делается акцент на экспертных оценках. Поскольку систематизированный обзор имеет самый высокий рейтинг в системе доказательств, то, видимо, стоит привести этапы его создания:
1. Определение основной цели обзора
  2. Определение способов оценки (измерения) клинических результатов
  3. Систематический информационный поиск
  4. Обобщение доказательств
  5. Интерпретация результатов

Теперь пора разобраться с клиническими рекомендациями или клиническими руководствами.

По данным Института медицины США клинические рекомендации \*или клинические руководства)- КР (Clinical Practice Guidelines)- это утверждения, разработанные с помощью определенной методологии и призванные помочь врачу и больному принять решение о рациональной помощи в различных клинических ситуациях. Как раз клинические рекомендации созданы на основе упомянутых ранее доказательств. В международной практике клинические рекомендации- это рекомендательный (!), а не обязательный для выполнения документ, служащий информационной поддержкой для врача и пациента относительно наилучшей медицинской практики, результативность которой научно доказана.

Они основываются на систематизированных обзорах (рандомизированных) клинических исследований и имеют определенную градацию по силе доказательства. В них представлена «эталонная» медицинская практика по диагностике и лечению конкретных заболеваний. Они являются надежным источником для разработки национальных медицинских стандартов (на результаты) и локальных клинических протоколов для каждого медицинского учреждения с учетом конкретных особенностей, возможностей и условий. Поэтому в каждом медицинском учреждении должна быть введена должность заместителя главного врача по качеству и создана авторитетная медицинская комиссия по обеспечению качества медицинской помощи. Это же полностью относится и к железнодорожному здравоохранению. Кроме того, по нашему мнению руководство должно быть не просто клинически. А клиничко-организационным, т.е. охватывать весь процесс ведения пациентов, включая их консультирование, экспертизу, перевод в другое отделение или учреждение и т.д.

Клинические рекомендации необходимы для:

-оценки и учета применяемых медицинских технологий

-определения набора бесплатных (дотируемых) медицинских услуг (на самом деле- медицинской помощи)

-разработки национальных медицинских стандартов

-составления локальных клинических протоколов

-составления формуляров, списка жизненно важных лекарственных средств, вытекающих из клинических рекомендаций.

Да, именно из клинических рекомендаций (руководств) должен вытекать список необходимых и важных средств медицинской техники и лекарственных препаратов, большинство из которых по рецепту врача должны быть бесплатными для пациентов.

Процесс создания клинических рекомендаций (руководств) может выглядеть следующим образом:

1.Обобщение входных данных на основе анализа систематизированных обзоров и экспертных мнений

2.Проект руководства на основе ответов на комментарий и внешнего просмотра

3.Составление окончательного руководства

4.Подготовка выводов по руководству

Но опять же, это имеет отношение к разработчикам руководств, а для их пользователей имеет скорее познавательное значение. Задачами пользователя (лечащего врача) является не заблудиться в трех соснах и не растеряться перед многообразием различных рекомендаций. В мировой практике оптимальными критериями выбора клинических рекомендаций (руководств) из их большого числа, находящихся в разных базах данных, являются:

.1. Научная обоснованность

1.1 Научная доказанность

- Количество исследований
- Количество пациентов
- Длительность наблюдения / время
- Независимость / объективность
- Территория, учреждения
- Градация доказательств
- Мета-анализ

1.2 Предварительная проверка опытом

- Частота (количество) проверок, где, когда
- На каком контингенте
- Каковы результаты проверок

2. Применимость

2.1 Предварительный экономический анализ

- Наличие необходимых ресурсов
- Наличие подготовленного персонала
- Сравнение результатов с затратами
- Сравнение с имеющейся (традиционной) практикой
- Уровни применимости

- 2.2 Простота, не перегруженность, доступность
- 2.3 Стабильность и устойчивость технологий и результатов
- 2.4 Возможность преодоления барьеров
- 2.5 Объективность
- 2.6 Безопасность для пациентов и медработника
  - Приемлемость для пациентов
  - Частота осложнений
  - Оценка риска
  - Профессиональная безопасность
  - Охрана труда
- 3. Конечные результаты
  - 3.1 Промежуточные
    - Динамика клинических проявлений, симптомов, синдромов
    - Соблюдение технологий
  - 3.2 Близлежащие
    - Исход заболевания / состояния
    - Сроки лечения
    - Удовлетворенность пациента
    - Индивидуальный прогноз
  - 3.3 Отдаленные
    - Частота осложнений лечения, обострений
    - Показатели здоровья
    - Качество жизни

В США доказательная медицина в виде науки и практики развивается в национальном масштабе. Научные исследования новых технологий и новых препаратов проводятся по строгим протоколам двойным (иногда тройным) слепым методом на рандомизированных (случайных) выборках для исключения систематических ошибок или ошибок, связанных с влиянием посторонних факторов на формирование выборки. Строгий протокол позволяет сравнивать результаты исследований, проводимых в разных институтах, более того, такие параллельные исследования только приветствуются. Кстати, во времена активного научно-технического сотрудничества России и США, в том числе в области здравоохранения (комиссия Гор-Черномырдин), наша страна приобретала некоторые американские лекарственные препараты без дополнительной проверки, т.к. тогда у нас не было такого контроля, который осуществлялся Американской администрацией по контролю за лекарствами и наркотиками (Food and Drugs Administration- FDA). Дело в том, что по законам США, если препарат производится в каком-то штате и там же распространяется, то Федеральные органы власти не имеют права вмешиваться с контролем во внутриштатные дела. Другое дело- межштатные взаимоотношения или импорт- экспорт продукции. По имеющимся оценкам, в настоящее время в мире издается свыше 40 тысяч биомедицинских журналов и ежегодно публикуется более 2 млн статей, в том числе по качеству медицинской помощи. И, что характерно,

75% этих публикаций приходится на США, которые вкладывают также значительные средства в обновление медицинских технологий. Поэтому врачи-практики, руководители медицинских учреждений нуждаются в критической оценке этих огромных объемов информации. Мы здесь приведем лишь основные этапы создания клинических руководств или клинических рекомендаций именно для того, чтобы подчеркнуть сложность их разработки и отбить охоту у желающих дилетантов этим заняться без какого-либо опыта в данной сфере деятельности:

1. Принципы разработки клинических руководств

2. Рабочие группы

- Участие заинтересованных сторон
- Декларация конфликтных интересов
- Роли и ответственность участников
- Вовлечение пациентов

3. Оценка доказательств

- Определение ключевых проблем и вопросов
- Поиск и оценка существующих руководств
- Дополнительные нерешенные вопросы
- Систематический обзор доказательств
- Критическая оценка доказательств
- Обобщение доказательств

4. Формирование рекомендаций

- Обобщенное суждение
- Ресурсное обеспечение
- Шкалы доказательности
- Методы и рецензирование

5. Обсуждение и рецензирование

- Обсуждение
- Рецензирование

6. Опубликование и распространение

7. Внедрение

- Стратегии внедрения
- Клинико-организационные алгоритмы

8. Мониторинг, оценка и аудит

- Индикаторы качества для аудита
- Обновление руководств

В принципе клинические рекомендации (руководства) внедряются для:

- Улучшения качества медицинской помощи
- Более рационального планирования ресурсов и, особенно, их использования
- Обучения медицинского персонала
- Защиты медицинских работников от возможных ошибок и судебных исков
- Оценки и контроля качества медицинской помощи

- Составления функциональных обязанностей медицинских работников, реализация принципа работы «в команде»
- Улучшения организации всей работы и внутреннего и внешнего взаимодействия
- Нивелирования влияния различных клинических школ и направления
- Улучшения информационного обеспечения клиничко-организационных процессов
- Составления перечня лекарственных препаратов и изделий медицинской техники и первоочередной их необходимости

Для использования и внедрения клинических рекомендаций (руководств), как правило, используются следующие механизмы:

1. Обучение медперсонала
2. Врачебные и патологоанатомические конференции
3. Работа в команде (этому нужно учить), как ведущее звено в обеспечении качества медицинской помощи
4. Информационные материалы (брошюры, обзоры, интернет)
5. Методические рекомендации
6. Информирование общества / пациента
7. Мотивация

Для внедрения клинических рекомендаций (руководств), их адаптации и трансформации в медицинские стандарты и локальные клинические протоколы могут быть задействованы следующие структуры и организации:

1. На национальном уровне:

- Профессиональные медицинские организации
- Федеральные научные и учебные институты
- Министерство здравоохранения
- Департамент здравоохранения ОАО «РЖД»

2. На региональном уровне:

- Региональные научные и учебные центры и группы
- Региональные органы здравоохранения
- Дорожные больницы

2. На местном уровне в уровне учреждений:

- Комиссии по качеству
- Команды медработников
- Страховые организации
- Участники партнерств
- Отделенческие и другие железнодорожные больницы

При этом не следует забывать о том, что доказательная медицина- это не цель, а средство. Подтверждением этого являются слова известного американского клинициста J.Cohen: «Чем хуже подготовлен врач, тем больше он пользуется догмами медицины, основанными на доказательствах, забывая, что её достижения- это лишь путеводная нить к развитию»

клинического мышления». Отсюда следует, что основа качества- это клиническое мышление и на это стоит обратить внимание при реформе медицинского образования.

Не менее сложной проблемой, чем методология доказательной медицины, является разработка и применение международных стандартов ISO серии 9000, но этот вопрос требует отдельного рассмотрения.

В США идеи повышения качества медицинской помощи, удовлетворенности потребителей качеством медицинских услуг и защиты их прав активно развиваются как в научных исследованиях, так и на практике. Большое внимание уделяется этим проблемам и в законотворчестве. Американский Конгресс в 1989 г., учитывая важность этой проблемы для страны, специально учредил Агентство по исследованиям в здравоохранении и по качеству для развития усилий по вопросам улучшения качества, эффективности и доступности медицинской помощи через проведение фундаментальных и прикладных научных исследований и продвижение их результатов в клиническую практику. При Президенте США, и это весьма примечательно, был создан и функционирует Консультативный совет по защите прав потребителей и качеству медицинской помощи (ACCP&QHCI), создан Национальный комитет по обеспечению качества (NCQA).

Организована и успешно функционирует Международная организация по стандартизации с центром в Канаде (ISO). Проблема обеспечения качества медицинской помощи включена и в деятельность ВОЗ. Например, 38 сессия Европейского регионального комитета ВОЗ была полностью посвящена обеспечению качества служб здравоохранения. Согласно 31 задаче по достижению «Здоровья для всех» все государства- члены ВОЗ должны иметь соответствующие структуры и механизмы для обеспечения качества медицинской помощи и совершенствования адекватного развития и использования технологий здравоохранения. Это была цитата. Качество, как следует из данного раздела, понятие многоаспектное и его нельзя сводить только к одному фактору и даже к нескольким факторам. Например, в свое время в народном хозяйстве нашей страны (по примеру оценки здоровья через обратные величины- заболеваемость и смертность) чуть ли не самым главным показателем успешного решения проблемы качества являлось снижение процента брака при изготовлении продукции. По аналогии в здравоохранении осуществлялся как бы контроль за врачебными ошибками (за браком в работе) при проверке и анализе заведующими отделениями поликлиник и больниц амбулаторных карт и историй болезни в процессе лечения и по его завершению, а в целом используемые технологии не рассматривались и не оценивались. Тем не менее, врачебные ошибки имеют место, и их размеры иногда зашкаливают. Поэтому стоит этот вопрос рассмотреть отдельно.

Человеку свойственно ошибаться. Один из принципов Л. Дж. Питера гласит: «Чтобы избежать ошибок, надо набираться опыта; а чтобы набираться опыта, надо делать ошибки». Это имеет отношение и к врачебным ошибкам. Но ошибка ошибке рознь, и поэтому их следует

расценивать в том числе по результатам ошибок и приводимым последствиям. Точно также они трактуются в медицине и здравоохранении. Медицинские ошибки совершаются людьми (медсестрами, фельдшерами, акушерками и врачами) и поэтому имеют непосредственное отношение к качеству деятельности. Совершают ошибки и стоматологи, которые в других странах к врачам не относятся, а считаются дантистами (стоматологи-терапевты, стоматологи-хирурги, стоматологи-ортопеды и ортодонты). Однако цена их ошибок гораздо меньше, чем у других врачей и вследствие их ошибок весьма редко случаются летальные исходы. За врачебные ошибки в той или иной степени приходилось административно, морально или материально расплачиваться врачам всегда и во все времена. Одной из причин смерти являются допущенные врачебные ошибки, хотя, по нашему мнению, они не носят преднамеренный характер и любой (!), даже самый некомпетентный врач осознанно не может нанести ущерб своему пациенту. Самые объемные научные исследования врачебных ошибок проведены в США. Предварительные исследования там показали, что различные врачебные ошибки встречались у 3-4% пациентов, а при оказании интенсивной помощи - не менее 2 ошибок в день, 20 % которых приводили к тяжелым последствиям и фатальным исходам. Обследование больниц в штате Нью-Йорк показало, что 30% случаев смерти были обусловлены ошибками в медикаментозном назначении. Все это побудило Институт медицины США провести углубленное широкомасштабное и длительное исследование этой проблемы и оценить ее последствия. Приведем начальные этапы этой работы в хронологическом порядке.

1. Доклад Института медицины США 30.11.99 г. о результатах многолетних исследований: в США ежегодно от врачебных ошибок погибало от 44 до 98 тысяч пациентов (8-я причина в структуре смертности). От СПИДа погибало в 4.5 раза меньше, от рака молочной железы - в 2,5 раза меньше, в ДТП - в 2 раза меньше, в авиакатастрофах - в 33 тысячи раз меньше. Ежегодные экономические потери тогда составили 38 млрд. долл. (в то время это почти весь наш федеральный бюджет), в том числе вследствие потенциально предотвратимых врачебных ошибок - от 17 до 29 млрд. долл. в год. Это потрясло всю страну и заставило Президента США заняться этой проблемой.

2. Выступление Президента США в Конгрессе с отчетом по поводу врачебных ошибок 07.12.99 г. в 11-45. Поручение созданной в 1997 г. при Президенте США Комиссии (обратите внимание!) по качеству медицинской помощи и потреблению.

3. Доклад обозначенной Комиссии Президенту США 17.02.2000 г. «Что нужно сделать для безопасности пациентов» в полном и сокращенном вариантах. Цель: снизить предотвратимые врачебные ошибки за 5 лет на 50%. Проблема обозначена как не отраслевая, а национальная, задействованы все министерства, ведомства и департаменты. Например, министерству обороны предлагалось выделить 80 млн. долларов для создания в штатах системы слежения за врачебными ошибками.

4. Утверждение Президентом США 19.02.2000 г. доклада Комиссии и плана действий и сообщение об этом в Конгрессе США.

5. Отчет в 2003 г. нового Секретаря Департамента здравоохранения и социальных служб Томми Томсона (ранее- губернатор штата Висконсин) в Конгрессе США о ходе работ по уменьшению числа врачебных ошибок. Оказалось, что устранение предотвратимых ошибок в больницах снижает стоимость стационарной помощи на 2 млрд. долларов в год.

6. Отчет «Качество и безопасность в здравоохранении» 04.04.2004 г. на основе анализа 50 тысяч жалоб на ВОП показал, что в 23% случаев жалобы обусловлены врачебными ошибками, приведшими в 3% случаев к летальным исходам.

7. По данным National Academy for State Health Policy (2005)- Национальной Академии по государственной политике в здравоохранении- к концу 2004 г. в 22 штатах были созданы системы слежения за врачебными ошибками с их анализом, во многих штатах за 5 лет созданы центры по обеспечению безопасности пациентов и намеченная цель снижения в 2 раза частоты предотвратимых врачебных ошибок к 2005 г. была достигнута. По данным журнала «Surgey» в известном крупнейшем частном медицинском центре мира- клинике братьев Мейо (Mayo- clinic), в которой трудятся более 50 тысяч человек, в том числе 3800 врачей и ученых, с филиалами в 70 городах США (наиболее крупные- в Джексонвилле и в Финиксе), с престижной медицинской школой, за пятилетие сотрудники провели 1.5 млн инвазивных (проникающих, хирургических) процедур и только в 69 случаях врачи допустили ошибки. Подсчитано, что в США грубая врачебная ошибка, не приводящая к летальным исходам, приходится на 22 тысячи правильно проведенных операций. Значит, дело не в хирургах.

Тем не менее, проблема как таковая в США не исчезла. По опубликованным в 2013 г. данным, 16% всех летальных исходов в США (400 тысяч умерших) были обусловлены ошибками врачей. Тем не менее, администрация Б. Обамы тогда занималась поиском денег на медицинскую страховку ранее не застрахованных американцев, и этой проблеме уделяла мало внимания. Сейчас затраты на здравоохранение в США составляют 18% от их ВВП, т.е. свыше 10200 долл. на 1 человека в год. Несмотря на все усилия, к 2016 г. число врачебных ошибок в США за 2014-2015 гг. не уменьшилось и по неполным данным The Washington Post (03.05.2016)- газеты Вашингтон пост- от них погибли 251 тысяча человек (третья по важности причина в структуре смертности в США), больше чем от болезней органов дыхания, внешних причин, инсульта и от болезни Альцгеймера. Данные приведены по результатам исследования университета Джона Хопкинса под руководством профессора Мартина Макари. Согласно последним данным, поступившим из знаменитой клиники братьев Мейо (Mayo Clinic), только в 12% случаев диагноз при направлении в клинику совпадал с клиническим диагнозом. От врачебных ошибок ежегодно в США в той или иной мере страдают 1,3 млн. больных. В связи с этим в стране создана Глобальная инициатива по защите пациентов от ошибок применения

лекарственных средств (The Global Patient Safety Challenge on Medication Safety). В США сложилась деликтная система ответственности с судом присяжных и судебным определением виновности или невиновности врача. Там врач, как субъект права, получает лицензию в своем штате (фактически разрешение на деятельность (а ре-лицензирование проводит раз в три года профессиональное врачебное сообщество), сам страхует свою профессиональную ответственность и себя от возможных ошибок и судебных исков. В Канаде от врачебных ошибок страдает почти каждый третий пациент.

В Европе по данным Комиссара ЕС по вопросам здравоохранения каждый год в арбитражные суды поступают свыше 10 тысяч жалоб, в которых в 52% случаев определяются врачебные ошибки, на 25% связанные с хирургическими вмешательствами, на 10%- с послеоперационным лечением и диагностикой.

Всего за год в большинстве стран ЕС из-за медицинских ошибок страдают 15 млн. человек. Только в одной больнице г. Стаффорд (Великобритания) за три года из-за халатности врачей погибло почти 1200 пациентов. Всего же в Великобритании от врачебных ошибок страдает 22% пациентов, в Канаде-30%, а в Италии ежегодно не менее 90 тысяч пациентов. Если в целом по ЕС каждый десятый случай лечения наносит ущерб пациентам, то в Германии доля врачебных ошибок еще 10 лет тому назад была ничтожно мала- всего 0.35% от числа обращений к врачам. Правда, по имеющимся последним данным, за год в Германии сейчас совершается не менее 100 тысяч врачебных ошибок, от которых умирают почти 25 тысяч человек. Есть гипотеза о том, что это связано с наплывом в Германию мигрантов с их генетическими особенностями и краевой патологией, а также врачей из Восточной Европы и Прибалтики, в то время как врачи из Германии с охотой переезжали в Великобританию из-за меньшей чиновничьей бюрократизации и более высокой оплаты, оставляя свои рабочие места для мигрантов. В самой большой земле Германии- Северном Рейне- Вестфалии (9 млн. жителей, 50 тысяч врачей) с 1975 г. в соответствии с Земельным законом о врачебных профессиях функционирует Комиссия по врачебным ошибкам для выяснения претензий, проведения объективной экспертизы, выявления причин и принятия решений в составе отставного судьи, 8 юристов и 79 врачей. В результате 90% всех проблем и конфликтов решаются на досудебном (доделиктном) уровне, и это правильно, и только 10% дел попадают в суд. В Австралии до 80% случаев смерти в больницах обусловлены медицинскими ошибками. И, тем не менее, в Германии, равно как в США, Канаде, Великобритании, Швеции, Финляндии, Австралии, Новой Зеландии страхование от врачебных ошибок является обязательным. Если врач не является субъектом права, а наемным работником, то за него ответственность несет наниматель и медицинское учреждение. В Канаде из-за врачебных ошибок и их осложнений требуется дополнительно 1.1 млн. койко-дней, а 24 тысячи пациентов ежегодно погибают из-за допущенных ошибок. В Великобритании и Финляндии врачи назначали препараты со

множеством противопоказаний, в Италии ежегодно страдают от врачебных ошибок не менее 90 тысяч пациентов и там ведется следствие против 4 тысяч врачей и т.д. Под эгидой издания *The Lancet*- одного из известнейших и старейших британских медицинских журналов во многих странах провели оценку опасности постановки неверных диагнозов. Так, в Китае более чем половине (57%) пациентов назначали антибиотики в ситуациях, когда это не требовалось, в США от 16 до 70% гистерэктомий (ампутаций или экстирпаций матки) можно было бы избежать (на Тайване- 29% случаев, в Швейцарии- в 13%). Больше четверти больным заменили суставы без достаточных показаний в Испании (26%), свыше трети (34%) в США. ВОЗ заявляет об огромном числе лишних медицинских манипуляций, интервенций и операций. Так, более 6 млн кесаревых сечений делается в случаях, когда женщины могут родить самостоятельно, причем 3.1 млн таких случаев приходится на Китай и Бразилию. В период работы межправительственной комиссии Россия-США по научному и научно-техническому сотрудничеству (Комиссия Гор- Черномырдин) в России выполнялся совместный проект по качеству медицинской помощи. Оказалось, что в Твери при токсикозах беременным назначали до 12 препаратов в том числе, на всякий случай, антибиотики. Американские врачи пришли в ужас и удивились, как это женщины после такого лечения еще выживают. База данных по доказательной медицине четко показала, что в этом случае самым действенным (и самым дешевым) препаратом является сернокислая магнезия. Снижению частоты ошибок способствует применение доказанных мировой практикой медицинских технологий, т.е. доказательной медицины (*Evident Based Medicine*), в основу которой положены специальные и профессиональные исследования в рамках науки «клиническая эпидемиология», позволившей на больших научно-клинических данных статистически увязать применяемые технологии с результатами для пациентов. Этими исследованиями, еще раз подчеркнем, занимается специальный институт в Великобритании NICE- Национальный институт клинических предпочтений и шотландская научная группа SIGN, которые выдают рекомендации общего характера с числом голосов (позитивной вероятностью) за ту или иную группу методов. Указанные клинические рекомендации (*clinical guidance* или *clinical guideline*) по определению носят рекомендательный характер и используются странами, независимо от существующей в них модели здравоохранения, для разработки рекомендательных национальных медицинских стандартов. Затем эти стандарты преобразуются в утвержденные на местах локальные клинические протоколы, учитывающие имеющиеся конкретные возможности и последовательность (алгоритм) действий. У нас в стране разработка клинических рекомендаций (руководств) до недавних пор оказалась не нужной, да она и не была возможной, т.к. не получилось, как ранее замечено, исследовательской смычки между специалистами по аналитической статистике и клиницистами. Просто нужно было брать готовые и проверенные клинические рекомендации (руководства) за основу и

адаптировать их к нашим конкретным условиям и возможностям. Видимо, таким путем и пошло сейчас Министерство здравоохранения РФ. ВОЗ оценивает ущерб от ошибок в применении лекарственных средств в 42 млрд. долларов в год и ставит задачу в течение ближайших 5 лет сократить число таких ошибок на 50%.

В РФ в общей сети (и в железнодорожном здравоохранении тоже) исследования врачебных ошибок не проводились, хотя эксперты оценивают их число в 40-50 тысяч в год. Свыше трети опрошенных, т.е. 35% непосредственно (лично) или опосредованно (на примере близких людей) сталкивались с врачебными ошибками, и это в тех случаях, когда их можно было идентифицировать. Только за полугодие 2016 г. в следственные органы поступило свыше 2.5 тысяч сообщений о ненадлежащем оказании медицинской помощи, по которым возбуждено 419 уголовных дел, а от врачебных ошибок скончались 352 человека, в том числе 142 ребенка. На самом деле никто не знает, никто не занимается и никто не изучает влияние врачебных ошибок на смертность. В С-Петербурге в Государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова профессором В.Ф. Чавпецовым была создана сертифицированная компьютерная система, позволяющая классифицировать врачебные ошибки по степени тяжести и возможным последствиям, однако по ряду бюрократических проблем она не получила своего развития и распространения. Тем не менее, система выявления и регистрации врачебных ошибок в стране не налажена и потому за последний год обсуждается только 700 подобных случаев, зафиксированных в судах. Считаем, что систему В.Ф.Чавпецова можно вполне применить в условиях железнодорожного здравоохранения.

При поверхностном рассмотрении это значит, что врачи как будто ошибаются не чаще среднестатистического человека. По весьма формальным данным заинтересованного Федерального фонда ОМС дефекты оказания медицинской помощи встречаются в 10% случаев. Однако и эти данные весьма условны, поскольку зависят от договоренностей экспертов СМО и врачей ЛПУ, а Федеральный фонд ОМС и страховые компании намеренно занижают в отчетах число выявленных дефектов, поскольку за дефектами следуют штрафные санкции и полученная немалая прибыль. Это подтверждается результатами патологоанатомических вскрытий, показавших, что расхождения между прижизненными и посмертными диагнозами достигают 25%, а некоторые известные специалисты (Чучалин А.Г. и другие) частоту неверных диагнозов оценивают в 30%. А теперь, давайте посчитаем, во что это выливается. Если за год у нас госпитализируется порядка 40 млн человек (уровень госпитализации превышает 25% от всего населения), то 30% означают, что ошибки относятся более, чем к 10 млн стационарных больных. Конечно, все они не носят намеренный характер и далеко не все из них приводят к тяжелым и фатальным последствиям для пациентов. В нашей стране проблеме возможных медицинских ошибок уделяли большое внимание Н.И. Пирогов, С.П.Боткин, Н.В.Склифосовский, В.В. Вересаев (Смидович), И.В.

Давыдовский, Н.В. Эльштейн и другие. Например, профессор Эльштейн Н.В. в своей классической книге «Терапевты и специализация медицины» приводит данные о том, что участковые терапевты допускают те или иные ошибки (в обследовании, назначениях и т.д.) при общении с каждым вторым пациентом. Наиболее часто пациенты жалуются на неверно установленную группу инвалидности и на лекарства. Всего остального они не знают, не знают и то, что по рецепту врача лекарства им должны отпускаться бесплатно, поскольку они входят в стандарты оказания медицинской помощи и в программу государственных гарантий по оказанию бесплатной для населения медицинской помощи. Причины врачебных ошибок большей частью связаны с системными, организационными недостатками.. К ним относятся неправильная и неэффективная организация медицинской помощи, значительное снижение ее доступности, развитие платных услуг и ползучая коммерциализация здравоохранения, значительный дефицит кадров (в поликлиниках не хватает 40% специалистов), большей частью искусственный при нерациональных соотношениях между врачами разных специальностей, между врачами и средним медперсоналом, отсутствие действенной профилактики, недостаточный уровень качества, кроме отдельных продвинутых клиник, и т.д. Совсем как по мировым классическим работам по качеству, в том числе по публикациям Ханну Вуори и др. Однако, есть и немало ошибок и дефектов в работе, непосредственно связанных с врачами: непрофессионализм, халатность и нередко отсутствие врачебной этики и морали. В этом отношении нам гораздо ближе отношение к пациентам в Европе, чем в США. Сейчас в России ставится задача обязательного страхования от врачебных ошибок, однако что такое врачебная ошибка и как ее идентифицировать, пока до конца юридически не установлено. Скорее всего, это понятие профессиональное и этим должны, как и в развитых странах, заниматься профессиональные медицинские сообщества, но пока в нашей стране они не совсем готовы к этому. Если есть желание провалить медицинские ассоциации у нас, то тогда стоит их нагрузить общепринятыми в мире функциями (ре- лицензирование, разработка медицинских стандартов, обеспечение качества, снижение частоты врачебных ошибок, повышение квалификации персонала и т.д.), к чему они пока как раз и не готовы и с чем они явно не справятся. Теперь, по решению Верховного суда, за неправильный диагноз будут платить врачи, и не пациенты будут доказывать в суде наличие допущенных врачами ошибок, а врачи будут доказывать свою правоту перед судом. С этим согласиться сложно, т.к., во-первых, исковый заявитель по логике должен доказать вину врача, а, во-вторых, лучше вообще не доводить дело до суда. В стране не ведется учет (статистика) врачебных ошибок, не проводились и соответствующие полномасштабные исследования. Этими вопросами нужно будет заниматься в ближайшее время с тем, чтобы обезопасить пациентов и защитить врачей. Эта проблема является далеко не последней и для железнодорожного здравоохранения, хотя при этом жалоб на медицинскую помощь гораздо меньше, чем в общей сети. Для иллюстрации приведем

несколько из последних примеров судебной практики. Только с помощью суда удалось привлечь к ответственности врачей московской ГКБ №71, забывших в брюшной полости салфетку после грыжесечения, а также руководителя отделения ФГУ по отоларингологии за большие взятки. Однако, есть случаи летальных исходов вследствие врачебных ошибок. Одним из нераспознанных фактором врачебных ошибок частично является вербальная грубость со стороны пациентов и медперсонала, нередко в последнее время выходящая за пределы словесной перепалки. Смешно сказать, но по разработанным Минздравом РФ медицинским стандартам лечить было нельзя; в лучшем случае и с большой натяжкой их можно использовать для экономических расчетов, например, в больницах. В этих стандартах полностью отсутствуют медицинские технологии и последовательность действий. А не получились стандарты потому, что они должны базироваться на серии многочисленных исследований, статистически увязывающих результаты лечения с применяемыми технологиями (клиническая эпидемиология), как это делается на международном уровне. Речь идет об упомянутых выше английском институте NICE и шотландской системе SIGN, профессиональными разработками которых пользуются во всем мире. Осознав это, Минздрав РФ несколько лет тому назад прекратил все работы по разработке медицинских стандартов и по улучшению качества медицинской помощи, видимо, уповав на применение современной дорогостоящей техники. Уже много раз министр здравоохранения РФ признавалась в том, что медицинские стандарты представляют собой преysкурант объемов и цен и не могут быть использоваться в клинических целях для ведения больных. Однако, в ноябре 2016 г. Минздрав РФ заявил, что меняет порядки оказания медицинской помощи и вместо жестких медицинских стандартов будут использоваться гибкие и не столь жесткие клинические рекомендации, не отдавая себе отчет о том, что они собой представляют, как и где разрабатываются и как должны внедряться в практику. И уже в январе 2017 г. Минздрав РФ (т.е. чиновники, не ученые и специалисты), по заявлению министра Скворцовой В.И. должен завершить работу по подготовке национальных клинических руководств, создав для этого новую типовую модель. Теперь критерии качества медицинской помощи (более 450 показателей) с интегральными баллами, национальные (не локальные, как должно быть) клинические протоколы лечения наряду с созданием врачебных комиссий в каждой медицинской организации для осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности станут обязательными для всей страны, что, естественно, потребует значительного увеличения отчетной деятельности. А когда врачам работать? Как правильно считает А.Саверский (2017), для объективизации правильности диагностики и лечения необходимо всю судебно- экспертную работу подчинить также и Министерству юстиции., поскольку пока так называемая «независимая» экспертиза защищает корпоративные интересы. Приказы Минздрава РФ №422- н от 07.07.2015 г. и № 520-н от 15.07.2016 г., содержащие перечни показателей качества

отменены и вместо них появился новый Приказ Минздрава РФ №203-н от 10.05.2017 г. с обновленными критериями оценки качества медицинской помощи по группам заболеваний, по условиям и месту оказания медицинской помощи, по ее своевременности и т.д. Такая чехарда приказов на одну и ту же тему свидетельствует о неподготовленности Минздрава РФ к решению проблем качества и о чрезмерной поспешности в желании угодить руководству страны. Нужно согласиться и с другим предложением А.Саверского, об исключении статей, относящихся к врачам, из Уголовного кодекса. Нечего приравнивать врачей к уголовникам. Другое дело- административный кодекс, штрафы, направление на досрочное усовершенствование, лишение лицензии, страхование врачебной ответственности и т.д. Целесообразно ввести систему отбора к врачебной профессии и наставничество со стороны опытного врача-эксперта. К этому вопросу мы еще вернемся. Выявлен еще один юридический казус в виде расхождения о бесплатности для пациентов медицинской помощи в Конституции РФ и в Федеральном законе №323-ФЗ, в котором говорится, что бесплатная помощь оказывается только в пределах госгарантий, о чем пациенты не обязаны знать. И чего в Конституции РФ нет. Таким образом, стоит еще раз подчеркнуть, что в отечественном здравоохранении нужно не дыры латать, а проводить коренные преобразования, подчинив все интересам пациентов.

В развитых странах мира диплом лишь свидетельствует о получении базового высшего медицинского образования, но не дает право на занятие непосредственной клинической практикой до получения разрешения на медицинскую деятельность, т.е. лицензии. Иначе говоря, там лицо с дипломом о высшем медицинском образовании к больным сразу не подпускают. А в промежутке между дипломом и выдачей лицензии выпускник является стажером и работает с пациентами под контролем опытного наставника, имеющего соответствующую лицензию.

Сертификат- это документ, подтверждающий прохождение обучения, и свидетельствует о том, что обучавшийся стал специалистом, но без права заниматься самостоятельной клинической практикой, для чего обязательно нужна лицензия. Аккредитация в мировой медицинской практике- это по существу проверка условий работы лицензионного врача. Эта проверка осуществляется в соответствии с разработанными требованиями и критериями. Она является для больниц добровольной, но носит обязательный оттенок, поскольку, например, в США, ни одна страховая организация не заключит договор о медицинском обслуживании своих застрахованных пациентов с не прошедшей аккредитацию больницей или медицинской практикой. Аккредитация развивалась постепенно, о чем свидетельствуют ее этапы.

1. В 1910 г. врач Э. Кодман (США) предложил оценить результаты системы больничной стандартизации
2. 1913 г. – основан американский колледж хирургов (АКХ)
3. 1917 г. – АКХ разработал стандарты для больниц

4. 1918 г. – начало проверки больниц по этим стандартам, 13% из них им соответствовали
5. 1926 г. – первое руководство по аккредитации (США)
6. 1951 г. – Американская медицинская ассоциация,, Американская больничная ассоциация создали объединенную комиссию по аккредитации (ОКА)
7. 1953 г. – ОКА представила вариант стандартов для аккредитации больниц
8. 1959 г. – Комиссия по медицинской аккредитации вышла из ОКА и создала собственную аккредитационную организацию
9. Сейчас ОКА – лидирующая в мире организация. Только в США ее оценочными программами охвачены 20.000 медицинских организаций

ОКА- это Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals с центром в Чикаго разработала и постоянно совершенствует требования к аккредитации и этим процессом охватила многие страны мира. Даже в России есть несколько частных клиник, прошедших международную аккредитацию и имеющих соответствующий документ. Наиболее распространенными и признаваемыми в мире являются аккредитационные системы Канады (Канадский совет по аккредитации служб здравоохранения) и США (Объединенная комиссия по международной аккредитации учреждений здравоохранения). Аккредитация является добровольной и осуществляется в 2 этапа: самооценка учреждения внутренними экспертами и внешняя экспертиза условий работы. При этом, как правило, проводятся специальные социологические исследования, опрашиваются пациенты и медицинские работники

Лицензия- это специальное разрешение на осуществление конкретного вида медицинской деятельности, выданное уполномоченным на то органом. Она дает право юридическому или физическому лицу заниматься определенным видом деятельности. Поскольку деятельность осуществляют не столько учреждения, здания, медицинская техника и т.д. сколько люди в них работающие (в нашем случае- врачи), то они, в основном, и должны получать разрешение на деятельность, без привязки к какому-либо конкретному медицинскому учреждению. Считается, что если врач без лицензии, то пациент без гарантии. У нас в стране лицензию на деятельность в соответствии с Федеральным законодательством получает медицинское учреждение, независимо от форм собственности, что противоречит любой логике. А деятельность осуществляют не здания и аппаратура, а люди- врачи и медсестры. Так, например, больница имела разрешение на производство аппендэктомии, а врач, ее делавший, уволился. Больных туда продолжают направлять. Кто в ответе?

Далее, врача без лицензии защищать трудно, трудно и страховать его профессиональную деятельность. У водителей лицензия- это права, т.е. разрешение на вождение, но ведь ее не выдают на автомашину. В разных странах медицинскую лицензию нужно подтверждать в срок от 1 до 5 лет,

оптимально- через 3 года, т.к. именно за этот период обновляется медицинская информация. Для подтверждения лицензии врач должен:  
 -доказать, что он владеет всей информацией по проблеме и знает о новых, доказанных и разрешенных клинических методах, а также применяет их на практике.

-иметь сертификат специалиста, подтверждающий его обучение на курсах усовершенствования

-предоставить документ об образовании и справку о физическом и психическом здоровье.

-набрать нужное число баллов (по 50 в год) за участие в конференциях, семинарах, публикации и т.д..

Таким образом, лицензия выдается на определенный период и может действовать в пределах одной страны или территории (в США – в пределах одного штата)

За рубежом не может быть врач какой-то категории, как у нас, он либо имеет лицензию и работает, или ее не имеет. Повторное лицензирование при этом проводится профессиональным врачебным сообществом. Кстати, многие профессиональные медицинские ассоциации, например норвежская, получают на это бюджетные средства, там за многочисленные ошибки могут направить врача на усовершенствование или отозвать у него лицензию, Врач, имеющий лицензию, является субъектом права, самостоятельно хозяйствующим субъектом. И даже если частнопрактикующий врач общей практики работает на контракте с государственным органом, он имеет полное право распоряжаться без согласования выделенными ему финансовыми средствами и другими ресурсами. Врач-субъект права может самостоятельно страховать свою профессиональную деятельность, т.е. страховать себя от возможных ошибок. Обзор лицензирования врачей в Европе выполнен под эгидой ВОЗ. В нем по каждой стране представлены законодательная основа лицензирования врачей, критерии, порядок и периодичность лицензирования, необходимое образование, лицензионный орган, требования к врачам, проходящим лицензирование, в т.ч. получивших квалификацию за пределами этой страны.

В нашей стране все врачи, работающие в государственных медицинских учреждениях, являются объектами права, т.е. наемными работниками и за них несет ответственность либо учреждение, либо наниматель и они же должны страховать врача от возможных ошибок. Если, наконец, будет правильно организована первичная медико-санитарная помощь и общая врачебная практика, то тогда может и у нас появиться врач-субъект права. В частных клиниках ситуация может отличаться.

Медицинский стандарт, как правило, является обязательным для исполнения. Некоторые стандарты должны быть законодательно регламентированными и жестко исполняться (бактерийные и вирусные препараты, вакцины и сыворотки, производство лекарств и изделий медицинской техники и т.д.).

В конечном итоге медицинские стандарты, разрабатываемые на основе клинических рекомендаций, демонстрируют критерии качества, как обязательные, так и желаемые, которые необходимо достичь в процессе медицинской деятельности. Как правило, медицинские стандарты устанавливаются на результаты (!) применения разных технологий. Объем и перечень медицинских услуг не может быть объектом стандартизации.

В Великобритании разработан перечень индикаторов качества для характеристики доступности медицинской помощи. При этом каждый индикатор имеет свой диапазонный (от и до) стандарт. Приведем некоторые из этих индикаторов.

- Соотношение пациентов, ожидающих операцию и госпитализированных
- Ожидание плановой операции свыше 6 и 12 мес.
- Частота отмены операции
- Продолжительность ожидания плановой операции
- Задержка выписки
- Ожидание приема амбулаторными пациентами
- Ожидание скорой помощи и БИТ
- Ожидание пациентами ИБС коронарографии, реваскуляризации
- Ожидание онкологическими больными начала лечения от момента постановки диагноза

При этом, как подчеркнуто ранее, для каждого индикатора имеется свой стандарт по количеству или по времени, что позволяет выявлять узкие места и улучшить качество медицинской помощи. Из оценок результатов по каждому пациенту складывается оценка деятельности отдельных врачей, отделений, учреждений и служб. Только в качестве примера можно привести некоторые индикаторы результатов, применимые к нашим территориальным условиям (конечно же, при наличии к ним стандартов):

- доля выздоровевших (полностью или частично) из числа острых больных по отобраным нозологиям
- доля лиц с функциональной стабилизацией из числа хронически больных
- доля предотвращенных случаев перехода острых заболеваний в хронические
- доля пациентов, перешедших в разные категории диспансерного учета (по 5-ти групповой системе)
- доля предотвращенных случаев обострений и осложнений у хронически больных
- процент расхождения диагнозов (при направлении, поступлении, клинического, при выписке, патологоанатомического)
- доля больных в терминальном состоянии, инкурабельных больных и больных, направленных на консультацию и экспертизу
- летальность
- доля пациентов, удовлетворенных медицинской помощью и т.д.

Для того, чтобы использовать подобного рода оценочные показатели придется серьезно изменить медицинскую статистику, которая создавалась в

1920-ые годы и по требованию заместителя председателя Госплана академика С.Г.Струмилина (Струмилло - Петрашевич) была ориентирована на учет ресурсов, что тогда было важно, а не результатов деятельности.

При обеспечении качества медицинской помощи можно выделить несколько аспектов:

1. Клинические
2. Организационно-управленческие
3. Экономические
4. Правовые

Клинические аспекты состоят в применении адекватных и доказанных клинико-организационных технологий, основанных на принципах доказательной медицины и международных стандартах ИСО серии 9000.

Организационно-управленческое обеспечение качества включает в себя:

- поддержку медицинских технологий необходимым ресурсным обеспечением (кадровые, материально-технические, информационные ресурсы)
- профилактику и возможно раннее выявление заболеваний
- качественную и своевременную диагностику
- отработку маршрутов движения пациентов
- четкую организацию этапности медицинской помощи и взаимодействия между ЛПУ и другими службами
- обучение руководителей и врачей, работу в команде
- аккредитацию медицинских учреждений и лицензирование медицинских работников

Под экономическим обеспечением качества понимается:

- расчет стоимости клинических технологий (имеются разные методические подходы)
- сравнение со стоимостью при традиционных подходах
- экономический анализ (затраты- результаты):

а) минимизация затрат (cost-minimization analysis)

б) анализ результативности затрат (cost-effectiveness analysis)

в) анализ выгодности затрат (cost-benefit analysis)

г) анализ полезности затрат (cost-utility analysis)

Правовое обеспечение качества предполагает:

- правовую поддержку клинико-организационных технологий
- защиту безопасности и прав пациентов
- защиту прав врачей
- предупреждение врачебных ошибок, систему слежения за врачебными ошибками и их последствиями
- страхование риска профессиональной врачебной деятельности (деликтная, т.е. с доказательством вины, и неделиктная системы).

Перечень статей, по которым можно привлечь врача к уголовной ответственности (УК – ст. 109, 118, 122 ч.1., 122 ч. 4, 123, 124, 233, 235, 236, 237, 293).

Поставленная Президентом РФ на заседании Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам задача создать современную систему здравоохранения на всех уровнях в стране в соответствии с самыми высокими мировыми стандартами требует применения специальных знаний, комплекса усилий и, в некотором смысле, смены курса, намеченного пока для развития здравоохранения. А проблемы нехватки врачей, взаимоотношения врачей и пациентов, квалификации врачей и некоторые другие во многом зависят от их стимулирования, от подготовки врачей и их последипломного образования.

Полноценное и качественное образование (додипломное и последипломное) позволяет в определенной мере может гарантировать на перспективу качество медицинской помощи. Еще в школе нужно детей воспитывать на гуманистических началах, учить их культуре, логике и психологии. Однако, прежде всего необходимо ввести рекомендательную систему отбора к медицинской деятельности. Ведь даже сданные на отлично вступительные экзамены не гарантируют, что из абитуриента может получиться хороший врач. А плохие нам не нужны. Если человек в детстве, к примеру, мучил кошек и привязывал к их хвостам консервные банки, то из него в лучшем случае получится патологоанатом. Поэтому перед вступительными экзаменами должно быть тестирование на проверку человеческих качеств, присущих врачу. Ведь успешно сданные вступительные экзамены - не гарантия того, что из абитуриента получится хороший врач. А плохие врачи нам не нужны. Это же относится не только к врачу, но и к педагогу, и к юристу, т.е. к тем профессиям, которые имеют непосредственное дело с людьми и где цена ошибки особенно социально значима и отражается на жизни и судьбах людей. Это будет способствовать правильному выбору специальности ибо 29% выпускников медицинских вузов потом не идут в медицину, случайно выбрав вуз для получения высшего образования. О важности такого отбора свидетельствует пример с иркутским врачом скорой помощи, на кровавом счету которого оказалось 13 человек. И, кстати, он в детстве тайно мучил и вешал кошек. Необходимо от попредметного обучения перейти к проблемно-предметному, больше уделять внимания развитию клинического мышления в норме и патологии, ввести в число образовательных предметов вопросы качества медицинской помощи, включая международные стандарты ИСО, а также клиническую эпидемиологию и доказательную медицину. Нужно учить психологическим аспектам взаимоотношению с пациентами и тогда выпускники смогут обеспечить более высокий уровень качества. Это же касается и непрерывного последипломного образования с дополнительным обучением, со стажировкой на рабочем месте, с 2-х и 3-х звеньевой системой, с системой наставничества и т.д.

Таким образом, чтобы повысить качество медицинской помощи нужно проделать следующее:

- однозначно понимать, что качество медицинской деятельности и качество медицинской помощи- разные понятия по объекту приложения, по методам, средствам, индикаторам и ожидаемым результатам
- перейти от оценки и контроля качества к его обеспечению и управления им
- внедрить в клиническую практику международные стандарты ИСО серии 9000 и доказательную медицину.
- руководствоваться триадой Донабедиана, начиная процесс с конца, с результатов, и в случае их не соответствия разбираться в выбранных технологиях и ресурсном обеспечении.
- использовать профессионально разработанные клинические рекомендации (руководства) для разработки национальных медицинских стандартов (на результаты) и в последующем локальных клинических протоколов
- перейти на международные порядки аккредитации и лицензирования
- внести необходимые изменения в образовательный процесс, в отбор и подготовку медицинских кадров
- повысить роль среднего медицинского персонала
- совершенствовать научное, клиническое, организационное, экономическое и правовое обеспечение качества медицинской помощи.

В системе железнодорожного здравоохранения России проблемам улучшения качества медицинской помощи всегда уделялось большое внимание. Однако сейчас с появлением новых подходов, связанных с применением доказательной медицины и международных стандартов ИСО-9000, с развитием и распространением сети Интернета, обеспечивающего доступность к огромному массиву мировой полезной информации, системы телекоммуникаций вообще и телемедицины, в частности, создаются новые возможности для более качественной медицинской помощи, соответствующей уровню лучших мировых стандартов. Медицинская помощь может считаться качественной, если выбрана наиболее эффективная (с точки зрения затрат и результатов) технология из числа доказавших свою высокую клиническую результативность для большой группы пациентов. С другой стороны, выбор самой эффективной из возможных технологий осуществляется с учетом получения лучших результатов для пациентов. Именно поэтому стандарты должны устанавливаться на результаты. При этом не допускается экономия средств для лечения пациентов в ущерб другим характеристикам качества- доступность, безопасность и другим.

#### **4.2.Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП): что это такое?**

При разработке стратегии развития системы охраны здоровья и оказания медицинской помощи на железнодорожном транспорте, как и в любом другом виде транспорта, нужно иметь в виду следующие приоритетные направления:

- значительное улучшение здоровья работающих и резкое снижение потерь в здоровье путем повышенного внимания ко всем аспектам охраны здоровья

-здоровье членов семей железнодорожников, детей и женщин детородного возраста

-массовая социальная (первичная) профилактика болезней, медицинское обеспечение безопасности движения поездов

-широкое развитие первичной медико-санитарной помощи и ее институциональной основы- общей врачебной практики

В развитых странах мира основой всего здравоохранения является первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), от правильно организованной деятельности которой зависит эффективность, т.е. соотношение результатов и затрат, всех остальных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и медицинских служб. Это ключевая проблема здравоохранения и поэтому ПМСП во всем мире является приоритетом №1. Однако государственные органы в России по-прежнему отдают предпочтения центрам высоких медицинских технологий и стационарной помощи в целом, не понимая, что ведущие проблемы лежат в сфере организации здравоохранения и, в частности, в ПМСП, от степени развития которой частично зависит здоровье и удовлетворенность пациентов, эффективность всех последующих уровней здравоохранения и целесообразность государственных затрат. Фактически вся система охраны здоровья начинается с профилактики и ПМСП и заканчивается медицинским уходом и паллиативной медицинской помощью. Недавно Минздрав РФ подготовил законодательную базу для ведения реестра паллиативных пациентов в виде поправок к ФЗ №323. Однако, пополнение этого реестра может не поспевать за краткосрочностью оказания паллиативной медицинской помощи. Проблемой развития ПМСП и общей врачебной практики можно заинтересоваться после ознакомления с отечественной военно-медицинской доктриной, познав суть комплексной работы на врачебном участке, а также изучив положительный отечественный и зарубежный опыт.. Несмотря на прилагаемые усилия, в стране, да и в мире тоже пока еще не сложилось целостное представление о том, как правильно должна быть организована ПМСП, какая ее модель является наилучшей, хотя в отдельных странах смогли к ней приблизиться по отдельным аспектам. Наиболее продвинутым в нашей стране в этом отношении оказалось железнодорожное здравоохранение, в котором участковые врачи на линии были специалистами на все руки.

В последнее время значение ПМСП стало по касательной доходить и до общей системы здравоохранения вместо приоритетного развития дорогостоящих центров высоких медицинских технологий и приобретения сложной, дорогой и требующей постоянно расходных материалов и систематического обслуживания медицинской техники, для чего соответствующим приказом Минздрава РФ создана группа для разработки основных положений ПМСП. Данный приказ, равно как и приказ Минздрава РФ « Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (детство было исключено по настоянию профессора Рошала Л.М.), как и разработанные медицинские

стандарты, полностью не соответствующие уровню и задачам ПМСП, появился в развитие не совсем проработанного ФЗ №323-ФЗ (статья 32).

Этому предшествовали проведенные в 1990-е годы в разных регионах РФ соответствующие проекты ТАСИС по ПМСП (С-Петербург, Самара, Екатеринбург, Карелия, Московская и Белгородская области и другие), Екатеринбургская программа «Земский врач», принятый в Карелии закон о ПМСП. Однако, к сожалению, правильного понимания того, что на самом деле должна представлять собой ПМСП, ни в Минздраве РФ, ни в стране в целом до сих пор нет, о чем свидетельствуют разработанные федеральная программа «Земский доктор», которая продлена до 2017 г., московская частная программа «Доктор рядом», проект частной компании «Группа Евромед» под названием «Полис. Участковые врачи», целая серия приказов, инструкций и публикаций. В достаточно продвинутой частной московской клинике Global Medical System (GMS-clinic), имеющей основательные международные контакты, семейные врачи стажировались в США, и потому они лишь частично представляют себе действительный объем и характер, в основном, лечебной работы в ПМСП. Дело в том, что в США имеются далеко не лучшие примеры общей врачебной практики, гораздо лучшие образцы представлены в Великобритании, Нидерландах, Испании и даже в скандинавской модели. И все равно, все они, независимо от привлечения бюджетных или частных средств, сводятся к созданию офиса и направлению туда врача, который должен вести первичный прием больных без учета современных представлений о ПМСП, о том, какой там должен быть врач, с какими знаниями и какой подготовкой, чем он и персонал ПМСП должны заниматься и т.д. А в понимании GMS-clinic ВОП или семейный врач это, прежде всего, менеджер здоровья человека (а не организатор ПМСП) и отличный диагност, что, по-моему, неплохо, но не обязательно. Даже в период (спокойные 2004-2006 гг.) выполнения проекта ТАСИС по разработке медицинских стандартов в первичной медико-санитарной помощи, в том числе в трех областях Украины (Харьковская, Житомирская и Полтавская) с участием большой группы международных экспертов, ПМСП не была представлена в полном виде. Фактически ПМСП- это совсем иная медико-социальная психология и другая, непривычная для нас, но более эффективная форма организации медицинской помощи. В медицинских ВУЗах нас учили, не только тому, что истории болезни пишутся для прокурора, но и тому, что главное- это поставить правильный диагноз, а затем подобрать адекватное лечение, в том числе методом проб и ошибок, поскольку доказательная медицина тогда еще не появилась.

Для того, чтобы поставить правильный диагноз и выверить его нередко приходится больного направлять на дополнительные обследования и уточняющие консультации. На это уходит время, а ведь развитие болезни на этот период не останавливается. Поэтому в своей клинической деятельности врач общей практики является не нозологическим, а синдромальным врачом, и начинает решать проблемы пациента с первого же контакта с ним, еще до постановки диагноза. Например, снять боль в спине, а затем разобраться в

причинах этой боли. Больной ведь не скажет, что у него язвенная болезнь, а сошлется на синдроматику, например, на голодные ночные боли, успокаивающиеся после дробного приема пищи. Поэтому медицинские стандарты и клинические протоколы на ведение пациентов в ОВП должны начинаться с наиболее часто встречаемых синдромов (а таких- не больше 25). Кстати, врачам клинических специальностей (а уж тем более экономистам, финансистам и математикам) самой сути ПМСП не понять и никогда не прочувствовать из-за лечебно-диагностических шор на глазах и приверженности к более ясной стационарной помощи, что подлежит формальному пониманию с позиции теории массового обслуживания с ее потоком заявок и приборами их обслуживания. Это значительно суживает кругозор и не способствует системному медико- организационному мышлению. У них вроде с логикой все правильно и достаточно просто: есть больной с жалобами и диагнозом и его нужно лечить. А для этого нужен врач. Между ними возникают какие-то отношения. В качестве примера приведем известного, весьма грамотного, опытного и эрудированного врача и телеведущего профессора Л. Мясникова, которого иногда ошибочно заносит в медико-организационные дебри.

И это же четко прослеживается на примере действующего Федерального закона № 323-ФЗ, в котором ПМСП делают то доврачебной, то специализированной (противоречия в статье 13, п.19 и в статье 31, п.5) и потому статьи 31 и 32 являются ошибочными. В приказе Минздрава РФ № 543 от 15 мая 2012 г. с изменениями от 30 сентября 2015 г. об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению перепутаны представления о ПМСП, в частности, в п.10 говорится о первичной доврачебной медико-санитарной помощи (хотя ПМСП всегда является врачебной), о первичной специализированной медико-санитарной помощи, что свидетельствует о том, что в Минздраве РФ под ПМСП ошибочно понимают всю амбулаторно-поликлиническую помощь. Между тем, это совершенно разные вещи и согласно принятым мировым канонам, вся врачебная помощь делится на ПМСП (или амбулаторную помощь общего типа) и на специализированную (амбулаторную и стационарную), включая высокотехнологичную дорогостоящую помощь. В разработанных Минздравом РФ для уровня ПМСП медицинских стандартах есть немало относящихся к конечной стадии различных онкологических заболеваний. Кроме того, в перечне критериев качества оказания медицинской помощи, разработанным Минздравом РФ, содержатся практически невыполнимые требования постановки предварительного диагноза уже при первом контакте врача с пациентом и противоречивые требования в отношении постановки окончательного диагноза амбулаторному пациенту в 10-дневный срок. Во-первых, ВОП- это не нозологический врач и при первом контакте он ориентируется (и это правильно) на синдроматику. Во-вторых, а как быть с периодическими медицинскими осмотрами (но не с их приписками), так как Минздрав РФ намерен использовать кратковременный и разовый осмотр для изучения

заболеваемости, что требует постановки окончательного диагноза при первом же контакте. Разве можно за один кратковременный контакт поставить такие диагнозы как диабет, рак, гипертония, язвенная болезнь и другие? Или, что еще большая нелепица, заболеваемость определять по предварительным диагнозам, установленным при периодических профилактических осмотрах. В приказе Минздрава Московской области № 1718 от 17.08.2016 г. «Об организации работы кабинетов врача общей практики (семейного врача) в государственных учреждениях здравоохранения Московской области» подчеркнуто, что ОВП является обособленным структурным подразделением, утвержден минимальный набор оборудования, приведен рекомендуемый набор помещений вне основного медицинского учреждения. Наряду с позитивными положениями данного приказа, следует отметить, что в нем ничего не говорится о ПМСП и, как всегда, ВОП рассматривается лишь с лечебных позиций без представления сути его подготовки и особенностей работы. Существует также ошибочная точка зрения о том, что ликвидировать дефицит врачей в первичном звене можно с помощью изменения тарифной политики Минздрава. В свое время участковым терапевтам несколько раз повышали зарплату, но это не приводило к улучшению всей работы. Значит, нужно решать проблемы организации ПМСП, подготовки кадров, повышать заинтересованность и значимость ПМСП, готовить для врачей социальный пакет преференций.

В условиях стационара, согласно приказу Минздрава РФ, предварительный диагноз должен быть установлен в течение 2 часов от момента госпитализации, а окончательный- не позднее 3-х суток. А больным, госпитализированным по экстренным медицинским показаниям, окончательный диагноз должен быть установлен в 24 часа. За это время больной, нуждающийся в срочной помощи, пока ему будут ставить диагноз, может умереть. Ранее учитывалось время до 6 часов от начала заболевания, а не от сроков госпитализации, что далеко не одно и то же. Первый раз заведующий отделением по приказу может осмотреть в палате поступившего больного на 2-е сутки, т.е. существовавший ранее ежедневный обход отменяется, также как осмотр при поступлении в отделение с соответствующими назначениями. Теперь вот предлагается перевести онкологических пациентов из стационаров в поликлиники. Самый тяжелый контингент больных пытаются перебросить на амбулаторную помощь. До этого додумались умники из попечительского совета Минздрава РФ. Понятное дело, насовали в поликлиники Москвы и С-Петербурга простаивающую там аппаратуру для больниц, а теперь думают, как ее использовать. Ранее Минздрав даже додумался до того, чтобы больные в терминальных стадиях рака находились бы под наблюдением врачей ПМСП, хотя они нуждаются в паллиативной медицинской помощи. В Москве постоянно придумывают совершенно нелепые новации в здравоохранении. Вот и сейчас вводят врачей «дежурных по здоровью». В Москве уже как бы подготовлено 3000 врачей общей практики, не понимая того, что задача этих врачей состоит в заботе о здоровье, а в плане диагностики и лечения- это

синдромальный врач, требующий особой подготовки. Гордость московской медицины состоит в том, что скарая медицинская помощь является самой быстрой в Европе. Вот, если бы самой качественной и результативной !

Вот и получается, что ранее технологический уровень развития медицины и ее возможностей в стране был гораздо ниже, чем сейчас, а организация медицинской помощи была лучше, поскольку ею занимались не дилетанты (как сейчас), а профессионалы. Тем более, что в здравоохранении существует выраженная специализация и врач-проктолог, скажем, не будет лечить болезни сердца. Так почему же считается, что каждый врач должен что-то понимать в совершенно отдельной и самостоятельной специальности- в общественном здоровье и в организации здравоохранения. Ведь не каждый болельщик-любитель может быть футбольным тренером. Более того, Минздрав РФ пытается медицину как науку, искусство (т.е. умение мыслить клинически в непростых ситуациях) и ремесло свести только к ремесленническим навыкам и уложить их во временное прокрустово ложе медицинских стандартов, регламентируя во времени каждое действие. К качеству помощи, на что поначалу рассчитывал Минздрав РФ, эти регламенты не имеют никакого отношения. Такие ограничения могут лишь вызвать неприятие со стороны врачей и их отток из специальности или мест работы. Такое мнение существует во властных структурах и среди медицинских чиновников разного уровня, к большому сожалению.

Для того, чтобы привлечь врачей к работе в ПМСП используются, в основном, финансовые механизмы, а не профессиональные интересы. Например, в действовавшем ранее приоритетном проекте «Здоровье» предусматривалось повышение зарплаты врачам первичного звена (участковым терапевтам, участковым педиатрам и ВОП) на 10 тысяч рублей, а работающим с ними медсестрам на 5 тысяч рублей, видимо, совершенно необоснованно рассчитывая на переток кадров из специализированной медицинской помощи в первичное звено. Но оказалось, что не едиными деньгами жив человек, хотя это важно.

Особенно это следует из неправильно названной программы «Земский доктор» (земства как эффективной системы местного самоуправления, к сожалению, давно нет), на реализацию которой выделены немалые средства. Согласно не вполне грамотного ФЗ №326 (часть 12 статьи 51) врачам до 50 лет, прибывшим работать на село или в поселок (например, железнодорожный), должна быть осуществлена единовременная выплата в 1 млн. рублей, 60% из которой выделяет фонд ОМС, остальные- местный бюджет. Наивно предполагалось, что таким образом можно решить проблему дефицита врачей в сельской местности, где проживает почти 26% населения страны. Некоторые из врачей, купившиеся на завлекающие обещания, утонули в судах, добиваясь положенных выплат. Другие врачи, получив деньги и увидев условия работы, сбежали в города и областные центры, надеясь там получить работу. Даже обещание после двух лет работы врачами общей практики дать им направление в ординатуру и разрешение дежурить на дому не смогло их остановить. И только небольшая доля врачей

закрепилась в сельской местности. По весьма оптимистичным оценкам число всех врачей на селе (не только в первичном звене) за 5 лет с 2011 г. возросло на 21.5%, что крайне недостаточно, особенно на фоне их тотального дефицита. Это все произошло по многим причинам, среди которых главная – это желание откупиться от проблем пациентов и врачей вместо того, чтобы ими систематически заниматься и создать профессиональную привлекательность в правильной организации ПМСП, работать в которой, как и во многих странах, должно быть престижно. Ведь врач общей практики по своей сути это ключевой и основной врач для пациентов. Вместо подъемных, помощи в переезде, в предоставлении жилья, оплаченных коммунальных услугах, помощи в развитии приусадебного хозяйства, льготного кредитования, создания условий для повышения квалификации и творческого роста врачей, поддержки детей врачей, создания условий для интересной профессиональной деятельности и творческого профессионального роста и т.д. предусмотрено разовое выделение 1 млн. рублей, а всем остальным врач должен заниматься сам. Тем самым государство как бы откупается от значимой для страны проблемы. Точно также государство откупилось материнским капиталом от беременных вместо систематического, комплексного и длительного решения проблем материнства и детства; ведь легче и проще осуществить разовые выплаты, чем систематически заниматься матерями и их детьми. Аналогичным образом с социально-экономической поддержкой необходимо решать проблему дефицита среднего медперсонала. В последнее время свыше 1000 врачей привлечены к работе в Подмосковье, в том числе 250 участковых терапевтов. А это значит, что они убыли из других территорий и такое вот перетягивание канатов проблему дефицита врачей в стране не решит.

В целом на программу «Земский доктор», действующую с 2012 г., планируется на ближайшие три года выделение 3.2 млрд. рублей, однако компенсационные выплаты врачам предполагается значительно сократить. Оплата по программе на 60% осуществлялась из федерального бюджета и на 40% из бюджета регионов, где средств для этого практически нет. Программа оказалась почти полностью провальной.

Аналогично провалилась программа привлечения врачей на село за достаточно приличную сумму в 15 тысяч евро в Эстонии, что несколько больше 1 млн. рублей. По эстонской программе врач должен проработать в выбранном месте 5 лет на полную ставку без права подработки в других медицинских учреждениях, а в случае смены места работы – вернуть все полученные средства в полном объеме. Однако с 2012 г. никого из молодых врачей не удалось привлечь к работе в провинции. Эстонские врачи с гораздо большей охотой уезжают работать за рубеж, в первую очередь, в Германию, Великобританию и Скандинавские государства. К тому же эстонские медики стали достаточно часто бастовать в связи с недостаточной зарплатой, переработками, недостаточными отпусками, с проблемами в повышении квалификации, низкими заработками медсестер на СМП и семейных врачей.

В ряде территорий страны (Ульяновская и Волгоградская области, Алтайский край, Республика Бурятия) работает программа «Земский фельдшер», привлекающая за единовременные выплаты в 500 тысяч рублей фельдшеров и акушерок в сельскую местность.

По самым скромным оценкам в российском здравоохранении не хватает 115 тысяч врачей и медсестер, хотя на самом деле их дефицит значительней, и даже ставится вопрос о том, как вернуть врачей в государственные больницы из частной медицины. Дефицит врачей участковой службы достигает 30%, а ВОП в стране всего имеется менее 10 тысяч, а нужно в 35 раз больше. В совокупности на долю участковых врачей и ВОП приходится не более 11 процентов, причем почти 2/3 врачей в поликлиниках приходится на узких специалистов, число которых должно быть минимальным и они не должны вести самостоятельный прием больных, а оказывать консультативную помощь ВОП. Однако пока только пятая часть всех выпускников медицинских вузов могут затем пройти последиplomное обучение по общей врачебной практике. В западных странах 3/4 всех посещений начинают и заканчиваются на уровне ВОП. В общей сложности у нас насчитывается 43 врача на 10000 населения (всего-540 тыс. врачей), что кажется неплохим показателем в сравнении с другими странами, и по обеспеченности врачами мы находимся на 6 месте в мире. В США- 27 врачей на ту же численность населения, во Франции-32, в Германии-39. Но врач у нас и у них- совершенно разные понятия. А по ОПЖ мы занимаем 129 позицию, что не подобает такой стране, как Россия. И это при крайне низкой доступности медицинской помощи общего типа, которая должна быть максимально приближенной к населению. А в Москве поликлиники еще дальше отделили от населения и 450 поликлиник объединили в 46 амбулаторных центров. В чем был смысл таких преобразований? В некотором сокращении административного персонала- но это буквально копейки. Закон организации медицинской помощи населению должен быть единым, простым и понятным гражданам: медицинская массовая помощь общего типа должна быть приближенной к населению (общая врачебная практика, простейшие акушерская и зубоврачебная помощь, простые анализы, массовые лекарства, линейная не специализированная скорая помощь), а специализированная медицинская помощь может быть в некотором отдалении. Ежегодно медицинские вузы заканчивают несколько десятков тысяч человек, треть из них в силу отсутствия системы предварительного отбора вообще уходит из профессии, а остальные пытаются устроиться в городских частных клиниках. Вместо распределения выпускников введенная запретительная система, не позволяющая выпускникам в течение 5 лет работать в частных клиниках, оказалась мало эффективной. Между тем, решение проблемы распределения выпускников, как и многих других проблем здравоохранения, лежат на поверхности, только этим нужно серьезно заниматься.

Примерно тоже самое можно сказать и о московской коммерческой программе «Доктор рядом», которую возглавил мало что в ней понимающий

математик-финансист, хотя владельцами ее являются В.Гурдус и Л.Меламед. Помещения на первых этажах жилых зданий в Москве будут выделяться на тендерно-торговой аукционной основе и льготных условиях (1 рубль за 1 кв.м. сроком на 20 лет). В 2016 г. в Москве выставлены на торги 4 помещения на льготных условиях. В 2017 году по этой программе откроется новая клиника в районе Ясенево на площади в 187 кв. м., которые выставлены на аукцион. По сути это должна быть ПМСП с врачом общей практики. Важно то, что на содержание этих частных коммерческих клиник идут не только средства ОМС, но и деньги из бюджета, составляющие 20.7% от общего объема их финансирования. Но главное здесь –коммерческие интересы, поскольку сверх установленного порога приема пациентов можно оказывать платные медицинские услуги и направлять пациентов на консультацию в свою частную коммерческую клинику. В данном случае не следует ожидать, что увеличение ресурсов неизбежно приведет к улучшению содержания работы и лучшему качеству. Недостающие объемы медицинской помощи планируется закупать (!) на стороне. Ничего хорошего, кроме коммерческой выгоды и пиаровской компании из этого не получится, поскольку правильного понимания сути ПМСП и кто там должен работать, с какой подготовкой пока не наблюдается.

И хотя частные клиники по Конституции РФ входят в национальную систему здравоохранения, они могут подвести в любой момент (самостоятельно закрыться, преобразоваться, перепрофилироваться, самоликвидироваться по множеству причин, объединиться- разъединиться), что повлияет на оказание медицинской помощи. Этим озабочен и Минздрав РФ, который намерен проводить независимую проверку качества медицинской помощи в частных клиниках, в первую очередь, работающих в системе ОМС. По разным причинам частные коммерческие или некоммерческие клиники не должны быть основой здравоохранения в РФ, они могут служить дополнением (реже- конкурирующей альтернативой) медицинской помощи в государственных ЛПУ; благодаря своему оснащению они могут заниматься (разрабатывать, апробировать) новыми медицинскими технологиями и в целом предоставлять до 10% объемов всей медицинской помощи (сейчас- до 6%). Даже при условии финансирования за счет ОМС частные клиники всегда найдут возможность получить деньги непосредственно от пациентов. Кстати, как и страховые медицинские организации, частные клиники являются коммерческими (за рубежом они не коммерческие), естественной и главной целью которых является получение прибыли, под какими бы благими намерениями и обещаниями она не камуфлировалась. В упомянутых офисных помещениях должны работать как бы ВОП, подготовкой которых предполагают заняться позднее на базе полностью не готовых именно для этого кафедр и институтов.

Если сейчас в стране ВОП меньше, чем 10 тысяч, то количество участковых терапевтов с 2008 г. (их было почти 40 тысяч) ежегодно уменьшается и число их составило чуть больше 30 тысяч, что крайне недостаточно. При этом

участковые врачи в 40% случаев направляют первичных пациентов к врачам-специалистам, которых также не хватает, что создает очереди. Электронные записи на прием их не ликвидируют, поскольку очереди из регистратур ЛПУ перемещаются в виртуальное пространство.

Как должна быть правильно организована ПМСП, пока является большой загадкой для медицинских чиновников, что ведет к полной дискредитации прогрессивной системы. Из изложенного следует, что не все пока еще упирается в деньги, тем более в социальной сфере, которая должна быть под протекцией государства и даже без намека на рыночные отношения, средства на которые опять либо не туда потратят, либо разворуют. Этому есть множество примеров. Так и в прошлые времена маломощные сельские больницы и небольшие роддома были полностью нерентабельными, но тогда исходили из их медико-социальной значимости и целесообразности, а не из экономической составляющей. С того момента, как здравоохранение стали рассматривать не как социальную, а как экономическую систему, рентабельность стала определяющей. Закрыли малые роддома (отделения), а куда беременных женщин девать, не допустить же, как в средние века, чтобы женщина рожала в поле, перекусывая зубами пуповину. Нет ни одного региона страны, в котором бы не провели «оптимизацию» роддомов и этот процесс, не останавливаясь, продолжается уже почти 20 лет. Но беременных женщин не волнует уровень развития лечебной медицины с робототехникой в крупных городах, их волнует, где они будут рожать. И открытые с помпой перинатальные центры положение не спасут, а привычная для всех людей система мучительно умирает, без какой-либо альтернативы. Опять все упирается в дефекты организации медицинской помощи нашим гражданам. На самом деле главное заключается в правильной организации всей системы здравоохранения и, в частности, ПМСП. Врачей нужно учить доброжелательному взаимодействию с пациентами, с пожилыми людьми, с инвалидами и т.д., для чего в странах Запада имеются многие десятилетия соответствующие учебники и методические материалы, а у нас только сейчас и только в Москве до этого додумались.

В Великобритании, например, в 2016 г. на базе Royal London Hospital открылась социальная и бесплатная клиника-роддом, которая будет принимать беременных женщин - жертв изнасилования. Для них предусмотрены специальные тренинги, курсы для беременных, консультации разных специалистов, психологическая и юридическая поддержка. Планируется создание подобных отделений и в других больницах страны. Это один из многочисленных примеров социального, а не экономического (рыночного) подхода к решению возникающих у пациентов проблем в развитой капиталистической стране с государственно-бюджетной и бесплатной системой здравоохранения. Сам принцип чрезвычайно важен для нашей страны, поскольку ничего подобного у нас нет.

Нужно, наконец, определиться на перспективу с моделью отечественного здравоохранения, поскольку созданная система ОМС состоит только из одних крупных недостатков, ибо государство государственные же средства

направляет в государственные ЛПУ (а их 96%) через частных коммерческих посредников- страховых медицинских организаций, главной целью которых является получение прибыли (бизнес на болезнях). У нас в стране все страховые организации, независимо от вида занятий, являются частными коммерческими и потому их главной задачей является не помощь людям, а, как отмечалось, получение прибыли. Кроме того, владельцы многих страховых организаций, равно как и ряда аптечных сетей, находятся за рубежом, куда уходит немалая часть прибыли и где платятся налоги.

Почему бюджетная модель здравоохранения является более привлекательной для государства, отрасли и населения?

1. Повышается ответственность государства за охрану здоровья, поскольку государство наряду с гражданами заинтересовано напрямую и всесторонне в увеличении числа здоровых лиц
2. Бюджетная модель гораздо более экономная по сравнению с медицинским страхованием и, как показывают результаты международных сравнений, при меньших затратах получают лучшие результаты.
3. Появляется возможность выбора и реализации национальных и региональных приоритетов и финансового маневра.
4. Заинтересованность всех сторон, чтобы вылечить, а не лечить, противодействие бизнесу на болезнях.
5. Вместо медицинского бизнеса с его прибыльными интересами и перекосами появляется возможность балансировки интересов всех сторон, включая пациентов
6. Не нужно менять Конституцию РФ и формы собственности ЛПУ
7. Появляется возможность контроля за расходованием государственных средств, за доступностью и качеством медицинской помощи.
8. Появляется мощное препятствие к преобразованию не эффективного медицинского страхования (бюджетно-страховой модели) в рыночную модель, которая в определенной степени существует только в США, Швейцарии и к которой приближаются в Нидерландах
9. Происходит полный отказ от чисто рыночной терминологии (медицинская услуга, гонорар за услугу, деньги следуют за пациентом и т.д.) с заменой ее на оказание медицинской помощи, как это и должно быть.

Сравнительный анализ стран с системой медицинского страхования и с бюджетным здравоохранением (Рагозин А.В., Кравченко Н.А.) показал, что в последней группе стран с бюджетным финансированием отмечаются значительно меньшие расходы на здравоохранение при существенно лучших управляемых результатах деятельности. Государственно-бюджетная модель, но не мобилизационная, не распределительная, не авторитарная и жестко централизованная, а с разумным сочетанием централизации и децентрализации совместно с контрактной системой, имеет множество преимуществ перед другими. И это далеко не советская страшилка. Кстати, как отмечают специалисты, затраты на медицинское страхование в США

обходятся в 2 тысячи долларов в расчете на один произведенный автомобиль, и в этих условиях государственно-бюджетное здравоохранение, оплачиваемое из налогов, для страны (США) и бизнеса может быть гораздо дешевле, чем страхование. Тем более, что даже в такой рыночной стране, как США, с ее дорогами и почти поголовной автомобилизацией, конкуренцию в здравоохранении организовать затруднительно, особенно в малонаселенном и обширном Северо-Западе страны. Правда, рынок по своей природе является более агрессивным. И тут достаточно вспомнить мощнейшее страховое лоббирование собственных интересов страховщиков в нашей стране. Однако, государство должно быть выше этого и защищать интересы, безопасность и здоровье граждан, а также просчитывать финансовую эффективность и действовать на пользу общества, а не содействовать противоположным, чисто коммерческим интересам страховых и других компаний.

Противники государственного здравоохранения помимо советской страшилки (в советское время невысокие результаты деятельности здравоохранения полностью соответствовали выделяемым тогда затратам по остаточному принципу) выдвигают следующие мотивы:

- неэффективность на макроуровне. Но медицинское страхование даже в лучшем виде является более затратным и рост расходов трудно сдерживать.
- стремление к монополизации и ограничению выбора. Но обычно можно выбирать или менять врача, особенно, специалиста, можно застраховать себя по ДМС или выбрать частную клинику. Проблем в этом нет.
- бюрократизация. Но ее, как и административных расходов, гораздо больше в страховых системах, вплоть до средств на выставление счетов пациентам.
- отсутствие стимулов к более качественной работе. Кстати, административные расходы в здравоохранении США гораздо выше, чем в Канаде, в том числе, из-за затрат на саму процедуру страхования. Но в страховой системе главный стимул- это деньги, в то время как в государственной системе диапазон стимулов гораздо шире.
- неэффективность распределения ресурсов на микроуровне. Но как раз этот феномен наблюдается сейчас в системе ОМС.
- недостаточная экономическая ответственность. А сейчас?
- отсутствие гибкости. Проявляется в том, что закрыть или перепрофилировать государственное медицинское учреждение вроде бы более сложно, хотя опыт «оптимизации сети» в России говорит об обратном.

Даже с учетом имеющихся недостатков государственная бюджетная модель здравоохранения все равно демонстрирует более высокую эффективность, что видно на примерах многих стран. В России для этого есть все необходимые условия.

Обязательным условием для стран с частным медицинским страхованием (США и Швейцария) является такая структура налогов, когда бремя оплаты медицинской помощи смещено на богатых, молодых и здоровых с бедных, старых и больных. В США прогрессивная шкала налогообложения была введена не очень давно, гораздо позже медицинских страховок, действующих с 1965 г. Больше этого вопроса мы здесь касаться не будем, а как правильно

выбрать общую модель здравоохранения и организовать ее работу- это отдельная тема.

Считается, что особенно в условиях кризиса необходимо стимулировать спрос, т.е. вкладывать средства в людей, в увеличение их доходов. А рост расходов на здравоохранение является, по мнению академика А.Г.Аганбегяна, самым эффективным вложением денег в людей, в человеческий капитал. Однако опыт предыдущих лет показывает, что механическое увеличение средств на здравоохранение приводит к их исчезновению, закупке медицинской техники по завышенным ценам и, вообще, к не рациональному расходованию выделенных средств. Поэтому перед тем, как ставить вполне правомерный вопрос об увеличении финансирования здравоохранения, необходимо в системе навести должный порядок и совершить финансовый разворот от дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи и от строительства новых крупных специализированных центров, с помпой открываемых на местах, в сторону наиболее массовой и приближенной к населению ПМСП.

На начало 2016 года вообще не использовалось 1055 единиц приобретенной дорогостоящей медицинской техники, а остальная использовалась лишь частично. Уже после ее приобретения наступила «проза жизни» и выяснилось, что нужны немалые средства на ее установление, расходные материалы, ремонт, техническое обслуживание и т.д., а на это деньги не были предусмотрены. Такое практически невозможно в частных клиниках, где тщательно пересчитывают деньги и четко знают, на что они будут потрачены и с какой отдачей. Отсюда напрашивается вывод о том, что техника приобреталась в государственные медицинские учреждения без должного обоснования, с кондачка, без проектного анализа, без оценки последствий, лишь бы подороже и побыстрее можно было истратить выделенные немалые средства. Но для начала нужно остановить прокатившуюся по стране волну «оптимизации» здравоохранения, то есть массового сокращения и местами укрупнения ЛПУ с позиции экономической выгоды. Это же нужно было так исковеркать понятие, сам термин «оптимизация», с помощью которого в действительности можно получать лучшие результаты при минимизации затрат.

Так, в результате «оптимизации» к 2013 г. число районных и центральных районных больниц (ЦРБ) сократилось на 40%, амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ)- на 20%. За последние годы по данным Росстата более, чем в 2 раза сократилось число стационаров, (а на селе — в 4 раза), закрыты еще 32 ЦРБ, 103 районные больницы (осталось только 91), свыше 8 000 ФАПов (а согласно действующим нормативам 1 ФАП должен в среднем приходиться на 500- 700 жителей), 5 339 амбулаторно-поликлинических учреждений (на селе их число уменьшилось в 3,2 раза), 232 станции (отделения) скорой медицинской помощи (в результате частота вызовов скорой медицинской помощи на 1000 жителей на селе в 2,7 раза ниже, чем в городах), 600 диспансеров (с 1990 г.- на 42%), а на селе их стало в 2 раза меньше, 1000 санаторно-курортных учреждений (с 1990 г.- на 44%),

25 домов ребенка; по всей стране закрывают как бы экономически неэффективные роддома (с малым числом родов в год), коррекционные школы-интернаты, а детей переводят в обычные школы, где им сложно учиться с другими школьниками и где они теряют остатки здоровья, сокращены более 700 тыс. больничных коек, в дневных стационарах насчитывается всего 83,1 тыс. коек дневного пребывания и т.д. Спрашивается, зачем нужно было на корню ликвидировать службу санитарной авиации, особенно, на огромной территории страны и при больших расстояниях? А вот теперь Президентом РФ ставится задача восстановления этой службы как фактора справедливости и равных возможностей. Примерно такими же темпами сокращалось и железнодорожное здравоохранение, особенно, в последнее десятилетие. По данным Высшей школы экономики наибольшее сокращение коечного фонда и численности медицинского персонала произошло в здравоохранении Москвы, что резко снизило доступность медицинской помощи и увеличило поток жалоб пациентов вплоть до администрации Президента РФ.

В результате доверие к власти у населения снижается, что, однако, не сильно отражается на результатах выборов. Это пока действует успокаивающе на власть.

В связи с ликвидацией и укрупнением ряда медицинских учреждений резко снизилась доступность медицинской помощи, люди стали меньше обращаться в ЛПУ или обращаться, когда уже невмоготу, прибегать к услугам знахарей и колдунов, накапливать домашние аптечки с просроченными лекарствами и т.д.

Практически полностью разрушено муниципальное здравоохранение. Только за один 2013 год сокращено 302 больницы, 35 тысяч коек, 76 поликлиник, множество родильных домов и женских консультаций. Более подробные данные представлены в предыдущем разделе книги.

В 2014 г. отличилось московское здравоохранение, в котором в несколько этапов созданы хорошо оснащенные медицинские монстры-монополисты (объединения из ряда поликлиник, роддомов, женских консультаций и нескольких больниц) со значительным сокращением дефицитного медицинского персонала. И это все делается далеко не в интересах пациентов, а, скорее всего, в коммерческих целях, в том числе на основе сравнений показателей, например, по количеству коек и их использованию, с зарубежными странами и столицами. При этом не учитывалось, что даже при равной численности населения потребность в больничных койках у нас гораздо выше, чем в крупных зарубежных столицах из-за более высокой заболеваемости в том числе хроническими болезнями с обострениями. Все время звучат хвалебные отзывы о значительных затратах в Москве и об установке дорогостоящей медицинской техники чуть ли не в каждом парадном, что скорее всего, говорит о недостаточной квалификации принимающих решения лиц и о совершенно нерациональном расходовании значительных средств. Однако подобные поверхностные взгляды некоторых руководителей, без анализа глубинных процессов, и принятие на их основе

судьбоносных решений не только не очень грамотны, но и порой безнравственны.

Продолжается процесс обезлюдения, т.е. запустения села (за несколько лет доля сельских жителей уменьшилась с 30% до 25.8%) и 13% сельских поселений вообще не имеют жителей, постройки в них разрушаются, дороги и поля зарастают. В европейской части страны расстояние между городами составляет 40-50 км, а на Востоке- 150-300 км при наших дорогах и транспортных сообщениях. Что говорить, если даже между областными центрами и в туристических местах дороги напоминают разрушенную стиральную доску, а малые, чудесные и исторические города и поселения выглядят неухоженными с разбитыми дорогами, большим числом не только церквей, но и развалюх. Если их привести в порядок, то отбоя от туристов не будет. Городов со 100 тысячным населением и более у нас всего 164 и число их постоянно уменьшается. Для сравнения укажем, что только в 1/16 части Германии (земля Северный Рейн-Вестфалия) насчитывается 398 крупных городов, что позволяет обеспечить доступность медицинской помощи и даже конкуренцию в условиях существующего там медицинского страхования. У нас доступность медицинской помощи селянам составляет чуть больше 40%, в результате сельские жители стали редко обращаться за медицинской помощью. За период с 2005 г. по 2013 г. число ЦРБ, районных и участковых больниц сократилось на 2612 (осталось 2020), соответственно уменьшилось и число коек в них (в участковых больницах- в 18.7 раза), ФАПов- на 7475 (осталось- 4689).

Вначале разрушили, а теперь пытаются хотя бы частично восстановить ЛПУ и ФАПы (с приездом губернатора и перерезкой красной ленточки в присутствии представителей масс-медиа), но при этом план ввода новых медицинских учреждений взамен ликвидированных выполняется только на 40-60%. В наших условиях вообще ликвидировать здания, не находящиеся в аварийном состоянии, не допустимо. А вот аварийную школу на 300 учеников в Черемхове не ремонтируют и школьников не собираются переводить в другое, надлежащее помещение. Мотив один- денег нет. В стране 3500 школ находятся в деревянных сооружениях и большинство из них находится в аварийном состоянии.

Из 4.5 тысяч сельских участковых больниц в результате «оптимизации» осталось только 400 на всю страну, а это означает, что нередко даже до фельдшера теперь нужно добираться за 40-60 и более км при наших дорогах, по которым мы занимали 136 место из 144 стран мира, и существующих транспортных ограниченных сообщениях, что резко снижает доступность медицинской помощи. Об этом убедительно высказался Президент РФ: «Мы не можем пациентов вести за 200, 300, 400 км по бездорожью...И автобус должен быть, и дорога...». Правильно, не можем, но возим, скорее всего, в случае нужды пациенты пытаются добраться сами, или не успевают добраться. И в этом отношении предстоит еще много работать на долгие годы. Тоже самое происходит и со школами на селе. Последний пример появился из Иркутской области, где детям, чтобы попасть в другом селе в

школу приходится преодолевать бурную речку. В муниципалитете денег на строительство моста нет, хотя после указания с самого верха, они могут найтись. Несмотря на узаконенный теперь статус сельского старосты, муниципальный уровень не заработает до тех пор, пока федеральные и региональные власти не осознают, что именно на местном уровне должны создаваться основные повседневные условия жизни людей. Уже много раз предлагалось при наличии школьников в отдаленных поселениях использовать американский опыт One-room school, т.е. однокомнатной школы, что прекратит издевательство над детьми.

В какой-то степени успокаивающе действуют на властные структуры пересадка органов и тканей, генная инженерия, выращивание из отдельных клеток органов и систем, успехи клинической медицины, производство ранее невозможных вмешательств и лекарств, из чего делают всероссийское шоу. При этом каждый такой случай афишируется и рекламируется, но, совсем по системному анализу Людвигу фон Бергаланфи, за отдельными деревьями важно не пропустить лес. Так и здесь, основные беды современного здравоохранения в нашей стране не имеют прямого отношения к клинической лечебно-диагностической медицине, а непосредственно связаны с чисто организационными проблемами: системой охраны здоровья и с организацией медицинской помощи, т.е. с дисциплиной «общественное здоровье и здравоохранение». Сейчас Минздрав пытается ввести единый государственный квалификационный экзамен по здравоохранению для получения образовательной степени магистра по здравоохранению. Что ж, магистры будут, а здравоохранение не изменится - не с того конца сделан заход: что только приведет к росту числа медицинских чиновников.

В царской России, как представляется, правильно понимали медицинские нужды населения, что привело к образованию сельских врачебных участков, число которых только с 1906 по 1910 г. возросло на 16,5%, причем на каждом участке находились бесплатные для селян (в то время это - 87% населения страны) сельские больницы с врачом и приемным покоем. Наилучшим образом была организована земская медицина, финансируемая из средств земства (местного самоуправления), где радиус участкового обслуживания не превышал 15-20 верст с численностью населения на врачебном участке до 30 тысяч человек. Земский врач был хорошо обеспечен и ему полагались выезд с кучером и прислуга. Тогда были и другие категории общих практикующих и высоко оплачиваемых врачей (железнодорожный, городской, промышленный, уездный и т.д.). Власть в то время, да и после этого почему-то понимала необходимость возможного приближения медицинской помощи общего типа к населению. Получается, то, что создавалось и поддерживалось многими десятилетиями умными специалистами, разрушается в последние годы достаточно быстрыми темпами непрофессионалами и недалекими чиновниками..

Понятно, что сейчас до 80% коечного фонда на селе выполняет медико-социальные функции, но из этого вовсе не следует, что все койки на селе

следует немедленно закрыть, руководствуясь только рыночным подходом «выгодно-невыгодно».

Во всем мире уже больше, чем на протяжении 100 лет развивается служба общей врачебной практики (это видно на примере книги англичанина Александра Кронина «Цитадель») в то время, как в нашей стране на смену уникальной и прогрессивной земской медицине, полностью разрушенной в 1918 г. (на 2-м съезде здравотделов, в 1930-х годах пришла так называемая участковая служба, состоящая из участковых терапевтов, участковых педиатров и районных акушеров-гинекологов совместно с медсестринским персоналом. Они работали от поликлиник. Одновременно была создана и цеховая терапевтическая (общая врачебная) служба, относящаяся к медико-санитарным частям на предприятиях. А все медицинские учреждения стали государственными, что подчеркивало государственную ответственность за здравоохранение.

Исследования в разные годы (1960-2000 гг.) показали, что участковые врачи (в частности, участковые терапевты) допускали те или иные ошибки (в наблюдении, обследовании, лечении, профилактике и реабилитации) при общении практически с каждым вторым пациентом при не всегда уважительном отношении к нему. Уже тогда было понятно, что участковая служба себя изживает, поскольку повышение зарплаты (а это было несколько раз) не приводило к улучшению работы участковых терапевтов, хотя среди них были и те, кто работал с полной отдачей и пользовался заслуженным авторитетом среди населения. Но даже в советское время участковая служба была самым слабым звеном в здравоохранении, где допускалось наибольшее число медицинских ошибок, формировались не всегда правильные отношения к пациентам, возникали запущенные и пропущенные случаи заболеваний, где нередко осуществлялось неадекватное лечение и где «диспетчерская» распределительная функция особенно проявилась. Качество тогда еще не умели оценивать (разве что только по жалобам) и первые медицинские стандарты в виде DRGs (диагностически связанных групп) появились первоначально в США лишь в 1980-ые годы.

В 1990-ые годы в рамках одного из проектов ТАСИС в ряде городов нашей страны был проведен сравнительный анализ работы с пациентами только народившихся у нас так называемых врачей общей практики, но уже хотя бы обученных по более широкой программе (при практически полностью усеченной схеме организации их работы) и традиционных участковых терапевтов. Экспертные оценки (Черниенко Е.И. и другие) показывают, что при более широкой и специальной подготовке врачей общей практики, они могут «взять на себя» немалую часть больных, обычно направляемых к врачам-специалистам. Оказалось, что при всех организационных недостатках у врачей общей практики отмечается гораздо более высокая результативность, удовлетворенность пациентов и, в среднем, в 3 раза меньшее число направлений на консультации к врачам-специалистам в силу более широкой подготовленности ВОП, и в 2 раза меньше различных сложностей. Соответствующие данные представлены ниже.

## Сложности в получении помощи (на 100 опрошенных пациентов)

	ВОП	Участковый терапевт
Имели сложности	25.9	52.0
Трудно добираться	1.3	8.5
Сложно попасть на прием	1.0	24.0
Длительная очередь	5.0	24.7
Отсутствие постоянного врача	1.3	9.5
Сложности в обследовании	5.3	15.5
В помощи на дому	0.2	5.2
В выходные и праздники	1.5	2.2
В получении консультаций	2.0	10.5

## Направления на консультации (на 100 посещений)

Всего	11.5	33.7
К кардиологу	0.5	2.5
К гастроэнтерологу	0.25	6.0
К пульмонологу	0.5	2.3
К невропатологу	2.5	6.3
К ЛОР	0.25	4.5
К хирургу	0.5	3.0
К гинекологу	2.5	9.0
К окулисту	0.25	3.5

## Изменение самочувствия за последний год в %

Улучшилось	15.4	7.8
Без перемен	57.6	52.6
Ухудшилось	26.8	39.9
Нет ответа	0.2	0.8

Все это говорит о том, что даже далеко не в полном виде, как это должно быть, общая врачебная практика является более прогрессивной в сравнении с участковой службой. Об этом же в определенной степени косвенно свидетельствуют и зависимые от здравоохранения различия в состоянии здоровья как детей, так и взрослых в нашей стране по сравнению с западными странами, где ОВП наиболее развита.

Пока что в мире нет ни одной страны, в которой были бы в полной мере реализованы все принципы ПМСП, о чем шла речь на представительных симпозиумах, посвященных 20-летию и 30-летию эпохальной Алма-Атинской декларации. Именно поэтому было решено пока не пересматривать основные положения ПМСП, изложенные в Декларации 1978 г. Тем не

менее, во многих странах имеется отдельный организационно-методический опыт, достойный для распространения, подражания и использования в наших условиях, хотя он и относится только к одной из главных функций ПМСП (клинической или лечебной) - оказанию первичной врачебной помощи прикрепленному контингенту населения.

Так, в Нидерландах врач общей практики (ВОП) несет ответственность за пациента, если тот даже находится в больнице. ВОП имеет необходимый объем часто употребляемых лекарств, диагностических тестов и инструментария. Там же существует один из немногих в мире институт, занимающийся научными исследованиями в ПМСП- NIVEL, и в Нидерландах была впервые создана система- Sentinel Stations, предназначенная для сбора сведений о здоровье из выборочного числа общих врачебных практик (ОВП) в виде мониторинга. В дополнение к данным об обращаемости пациентов там собираются более детальные данные о 5% обследованных в ОВП. Кстати, после Алма-Атинской конференции 1978 г. в Алма-Ате был создан успешно работавший ВОЗовский центр ПМСП сходный с NIVEL (Нидерланды), но затем по непонятным причинам он был закрыт. Благодаря своей центральной и сильной позиции врач общей практики в Нидерландах играет ключевую роль в профилактике. Врачи общей практики проходят специальную трехгодичную последипломную подготовку (диплом там лишь свидетельствует о получении высшего медицинского образования, но не дает права на самостоятельную работу врачом), обслуживают в среднем 2.5 тыс. жителей и используют в своей практике стандартные диагностические и лечебные приемы, основанные на принципах доказательной медицины. Только ВОП могут направить пациента на консультацию к врачу-специалисту или на госпитализацию, даже если пациент готов платить сам за себя. Это помимо удобства для пациентов и разумной организации медицинской помощи сдерживает затраты за счет необязательных консультаций и госпитализаций и позволяет для этого иметь гораздо меньшее число узких специалистов. Кроме того, ВОП также принимает на себя наблюдение и лечение пациента сразу же после выписки последнего из стационара. На всю страну там имеется несколько более 7 тысяч ВОП, которые прошли специальную трехгодичную последипломную подготовку. Структура посещений ОВП в Нидерландах такова: 74% пациентов приходят непосредственно на прием к ВОП, 18% удовлетворяются консультациями по телефону и 8% приходится на посещения пациентов на дому. В Нидерландах общая врачебная практика базируется на следующих принципах:

- учет, означающий, что каждый житель страны занесен в список своего семейного врача; это, кстати, позволяет проводить выборочные исследования состояния здоровья населения

- привратник (gatekeeper), означающий ответственность семейного врача за пациента и поступление пациентов на прием к врачам-специалистам или в больницы только по направлению семейного врача

-ориентация на семью, означающий, что семейный врач обеспечивает лечебно-профилактическую помощь всей семье, в том числе путем визитов на дом, число которых с 1987 г. постепенно снижается (до 17% всех посещений на дом).

Страховщики возмещают впоследствии расходы врачей по специальным счетам, обязательно подписанным пациентом, который тем самым подтверждает получение им медицинской помощи. Для этого в компьютере у каждого врача общей практики заложен перечень медицинских услуг с прейскурантом. Все застрахованные лица и члены их семей обязаны зарегистрироваться у врача общей практики, т.к. минуя его они не смогут нигде получить необходимую помощь, кроме случаев по экстренным медицинским показаниям. Все женщины от 30 лет помимо осмотров молочных желез в ОВП регулярно проверяются на рак шейки матки, для чего у них берут мазки, и это привело к снижению смертности от этой причины на 30%. Дело в том, что в Голландии регистрируется самый высокий в мире уровень заболеваемости раком груди, а стандартизованный показатель смертности от этой причины еще десятилетие назад составлял 37 на 100 тысяч женщин. Поэтому была разработана комплексная программа скрининга, начиная от ежедневных самообследований груди и кончая прохождением женщин в возрасте старше 40 лет обязательной маммографии каждый второй год и в подозрительных случаях. Все новорожденные проходят скрининг на фенилкетонурию, врожденную пониженную функцию щитовидной железы, муковисцидоз, врожденную дисплазию бедра. И этот список постоянно расширяется. Все лица старше 65 лет ежегодно прививаются против гриппа, что снижает в том числе уровень госпитализации во время ежегодных эпидемий. В целом иммунизация осуществляется на добровольной основе со средним охватом в 95% по схеме, несколько отличной от других стран. БЦЖ не проводится из-за совершенно ничтожного уровня туберкулеза, тем более, что реакция «манту» дает большое число ложно положительных результатов. Прививки против гепатита А и В не проводятся, однако в связи с нашествием в страну мигрантов рассматривается вопрос о возобновлении прививок против гепатитов. Для профилактики особой формы менингита прививают детей против бактерии *Haemophilus Influenzae*. Среди детей до 19 лет, в первую очередь в школах, проводят мониторинг сенсорного, моторного, физического и интеллектуального развития. Регулярно ведется работа по мотивировке людей к ведению здорового образа жизни и по борьбе с факторами риска. Особое внимание уделяется группам повышенного риска, куда относятся дети, беременные, длительно и часто болеющие, страдающие хроническими болезнями, пожилые и малоимущие. Конечно, это далеко не полный перечень всей профилактической работы, которую ведут ВОП в Голландии. Подушевые нормативы рассчитаны так, чтобы врачи общей практики получали доход, сопоставимый с высокооплачиваемыми правительственными чиновниками. Кстати, так должно быть и в нашей стране. Благодаря широкому развитию ПМСП уровень направления в

стационары Нидерландов, которые не являются государственными или общественными, а частными некоммерческими, т.е. бесприбыльными (private not-for-profit), снизился до 2.5%. В Нидерландах просто идеально соотношение между врачами и медсестрами (1:5). Более подробно работа врача общей практики/ семейного врача за рубежом охарактеризована в переведенной на русский язык книге «Здоровье и здравоохранение в Нидерландах» под редакцией профессора Шрайверса, в котором были разъяснены порядки и причины оказания акушерской помощи на дому, показаны причины продажи легких наркотиков в кофе-шопах, которые как бы заменили собой тяжелые наркотики, освещено широкое распространение бесплатных презервативов, показано медицинское страхование лекарственного обеспечения, что из опыта здравоохранения Нидерландов может быть приемлемо для нашей страны и т.д.

Врачи-специалисты консультируют своих общепрактикующих коллег либо путем совместного приема пациентов, либо в учреждениях нового типа, известных как диагностические центры, которые предоставляют врачу общей практики расшифровку результатов сделанных анализов. Использование диагностических центров позволяет сократить нагрузку на лаборатории на 35%. Вместе с тем, несмотря на развитие дневных и однодневных форм медицинского обслуживания, разрыв между больницами и врачами общей практики становился все очевиднее. Вот почему на протяжении последних лет в Нидерландах активно развивается так называемая «трансмуральная» помощь (в Англии она называется объединенной помощью, в США- интегрированной помощью), чему способствовали:

- рост числа потребителей медицинской помощи из числа престарелых и хронически больных
- невозможность для общества дальнейшего увеличения расходов на здравоохранение по экономическим соображениям, что потребовало поиска более рациональных и эффективных форм медицинской помощи
- сложившаяся двухзвеньевая система оказания медицинской помощи (общая практика- больница, т.е. первичная и вторичная помощь) стала меньше отвечать современным требованиям, что породило препятствие в оказании непрерывной и интегрированной помощи, в особенности хронически больным, которые нуждались и в амбулаторной и стационарной помощи одновременно
- рост самосознания пациентов, уровня их культуры и знаний, хорошие в среднем материальные условия жизни, желание получить индивидуализированную помощь вблизи от места жительства
- появление новых технологий, которые можно использовать в домашних условиях, что привело к перемещению некоторых видов помощи из больничных палат на дом пациенту. И это все делается на основании специально проведенных исследований и экспертных оценок, в том числе в рамках институтов TNO- Национальных институтов профилактики и здоровья (город Лейден), сертифицированных ISO 9001 и занимающихся прикладными научными исследованиями.

Целью программ трансмурального обслуживания для многих групп пациентов, в том числе с тяжелыми и длительными заболеваниями, является обеспечение непрерывного и интегрированного процесса оказания медицинской помощи- от дома к больнице и затем снова до дома. Для этого создаются объединения из близко расположенных больниц, домов для инвалидов, организаций по оказанию помощи на дому. Медсестры, оказывающие помощь на дому, работают либо в отмеченных организациях, либо в больницах; специализированные трансмуральные медсестры выполняют в ряде случаев функции, ранее присущие только врачам. С одной стороны, трансмуральное обслуживание на дому позволило значительно разгрузить больницы, но с другой- оно создает более напряженный круговорот в работе больниц и, следовательно, ведет к увеличению нагрузки на их работников. Большинство из действующих трансмуральных программ финансируются за счет грантов и субсидий от местных и общегосударственных организаций, в том числе благотворительных. Однако, основной смысл трансмуральных программ состоит в объединении независимых друг от друга частных некоммерческих клиник и организаций посредством сквозного оказания медицинской помощи пациентам. В РФ объединение разных уровней здравоохранения в единую систему может быть достигнуто в том числе на основе маршрутизации движения пациентов. Особенно не сложно это сделать в условиях железнодорожного здравоохранения. Здесь мы не будем приводить общие данные по реформированию здравоохранения в Нидерландах, поскольку это выходит за рамки тематики книги и освещено в ранее опубликованных работах.

В Великобритании, где впервые зародилась служба ВОП в виде индивидуальной и групповой практики еще в 1920-х годах, каждая ОВП проходит аккредитацию (у нее проверяют наличие необходимых для работы условий), имеет библиотеку и учебную комнату, способна принимать на обучение практическим навыкам, стажировку и усовершенствование ВОП. Около 100% населения (остальные являются либо бездомными, либо временно пребывающими в этом состоянии) зарегистрированы у ВОП, которые обеспечивают круглосуточную доступность и набор профилактической, диагностической и лечебной помощи, причем на ВОП приходится почти 90% контактов пациентов с национальной системой здравоохранения. Пациенты имеют право выбора ВОП, но этот выбор ограничен географическим месторасположением; случаи перехода пациента от одного ВОП к другому крайне редки и большинство людей выстраивают со своими врачами длительные и доверительные отношения. Функция привратника (*gatekeeper*), когда пациент может попасть в больницу только через своего ВОП, кроме специальных ситуаций- несчастные случаи, неотложные состояния-, является важнейшим элементом государственного здравоохранения и этим отличается от ряда других стран, где пациент может непосредственно по собственному желанию попасть на прием к любому специалисту или поступить в больницу. В среднем каждый житель Великобритании консультируется у своего ВОП 5 раз в году, в том числе по

телефону, затрачивая на это 47 минут в год. В настоящее время почти 65% всех общих практик состоят в среднем из двух и более врачей (т.е. миниполиклиник общей практики) и только менее 10% практик являются одиночными (в 1952 г. их было 50%). Такую позитивную тенденцию развития групповых практик нужно обязательно учесть и в нашей стране, где одиночная практика допустима только в отдаленных микрорайонах и далеко не везде в сельской местности. За последние 10 лет среднее число прикрепленных жителей к одной общей врачебной практике снизилось на 7% и составило в Великобритании 1800 чел. (примерно столько же, т.е. 1500-1800 жителей рекомендовано в РФ). Значительная часть работы ВОП относится к профилактическим мероприятиям, а также к оказанию акушерской и психосоциальной помощи. И хотя в Голландии по-прежнему сильны традиции приема родов на дому (30%) акушеркой при дежурившей возле дома кареты неотложной помощи, в последние годы их доля уменьшилась. Акушерки, занятые в общей врачебной практике, играют ключевую роль в профилактических мероприятиях, в родовых консультациях и в приеме родов. Врачи общей практики, если не идет речь о серьезной патологии, не привлекаются к приему родов. Каждый ВОП располагает компьютерной базой данных по своей практике. Она содержит не только медицинские данные о пациентах, но и дополнительную информацию о таких переменных, как состав семьи, профессия, вид медицинской страховки и т.д., а также официальные документы, консультативные сведения, классификацию WONCA с синдромами, распространенность которых превышает один случай на 2000 контактов врача с пациентом в год, МКБ-10, стандартные диагностические и лечебные принципы и подходы, которые основаны на доказательной медицине. Отдельно ВОП занимаются медицинскими проблемами подростков и школьной медициной. У медсестер общей практики круг обязанностей достаточно широк и включает в себя не только помощь врачу внутри практики, но и наблюдение за хронически больными, деятельность по укреплению здоровья и профилактике, проведение иммунизации, оценку здоровья у пожилых людей и т.д. ВОП нанимают таких медсестер (это их право как самостоятельно хозяйствующих субъектов) и число их, полностью занятых в национальной системе здравоохранения, приближается к 15000. Общинные медсестры, которые формально нанимаются на работу общинными больницами, весьма часто работают в тесном контакте с ВОП. К ним относятся медсестры, посещающие больных на дому, акушерки, которые оказывают помощь беременным и новорожденным, а медсестры по визитам на дом, в основном, в семьи с детьми и молодежью, обеспечивают профилактику болезней и укрепление здоровья. В Англии почти все практики включены в национальную систему здравоохранения и крайне мало платных общих врачебных практик; в Лондоне, например, они большей частью расположены вблизи вокзалов и готовы немедленно оказать необходимую помощь при стандартной, а не договорной оплате. Среднее число амбулаторных посещений составляет 6 на одного жителя в год (включая врачей более узких

специальностей), что соответствует среднему уровню по Западной Европе при поразительно низкой обеспеченности населения врачами (всего 16 на 10000 населения) и медсестрами (только 50 на 10000 населения). Всего врачей в Англии свыше 103 тыс., в том числе получивших образование в заморских территориях или других странах - более 24 тысяч и число их постоянно растет. В дополнение к 28 тыс. ВОП, получившим образование в Англии, общей практикой занимаются еще почти 6 тыс. врачей, итого получается почти 34 тыс. ВОП, т.е. ровно треть всех врачей сейчас работает в первичном звене здравоохранения. Не случайно ВОЗ в Отчете о здоровье человечества считает, что основой всех систем здравоохранения должна быть не третичная помощь, как это имеет место у нас в стране, а первичная медико- санитарная помощь, формируемая на принципах, изложенных в Алма-Атинской декларации ВОЗ 1978 г. Все клиники в Великобритании юридически принадлежат местной общине, т.е. всем жителям- пациентам и персоналу одновременно, что позволяет более полно и точно учитывать местные специфические потребности и приоритеты, которые не всегда предусматриваются общенациональными стратегиями. Между уровнем общины и Департаментом (министерством) здравоохранения находятся 28 региональных стратегических управлений, которые интегрируют общенациональные приоритетные программы. В их подчинении находятся местные подразделения, именуемые трастами, которые подразделяются на организацию ПМСП и организацию специализированной медицинской помощи. Трастов по организации ПМСП 155, они потребляют 80% всего бюджета здравоохранения, охватывают свыше 30 тысяч врачей общей практики и 18 тысяч государственных стоматологов. Эти трасты организуют также первичную и вторичную профилактику, неотложную помощь, контролируют местную эпидемическую ситуацию и организуют вакцинацию. Вторая группа трастов управляет работой большинства больниц и отвечает за организацию специализированной помощи. Они имеют права «аутсорсинга», т.е. привлечения частных медицинских организаций в случае возникновения неотложной потребности и при отсутствии в данный момент возможности ее удовлетворения в государственных клиниках. Трасты (и подчиненные им больницы) могут быть автономными, но входящими в состав национальной системы здравоохранения и оказывающими медицинскую помощь бесплатно. Автономность в данном случае означает меньший контроль со стороны государства и чиновников и большую свободу в управлении ресурсами. Небольшие общинные больницы могут иногда насчитывать до 200 коек, но в большей части в них содержится до 50 коек, где нередко врачи общей практики имеют возможность лечить своих пациентов в стационарных условиях непосредственно (нечто похожее на наши участковые больницы, где врач работает в амбулатории и в стационаре). В Англии проводятся конкурсы на замещение вакансий в ОВП, разработаны порядок и правила лицензирования работы ВОП, а также критерии оценки деятельности ВОП и, соответственно, оплаты их труда. Все ВОП являются частнопрактикующими, и в переводе на наш язык являются самостоятельно хозяйствующими

субъектами, т.е. субъектами права, но работающими на контракте с местными органами власти и потому входящими в национальную систему здравоохранения. Они имеют право самостоятельно решать в пределах своей общей врачебной практики кадровые, материально-технические и другие вопросы. Субъектность права означает необходимость получения (а затем регулярного подтверждения) разрешения на деятельность, т.е. лицензии, а также персональную ответственность за свои ошибки, для чего многие ВОП сами страхуют свою профессиональную деятельность. Как говорится, врач – без лицензии, пациент – без гарантий. В больницах врачи являются наемными работниками, самостоятельно не страхующими свою профессиональную деятельность и за допущенные ими ошибки несет ответственность ЛПУ. У нас же практически все врачи пока являются объектами права, т.е. наемными работниками, за которые правовую и финансовую ответственность несет учреждение-работодатель. Есть основания полагать, что во всех медицинских учреждениях, кроме ПМСП и наиболее продвинутых частных клиник, это положение в РФ сохранится надолго.

Очень интересно развивалась ПМСП на Кубе, здравоохранение которой в 2012 г. было признано ВОЗ самым эффективным (по соотношению результатов и затрат) в мире. И действительно, затраты на здравоохранение в расчете на душу населения на Кубе в 23 раза меньше, чем в США, но у кубинцев ниже младенческая смертность, болеют они реже, а ОПЖ примерно такая же. С 1960 г. на Кубе при поддержке Ф.Кастро действовала медико-профилактическая программа и развивалась ПМСП в виде ОВП- *Medicina Integral General*. В результате 10.4% годового бюджета тратилось на здравоохранение (в долевом отношении в 2 раза больше, чем в России), на 10000 населения приходится 72 врача (в США- в 2.7 раза меньше), что делает медицинскую помощь более приближенной к населению. Вот и получается, что бедная республика, находящаяся под гораздо более сильными санкциями (в сравнении с нашей страной), благодаря гуманному отношению к пациентам, вниманию к профилактике и раннему выявлению заболеваний, развитию ПМСП сумела вывести здоровье своих граждан на высокий уровень. Практически все страны, кроме России, стараются кое-что перенять из кубинского опыта.

В США ОВП хорошо оснащены, ВОП предпочитают оказывать помощь пациентам по более обеспеченной федеральной страховке Medicare (медицинская помощь пожилым), а не по более дешевой федерально-штатной страховке Medicaid (медицинская помощь малоимущим), и перед этим тщательно изучают эту страховку, где обозначены те виды медицинской помощи, которые имеют достаточное финансовое покрытие. Все это описано в книжке «Здравоохранение США: уроки для России». Даже в США в ближайшие годы будет ощущаться дефицит в 90 тысяч врачей, из которых более трети приходится на врачей первичного звена. Правда, там врачи занимают первые места в рейтинге весомости профессий и по оплате труда, получая в год от 195 тыс. (семейные врачи) до 420 тыс. долларов в год

(кардиологи, ортопеды, ортодонты и др.). При этом больше половины американских врачей тратят от 13 до 20 минут на каждого пациента.

По скандинавской модели (Швеция, Финляндия, Дания, Норвегия, Исландия) первичная медико-санитарная помощь нередко оказывается в специальных сельских и городских центрах здоровья, где работают врачи общей практики и медсестры. В этих центрах 90% населения получают необходимую помощь, в том числе пожилые, дети и матери, и на них расходуется всего 17% всех средств здравоохранения. Эти центры, небольшие местные больницы (иногда существующие при центрах), а также помощь на дому престарелым и инвалидам находятся в ведении муниципалитетов, т.е. административных районов с числом жителей от 5 до 50 тыс. чел. Пациенты сами оплачивают только 20% стоимости выписанных им амбулаторно лекарств. В связи с тем, что система ухода на дому развита пока недостаточно, пожилые пациенты часто остаются на долгое время в стационаре по социальным, даже не медицинским показаниям, и стоимость их пребывания там полностью оплачивается за счет муниципалитетов. Правда, в последние годы стали интенсивно развиваться службы интегрированного медицинского ухода. Графствам (промежуток между муниципалитетом и областью-леном, что соответствует нашему крупному району) принадлежат дома сестринского ухода, больницы графств, которые оказывают большинство видов медицинской помощи 70-200 тыс. населения, в том числе при длительном лечении. Всего на помощь пожилым и инвалидам расходуется 23% всех средств здравоохранения. На стационарную помощь уходит менее половины расходов на здравоохранение, и это важно. Обследование и лечение назначаются и проводятся при активном участии самого пациента, который по возможности должен быть информирован о своем состоянии, об имеющихся вариантах лечения, последствиях, побочных действиях лекарств и т.п. Такая прозрачность способствует доверительности отношений врачей и пациентов, уменьшает недоверие и подозрительность последних. Кстати, в нашей стране эта проблема пока остается открытой. Как и на национальном уровне, в каждом графстве и даже в отдельных районах Скандинавских государств созданы специальные советы, которые оказывают необходимую поддержку медицинским учреждениям и, в определенной мере, осуществляют общественный контроль за их работой. Все эти советы являются частью гражданского общества, значение которого в нашей стране пока недооценивается. Здравоохранение в Швеции на 97% финансируется правительством из бюджета. Согласно известной Стокгольмской модели здравоохранения в центре всей системы находятся не медицинские учреждения (как у нас), а пациенты с их проблемами и потребностями. Кстати сказать, повторяясь, и об этом нужно говорить много раз, напомним, что в развитых странах создаются программы улучшения здоровья и только в нашей стране-программы развития здравоохранения. С 2016 г. в Швеции стоматологическая помощь и лекарства в аптеках являются полностью бесплатными для детей и подростков до 19 лет. В последующем

предполагается расширить это начинание. Примерно так же организована медицинская помощь и в других скандинавских странах (Дания, Финляндия, Норвегия, Исландия).

В Китае к 2020 г. намерены увеличить число ВОП в 2 раза с тем, чтобы на каждую 1000 населения приходилось бы 2 ВОП, что, по нашему мнению, является избыточным, особенно в условиях высокой плотности расселения.

Что можно выделить общего в приведенных данных? Во-первых, что все 100% пациентов проходят через ОВП, где подавляющее число пациентов с первичным обращением начинают и заканчивают лечение и дальше не направляются (в Эстонии- 92%, в Чехии-85% и т.д.). Во-вторых, ОВП выведена из состава поликлиник (где они находились ранее). В третьих, поликлиники преобразовались в консультативно-диагностические центры, оказывающие консультативную и лечебную специализированную амбулаторную помощь. Получается более дешевая система с гораздо лучшими результатами и требующая значительно меньших объемов специализированной, стационарной и дорогостоящей высоко технологичной помощи. Вот это и является наиболее важным моментом для нашей страны, именно в этом и должна заключаться действительная, а не ложная оптимизация медицинской помощи.

Существуют три системы оплаты труда врачей: в виде фиксированной зарплаты, по фактически выполненному объему работы, в том числе по принципу «гонорар за услугу», и из расчета числа обслуживаемого населения, но возможны и их некоторые сочетания и доплаты за качество и за другие результаты. Гонорарный принцип приводит к завышению или излишнему объему медицинской помощи (назначение повторных визитов, анализов и процедур без особой потребности в них и т.д.), что существенно увеличивает затраты на здравоохранение. При этом возможен так называемый «спровоцированный врачами спрос», который подтверждается опытом многих стран. Фиксированная зарплата гарантирует врачам определенный доход, содействует работе в команде, регламентирует рабочее время и позволяет контролировать расходы. В то же время, она не зависит от результатов личной деятельности, не является стимулом для повышения знаний и квалификации, может привести к медлительности в работе и невнимательному отношению к пациентам, не стимулирует врачей к повышению качества и объема работы. Именно за это и нужно доплачивать врачам в сочетании с фиксированной ставкой, что фактически означает переход на контрактную систему. В Москве намерены всем абсолютно врачам доплачивать по 15 тысяч рублей в месяц. Дело это, конечно, не плохое, но опыт показывает, что механическое увеличение зарплаты не ведет к улучшению качества работы. Под опытом мы понимаем безрезультатное трехкратное повышение зарплаты участковым врачам в прошлом веке. Теперь в Москве появилось еще одно нововведение в виде 20 тысячных ежемесячных доплат за ведение пожилых пациентов. Просто какая-то дискриминация, которая опять же ни к чему хорошему не приведет. Это не тот стимул (с латинского- острая палка, которой погоняют скот) , который

даст позитивный эффект. Вместо обычной и традиционной уравниловки лучше бы просто увеличили время на прием одного пожилого пациента и поощряли бы не за количество пациентов, а за качество им помощи. В нашей стране в свое время практиковалось создание врачебно-инженерных бригад с коллективной ответственностью и самостоятельным распределением денежных средств внутри бригады с учетом коэффициента трудового участия. Однако, этот опыт оказался не жизнеспособным и просуществовал совсем недолго, хотя в железнодорожном здравоохранении это применяется с успехом до сих пор. Оплата по количеству обслуживаемого населения предполагает возможность соблюдения преемственности лечения, поскольку врач оказывает помощь своим пациентам практически круглосуточно, например, в Англии врачи общей практики в среднем в неделю работают 78 часов, в том числе у себя на дому. С другой стороны, этот принцип приводит к недостаточной заинтересованности врача в результатах своей работы, к ненужным (или перестраховочным) направлениям к другим специалистам и к выписке ненужных рецептов, в т.ч. по сговору с частными фармацевтами. В то же время, оплата амбулаторной помощи в расчете на одного прикрепленного жителя способствует праву выбора пациентом врача, стимулирует врача к участию в конкурсе при вакансиях и к отъезду в отдаленные районы, где легче набрать нужное число прикрепленных жителей, обеспечивающих достойную оплату труда врача. Поэтому одну какую-либо систему применять у нас в стране не следует и целесообразно найти между ними необходимый баланс, а также учитывать особенности менталитета, представленные в предыдущем разделе. Например, в Англии до введения принципиально неверной системы полного фондодержания (по примеру нашей Кемеровской области), которая частично представляла собой попытку переложить ответственность за медицинскую помощь на самих врачей, врачи общей практики работали по контракту, где в обязательной части были зафиксированы численность и, что более важно, структура прикрепленного населения (каждая возрастная-половая группа имела свой коэффициент потребления, причем наибольшие коэффициенты справедливо имели дети и престарелые как требующие большего внимания: 0-1 год-3.7, 1-4 года-2.7, 5-18 лет, 2.2, 19-44года-1.0, 45-49 лет.-2.2, 60 лет и ст.-3.2), объемы гарантированных видов медицинской помощи, а в дополнительной части-дополнительные услуги (прием пациентов у себя на дому, визиты к пациентам на дом, участие в национальных программах, оказание малой хирургической помощи, обучение за каждого студента или стажера и др.), а также гарантированный уровень качества медицинской помощи. Все это может найти отражение в контракте и эту целесообразную комбинацию вполне можно использовать и в наших условиях для оплаты труда врачей общей практики. В Нидерландах по-прежнему доминируют 2 системы оплаты: зарплата и гонорар за услугу (fee-for-service), но при лимитированном максимуме. Сейчас по новой реформе в Великобритании (переход на систему ОМС, как неэффективную, там был сразу отвергнут)

полностью (на 100%) покрываются из бюджета затраты по смете расходов на ресурсы здравоохранения (содержание ЛПУ и медработников) и на 81% по смете расходов на оказание медицинской помощи, остальные средства (19%) поступают из ДМС, что снизило бюджетный дефицит и привело к значительному сокращению очередей на госпитализацию. Примерно так же финансируется здравоохранение и в Австралии и в этом же направлении движется здравоохранение Испании.

Несмотря на попытки создать одинаковую для всех систему здравоохранения, существенные различия в состоянии здоровья среди богатых и бедных продолжают оставаться, и по смертности в Великобритании на 100 богатых приходится 212 бедных. Там традиционно ведется учет по видам занятий (что, в общем, соответствует доходам), от разнорабочих до управляющих высокого уровня- топ-менеджеров (всего 6 групп занятых). Различия у них в состоянии здоровья просто разительные и эти различия относятся ко всем членам их семей, в том числе к детям. В России по официальным данным децильное соотношение 10% богатых и 10% бедных оценивается как 1 к 16, а по результатам экспертных оценок в 3-4 раза выше, поскольку богатые не показывают полностью свои доходы и нередко деньги хранят в ценных бумагах и на зарубежных счетах.

Представляет интерес опыт практической работы ПМСП в Испании, Австралии и других странах. В Испании общественно-частное партнерство в здравоохранении выстроено наилучшим образом: если, например, на частные средства выстроена больница, то потом частный инвестор никакой прибыли от ее функционирования не получает, а все его дивиденды формируются только за счет рекламы. Достойный пример для подражания, но мы пойдем своим путем и будем передавать построенные и оснащенные за бюджетные средства медицинские учреждения в частные руки, т.е. не на пользу пациентам, а в угоду частным компаниям. В Испании до принятия Общего закона о здравоохранении в 1986 г. медицинская помощь была организована следующим образом: первичная медико-санитарная помощь обеспечивалась врачами общей практики, работавшими индивидуально на неполной основе (ежедневно 2.5 часа в практике, остальное время- визиты на дом) с оплатой по количеству пациентов; амбулаторная помощь оказывалась врачами-специалистами, работавшими на индивидуальной основе в поликлиниках (в городах вместе с врачами общей практики) с оплатой по количеству пациентов; больницы оказывали не только стационарную, но и амбулаторно-консультативную помощь, при этом врачи получали зарплату из общественного сектора. После принятия указанного закона, врачи общей практики стали постепенно объединяться в группы в виде Центров ПМСП с более широкими функциями. К традиционным задачам просеивания пациентов (функция привратника), диагностики и лечения добавились профилактика, укрепление здоровья, реабилитационная помощь, а также задачи определения потребностей населения и планирования всех видов помощи внутри зоны обслуживания. К концу 1990-х годов эта групповая практика приобрела характер работы в команде в течение полного рабочего

дня с оплатой труда в виде зарплаты и с 15% добавлением в зависимости от числа принятых пациентов. Чтобы стать врачом общей практики нужно было получить шестилетнее медицинское образование, а затем пройти три года специального обучения по семейной медицине. Вообще, ВОП в других странах готовят лучше и дольше, чем у нас участковых врачей, после чего выпускник, поработав в практике в качестве стажера под руководством опытного наставника и получив от него положительную характеристику, сдает экзамен и получает лицензию на самостоятельную работу в качестве ВОП. В программу подготовки будущих ВОП входят клинические (общего типа и специализированные), а также параклинические дисциплины. У нас же выпускники медицинских вузов с 2016 г. сразу могут работать в ПМСП, правда, после аккредитационных испытаний в медицинских вузах при выпуске, что, на наш взгляд, является неверным и поспешным, поскольку будущего ВОП, как ключевую фигуру здравоохранения, нужно специально готовить.

В Англии, например, будущих ВОП учат взаимодействию с местными органами власти (у нас до этого приходится доходить самому методом проб и ошибок), в США значительное число учебных часов отводится на прикладную психологию, например, инвалид и его психология или язвенный больной и его психология (и это очень важно для доверительности отношений между врачом и пациентом) и т.д. В РФ благодаря усилиям академика И.Н.Денисова были утверждены специальность 040110, минимальная программа обучения в клинической ординатуре и квалификационные характеристики ВОП, программа переподготовки, а также соответствующий профессиональный стандарт. Но к целесообразной подготовке ВОП мы еще вернемся.

Врачи-специалисты в Испании, оказывающие амбулаторную помощь, имеют право после завершения официального приема (с 9 до 15 часов) принимать пациентов на своем рабочем месте на платной основе. Амбулаторная помощь, т.е. поликлиники с врачами-специалистами и в городской местности с групповой общей врачебной практикой, была передана под управление больницам для лучшей координации вторичной и третичной медицинской помощи. Несмотря на существование частного сектора в здравоохранении, конкуренция между общественными и частными медицинскими учреждениями не поощряется, так как считается, что это приведет к росту расходов и снижению эффективности. Также, что не менее важно, не стимулируется и не приветствуется конкуренция между отдельными врачами и больницами общественного сектора. Правительство Испании под влиянием протестных выступлений врачей и по решению суда вынужденно отменило свое принятое ранее решение о приватизации ряда крупных медицинских учреждений и о введении платных медицинских услуг в государственных ЛПУ (их свыше 80%), а чиновники, ратовавшие за приватизацию, были уволены. И этот опыт несомненно представляет интерес, хотя нечто подобное у нас пока невозможно. По рецептам врачей больным оплачивается до 40% стоимости амбулаторно назначенных

лекарств, однако пенсионеры, многодетные и безработные получают лекарства в аптеках бесплатно. Практически получается, что вся государственно-бюджетная медицинская помощь бесплатна для населения. В Испании наиболее эффективными считаются такие экономические отношения в здравоохранении, которые построены на основе планирования и распределения ресурсов, а не близких к рыночным отношениям. При этом исходили из того, что здоровье человека не имеет рыночной стоимости, а медицинская помощь не является товаром (т.е. услугой) и предметом торговли. Вообще такая позиция прослеживается практически в большинстве развитых стран, и не только в отношении здравоохранения, поскольку из медицинской помощи нельзя извлекать прибыль, но и также и в других социальных сферах деятельности. Пример достойный для подражания. Все это делает испанское здравоохранение одним из лучших в мире (в США в 3 раза выше расходы на здравоохранение, но ОПЖ на 5 лет меньше). К сожалению, этот интересный и ценный опыт мало используется в нашей стране, где намечен и постепенно реализуется ошибочный и антигуманный курс к рыночной системе здравоохранения.

Исследование, проведенное Л. Ши в 50 штатах и округе Колумбия (США), показало, что именно количество врачей первого контакта (а не общее число врачей или врачей-специалистов) тесно связано с показателями здоровья населения, в частности, с преждевременной смертностью и зависимой от здравоохранения средней продолжительностью ожидаемой жизни. Когда в Финляндии в 1990-е годы разразился финансово-экономический кризис, там были вынуждены значительно сократить все социальные службы, включая и здравоохранение, оставив в неизменном объеме лишь ПМСП, что не привело к ухудшению здоровья населения.

Понимание того, что изолированно невозможно решить многие проблемы ПМСП, привело к образованию как внутристрановых, так и международных профессиональных объединений, регулярно проводящих свои конференции. Так, в США и Канаде функционирует Северо-Американская исследовательская ассоциация общей практики (NAPCRG) с девизом «Research for patients», в Европе - EGPRW - Европейская исследовательская группа в ОВП и т.д., создано множество долгосрочных проектов и все это объединено под эгидой WONCA - Всемирной организации по семейной медицине. В классификацию WONCA входят разнообразные симптомы и синдромы, многим из которых посвящены многочисленные конференции и симпозиумы. Этим самым данная классификация принципиально отличается от традиционной МКБ-10. В классических учебниках по ОВП приводится перечень наиболее часто встречаемых проблем (симптомов и синдромов) у пациентов: боль в животе, диспепсия, беспокойство, тревожность, боль в спине, боль в груди, кашель, дерматиты, головная боль, боль в ушах, инфекции мочевых путей, ожирение, гипертензия и другие. Об этом же

говорится в классических учебниках по клинической работе ВОП, переведенных на русский язык (Дж. Мёрта «Справочник врача общей практики», 1230 с.; Дж. Нобель «Общая врачебная практика. Классика современной медицины», 2005 г.; М. Вудли и А. Уэлан «Терапевтический справочник Вашингтонского университета», 27 издание, и многие другие). Кстати, эти переводные книги, равно как и Клиническая эпидемиология (Р.Флетчер, С. Флетчер, Э.Вагнер), должны обязательно входить в состав библиотеки ВОП. Сюда же следует отнести и нормативно-правовое обеспечение ПМСП под редакцией И.Н.Денисова, таблица оказания неотложной помощи (неотложные проблемы и необходимые при них мероприятия), а также законы и иные регламентирующие документы. Кстати, самый первый в мире судебник или свод законов был на глиняных табличках и базальтовом столбе записаны шестым царем Вавилонии Хаммурапи, правивший с 1793 по 1750 гг. до н.э. К этому же времени относятся пропавшие библиотеки. Древнейший из дошедших до нас письменных документов был создан около 3500 года до н.э. Многие письменные таблички впервые появились в древних шумерских городах Киш и Урук, а также в ассирийских городах. Самая первая из дошедших до наших дней библиотек принадлежала последнему великому царю Ассирии Ашшурбанапалу, правившему в 669-627 годах до н.э. В своей библиотеке царь решил собрать все известные на тот момент сведения. Памятник просвещенному царю установлен в Сан-Франциско.

Другим не менее важным отличием в лечебной деятельности ВОП является то обстоятельство, что в некоторых странах (например, в Нидерландах) он несет ответственность (моральную, правовую и материальную) за пациента, где бы тот не находился. Голландский ВОП не посылает своего пациента в больницу по направлению (то есть по бумажке, как у нас, которой не поверит ни один врач стационара, начнет обследование заново, и правильно сделает), а сам его отвозит. Вместе с будущим лечащим врачом больницы, который впервые видит данного пациента, они совместно намечают план стационарного (круглосуточного) наблюдения, обследования и лечения. Без согласования с ВОП врач стационара не имеет права внести в него какие-либо коррективы. Более того, без согласия ВОП он не может выписать больного из стационара, так как ВОП может не принять выписываемого под своё наблюдение, поскольку в стационаре больного не долечили. При такой системе больницы представляют собой не «лежбище» как это нередко бывает у нас, а место для интенсивного круглосуточного лечения и ухода, и там не станут, как у нас, делать операции в стационарных условиях, которые можно успешно произвести в условиях дневной хирургии (а таких не менее 20–25% всех операций). В изложенном принципе и заключается преимущество в ведении пациентов и упомянутый ранее «трансмуральный» подход.

Важно отметить, что наиболее высокие рейтинги и наилучшие результаты ПМСП отмечаются в странах с государственно-бюджетной моделью здравоохранения (Великобритания, Дания, Испания, Италия, Финляндия,

Норвегия, Австралия, Канада, Швеция), а в странах с системой медицинского страхования рейтинги ПМСП в 2-3 раза ниже (Япония, Бельгия, США, Германия, Швейцария, Франция).

Конференции по общей врачебной практике могут быть тематическими и проблемными, например, несколько международных конференций были посвящены проблеме «боль в спине». Подведение итогов понимания ПМСП и работы в ней произошло на Алма-Атинской конференции 1978 г. под эгидой ВОЗ и с участием лидеров здравоохранения почти всех стран, принявшей соответствующую Декларацию и наметившую перспективы развития ПМСП в мире. Кроме того, на этой конференции, пожалуй, впервые прозвучала необходимость проведения социальной профилактики болезней на уровне ПМСП, а не просто лечения больных. В этом также заключается наше отставание. Дело в том, что к середине прошлого века в развитых странах завершилась вторая эпидемиологическая революция, ознаменовавшая эпидемиологический переход от преобладания острых инфекционных болезней к хроническим дегенеративным заболеваниям и практически одновременно возникла концепция факторов риска, что и легло в основу интенсивно развивающейся профилактики. Именно тогда в мире произошел «водораздел» между клинической медициной (в том числе между оказанием медицинской помощи) и общественным здравоохранением, т.е. охраной здоровья. У нас же этот эпидемиологический переход полностью не перешел и одной ногой мы застряли в инфекционных болезнях и внешних причинах смерти, а другая нога стала на хронические дегенеративные заболевания. Кстати именно как раз так и отделена охрана здоровья от оказания медицинской помощи (медицинская профилактика, диагностика, лечение, медицинская реабилитация, медицинский уход и паллиативная помощь) в Конституции РФ (начало статьи 41). К охране здоровья относятся упомянутые ранее проблемы, что позволяет реализовать комплексный системный и межсекторальный подход к поддержанию и улучшению здоровья людей. Это прерогатива государства, за неё несут ответственность первые лица государства (а на местах - губернаторы) и представляет собой совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и улучшение физического и психического здоровья каждого человека и населения в целом, поддержание долголетней активной жизни (без болезней). Эта система выходит далеко за рамки бытового представления о традиционном здравоохранении и именно в ней происходят «поломы» в здоровье людей, которые затем направляются на «ремонтно-восстановительные» работы в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ). Организация оказания медицинской помощи относится к отраслевой ответственности с целевой установкой на мотивацию людей к ведению здорового образа жизни (создание условий для этого - ответственность государства), частичное или полное по возможности восстановление утраченного здоровья и трудоспособности по медицинским причинам. Этому

способствует развитие современной клинической медицины за последнее десятилетие, поднявшейся на недостижимый ранее уровень за счет технического и технологического переоснащения, внедрения новых медицинских и информационных технологий, что способствовало улучшению диагностики и лечения. Именно это и наблюдается у нас в ряде крупных медицинских учреждений и институтов. Правда, нередко используются не доказанные мировой практикой методы (мануальная терапия, иглотерапия, рефлексо- и иридодиагностика, некоторые физиотерапевтические процедуры и другие, упомянутые ранее), вызывающие иногда осложнения, что, например, произошло недавно в одной из московских клиник. Ситуация, когда оплата ПМСП оказывается из других, отдельно взятых источников, неизбежно ведет к дисбалансу между объемами медицинской помощи и выделяемыми для этого средствами. Для оплаты труда в ОВП не годятся в чистом виде многие применяемые системы. Так, оплата за оказанные услуги и за пролеченных больных делает всех участников процесса экономически заинтересованными в увеличении числа услуг (в том числе избыточных и не всегда нужных) и в росте числа больных (лучше- длительно и часто болеющих), а не в числе здоровых лиц, в чем должно быть заинтересовано государство. К этому же ведет принцип оплаты «гонорар за услугу». А метод оплаты за законченные случаи лечения вызывает множество вопросов, например, что считать законченным случаем (летальный исход?). Правда, этот метод более применим к условиям стационара в виде оплаты по специальным клинико-статистическим группам. Подушевой принцип оплаты ПМСП оказался еще менее подготовленным, равно как методы финансирования ПМСП в целом на основе полного или частичного фондодержания. Поэтому наилучшим методом оплаты труда в ОВП является принцип, используемый в Великобритании с опорой на договорные отношения, в которых прописываются объемы, качество и результаты оказываемой помощи. Резидент в США (т.е. ординатор) получает в среднем 47 тыс. долл. в год (стипендия) и еще 17 тыс. долл. за дежурства. Кроме того, ему предоставляется на период резидентатуры бесплатное питание и жилье. А сама резидентатура длится 3-4 года в зависимости от специальности. Врачи первичного звена здравоохранения должны быть одними из самых квалифицированных, поскольку от них во многом зависит судьба пациентов. Оплата труда врачей первичного звена должна быть не ниже, чем оплата при оказании высокотехнологичной медицинской помощи. Расчеты показывают, что минимальная оплата труда врачей должна быть не ниже, чем 2 тыс. долл. в месяц, а у медсестер- 60% от этого. Однако, повышение зарплаты совсем не означает, что параллельно будет расти качество оказываемой медицинской помощи, поскольку врача не научили качественной работе; он это не умеет и к этому не готов. Несмотря на это, базовая часть зарплаты медицинских работников должна быть постоянной, поскольку она рассчитывается исходя из объемов работы, сложности и напряженности труда, а переменная часть должна быть зависимой от результатов и качества оказанной помощи.

Не получила развития предложенная мечущимся в поисках выхода из организационного тупика Минздравом РФ совершенно нелепая форма дополнительного медицинского страхования «ОМС плюс», ничем не отличающаяся от добровольного (частного) медицинского страхования.

Но вначале определимся с терминологией. Существует Primary Care (первичная или первая помощь), которая по сути является домедицинской и ею должны в нормальном обществе владеть, в первую очередь, все те, кто имеет дело с массовыми скоплениями людей или в профессиональной деятельности которых может возникнуть угроза жизни и здоровью людей. Сюда можно отнести учителей школ, воспитателей детских садов, работников детских лагерей, работников ГИБДД, т.е. дорожно-патрульной службы, стюардесс и стюартов, проводников железнодорожных вагонов, дежурных по вокзалам, станциям (железнодорожным, морским, речным, автобусным, грузовым терминалам и т.д.) и аэропортам, пожарных и спасателей, парамедиков и других. Они должны владеть основами оказания первой помощи нуждающемуся в ней человеку, уметь остановить кровотечение, привести в чувство, вывести из состояния травматического шока, наложить иммобилизационную повязку, во время вызвать врача или другого медицинского работника. Всему этому их надо научить. Для этого в упаковке для оказания первой помощи должны находиться материалы и лекарства первой необходимости. Есть еще и такое понятие, как первичная медицинская помощь (Primary Medical Care), обозначающая фактически первичную доврачебную (или медсестринскую) помощь. Естественно, эта помощь требует широкого набора знаний и соответствующей квалификации. Специально подготовленные медсестры, фельдшеры, акушерки и другой средний медицинский персонал должны уметь оказать первую доврачебную помощь, принять нормальные роды, владеть навыками для оказания ургентной помощи до прибытия врача. Кстати сказать, роль медсестер во всех развитых странах в последние годы существенно возросла. Фактически

они во многих странах ведут первичный доврачебный прием пациентов в амбулаторных условиях, осуществляют массовую и индивидуальную медицинскую работу на дому, делают прививки и проводят вакцинацию, выписывают некоторые рецепты по ограниченному перечню лекарств, входят в состав действующей администрации больниц, выполняют вызовы на дом и, затем, лишь в случае необходимости приглашают врача к пациенту, ведут группы (школы) здоровых пациентов и группы пациентов, страдающих диабетом, гипертензией, остеохондрозом, бронхиальной астмой, различными зависимостями и т.д., в которых пациенты учатся жить с наличием хронической болезни, организуют работу по восстановлению здоровья и трудоспособности, т.е. по медицинской реабилитации, по интегрированному медицинскому уходу и паллиативной медицинской помощи. Очень многое в профилактической и лечебной помощи в современном мире зависит от деятельности медсестер. Соответственно требованиям времени вот уже на протяжении многих лет ведется подготовка медсестер с высшим медицинским образованием, хотя в отечественном здравоохранении им место до сих пор окончательно не определено. Как хорошо известно, во многих странах, в первую очередь, в Швеции, Англии и Нидерландах, медицинские сестры составляют основу здравоохранения, особенно его первичного звена, восстановительного лечения, реабилитации и интегрированного медицинского ухода, т.е. в тех службах, с которых начинается и заканчивается оказание всего цикла медицинской помощи. Например, в Финляндии 80% амбулаторных пациентов предварительно поступают к медсестрам, а затем, в случае необходимости, к врачам, и только 20% пациентов поступают непосредственно к врачам. В шведских медицинских центрах пациента вначале осматривает медсестра, которая затем может направить пациента к врачу общей практики или в больницу. В Швеции, как известно, национальная система здравоохранения существует на налоги граждан и потому никакого медицинского страхования там нет и быть не может. Такая же система сложилась и в других Скандинавских странах

(Норвегия, Дания, Финляндия, Исландия), в Англии, Италии (где операции даже в частных клиниках бесплатны для пациентов) и т.д. А в Австралии пациент, лечащийся в частной клинике, доплачивает только 25% от стоимости лечения, остальные затраты покрываются государством, во Франции здравоохранение финансируется из налогов по линии социального страхования и потому медицинская помощь всем гражданам страны является бесплатной. Точно также условной страховкой (деньги формируются из налогов каждого региона) обладают все граждане, платящие налоги и для них помощь бесплатна на всей территории Канады. В повсеместно распространенных в Скандинавских странах в городах и на селе центрах здоровья также ведущая роль принадлежит медицинским сестрам. В Нидерландах решение об оказании помощи пациентам врачами во внерабочие часы принимает медсестра на основе установленных критериев. В США медицинские сестры нередко выполняют административные функции, являясь заведующими отделениями в больницах или состоя в администрации больниц. А врач при этом оперирует пациентов, либо их консультирует. В условиях амбулаторной помощи, особенно в муниципальных миниполиклиниках медицинские сестры работают самостоятельно, выполняя патронажные функции, обслуживая вызовы на дом. В Великобритании, к примеру, закон о медицинских сестрах, как о самостоятельном институте, действует с 1902 г. В Англии все чаще медсестры занимаются самостоятельной практикой и им разрешено выписывать фармацевтические препараты из определенного перечня лекарственных средств. Не только в США, но и во многих других странах не врачи, как у нас, а медицинские сестры обслуживают вызовы на дом и они же приглашают врача посетить пациента на дому при необходимости. К сожалению, у нас в стране организовать работу подобным образом и в полном виде не представляется возможным из-за деструктивных процессов в муниципальном здравоохранении, дефицита всех категорий медицинских работников в первичном звене здравоохранения, недостаточного количества

среднего медперсонала (не хватает более 800 тыс. медсестер) и крайне низкого соотношения врачей и медсестер при том, что оно должно быть, по крайней мере, как 1: 5. За последние 20 лет число медсестер в стране уменьшилось вдвое, в 2 раза уменьшилось и число образовательных учреждений, готовящих медсестер. Более того, 24% выпускников медицинских колледжей не идут работать в здравоохранение (среди выпускников медицинских вузов- 29%). Это означает, что значительная часть усилий, затраченных на подготовку кадров, оказалась напрасной. Значит, не все гладко в здравоохраненческом королевстве и многое надо менять.

И, наконец, можно выделить первичную медико-санитарную помощь - ПМСП (Primary Health Care), врачебную, которая в дословном переводе означает первичную заботу (!) о здоровье. Низовым уровнем системы охраны здоровья как раз и является ПМСП, в которой сочетаются социальная и медицинская профилактика с оказанием первичной врачебной помощи. Этот тезис нуждается в дополнительном обосновании. Только врач первичного звена может видеть отдельные неблагополучия в здоровье конкретного прикрепленного контингента, обусловленные внешними влияниями, и вправе ставить соответствующие вопросы перед муниципальными властями по устранению этого влияния. Конечно, подавляющая часть внешних проблем, влияющих на здоровье населения, должна решаться на федеральном уровне (например, обеспечение качества и безопасности пищевых продуктов), но кое-что можно сделать и на муниципальном уровне с подачи врачей ПМСП. В Алма-Атинской декларации 1978 г., которая еще долго будет служить ориентиром для развития ПМСП в мире, записано, что ПМСП- это зона первого контакта отдельных лиц, семьи и общины с системой охраны здоровья. Она максимально приближает ПМСП (т.е. первичную заботу о здоровье) к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья. Она нацелена на решение

медико-санитарных проблем в общине и обеспечивает соответственно службы оздоровления, профилактики, лечения и реабилитации. Иначе говоря, это не просто еще один врач, ведущий прием пациентов (как у нас представляется многим) и никак не замена педиатрической службы или женских консультаций. В связи с распадом СССР в Финляндии, экономика которой была ориентирована на нашу страну, разразился выраженный экономический кризис, во время которого были значительно сокращены объемы специализированной и, особенно, стационарной помощи, но в полном виде была сохранена ПМСП и в результате здоровье финнов не ухудшилось. Сейчас особенно остро в стране стоит задача не только защиты прав пациентов, но и защиты врачей от хулиганствующих пациентов и их сопровождающих. По стране прокатились случаи нападения на врачей и фельдшеров во время исполнения ими профессиональных обязанностей. Такое впечатление, что эти случаи останутся без наказания, поскольку, по мнению правоохранительных органов, не убили же. Это в подтверждение не полного доверия населения к законодательным, правоохранительным и судебным органам. Проблема нападения на врачей вышла за рамки одной страны, и ВОЗ опубликовала соответствующий доклад на эту тему.

В пунктах 3 и 4 главы 7 Алма-Атинской декларации, принятой 12 сентября 1978 г., представлен широкий спектр медико-санитарных проблем, подлежащих решению именно на этом уровне системы охраны здоровья, от рекомендаций по улучшению питания и водоснабжения до лечения и восстановления утраченного здоровья и трудоспособности, а также показан охват ПМСП помимо здравоохранения всех других смежных секторов и аспектов развития на национальном и общинном уровне (сельское хозяйство, животноводство, обеспечение продовольствием, промышленность, образование, жилищное строительство, средства связи, общественные и другие работы), что требует координации деятельности всех этих секторов. А в главе 8 Декларации записано, что все правительства должны разрабатывать

национальную политику, стратегии и планы действий для организации развития ПМСП, как части всеобъемлющей национальной системы охраны здоровья, при координации с другими секторами. Для этого необходимо проявлять политическую решимость, мобилизовать ресурсы страны (и регионов) в интересах национального развития и рационально использовать имеющиеся внешние ресурсы. А бывшая Генеральным директором ВОЗ г-жа Гру Харлем Брундланд (до этого- премьер-министр Норвегии) прямо заявляла, что настоящими министрами здравоохранения (имея в виду более широкое понимание системы охраны здоровья) являются Президент и Премьер страны, только они этого не знают. У нас за охрану здоровья должно нести ответственность, как подчеркивалось ранее, первое лицо государства (на местах- губернаторы), а за оказание медицинской помощи должна быть отраслевая ответственность. Аналогичным образом должна распределяться ответственность и в субъектах РФ. Кстати, принятые и развиваемые во всем мире достижения Алма-Атинской конференции 1978 г. в России были незаслуженно забыты на 10 лет (до назначения Министром здравоохранения И.Н.Денисова), что еще больше увеличило отставание отечественного здравоохранения в организационном плане от развитых стран. В данном случае речь идет именно о здравоохранении, а не о клинической (лечебной) медицине, успехи которой, как подчеркивалось, нарастают, особенно в последние годы. Вначале в ряде территорий РФ по приказу Минздрава № 1284 от 18.12.1987 г. начались эксперименты по подготовке ВОП и по развитию общей врачебной практики (семейной медицине), затем 26.08.1992 г. Минздравом был издан важнейший приказ № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» с целым рядом утвержденных дополнений. В системе железнодорожного здравоохранения было утверждено положение о враче общей практики/семейном враче. Наряду с прогрессивным характером этого движения указанные документы, равно как и последующие, содержали принципиальные ошибки, на которые

приходится указывать. Почему-то все было сведено только к медицинской помощи, которая хоть и должна была оказываться по семейному принципу (это было внове), но не составляла весь объем деятельности ПМСП. Не было (и это продолжается до сих пор) понимания уникальности ВОП и специфики его знаний и работы, что говорит о перечне рекомендуемых заболеваний, с которыми он должен иметь дело, и о роли медсестринского персонала. Это все рассматривалось в свое время на Коллегии Минздрава РФ и попытки внести ясность в этот процесс окончились неудачей. Каждый член Коллегии искал в перечне знакомое заболевание (почему не включили в список туберкулезный увеит?), совершенно не понимая сути работы ОВП, и это продолжается до сих пор. В то время (да и сейчас тоже) не только общество, но и медицинское руководство не было готово к пониманию принципиально важных и новых процессов в здравоохранении.

Затем для стимулирования роста числа ВОП им добавили 3 дня к отпуску и несколько повысили зарплату, что, однако, не повлияло на развитие ПМСП в стране. Приказом Минздрава №463 от 30.12.1999 г. была утверждена отраслевая программа «Общая врачебная (семейная) практика», которая в том числе простимулировала подготовку семейных врачей на кафедрах ряда вузов страны, проводимым обучение, на наш взгляд, по неверным программам. Даже при только клинической подготовке ВОП следовало бы учитывать не болезни, а синдромы их и понимать, что ВОП должен быть подготовлен по широкому спектру медицинских специальностей, но не очень глубоко, т.е. обладать клиническим системным (широким) подходом к разным пациентам. Приложением к приказу Минздрава №350 от 20.11.2002 г. было утверждено «Положение об организации деятельности врача общей практики (семейного врача), в котором опять же содержались регулярно повторяемые ошибки и ставился знак равенства между ВОП и семейным врачом. Этим же приказом утверждены положения об организации деятельности центра общей

врачебной (семейной) практики и соответствующего отделения ЛПУ, табель оснащения и состав врачебной укладки. Упомянутый центр очень напоминает зарубежную групповую практику. Далее приказами Минздрава №112 от 21.03.2003 г. и №402 от 12.08.2003 г. утверждены штатные нормативы ОВП и формы первичной медицинской документации. Кроме того, во многих других документах, в том числе социального характера, проходила идея о развитии ОВП. Уже создана ассоциация по ОВП, проведено несколько съездов и международных проектов ТАСИС, особенно хорошо выполнявшихся в Екатеринбурге, Самаре, С-Петербурге, Карелии, Ступинском районе Московской области и в Белгородской области. Большая работа проведена Московской медицинской академией им. И.М.Сеченова под руководством академика И.Н.Денисова. Напуганный резкими протестами ряда лидирующих педиатров страны, а этому способствовали голословные утверждения о том, что с развитием ОВП можно якобы закрыть педиатрическую службу, женские консультации и т.д. (на самом деле должно быть не вместо, а вместе!), Минздрав РФ дал «задний» ход, исключив из ОВП помощь детям и рекомендуя ОВП только для взрослых пациентов и, в основном, для села, что окончательно разрушает прогрессивную идею о ПМСП. Примерно с такими же ошибками реализуются территориальные программы в значительном числе регионов России. Таким образом, все аспекты деятельности ПМСП, включая подготовку кадров, квалификационные требования, характер и принципы работы в нашей стране оказались искаженными до неузнаваемости и теперь предстоит очистить много наслоений с тем, чтобы абсолютно правильная идея ПМСП позволила бы вывести нынешнее здравоохранение из организационного кризиса. Об этом, кстати, свидетельствуют и результаты многочисленных опросов пациентов. Так у них наибольшее раздражение при общении с врачом вызывает низкая профессиональная квалификация врача (35.4%), равнодушное отношение (24.6%) и длительность ожидания (12.7%). В 66.2% случаях пациенты считают, что за последние 5 лет доступность и качество

амбулаторно-поликлинической помощи только ухудшились и потому они в 56.9% случаев предпочитают не обращаться к врачу, а лечиться самостоятельно, используя советы аптекарей, знакомых и незнакомых людей, к тому же, как подчеркивалось, из непонятной западному обывателю домашней аптечки, нередко с просроченными лекарствами. Кроме того, имеется огромное число негативных мнений пациентов об амбулаторной помощи, которые здесь мы приводить не будем. О чем это все говорит? О необходимости кардинальных изменений в организации всей медицинской помощи населению и, прежде всего, ее первичного звена.

Вообще в последние десятилетия качество подготовки врачей оставляет желать лучшего, что обусловлено отсутствием условий для получения современных знаний, качеством подготовки преподавателей, устаревшими обучающими технологиями, платностью образования, недостаточным вниманием к развитию клинического мышления, к клинической эпидемиологии, доказательной медицине, организации и качеству медицинской помощи и т.д. Так, по данным ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (2016), 90% пластических хирургов, подумать только (!), практически не знают хирургии. Об этом же свидетельствуют и многочисленные врачебные ошибки, лишь малая часть которых доходит до суда и разбирается в судебном порядке. А начинать подготовку кадров следует со школьного образования и воспитания, без чего возникают сложности в построении современной экономики, правового государства и в подготовке будущих специалистов. Обе эти линии- образование и воспитание непрерывно перекрещиваются и бывает очень трудно выделить инстанции, за них отвечающие. Так чисто условно за образование должны отвечать детские дошкольные учреждения, семьи, дневные и вечерние школы, ремесленные и производственно-технические училища, прививающие соответствующие навыки, военные училища, техникумы (колледжи), вузы. Сейчас в России высококвалифицированных рабочих менее 5% (в Германии их около 50%), а вузы по инерции продолжают готовить в будущем безработных экономистов и юристов.

Сейчас мировым лидером школьного образования является Финляндия, где конкурс на место учителя составляет 15 человек на место, где школьников готовят не по шаблону, натаскивая их по ЕГЭ, где усилия сосредоточены на развитии каждого ребенка и не готовят единичных победителей Олимпиад, где сверх базового набора гуманитарных и естественнонаучных знаний ученик сам выбирает себе курсы, предлагаемые учителями, где оценка- не цель, а инструмент, где практикуется модульное образование, педагогическое творчество и высок престиж учительской профессии. Школа должна

готовить выпускников широко мыслящих, грамотных, готовых к дальнейшему обучению или производственной деятельности и воспитывать гражданское самосознание, т.е. готовить ко взрослой жизни. Может быть поэтому в школу нужно вернуть уроки по психологии, этике, астрономии, занятия по музыке, труду, домоводству и т.д. Мы уже не говорим о необходимости улучшения классики базовых знаний по истории, литературе, математике, географии и иностранным языкам. В США, например, имеющей весьма короткую историю, в школах подробно изучают каждый день войны Севера с Югом, что способствует патриотическому воспитанию. Желательно занятия по физике проводить в политехнических музеях, по истории- в исторических и краеведческих музеях, по литературе- в литературных музеях, по ботанике- в лесу и ботаническом саду, по зоологии- в зоологическом саду, по астрономии- в планетарии и т.д., необходимо шире использовать демонстрацию разных тематических научно-популярных учебных фильмов и других демонстрационных материалов во время уроков. После основных занятий дети могут заниматься физкультурой, для чего в каждой школе должен быть оборудованный спортзал, вокруг школы беговая дорожка, а рядом- стадион и площадка для игровых видов спорта. Также после уроков могут быть организованы уроки рисования (с посещением художественных музеев), театральные кружки (с посещением спектаклей), кружок труда и рукоделия с посещением соответствующих производств, фотокружок, музыкально-танцевальные и хоровые занятия, кружок домоводства и ведения домашнего хозяйства, ухода за животными и т.д. Необходимо восстановить действовавшие ранее бесплатные кружки, занятия и секции. В период каникул должны быть организованы выезды школьников в другие города, по местам боевой славы, по историческим, культурным и художественным местам, в головные музеи страны и т.п., что будет способствовать культурному и патриотическому воспитанию детей. У нас в стране таких мест много, и они есть в каждом регионе. Для лучшего ощущения страны можно рекомендовать включение в школьную программу для старшеклассников факультативный и коллективный просмотр целого ряда фильмов с последующим их широким обсуждением. К числу таких фильмов можно отнести фильмы «Фараон», «Спартак», «Гладиатор», «Царь Давид», «Цезарь», «Падение Римской империи», «Крестоносцы», по роману Сергеева-Ценского «Севастопольская страда», по роману Л.Н.Толстого «Война и мир», «Цусима», по произведениям В.Пикуля, «Вечный зов» и «Тени исчезают в полдень», «Адмирал», по роману Виктора Некрасова «Сталинградская битва», Александра Бека «Волоколамское шоссе», Константина Симонова «Живые и мертвые», «Война на западном направлении», «Неизвестная война», «Освобождение», «Тринадцать дней». по роману Анатолия Рыбакова «Дети Арбата», Василия Гроссмана «Жизнь и судьба» и другие. Сейчас в связи с трагическими событиями в школах стали обсуждать особенности поведения школьников. Горячие головы пытаются переложить ответственность за воспитание детей только на родителей, которые основное свое время проводят не с детьми и потому не могут нести

ответственность за их воспитание. Роль в этом семьи конечно же высока, но ребенок большую часть своего дневного времени проводит в школе. Раньше учитель обязан был беседовать с родителями не только об учебе их детей, но и об их внешнем виде, прилежании, поведении, но сейчас же в связи с избыточной нагрузкой учителям некогда заниматься воспитанием школьников. А это значит, что они предоставлены сами себе и их воспитанием занимается улица. Школа должна давать не только широкое образование и соответствующим образом воспитывать детей, но и быть центром всего и готовить ребят к полноценной и разносторонней взрослой жизни. Кстати, во многих странах к этому начинают готовить детей с дошкольных учреждений, когда в детских садах есть комнаты для игры в магазин, где учат благотворительности, как правильно продавать и покупать, как убирать мусор и т.д. В летний период для школьников должны быть организованы бесплатные или за незначительную плату рекреационные места отдыха и восстановления с подготовкой к предстоящим занятиям. Особенно остро стоит вопрос со школьным образованием у нас на селе, где постепенно уменьшается численность населения (и учеников тоже) и закрываются многие школы. Между тем в поселениях даже с малым числом учащихся целесообразно организовать по американскому типу однокомнатные школы - One Room Schools для учеников младших классов, а старшеклассников возить в отдаленные (и укрупненные) школы специальным школьным автобусом: утром до школы, обратно 2 рейса - после школьных занятий и через 2-3 часа по завершению работы продленки, кружков и секций. Правда, в США большая часть школьного образования финансируется из частных фондов, но небескорыстно, т.к. они обязывали школы, школьников и родителей приобрести нужную продукцию. Сейчас в американских школах намерены ввести гейобразование. К сожалению, у нас в стране обсуждаются ошибочные предложения вывести школьное образование из государственного финансирования по американскому образцу. Нельзя забывать еще и о том, что школа на селе в России - это очаг общей культуры и цементирующая основа против полного распада сельских поселений. Другой важной линией является воспитание, которое также должно осуществляться в отмеченных ранее образовательных инстанциях, хотя учителя и так перегружены через край из-за их нехватки. Чем занять ребенка, как его отвлечь от дурного влияния, как развить в нем чувство ответственности, привить любовь к учебе и труду, как из него сделать достойного гражданина страны? Эти вопросы волновали власти во все времена. В СССР эти проблемы решались в организационном порядке, начиная с младших возрастов, без какого-либо принуждения. Сюда относятся октябрятские, пионерские организации для детей и комсомол для подростков, принадлежность к которым считалось престижным делом и служило важным элементом коллективного воспитания. Конечно, это все неплохо бы восстановить, но без чисто советской символики. Важное место в воспитательном процессе отводится семье, членов которой можно к этому готовить. Понятно, что за короткий оздоровительный период, повлиять

кардинально на воспитание невозможно, но именно на это в том числе должны быть ориентированы доступные (в том числе по деньгам) лагеря труда и отдыха, бывшие пионерские лагеря (лагеря при школах) и детские места отдыха (пансионаты, дома отдыха и т.д.) со специальными программами и видами занятий. К сожалению, стационарных загородных лагерей осталось мало, они либо разрушены, либо распроданы. Но государство, заинтересованное в воспитании своих граждан, должно их восстановить и просто обязано создать для детей необходимые и доступные условия, в том числе путем значительных дотаций за путевки. Воспитатели детских оздоровительных учреждений (желательно из студентов педагогических учебных заведений), должны быть готовыми к воспитательной работе и к оказанию первичной домедицинской помощи.

При поступлении в медицинский колледж или вуз абитуриент может пройти тестовый рекомендательный отбор пригодности к выбранной профессии. Мы считаем, что не из каждого человека может получиться хороший врач (по знаниям, навыкам и человеческим качествам), а плохие врачи нам не нужны. Минздрав РФ начал реформу послевузовской подготовки врачей с отмены интернатуры, которая представляла собой седьмой год подготовки врача и являлась первичной последипломной специализацией на базе ЛПУ под руководством соответствующей кафедры медицинского вуза. И хотя интернатура не очень сильно пополняла выпускника знаниями и навыками, но гораздо хуже, если выпускник по завершению вузовского образования сразу же приступит к лечению больных. Вот и получается, что имеющийся дефицит врачей будет пополняться за счет не очень грамотных врачей, что вызвало серьезную обеспокоенность в Государственной Думе. Ведь еще М. Я. Мудров писал, что средний врач нам не нужен и уж лучше обойтись вообще без врача, чем иметь дело с плохим. Врач должен обладать не только необходимыми знаниями, умениями и навыками, но и иметь определенный набор чисто человеческих качеств, которые проявляются с детства и формируются всю жизнь. Все это с помощью не сложного тестирования по специальной программе (как при оценке ММРІ- миннесотской системе оценки уровня интеллекта) позволит увеличить долю пригодных для врачебной деятельности людей. И, вообще, такого рода рекомендательная система отбора должна быть распространена на будущих учителей и юристов, т.е. на те профессии, в которых цена ошибки имеет высокую социальную значимость и отражается на судьбах других людей.

Следует также подумать о введении в вузах профильных вступительных экзаменов. При подготовке ВОП в западных медицинских школах и университетах учат пониманию и учету социальных и внешнесредовых факторов, определяющих здоровье и влияющих на пациентов и сообщества людей с тем, чтобы предлагать необходимые

действия. Отсюда следует, что, во-первых, ПМСП фокусирует свои усилия на общине (коммуне), то есть на компактно проживающих людях, например, в городском микрорайоне или в поселке. Во-вторых, ПМСП является всеобъемлющей, предоставляется всем слоям населения (детям, подросткам, мужчинам и женщинам трудоспособного возраста, пожилым), учитывает и в какой-то степени опосредованно влияет на факторы, находящиеся вне пределов прямого контроля со стороны традиционного здравоохранения. Педиатры, гинекологи и другие специалисты никуда не исчезают и они должны оказывать консультативно-методическую помощь ВОП. Однако в стране проблема дефицита медицинских кадров никак не решается. Более того, их с каждым годом становится все меньше и меньше. Так, по данным Росстата, только за 2016 г. число медсестер в стране уменьшилось на 16 тысяч, а численность младшего медперсонала сократилась еще на 50 тысяч. Такая нерациональная политика значительно ухудшает качество медицинской помощи и ухода за больными.

Однако, в нашей стране (и об этом, в частности, свидетельствуют упомянутые ранее приказы и программы) рассматривается только медицинская клиническая составляющая ПМСП, что является принципиально неверным и даже вредным, поскольку ПМСП является составной частью системы охраны здоровья, ее самостоятельным низовым уровнем. У нас, как отмечалось, вся ПМСП сведена к еще одному врачу, ведущему первичный прием пациентов, причем по правилам, противоречащим мировой практике. Фостер С., Фили Р., Лейнг Р., Алкенбрак С. (2003) из Бостонского университета справедливо отмечали, что «проблемы со здоровьем требуют комплексных решений, а не просто медицинского лечения- в чем, собственно, и состоит основная задача ПМСП. Жилье, питание, работа, социальная поддержка- все эти факторы играют важную роль в деле улучшения здоровья людей. Врачей, к сожалению, не обучают навыкам координирования работы всех этих служб, да они обычно и

не хотят этим заниматься. Вот почему все больший акцент делается на принципе групповой практики (работа в команде). Медсестры и социальные работники, работающие в рамках этих групп, будут своей работой расширять возможности медико-санитарной помощи, что позволит заняться решением проблем, лежащих вне границ системы здравоохранения». Это была цитата. Организация и координация деятельности всей ПМСП, реализующей комплексный межведомственный, межсекторальный подход к охране здоровья компактно проживающего населения, а также вовлечение в эту работу парамедиков, добровольцев, активистов муниципальных образований, попечительских и наблюдательных советов остается за главным институтом ПМСП- общей врачебной практикой (ОВП). Исходя из отмеченных направлений деятельности, в ОВП по мере ее развития не менее 50- 60% объемов работ и затрат времени должно отводиться на всю профилактическую и координирующую деятельность, для чего ОВП должна поддерживать постоянные контакты с местными органами власти, сан-эпидслужбой, социальной службой, скорой медицинской помощью, аптечной сетью, ЛПУ. Что касается чисто медицинской работы, на долю которой должно приходиться порядка 40-50% активности ВОП, то это совсем иной врач, которому невозможно подобрать аналог из нынешнего отечественного здравоохранения. Как становится понятным, это же, конечно, не участковый врач, хотя и имеются некоторые сходные черты. Иначе говоря, главное лицо в ОВП- врач общей практики (ВОП)- это не просто врач, ведущий первичный прием пациентов по широкому спектру проблем; его функции гораздо более широкие и они ориентированы, главным образом, на охрану здоровья граждан, проживающих в курируемой им общине (микрорайоне, поселении). Такой врач в идеале должен быть специально подготовленным, независимым в своих действиях (отчет- по конечным результатам), фактически субъектом права, т.е. частнопрактикующим (самостоятельно хозяйствующим субъектом), имеющим право распоряжаться выделенными ему средствами по своему разумению, но работающим на контракте с

государственными организациями. Получая финансирование из бюджета, ВОП имеет право, как самостоятельно хозяйствующий субъект, использовать эти средства на расширение и улучшение своей деятельности без каких-либо согласований, ограничений и разрешений. Его работа должна основываться на трехстороннем договоре (контракте) с вышестоящей медицинской организацией (создание и оснащение ОВП, подбор кадров, организация профосмотров и диспансеризации, контроль и обеспечение качества, прием пациентов по направлению ВОП, консультативно-методическая, дистанционная и организационная помощь и т.д.) и с местными органами власти (помещение, задания на объемы и результаты работ по охране здоровья и оказанию медицинской помощи, текущее содержание ОВП и т.п.). 27 апреля 2017 г. Постановлениями Правительства Москвы №237-пп и №238-пп предусмотрены целевые гранты медицинским учреждениям, оказывающим ПМСП пожилым людям со множеством хронических заболеваний: по 20 тысяч каждому врачу и по 10 тысяч каждой медсестре в месяц, а также выделены гранты для поощрения врачей общей практики, независимо от возрастного состава их пациентов. В виде доплат к должностному окладу в размере 20 тысяч рублей ежемесячно. Все это заложено в городском бюджете.

Среди всех видов осмотров ведущая роль принадлежит профилактическим осмотрам, которые подразделяются на периодические, комплексные и массовые, и целевые (скрининги) с применением специфических и чувствительных тестов на онкозаболевания, диабет и т.д. Имеются и другие виды осмотров. Все они ориентированы на «донозологическую диагностику» (по Казначееву В.П.) и раннее выявление у предрасположенных лиц с повышенным риском тех заболеваний, для которых раннее лечение может дать хороший результат. В некоторых странах стали говорить о неэффективности профилактических осмотров, о гипердиагностике при них и т.д. Им вторят некоторые наши специалисты,

рассуждающие о неэффективности диспансеризации в целом. Что касается проведенных массовых (они всегда массовые) периодических профилактических осмотров, то с ними можно согласиться, поскольку имеет место огромное число приписок (до 70%) потому, что каждый осмотр - это деньги, и за период короткого осмотра правильный диагноз, как того добивался Минздрав РФ, во многих случаях поставить практически невозможно. Краткосрочный осмотр не является самостоятельной единицей и может служить дополнением к материалам 3-летней обращаемости (для изучения истинной заболеваемости) или прелюдией к диспансеризации. А к диспансеризации, т.е. к индивидуальному взятию на диспансерный учет, систематическому индивидуальному наблюдению и оздоровлению мы еще не приступали, хотя проведенные профосмотры ошибочно многие (снизу доверху) называют диспансеризацией. Однако, В.М. Шипова (2013) показала, что в соответствии с приказом Минздрава РФ №1011н профилактические осмотры являются функциональной обязанностью участковых врачей и ВОП, а по приказу Минздрава РФ №1006н расширен контингент, подлежащий профилактическим осмотрам, изменен перечень лабораторных и инструментальных исследований, определена периодичность осмотров, расширен перечень врачей-специалистов, по итогам проводится оценка здоровья. Кроме того, В.М. Шипова доказала экономическую целесообразность и оправданную себестоимость профилактических осмотров. Затраты на проведение осмотров окупаются за счет последующей диспансеризации, в том числе за счет своевременного оздоровления стоящих на диспансерном учете, что не требует в дальнейшем применения дорогостоящего лечения.

Обеспечивая во многих странах преимущественно ПМСП большинству граждан (там до 90% населения нуждаются в ней) и сосредотачивая там основные ресурсы, государство тем самым гарантирует право на сохранение здоровья, поскольку высоко технологичная и финансовоемкая помощь

обеспечивает права меньшинства и куда при правильной организации всей работы должны поступать не более 0.01% всех пациентов и даже меньше. А мы туда «вбухиваем» очень большие деньги в ущерб более результативным, дешевым и массовым видам помощи. С каждым годом увеличивается число больных, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП), правда, при неизвестных, видимо засекреченных результатах ее оказания. Этим очень гордятся губернаторы, мэры и медицинские чиновники. Так, в Москве высокотехнологичную медицинскую помощь по 17 профилям в 2016 г. получили на 76% больше больных, чем в 2015 г. Помощь получили, и что в итоге? Здесь, как это сейчас принято, нигде не приводятся результаты применения различных диагностических и лечебных средств. Однако, приведенные данные свидетельствуют скорее о нерациональном расходовании средств и о серьезной запущенности патологических процессов. Вначале пропустили заболевания, их запустили, а когда они перешли в тяжелую и хроническую стадию, стали применять дорогостоящую ВМП. Весь мир старается «не допустить» пациентов до дорогостоящих высоких технологий, а решить их проблемы гораздо раньше, когда лечение может быть наиболее эффективным, т.е. при возможно раннем выявлении заболеваний. Вот и получается, что эффективность московского здравоохранения крайне низка: при значительных затратах результаты оставляют желать лучшего. Опять же возникает простой вопрос: высоко технологичная медицинская помощь (ВМП) оказана, а каковы результаты (ближайшие или отдаленные)?

На уровне ПМСП должны начать и закончить свое лечение не менее 85% всех пациентов, а для остальных должна определиться дальнейшая маршрутизация пациентов — на специализированную амбулаторную помощь, в стационары общего типа, в специализированные стационары, на высокие медицинские технологии и на реабилитацию или интегрированный медицинский уход, в основном, после стационарного лечения. Только при

таким подходе система организации здравоохранения может быть эффективной. Впервые этапность оказания необходимой помощи раненым, больным и пораженным была в организационном плане, как отмечалось, проработана Н.И.Пироговым в период Крымской компании 1854-55 гг., что относится целиком и полностью к заслугам отечественного здравоохранения. Затем эти идеи были положены в основу отечественной военно-медицинской доктрины, практическая реализация которой позволила добиться в годы ВОВ самой высокой доли восстановления в строй. В целом сейчас этапность организации медицинской (именно медицинской) помощи должна иметь следующий вид: медицинская помощь общего типа (ВОП, малая хирургия, обычная акушерская помощь, зубоветеринарная помощь, простейшие лабораторные и другие диагностические исследования, лекарственное обеспечение общего типа- повседневного спроса, линейные бригады СМП) с дневным стационаром на несколько постоянных коек должна быть максимально приближенной к населению и быть широко доступной и полностью бесплатной для пациентов. Она будет составлять основу восстановленного линейного принципа медицинской помощи на железных дорогах и муниципального здравоохранения. В линейных бригадах на скорой медицинской помощи (СМП) должны работать очень квалифицированные синдромальные врачи, в задачи которых не входит постановка диагноза за время краткосрочного визита, а решение проблем вызвавшего пациента и его дальнейшей судьбы- оказать помощь, оставить на дому, передать данные ВОП, вызвать специализированную бригаду, госпитализировать и т.д. Такой врач линейной бригады также должен также, как и ВОП, руководствоваться синдромальной классификацией WONCA. Далее следует консультативно-диагностический центр (КДЦ) с амбулаторными врачами-специалистами, дневным стационаром и дневной хирургией и возможностью более глубокой диагностики, со специализированным амбулаторным лечением и реабилитацией, а также с консультацией больных по направлению ВОП. На межмуниципальном (межрайонном) уровне на путях транспортных, в том

числе железнодорожных сообщений должны находиться больницы общего типа (на 4-6 отделений) по подобию ликвидированных линейных больниц и соответствующие этим профилям амбулаторно-поликлинические учреждения, возможно, в виде расширенных КДЦ. На четвертом уровне, в железнодорожных узлах, в крупных городах и областных центрах могут размещаться крупные специализированные медицинские учреждения (в том числе по линиям железнодорожных магистралей узловые, отделенческие и дорожные), которые помимо непосредственного приема пациентов по направлениям ВОП, осуществляют дистанционное консультирование, в том числе с выездами на места. К этому уровню субъекта федерации помимо специализированных и многопрофильных больниц относятся стоматологические поликлиники, специализированные бригады СМП, крупные родильные дома (лучше- родильные отделения в больницах) женские консультации, частные клиники, гостиница (общежитие) для больных, прибывших на консультацию и обследование издалека, центры ВМП и т.д. По официальным данным в 2015 г. было выполнено 45.7 млн. выездов бригад СМП, однако эти данные ни и чем не говорят без анализа количества, структуры и, главное, результатов вызовов СМП. Правда, за счет городской местности при малых расстояниях большинство выездов уложились в требуемые 20 минут. Таким образом, должна быть выстроена иерархия медицинской помощи, удобной для пациентов, выгодной для государства и понятной для медицинских работников: от простых и широко применяемых методов и приемов к более сложным и уникальным, от помощи общего типа к специализированной и т.д.

В ближайшее время ожидается пополнение парка автомобилей (1.5 тысячи новых «скорых» и более сотни реанимобилей), правда, без пополнения ремонтной базы и улучшения состояния дорог. Предложенная не профессионалами рационализация организации работы СМП с исключением из них врачей и водителей и заменой их на фельдшеров признана

несостоятельной и не проводилась. Центры высоких технологий, включая перинатальные центры, должны находиться в федеральном ведении, независимо от места их расположения. Именно таким образом (от простого к сложному и от общего к специализированному) должна быть выстроена вся медицинская помощь, включая диагностическую службу и аптечную сеть. Вообще-то, этот принцип должен лечь в основу всех служб. Как раз такая иерархия способна максимально удовлетворить пациентов и при соответствующей разработке рациональных маршрутов движения пациентов может быть исключительно выгодной для государства. При этом нельзя забывать об обоснованном размещении и правильной организации работы ФАПов, подготовке парамедиков и санитарного актива, санитарно-просветительной работе среди населения, мотивируя его на ведение здорового образа жизни. Такая организация позволит оптимизировать и даже снизить затраты на здравоохранение и, особенно, на дорогостоящие виды помощи и нагрузку на них (стационарную, специализированную, высокотехнологичную), что явится значительным внутренним резервом более рационального расходования средств и с большей пользой для пациентов (по затратам времени, денег и по результатам).

Во всех странах Запада именно местным органам власти предоставляют большую финансовую автономию (оставляя там большую часть налогов) при оказании медицинской помощи и эта ответственность относится к округам (областям, землям, провинциям, ленам, графствам и т.д.) и муниципалитетам с тенденцией переноса акцентов со стационарной помощи на амбулаторную и далее на ПМСП, профилактику и помощь на дому. И это правильно, поскольку именно на местном уровне должны создаваться все необходимые условия для повседневной жизни людей. Конечно, для восстановления в стране муниципального здравоохранения и наиболее приближенной к населению медицинской помощи общего типа потребуются пересмотр соответствующих полномочий, налогов и денежных потоков. Уже принято

решение о не вполне адресном выделении 300 млрд. руб. на развитие сельских территорий, но этого крайне недостаточно, т.к. с 2005 г. доля налоговых поступлений только снижается и потому власти находятся в поиске- что и кого еще можно обложить налогом или штрафом. Поскольку в современных условиях имеется выраженная необходимость интегрального видения проблем пациентов с самых первых контактов с системой охраны здоровья, то альтернативы общей врачебной (семейной) практике в этом отношении фактически нет. Кроме этих задач врач общей практики (семейный врач) оказывает необходимую врачебную помощь общего типа по индивидуальному или семейному принципу, что делает её более приближенной и доступной для населения. Поэтому на самом деле речь не идет о разрушении каких-либо сложившихся медицинских специализированных служб. Напротив, благодаря внедрению общей врачебной (семейной) практики появляется логичность и стройность всего здравоохранения, а авторитет и эффективность специализированных служб должны значительно возрасти. Центральной фигурой на селе (да и в городах тоже) и на железных дорогах становится правильно подготовленный врач общей практики (ВОП), который во многих случаях может заменить собой ряд узких специалистов (или снизить на них нагрузку) и который организует работу на врачебном (линейном) участке фельдшеров, акушерок, медсестер, парамедиков и, где необходимо, социальных работников, психологов и волонтеров. ВОП осуществляет консультативные выезды на места и в ФАПы. Формы организации работы ВОП зависят от численности прикрепленного населения, расстояний и сообщений, подготовленности персонала: индивидуальная общая врачебная практика с круглосуточным оказанием неотложной помощи и с дневным стационаром организуется примерно на 1200-1500 человек, Центры общей врачебной практики, т.е. групповая практика — примерно на 1500- 5000 населения.

В отсутствии достаточного транспортного сообщения не спасут селян и железнодорожников разовые выезды в село и отдаленные поселения ФАПов

на колесах, оснащенных портативным УЗИ, простейшим электрокардиографом, средствами экспресс-диагностики, аппаратами для измерения АД и внутриглазного давления. И хотя такой комплекс стоит дешевле (3.5 млн. руб.) чем стационарный ФАП, заменить его никак не может, поскольку стационарный ФАП систематически ведет профилактическую работу и оказывает помощь ежедневно, а передвижной- только диагностику, к тому же от случая к случаю. Многие горячие головы в отдельных территориях (например, в Новгородской области) решили заменить стационарные ФАПы на передвижные (приехали-уехали), не понимая, что передвижные виды помощи- это дополнительная работа, которая не может заменить собой ни полноценный ФАП, ни ОВП, ни участковую больницу, ни скорую помощь. Это же относится и к специальным медицинским поездам. Совершенно не следует полагать, что современные организационные и информационные технологии могут применяться, как у нас некоторые полагают, вместо лечащих врачей- врачей общей практики и врачей в относительно небольших больницах общего профиля и заменить их. У нас ошибочно считают, что телемедицину можно помимо обучения использовать для консультации больных. Ошибка состоит в том, что на самом деле дистанционные консультации предназначены именно для лечащего врача. Ведь кто-то должен проводить в жизнь результаты консультирования и отслеживать за состоянием пациентов.

В развитых странах такие системы используются в дополнение к врачам общей практики, содействуя более точной и качественной диагностике и обоснованному лечению, а скрининговые системы- более раннему обнаружению заболеваний. И тогда возникнет стройная система оказания медицинской помощи на селе (и не только), которая придет на смену разрушенному муниципальному здравоохранению. Сейчас, к большому сожалению, будущих врачей у нас не учат клиническому мышлению, в результате действия ряда врачей страдают примитивизмом. Если раньше на основании жалоб пациента, анамнеза его жизни и болезни, осмотра пациента у врача возникала определенная гипотеза относительно заболевания и состояния пациента, которая подтверждалась данными обследования по направлению (т.е. вначале мысль, а затем- анализы), то теперь во многих случаях исходя из жалоб пациента (без его осмотра и врачебной гипотезы) его сразу же направляют на положенные (регламентированные)

обследования (анализы, УЗИ и т.д.), по результатам которых формируются рекомендации для пациента. Главное при этом - правильно все занести в компьютер на случай проверки экспертами страховой медицинской организации. Не врач - а какой-то робот.

Согласно хорошо известному Левенхорстскому (по имени маленького городка в Нидерландах) определению 1974 г. (Leeuwenhorst group), ВОП - это выпускник медицинского колледжа (вуза), имеющий лицензию, который оказывает индивидуальную, первичную и непрерывную медицинскую помощь отдельным людям, семьям и обслуживаемому населению, независимо от пола, возраста и вида заболевания. В этом определении фактически подчеркнуто, что ВОП имеет дело со всеми прикрепленными пациентами (детьми, подростками, взрослыми и пожилыми) и практически с большинством проблем пациентов. Однако это возможно лишь при условии соответствующей до- и последиplomной подготовки по широкому спектру дисциплин и при наличии соответствующего разрешения на самостоятельную деятельность в виде лицензии. Более точным, хотя и не совсем полным, является определение группы F. Olesen, опубликованное в 2000 г. в Британском медицинском журнале (BMJ). Из этого определения следует, что ВОП является подготовленным специалистом для работы на линии фронта системы охраны здоровья и для принятия первоначальных шагов по обеспечению медико-социальной помощи по тем проблемам здоровья, которые имеются у населения. И далее «ВОП осуществляет профилактику, диагностику, лечение, уход и облегчение, используя и интегрируя биомедицинские науки, медицинскую психологию и медицинскую социологию». Европейское региональное бюро ВОЗ неоднократно подчеркивало, что ВОП занимается проблемами здоровья (и факторами на него влияющими) всего обслуживаемого населения и одновременно нацелена на конкретного человека, а не на болезнь. Это ещё раз подчеркивает, что ВОП - это не только, и не столько клиницист или лечебник.. Таким образом, главными задачами врача общей практики помимо чисто медицинской деятельности являются координация усилий различных ведомств (межведомственный подход по критерию здоровья) для создания системы охраны здоровья на уровне небольшой и компактно проживающей группы населения (общины, поселка, станции) и осуществление там необходимых мероприятий по

первичной профилактике болезней, как в сельской, так и городской местности. И если такой врач будет хорошо подготовлен по педиатрии (что позволит ему рассматривать проблемы здоровья семьи в целом), а педиатр наряду с другими специалистами будет выступать в качестве консультанта для такого врача, то все скептические мнения относительно развития ОВП в стране просто исчезнут. В ПМСП должно быть занято не менее 40% всех врачей, как в Нидерландах, Великобритании, Израиле и в других государствах. Для этого в РФ нужно сделать более привлекательной (материально и творчески) работу в ПМСП с тем, чтобы полностью укомплектовать ОВП врачами, начиная с подготовленных выпускников и кончая ранее работавшими в амбулаториях и больницах. Постепенно (!) участковые терапевты и участковые педиатры при соответствующем стимулировании должны переквалифицироваться (переучиваться) во врачей общей практики. ВОП являются подготовленными профессионалами по широкому кругу вопросов и в подавляющем большинстве случаев могут не направлять больных к врачам-специалистам, а решать их проблемы самостоятельно. Кстати, лучшие и более чуткие ВОП получаются из переквалифицированных участковых педиатров, а более решительные - из врачей хирургического профиля. В ответ на робкое заявление главного педиатра страны академика А.А.Баранова о том, что детские врачи по примеру других стран не должны осуществлять вызовы на дом хотя бы в крупных городах, немедленно последовала отрицательная реакция Минздрава РФ, который даже не стал рассматривать интересное предложение. Тут правы обе стороны, т.к., с одной стороны, нет смысла вести больного ребенка в поликлинику, а с другой, врач при посещении на дому вооружен пока только фонендоскопом. Видимо, в каждом конкретном случае могут быть типовые вариации, а лучше всего, если вызовы на дом реализует медсестра ОВП. В результате преобразований соотношение ВОП и врачей-специалистов должно быть на перспективу как 45 : 55, то есть если сейчас врачей общей практики у нас всего 10 тысяч, то на перспективу их число нужно увеличить в 30–35 раз при одновременном сокращении численности врачей-специалистов, которые не должны вести самостоятельный прием пациентов, а лишь по направлениям ВОП. А на одного врача общей практики должно приходиться 4-5 медсестер. В Москве только за 2015 г. число посещений к участковым врачам возросло на 25% и в

течение 2-х лет намереваются переобучить всех участковых терапевтов на ВОП, что вызывает большие сомнения как в объемах, так и в качестве подготовки ВОП. А правительство намерено изменить первичный прием пожилых людей с тем, чтобы они попадали вначале к средним медработникам, а к врачам непосредственно дорога им будет заказана. ПМСП хотя и не является самым дешевым разделом здравоохранения, но, по последним данным ВОЗ, обеспечивает лучшее соотношение затрат и результатов, стоимости и качества. Исследования показывают, что треть всех посещений к врачам-специалистам являются не достаточно обоснованными (поэтому нужен «фильтр»), а ещё 40% посещений к ним мог бы взять на себя правильно подготовленный ВОП (в Эстонии — от 30 до 70%) и это ведет к сокращению объема стационарной помощи на 20–45%. Вот почему ПМСП является наиболее экономичной моделью в здравоохранении, что важно не только в условиях кризиса. Поэтому правильно организованная ПМСП с подготовленным в соответствие с международными требованиями персоналом ОВП должна занять ведущее место в перспективной модели системы охраны здоровья, в частности на железнодорожном транспорте. ОВП может быть индивидуальной примерно на 1200-1500 человек, в которой помимо ВОП заняты 2 медсестры и санитарка, которую целесообразно организовывать в городах (отдаленных микрорайонах), в которых имеется достаточное число ЛПУ, а также групповая ОВП, т.е. соответствующие центры, которые целесообразно создавать в сельской местности и в отдаленных от большинства ЛПУ местах. В принципе в общей врачебной практике (групповой) помимо нескольких ВОП могут работать также фельдшер, акушерка, зубной врач со средним образованием, психолог, 3-4 медсестры (на приеме, патронажная, физиотерапевтическая, обученная медико-санитарной работе, в дневном стационаре, процедурно-перевязочная, по интегральному уходу или совмещающие эти функции), лаборант, социальный работник, санитарка и другие. Тогда это будет соответствовать Центру общей врачебной практики (ЦОВП), о чем говорилось в приказе Минздрава РФ № 112 от 21 марта 2003 г., хотя содержащиеся в приложениях к нему штатные нормативы уже требуют пересмотра. В таком центре, который может быть организован в двоянной 3-4 комнатной квартире, могут быть кабинет ВОП, процедурно-манипуляционно-перевязочный кабинет, фельдшерский кабинет с аптекой низкой категории и с лекарствами

повседневного спроса, дневной стационар и родильные койки, смотровой кабинет, физиотерапевтический кабинет, минилаборатория с простейшими диагностическими исследованиями, туалет. Некоторые кабинеты могут быть совмещены. Такой центр должен в условиях железных дорог обеспечивать ПМСП не менее 1500-3500 жителей, но не более 5000. В ряде случаев, особенно при изолированном расселении (на отдаленных станциях и полустанках), численность жителей может не учитываться при ориентации на целесообразность, например, при малом числе жителей, но значительных расстояниях или в трудно доступной местности. Везде это должно быть организовано не по шаблону, а строго индивидуально. При каждой общей врачебной практике должны создаваться попечительские (наблюдательные) советы, актив здравоохранения (волонтеры) и группа подготовленных парамедиков, особенно в тех местах, где отсутствуют ФАПы. В подготовленном ЕРБ ВОЗ в 1998 г. Руководстве по профессиональным и административным аспектам развития общей практики (семейной медицины) в странах Европы, наряду с важнейшими характеристиками общей практики (непрерывность, всеобъемлющий характер, координация, сотрудничество, ориентированность на семью, ориентированность на общину), подчеркивается, что общая врачебная практика занимается проблемами здоровья всего обслуживаемого населения и в лечебно-профилактическом отношении одновременно нацелена на конкретного человека, а не на болезнь, в том числе на принцип «лечить больного, а не болезнь». Помимо лечебно-диагностической работы в обязанности ОВП входят задачи по улучшению системы охраны здоровья по критерию здоровья на местном уровне, обеспечение которых относится к компетенции местных органов власти и перед которыми необходимо ставить соответствующие вопросы.

К числу таких задач относятся предложения по:

- приближению к компактно проживающему населению сети магазинов (палаток, киосков, мастерских, передвижных лавок и т.д.) с товарами и услугами повседневного спроса, учреждений бытового назначения, общественного транспорта, аптечных учреждений, ПМСП, оздоровительных заведений и спортивных площадок, детских дошкольных учреждений и начальных школ и т.д.

- улучшению доступности и качества питьевой воды, качества воздуха, почвы и окружающей среды в целом, улучшению экологии и биогеоценозов,

проведению озеленения и благоустройства, созданию зон культурного отдыха и т.д.

-улучшению условий жизни, жилищно-коммунальных условий, условий труда

-улучшению структуры, объемов и качества питания, действенного контроля за безопасностью и составом потребляемых продуктов

-повышению уровня общей культуры и образования, созданию условий для ведения здорового и подвижного образа жизни, содействию занятости детей и подростков по их интересам (кружки, секции и т.д.), организации их отдыха и оздоровления, созданию условий для массовых занятий физкультурой (стадионы, спортивные площадки и секции, бассейны, катки, лыжни и т.д.)

-укреплению семьи, профилактике правонарушений

-санитарному образованию населения, повышению уровня санитарной грамотности и культуры, обучению простейшим методам доврачебной самопомощи, самообследованию, само- и взаимопомощи

-борьбе с бродяжничеством, проституцией, венерическими болезнями и СПИДом, злоупотреблением алкоголя и табакокурением, наркозависимостью

-организации и проведению периодических и целевых профилактических осмотров и обследований, диспансеризации, вакцинации и иммунизации

-организации парамедицинского и медсестринского патронажа, интегрированного медицинского ухода на дому (дневного и круглосуточного), созданию межрайонных домов сестринского ухода и хосписов

-организации восстановления здоровья и трудоспособности и реабилитации в домашних и офисных условиях

-созданию школ здоровья, раннему выявлению заболеваний

-выявлению социально уязвимых групп населения, в том числе малоимущих, и организации им адресной поддержки.

К клинической деятельности в ОВП относятся:

-прием всех пациентов по широкому спектру медицинских проблем на синдромальном уровне, организация профилактики, лечения и реабилитации в пределах своей компетенции

-направление в необходимых случаях пациентов на консультации к врачам-специалистам (в том числе педиатрам и гинекологам) и на дообследование в КДЦ или на госпитализацию

-организация вызовов на дом, ухода на дому и консультаций пациентов при выезде врачей-специалистов или с помощью дистанционной диагностики и консультирования на расстоянии

-возможно также при наличии близлежащего стационара ведение пациентов в больнице.

Именно ПМСП в полной мере реализует ВОЗовский лозунг «Здоровье для всех, забота о каждом».

Также нуждается в совершенствовании и примерный табель оснащения ОВП, утвержденный приказом Минздрава РФ № 350 от 20 ноября 2002 г. Мелкий и традиционный инструментарий и изделия медицинского назначения, мягкого (белье, простыни, пеленки и т.д.) и твердого (кушетки, шкафы, гинекологическое кресло, сейфы, холодильники и др.) и другой инвентарь тут перечислять нет смысла, равно как и набор диагностических тестов, реактивов и медикаментов. Отметим только автоклав, УЗИ, центрифугу, переносной аппарат для искусственной вентиляции легких, весы и ростомер, спирометр, глюкометр, динамометр, акушерско-гинекологический набор, зубоорточную установку, бестеневые бактерицидные лампы, малый хирургический набор, микроскоп с осветителем, негатоскоп, бактерицидный облучатель, оториноофтальмоскоп с деталями и запчастями, пикфлуометр, пульсоксиметр, ректоскоп, счетчик формулы крови или биохимический анализатор, дефибриллятор, аппарат для искусственного дыхания, компрессорный электроотсос, 12- канальный электрокардиограф, физиотерапевтическую аппаратуру, переносную укладку для вызовов, укладки для оказания экстренной медицинской помощи и т.д. Кроме этого должны быть набор тестов для экспресс-диагностики и экспресс- анализаторы, персональный компьютер с интернетом, скайпом и базами данных на своих пациентов и на протоколы обследования и лечения, специальная литература и т.д., а также транспорт: санитарная Нива или УАЗик с носилками.

В целом система градостроительства, в том числе в новых районах, должна быть организована так, чтобы все службы общего назначения были бы рядом с компактно проживающим населением, а специальные

(специализированные)- могут быть в отдалении. Как можно ближе к населению должны быть магазины и службы повседневного спроса, например, булочные, молочные и др., а супермаркеты и рынки могут быть на расстоянии. Вблизи должна находиться начальная школа с тем, чтобы учащиеся младших классов не переходили бы улицы и магистрали. На селе . в поселках и на крупных станциях помимо восстановления домов культуры с библиотеками целесообразно даже при наличии небольшого числа школьников не отправлять их за многие километры, а создать «однокомнатные школы» по типу американских One room school, а в средние школы должен школьников возить школьный автобус по согласованному графику. Хочется надеяться на полное удовлетворение потребностей наших школьников, проживающих в отдалении от школ, в школьных автобусах. На уровне муниципалитетов могут быть также техникумы и профессионально-технические училища и др. К муниципальному уровню должны относиться и ПМСП, а также линейные бригады СМП, а специализированные бригады могут подчиняться субъектному уровню. Таким образом, не население должно быть в нашей стране приближено к медицинской помощи, как это происходит сейчас, а амбулаторная помощь общего типа должна быть максимально приближенной к населению. Также должны быть организованы муниципальная (открытая) полиция, мировые суды и т.д. Для этого муниципалитеты должны быть обеспечены необходимыми средствами.

Существующие городские поликлиники должны быть объединены с центрами здоровья, из них должны быть выделены общие врачебные (лучше групповые практики), и они должны быть преобразованы в КДЦ, оказывающих специализированную врачебную амбулаторную помощь. Врачей-специалистов, работающих в КДЦ и стационарах, должно быть, по нашей оценке, около 430 тыс., конечно же, при соответствующем оснащении и информатизации. При этом врачи-специалисты КДЦ, включая педиатров, интернистов, хирургов и акушеров-гинекологов, самостоятельный прием пациентов, как правило, не ведут, а лишь консультируют больных по направлениям ВОП и в КДЦ осуществляется более глубокое обследование пациентов, там же имеются дневной стационар и дневная хирургия. Врачи-специалисты при этом ведут не только лечебно-диагностическую работу, но и выступают в роли консультантов для ВОП и помогают им в проведении медицинских профилактических мероприятий и диспансеризации. В развитых странах широкое развитие получает превентивная медицина, которая включает не только (как у нас) прививки против целого ряда инфекционных заболеваний, но и вакцинацию против весьма

распространенного рака шейки матки, генетический анализ, позволяющий выявить предрасположенность к отдельным заболеваниям, профилактические хирургические вмешательства. Поэтому число врачей-специалистов может быть сокращено и должен быть осуществлен постепенный переток кадров (врачебных и средних медработников) в сторону ПМСП. У нас же в стране созданы 700 центров здоровья, выделены на них, на их рекламу, на создание сайтов немалые деньги, а посещаемость их оставляет желать лучшего, тем более, что дальнейшая судьба обследованных пациентов неизвестна и пациенты предоставлены сами себе, поскольку сейчас нет полноценного ВОП, отвечающего за каждого пациента и имеющего о нем всю информацию.

Необходимо и в городах, и на селе из КДЦ организовать консультирование врачей общей практики силами врачей-специалистов КДЦ путем выезда на места или организации дистанционной телесвязи. В связи с этим количество врачей-специалистов должно, как отмечалось, постепенно уменьшиться, а число ВОП возрасти. Как несколько раз подчеркивалось, врачи-специалисты в КДЦ должны вести прием пациентов только по направлению ВОП. Для этого КДЦ могут быть хоть и отдаленными, но должны быть доступными и находиться на путях транспортных сообщений. Кроме того, в их задачи должно входить также оказание консультативной медицинской помощи ВОП при плановых выездах на места (а ВОП подбирает для этого профильных пациентов) индивидуально или в виде выездных бригад, а также путем дистанционного консультирования с использованием современных средств связи и телекоммуникаций. В КДЦ должны находиться сертифицированные подразделения общей и специальной диагностики, аппаратных методов амбулаторного лечения или лечения в дневном стационаре и т.д. Вызовы на дом в ОВП должны обслуживаться медсестрами, которые в случае необходимости обращаются к врачам. Медицинские сестры должны также вести доврачебный прием пациентов и иметь право выписки рецептов на медикаменты по ограниченному перечню. Вообще необходимо шире и полнее использовать потенциал медицинских сестер в профилактике, лечении, реабилитации, в медицинском уходе и в паллиативной помощи.

**Таблица** Распределение (в %) потока пациентов и ресурсов

Виды помощи	Поток пациентов	Число врачей	Финансовые Средства
-------------	-----------------	--------------	---------------------

	В наст. время	На перспективу	В наст. время	На перспективу	В наст. время	На перспективу
ПМСП	45	100	10	45	10	35
Специализированная амбулаторная	30	20	20	10	20	14
Стационарная общая	18	15	40	28	30	22
Стационарная специализированная	7	5	30	14	38	18
Высокие технологии	0,05	0,01	0,1	1,0	2	5
Интегрированный медицинский уход	-	10	-	2,0	-	6

Как следует из данной таблицы, в перспективе должно быть предусмотрено существенное укрепление ПМСП, через которую фактически должны проходить все 100% пациентов и до 80-85% должны на этом уровне заканчивать свое лечение. Кроме того, необходимо участие населения в работе попечительских советов при всех медицинских учреждениях, в том числе при ОВП. Во многих странах мира такие советы успешно работают на протяжении многих десятилетий. В России эти советы создавались в дореволюционный период, затем в силу своей демократичности они прекратили свое существование, и лишь в последние два года стали кое-где появляться, например, в Самаре, но пока еще с несколько усеченными функциями. В то же время, совет попечителей (или наблюдателей) должен участвовать в выработке перспектив развития медицинских учреждений, начиная с общих врачебных практик, по хорошему лоббировать их интересы, разъяснять, в том числе через средства массовой информации и информационные листки задачи, особенности работы и результаты деятельности этих учреждений, представлять их интересы во властных структурах, финансирующих и других организациях, привлекать инвестиции и пожертвования, а также одновременно, что не менее важно и что иногда опускается по вполне понятным причинам, контролировать деятельность административно-хозяйственного персонала медицинских учреждений, отслеживать финансовые и материальные потоки, содействуя прозрачности административно-финансового управления, участвовать практически во всех внутренних процессах (пищеблок, прачечная и прочее), кроме чисто медицинских мероприятий (медицинская профилактика, диагностика, лечение, реабилитация, выбор адекватных технологий и управление качеством медицинской помощи). При попечительском совете может существовать санитарный актив. Все это будет содействовать открытости

здравоохранения, прозрачности использования средств, сближению населения и медицины (смещение акцентов с кастовой медицины в сторону медицины народной), более доверительному отношению пациентов, разрешению возможных и разнообразных конфликтных ситуаций, повышению роли и значимости медицинских учреждений, росту авторитета медицинских работников и престижности медицинских профессий, развитию системы государственно-общественного управления здравоохранением, что в итоге будет способствовать становлению в стране гражданского общества. Ну, и наконец, появится возможность осуществить один из так и не реализованных до сих пор основных принципов общественного здравоохранения (по Н.А.Семашко), а именно- широкое участие масс трудящихся в решении проблем здравоохранения, и об этом уже упоминалось.

К сожалению, подготовка кадров для отечественного здравоохранения (и не только) пока отстает от лучших западных стандартов. Как отмечалось, даже наши передовые университеты, например, МГУ (188 место), находятся в лучшем случае во второй сотне международного рейтинга университетов (Times Higher Education). В первую десятку традиционно входят Оксфорд, Кембридж и американские университеты. Попытки обжаловать места в рейтинге не увенчались успехом, поскольку критерии носили объективный характер: цитируемость опубликованных работ, соотношение студентов и преподавателей и т.д. У нас образование массовое, а там- штучное. Еще к критериям относятся востребованность выпускников, которых на последних курсах обучения присмотрели для себя учреждения и фирмы, число иностранных студентов и т.д. Наилучшими специалистами считаются получившие широкое общее естественное образование в английских университетах, а затем окончившие, скажем, Массачусетский технологический институт. Исходя из этого, необходимо вносить соответствующие коррективы и в медицинское образование. На старших курсах нужно значительно расширить изучение общественного здоровья и здравоохранения, адаптировав эту дисциплину к имеющимся и будущим вызовам, ввести обучение по качеству медицинской деятельности и по качеству медицинской помощи, а также занятия по медицинской психологии «Больной и его психология», по современным технологиям. С первого курса и до последнего необходимо изучать иностранные языки, современные информационные технологии, медицинскую этику и логику, включая взаимоотношения с пациентами, вести пораздельное изучение адаптированной Клятвы Гипократа, развивать клиническое мышление на основе взаимодействия органов и систем человека в норме и патологии. Нужно, наконец, решить вопрос со стоматологами: если они дантисты, то достаточно несколько усеченной программы, а если врачи, то учить их нужно в полном объеме. На последипломном уровне для организаторов здравоохранения необходимо давать знания и практические навыки на моделях как правильно организовать работу разных медицинских учреждений и территориального здравоохранения, как оценивать их

деятельность и здоровье населения, как определить потребности населения в различных видах медицинской помощи, как правильно анализировать и использовать статистические показатели, как организовать этапность медицинской помощи (от общей к специализированной, от массовой к индивидуальной) и маршрутизацию движения пациентов, как организовать максимальную доступность и обеспечить должный уровень качества помощи с соответствующей оценкой, какие существуют модели здравоохранения и оказания медицинской помощи, как осуществить движение от медицины лечебной к медицине профилактической, как правильно составлять стратегии, концепции, программы и проекты, выбирать приоритеты, как пользоваться международными базами данных, как правильно организовать ПМСП, как правильно взаимодействовать с пациентами и многое другое.

Видимо, назрела пора создать в наших медицинских вузах факультеты по общей врачебной практике и обучать студентов по несколько иным программам, рекомендованным Всемирной организацией по семейной медицине (WONCA) и с учетом требований, предъявляемых к такого рода специалистам, включая их взаимодействие со смежными инстанциями. Помимо ВУЗовской полноценной подготовки ВОП должны быть созданы условия для послевузовской переподготовки, первичной специализации с последующими усовершенствованием, повышением квалификации, лицензированием и ре-лицензированием. Врач общей практики (и врач скорой медицинской помощи) должен быть хорошо подготовленным по основным специальностям (терапия, педиатрия, гериатрия, акушерство, гинекология, мелкая хирургия, социальная и медицинская профилактика, общественное здоровье и здравоохранение, деонтология), а также по общим вопросам в узких специальностях (неврология, психиатрия, офтальмология, ЛОР, травматология и др.). Для этого необходимо, как отмечалось, при медицинских учебных заведениях создать специальные факультеты по подготовке (переподготовке) специалистов для ПМСП, что требует определенной (синдромальной) специфики в образовании. К сожалению, подготовка врачей общей практики, в том числе и для Москвы, оставляет желать лучшего и требует кардинальных преобразований. Именно поэтому необходимо внести коррективы в образовательный стандарт врача общей практики (семейного врача) в соответствии с новыми требованиями к их подготовке. Так, экспертами WONCA разработаны новые определения специальности «Общая врачебная практика/семейная медицина», ее основополагающие признаки и описаны требования к объему оказываемой такими врачами медицинской помощи. Всемирной федерацией медицинского образования (WFME) разработаны стандарты по повышению качества последиplomного образования, Советом Европейской академии преподавателей ОБП (EURACT) разработаны рекомендации по подготовке ВОП. Согласно принятым документам, ВОП помимо чисто врачебной деятельности, лечебно-диагностических, медико-профилактических и реабилитационных вопросов, а также принципов оказания неотложной помощи должен владеть законодательством по охране здоровья, знать

структуру и основные принципы здравоохранения, хорошо разбираться в условиях жизни и здоровья прикрепленного населения, осуществлять первичную (социальную) профилактику болезней, знать свои права, обязанности и ответственность, владеть методами планирования и анализа работы ПМСП, принципами сотрудничества с другими специалистами и службами, знать и соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии. В процессе обучения необходимо увеличить число часов на синдромальную диагностику, на педиатрию, психиатрию, внутренние болезни, гериатрию, ЛОР-болезни, неврологию, дерматовенерологию, офтальмологию, акушерство с гинекологией, мелкую хирургию, на стандарты и медицинские технологии при каждом наиболее часто встречаемом синдроме, ввести курс по социальной профилактике болезней и охране здоровья, деонтологии, психологии, учить взаимодействию с местными органами власти, с населением и группами пациентов. Знаний, которые он сейчас получает по болезням детей и подростков (99 часов), по здоровью пожилых и т.д., явно недостаточно.

Нужно перестать готовить ВОП только как клинициста, он должен стать главной фигурой в организации ПМСП, т.е. не просто лечащим врачом, но и важным действующим лицом в низовой системе охраны здоровья, организатором всей профилактической и лечебной работы прикрепленному населению. В связи с этим возникают следующие требования к объему его знаний: клинические дисциплины-60%, в т.ч. общего типа-65%, специализированные-35%. Среди клинических дисциплин общего типа по 30% должно приходиться на терапию и педиатрию, 20%- на акушерство и по 10% на гинекологию и хирургию. Из специализированных дисциплин (т.е. из 35% объема знаний) по 15% должно приходиться на гериатрию и неотложную помощь, по 10%-на неврологию, травматологию и реабилитологию, включая интегрированный уход, по 5%- на ЛОР, офтальмологию, дерматологию, кардиологию, пульмонологию, гастроэнтерологию, психиатрию, инфекции. Важно, чтобы эти знания преподносились бы в общем, прикладном и не столь глубоком виде и без деталей, так как это необходимо знать будущим узким специалистам. Из параклинических дисциплин (40%) треть знаний должна приходиться на социальную профилактику, систему охраны здоровья и работу с населением и властными структурами, остальные- на правовые, экономические и организационные вопросы работы ПМСП, этику, психологию пациентов, экологию и т.д. Кроме того, каждый ВОП должен систематически работать над собой, следить за литературой, публикациями, стандартами, участвовать в различных форумах и т.д., повышающих уровень знаний. Крайне важно, чтобы со временем отдельные разделы преподавали бы не узкие специалисты, а специально подготовленные преподаватели из числа ВОП, как это имеет место за рубежом. Все медицинские учреждения и органы государственной власти должны содействовать росту престижности ПМСП и авторитетности ВОП.

А начинать всю работу можно с краткосрочного обучения отобранных врачей (семинар в течение недели) особенностям работы ВОП, с последующими обязательными образовательными этапами. В наших ВУЗах подготовка врачей ведется по широкому профилю, что облегчает решение кадровых проблем в ОВП. Важным моментом является профессиональная преемственность поколений, когда в семье есть несколько поколений врачей, что позволяет обсуждать профессиональные проблемы в кругу семьи, в том числе с использованием накопленной литературы, учебников и опыта. Молодые люди из таких семей должны обладать определенными преимуществами при поступлении в профильный ВУЗ.

Не следует забывать, что при общении с пациентом, основной задачей ВОП является не столько постановка клинического диагноза, сколько решение проблем пациента, с которыми он обратился за медицинской помощью. Если на Западе врачами становятся вполне осознанно, понимая всю сложность, благородство и гуманность этой профессии, то в России это выглядит иначе. Как известно, почти 30% выпускников медицинских вузов не идут работать в медицину вообще. А это означает, что изначально они серьезно ошиблись в выборе профессии или просто нуждались в получении любого высшего образования. В ряде случаев их отпугивают ответственность профессии и высокий ее риск, главным образом, в специальностях хирургического профиля и при самостоятельной работе. Это особенно проявляется в нынешнее время, когда благодаря отдельным средствам массовой информации, устоялось представление о том, что все гаишники-взяточники, а врачи-убийцы в белых халатах. Вместо того, чтобы всерьез заняться проблемой распределения выпускников, Минздрав РФ занимается другими вопросами образования. Так, приказом Минздрава РФ № 200н от 01.04.2016 г. утверждены правила клинической практики, а приказом Минздрава РФ №435н от 30.06.2016 г. утверждена типовая форма договора об организации практической подготовки обучающихся, т.е. о прохождении клинической практики. Кроме того, Минздрав РФ предполагает, что дополнительное образование по выбору врача можно будет получить за счет страхового запаса Федерального фонда ОМС, хотя, как известно, фонд ОМС находится в дефиците. Еще треть выпускников, хотя и затем работают в медицинских учреждениях, но являются буквально случайными людьми, не украшающими медицину, без соответствующего призвания. И только из трети при определенных условиях могут получиться хорошие врачи, а плохие и посредственные, как отмечалось, нам не нужны. Врач должен обладать не только необходимыми знаниями, умениями и навыками, но и иметь определенный набор чисто человеческих качеств, которые проявляются с детства и формируются всю жизнь (внимание, благородство, доброжелательность, нравственность, культура, доброта, милосердие, доброе отношение к людям, умение выслушать другого человека и т.п.). Исходя из этого, целесообразно создать, как отмечалось, специальную систему предварительного тестирования абитуриентов в виде советующей системы на наличие у них качеств, требующихся будущему врачу, в результате чего

могут даваться соответствующие рекомендации. Это будет как бы рекомендательная система отбора к врачебной профессии. Этот же принцип применим для предварительного отбора и к другим специальностям, ответственным за судьбы и воспитание людей (юристы и педагоги). Использовать систему предварительного тестирования и отбора можно также применительно к ведущим работникам железнодорожной отрасли — локомотивным бригадам. Помимо советующей системы отбора к овладению врачебной профессией необходимо, по примеру многих стран, чтобы допуск к врачебной деятельности не обошелся без участия различных врачебных сообществ (ассоциаций)

В США и других западных медицинских школах тестируются личностные качества абитуриентов, такие как сообразительность, способность убеждать и самостоятельно принимать решения, коммуникационные навыки, межличностное общение и сотрудничество, спектр профессиональных интересов, склонность к системному мышлению, гуманное, а не потребительское отношение к людям, следование этическим принципам, способность выслушать, понять, сочувствовать и сопереживать, отсутствие жестокости и т.д. Это в определенной мере позволяет очистить ряды врачей от случайных, черствых, жестоких и коммерчески настроенных людей. Об этом ставился неоднократно вопрос на протяжении не одного десятилетия, но пока что понимания важности этой простой системы у нас в стране нет. Пока еще превалирует доминанта количества врачей (отсюда — достаточность только вузовского образования), а не качества их подготовки к непосредственной работе с пациентами. При поступлении целесообразно учитывать династические аспекты, что позволит в семейном кругу обсуждать профессиональные и этические вопросы, пользоваться накопленной за многие годы литературой и т.д. Гиппократ был врачом в 18 поколении, а его сыновья в 19-м. Сбрасывать со счетов воспитательную роль семьи нельзя. Но пока у нас формируются (и, видимо, поощряются) только династии бизнесменов, чиновников и депутатов. За рубежом сложилась несколько иная система профессиональных ценностей и профессионального отбора. Однако, зарубежные специалисты согласны с тем, что помимо предоставления студентам-медикам необходимых знаний в соответствии с принятыми международными образовательными стандартами, у них необходимо развивать клиническое мышление, что позволит более глубоко, объективно и системно оценивать состояние организма пациента в норме или при той или иной патологии. К сожалению, мыслить клинически и системно у нас теперь не учат, хотя и ранее это было только на отдельных кафедрах, главным образом, на факультетской терапии. Сейчас же такие кафедры ликвидированы. Ломать — не строить.

Системное мышление — это не только правильная оценка взаимодействия органов или систем человека во взаимосвязи с окружающей средой в норме и патологии, но также означает системный подход к профилактике (первичной, вторичной и третичной), диагностике, лечению, реабилитации и интегрированному медицинскому уходу. Важно по фон

Берталанфи «за деревьями не пропустить лес», тщательно обследовать пациента и системно, а не просто и только локально его лечить. Крайне необходимо в процесс обучения включить клиническую эпидемиологию, развивающую системное мышление, аналитическую статистику, доказательную медицину, международные стандарты ISO, этику и взаимодействие врача и пациента и т.д.

Кроме того, необходимо от попредметного обучения перейти к проблемно-предметному, что не потребует каких-либо значительных организационно-структурных преобразований в медицинских вузах, а просто нужно перестроить технологический образовательный процесс с тем, чтобы знания не распылялись во времени и были бы целенаправленными. Именно на проблемном (а не предметном) подходе основано обучение в медицинских школах при университетах Запада и учебный план там состоит из блоков, обучение многопрофильное с большой долей самостоятельного обучения. При этом там четко определено, что университеты выпускают врачей, не готовых работать самостоятельно (т.е. стажеров), но которые способны проходить дальнейшую профессиональную и практическую подготовку для допуска к работе с пациентами и самостоятельной деятельности. Кстати, там ежегодно группы преподавателей выезжают в разные города и заранее на месте знакомятся с вероятными кандидатами в студенты.

Однако, не следует забывать, что хотя ПМСП и является ключевой в развитии здравоохранения страны, помимо реорганизации всей участковой службы в стране с ликвидацией кадрового дефицита и при правильной подготовке кадров для ПМСП, необходимо проводить и другие реорганизации:

- внедрение КДЦ
- создание иерархичных систем оказания стационарной помощи от больниц общего типа до крупных многопрофильных и специализированных больниц в зависимости от их доступности и интенсивности медицинской помощи, а также диагностических и аптечных служб и т.д. (по принципу: от простого к более сложному, от общей помощи к специализированной)
- развитие стационарозамещающей помощи в амбулаторных условиях (ОВП и КДЦ), т.е. дневных стационаров и дневной хирургии
- прекращение всей задуманной «оптимизации», переход на государственно-бюджетную модель с элементами рыночных отношений (приобретение медтехники и медикаментов, услуги прачечной и стерилизационной, закупка продуктов питания для диетических столов, организация общего питания больных и сотрудников, уборка территории и помещений, кроме обеззараживающей и т.д.): возвращение здравоохранения в социальную сферу (из экономически-рыночной) под эгиду государства, ликвидация платных услуг
- восстановление муниципального здравоохранения
- увеличение бюджетного финансирования здравоохранения после хотя бы начальной реорганизации с 3.6% ВВП до 6-7% ВВП за счет ранее обозначенных источников и реформирования системы

-создание национальной, региональных и ведомственных стратегий улучшения здоровья- государственная ответственность за здоровье и его охрану и, отдельно, стратегии развития организации медицинской помощи во всех ее аспектах- отраслевая ответственность; отдельно, если есть необходимость, может существовать отраслевая программа развития клинической медицины в стране, т.е. методов диагностики, лечения, реабилитации и паллиативной помощи и соответствующих стандартов, а также медико-демографическая программа. Если же речь идет о более совершенных клиничко-организационных стандартах, то их целесообразно разрабатывать совместными усилиями специалистов по организации здравоохранения, специалистов по аналитической статистике и клиницистов. Такого рода направленность перспективных усилий в разных сочетаниях присуща для здравоохранения многих развитых стран и с успехом может быть использована на региональном уровне, а также в железнодорожном здравоохранении. Специфика железнодорожного здравоохранения заключается не только в медицинском обеспечении безопасности движения поездов, но и в объектах приложения усилий, т.е. в прикрепленных контингентах людей, которые частично совпадают с общей сетью здравоохранения.

#### **4.3.Как правильно организовать специализированную медицинскую помощь**

В предыдущем разделе мы разобрали ПМСП и показали, как должна быть организована медицинская помощь общего типа. Одновременно было отмечено значение врачей общей практики и необходимости их специальной подготовки и переподготовки из участковых и цеховых терапевтов и из участковых педиатров, поскольку иерархия всей медицинской помощи должна быть выстроена в виде пирамиды с широким основанием в виде медицинской помощи общего типа с постепенно суживающимися возможностями специализированной медицинской помощи, а на самом верху пирамиды должна находиться ВМП. Все это имеет непосредственное отношение и к железнодорожному здравоохранению, которое всегда было передовым и прогрессивным. Теперь следует хотя бы кратко остановиться на специализированной и стационарной медицинской помощи. Частично речь о специализированной амбулаторной медицинской помощи шла в предыдущем разделе, где говорилось о целесообразности создания консультативно-диагностических центров (КДЦ) путем преобразования (объединения) поликлиник, амбулаторий и созданных диагностических центров здоровья. КДЦ имеют смысл только при одновременном (даже в локальных местах) правильном создании общих врачебных практик и организации их правильного взаимодействия. В КДЦ должны находиться аккредитованные подразделения общей и специальной диагностики, аппаратных методов лечения. Как ранее отмечалось, почти треть всех посещений к врачам-специалистам являются не достаточно обоснованными, и их могли бы взять

на себя врачи общей практики. Поэтому по мере увеличения числа врачей общей практики количество врачей-специалистов в КДЦ со временем может быть значительно уменьшено, и при сохранении того же фонда оплаты труда плата врачам может быть существенно повышена. К каждому КДЦ должно быть прикреплено не менее 10 общеврачебных практик. Другого результативного и экономически выгодного пути развития здравоохранения в природе просто не существует, и потому рано или поздно, но этим придется заниматься как в общей сети, так и в железнодорожном здравоохранении. Лучше- раньше. В КДЦ пациентов на консультации, дообследование и уточнение диагноза направляет только врач общей практики, после чего пациенты должны опять к нему вернуться и тогда врач общей практики (ВОП) должен решить судьбу каждого пациента: то ли будет ВОП лечить самостоятельно, то ли направить на госпитализацию. При этом нужно иметь в виду, что лечение и наблюдение в больнице должно быть круглосуточным, возможно, с помощью сменных бригад, а если нет необходимости в круглосуточном пребывании в больничных условиях, тогда нужно использовать возможности правильно организованного дневного стационара. При общих врачебных практиках и КДЦ должны быть организованы дневные стационары. От общей врачебной практики можно организовать стационары на дому, а в КДЦ дополнительно можно организовать еще и дневную хирургию, что в немалой степени разгрузит хирургические стационары (отделения). Специализированная стационарная медицинская помощь подразделяется по степени интенсивности стационарного лечения, начиная от межрайонных больниц в общей сети (узловых и отделенческих больниц) и завершая высокотехнологичными медицинскими центрами (дорожные и центральные дорожные больницы). А специализированные диспансеры должны, как обычно, оказывать как специализированную амбулаторную, так и стационарную медицинскую помощь. Многопрофильная и специализированная стационарная медицинская помощь, а также центры высоких медицинских технологий могут быть сосредоточены в областных центрах и крупных городах с консультативно-лечебными выездами на места и возможностями дистанционного консультирования врачей общей практики, а на районном уровне (линейные и узловые больницы) в транспортной доступности должны находиться больницы общего назначения, до 5-6 отделений: терапия, общая хирургия, педиатрия, акушерство, гинекология, общая соматика, возможно, инфекционное отделение. Для каждого типа больничных учреждений должны быть разработаны показания для госпитализации, табель оснащения, локальные клинические протоколы и результативные показатели. При этом необходимо учитывать степень интенсивности лечебно-диагностических процессов как между отдельными стационарами, так и внутри самих больниц. Кроме того, отдельные маломощные сельские и городские больницы (оставшиеся линейные и некоторые узловые больницы) не должны закрываться, их целесообразно преобразовывать в реабилитационные центры со специально подготовленными медицинскими сестрами с функциями долечивания и

восстановления здоровья и трудоспособности. В связи со старением населения и увеличением численности лиц пенсионного возраста, в том числе среди железнодорожников, со временем будут возрастать потребности в больничных койках, в интегрированном медицинском уходе, домах сестринского ухода, в паллиативной медицинской помощи и хосписах при постепенном сокращении числа лечебных коек. К каждой больнице должны быть прикреплены несколько амбулаторий, КДЦ при единой аккредитованной лабораторно-инструментальной диагностической базе, где должны проводиться повседневные текущие рутинные исследования и диагностические процедуры. Более тонкие и эксклюзивные (уникальные) специфические и чувствительные диагностические обследования должны осуществляться в Диагностических центрах, где для этого есть все возможности и условия. В целом объемы дорогостоящей стационарной медицинской помощи, включая высокотехнологичную медицинскую помощь, могут быть значительно сокращены при такой иерархической структуре медицинских учреждений и правильной организации ПМСП за счет сокращения пустующих коек, уменьшения числа не обоснованных (не показанных) госпитализаций и направлений, сокращения сроков пребывания на больничной койке и более интенсивного лечения. Медицинская помощь по экстренным медицинским показаниям при остром аппендиците, ущемленной грыже, внематочной беременности, остром калькулезном холецистите, остром опоясывающем панкреатите, почечной колике, непроходимости кишечника, прободной язве, остром кровотечении, остром нарушении мозгового кровообращения, инфаркте миокарда и инсульте должна оказываться немедленно ибо от сроков доставки больного в нужный стационар от начала заболевания (до 6 часов, 6-12 часов, 12-24 часа, позже 24 часов) зависит его жизнь. При расстояниях до 100 км, но при наличии хороших дорог транспортировку таких больных может осуществлять оснащенная скорая медицинская помощь, в остальных случаях должна быть задействована санитарная авиация. Санавиация лишь частично восстанавливается в 34 регионах страны из 85, да и там, где потребность в ней не первоочередная. Костяк ее составляют вертолеты Ми-2 и Ми-8 со средним возрастом 25 лет, что представляет угрозу для врачебных бригад и транспортируемых больных. К сожалению, медицинская помощь так четко не ограничена по принципу «на себя» или «от себя». Принципиально неверной является позиция Минздрава РФ, разрешившего региональным властям устанавливать самостоятельно нормы по времени приезда бригады скорой помощи. Дело в том, что временные нормативы должны быть установлены не в зависимости от условий регионов или состояния дорог, а должны включать в себя сроки спасения больных и под них в регионах нужно учитывать радиус обслуживания скорой помощью, наличие и состояние дорог и транспортных сообщений, наличие аэродромов и вертолетных площадок с санитарной авиацией и т.д. В Европе при наличии прекрасных автомобильных дорог и железнодорожных сообщений стараются широко развить медицинскую вертолетную транспортировку больных и думают о

том, как бы побыстрее доставить тяжелого больного в место, где ему будет оказана полноценная и адекватная медицинская помощь. Такой должна быть типовая схема организации медицинской помощи населению. Минздрав РФ решил сделать телемедицину круглосуточной. Для кого и зачем? Кроме того, Минздрав РФ намерен с 2019 г. создать персональный мониторинг здоровья пациентов. Насколько это реально? Ну, а врачей столичных поликлиник обучат этике общения с пациентами. Наконец-то додумались и только в Москве! Постепенно в Европе и России внедряется электронное здравоохранение (eHealth), а для международного медицинского консультирования (Cross-border Health Care), как посчитали на 15-м Европейском форуме по здравоохранению, необходима многолетняя подготовительная работа, к которой следует вернуться после завершения кризиса. Еще раз повторим, что результаты дистанционного телемедицинского консультирования предназначены не для пациента, а для лечащего врача, в данном случае- врача общей практики. В США идет постепенный процесс, начавшийся 30 лет тому назад, внедрения электронных медицинских карт в больницах (уже в половине больниц они внедрены) и в медицинских сетях США, что позволяет улучшить качество медицинской помощи и повысить безопасность пациентов.

## **Глава 5. Специфика профилактической работы на железнодорожном транспорте.**

*Mens sana in corpore sano (в здоровом теле здоровый дух, Ювенал)*

В течение последних 50 лет происходит постепенный переход от медицины лечебной к медицине профилактической. Еще Конфуций справедливо считал, что причины важнее результата, а это имеет непосредственное отношение к болезням человека. Более 150 лет тому назад Н.И.Пирогов прогнозировал, что будущее принадлежит медицине предупредительной. Интересно, в каком времени по отношению к Н.Пирогову мы живем, если в 2016 году на Всероссийском молодежном образовательном форуме было провозглашено, что главным принципом медицины будущего (опять когда-нибудь) является профилактика. Видимо, медицинским чиновникам очень выгодно все время отодвигать это будущее на потом. А ведь еще в 1937 г. известнейший американский специалист и историк медицины Генри Сигерист писал, что эпоха тысячелетнего преобладания лечебной медицины завершается и наступает эра профилактической медицины, основы которой появились в СССР. От себя добавим- в весьма неприхотливом виде. Даже знаменитый ученый Клод Бернар считал, что каждый врач должен знать три вещи: условия здоровья, чтобы их поддерживать, условия развития болезней, чтобы их предотвращать, и условия выздоровления, чтобы их использовать. К сожалению, представления в нашем обществе о том, что врачи должны заниматься не только лечением, но и причинами болезней и факторами на них влияющими пока нет. Началом этой новой парадигмы послужило знаменитое лонгитудинальное исследование здоровья в маленьком американском городке Фремингхеме. Обобщение результатов подобных исследований позволило ВОЗ сформулировать концепцию факторов риска различных заболеваний, что послужило основой профилактики и позволило

организовать превентивную помощь. Безусловно, лечебная медицина еще себя не исчерпала и ее технологические возможности требуют более широкого распространения, а не сосредоточения только в крупных клиниках. И какое-то время лечебная медицина может сочетаться с медицинской профилактической, но этим нужно серьезно заниматься. Первичная или социальная профилактика ориентирована на создание и поддержание факторов и условий, способствующих здоровью, вторичная или социально-медицинская профилактика направлена на предупреждение и возможно раннее выявление особенно тех болезней, которые легко поддаются воздействию на ранних стадиях (сюда входят вакцинация, иммунизация, профилактические осмотры и скрининги, диспансеризация здоровых контингентов), а третичная или медицинская профилактика ориентирована на предупреждение перехода заболевания в более тяжелое или в более тяжелую форму, обострений, частичное или полное восстановление здоровья и трудоспособности по медицинским причинам (сюда входит лечение во всем его многообразии и диспансеризация хронически больных). Попытки осуществить развитие профилактической медицины у нас в стране делались и раньше: организован институт профилактической медицины, местами осуществлялись периодические и целевые осмотры, скрининги, велся поиск маркеров для раннего выявления ряда болезней, заложены основы социальной или факторной предрасположенности к различным заболеваниям, во многих поликлиниках открыли кабинеты профилактики, в смотровых кабинетах измерялись температура и АД на обеих руках, осуществлялся гинекологический осмотр всех женщин, пришедших на прием к врачу, и пальцевое исследование прямой кишки у мужчин определенного возраста (сейчас для этого имеются новые возможности), была создана так и не реализованная программа диспансеризации всего населения, начала осуществляться программа проведения периодических профилактических осмотров, большая часть из которых являются приписками из-за выделяемых на них денег, были сделаны попытки готовить врачей-профилактиков. Сейчас в развитие так до конца и не реализованного профилактического направления отечественного здравоохранения следует двигаться следующим образом:

1. Подготовка врачебных кадров на додипломном и последипломном уровне (она должна быть коренным образом изменена), создание школ общественного здравоохранения. В этих школах должно быть два потока абитуриентов-врачей с предъявляемыми требованиями непрерывного медицинского образования по аналитической медицинской и биостатистике, по политике и организации здравоохранения, по профилактике и здоровому образу жизни, по эпидемиологии и гигиене, по управлению качеством медицинской помощи и доказательной медицине, по ПМСП, по методологии составления стратегий, концепций, программ и проектов, по методологии анализа состояния здоровья и выбора приоритетов, по экономике, эффективности и финансированию здравоохранения, по постоянному совершенствованию здравоохранения, по расстановке кадров и лидерству, по

взаимоотношению врачей с пациентами и местными органами власти. Второй поток абитуриентов должен быть из общественной сферы (инженеры, экономисты, юристы, учителя, депутатский корпус и другие) для их подготовки в сфере Public Health по усеченной программе с добавлением знаний по роли и месту здравоохранения и медицинской помощи в современном обществе, по социальной медицине, по санитарной грамотности, массовой физкультуре и рациональном питании, по программе «Здоровье для всех», по сестринскому делу, по подбору руководящих кадров и оказанию первой медицинской помощи. По сути это будет широко подготовленный актив здравоохранения или парамедики, способствующие пропаганде санитарных и медицинских знаний, улучшению здоровья населения. Они должны представлять интересы людей и медицинских организаций в органах власти и в гражданском обществе.

Всего в Европе насчитываются сотни школ общественного здравоохранения, объединенных в единую ассоциацию- ASPHER. В России они есть в Санкт-Петербурге, Архангельске и в других городах. В Москве при медицинской академии имени И.М.Сеченова создана Высшая школа управления здравоохранением, несколько отличающаяся от школ общественного здравоохранения (ШОЗ). Одной из лучших подобных школ является созданная более 50 лет тому назад Скандинавская нордическая школа общественного здравоохранения в Гетеборге (Швеция), осуществляющая обязательное последипломное образование для выпускников медицинских факультетов, обучающихся 5.5 лет в университетах Лунда, Гетеборга, Упсала, Умеа, Линкепинга и Стокгольма (Каролинский институт). Последипломное образование начинается с интернатуры (21 месяц) по нескольким основным специальностям. Потом выпускники получают лицензию на не самостоятельную работу под контролем опытного профессионала. Затем после 4-х летней работы последипломное образование продолжается по одной из 60 медицинских специальностей и только после этого, пройдя определенное тестирование, можно получить сертификат специалиста. Всего подготовка врача ведется в течение 11.5 лет. Особого внимания также заслуживает организованная в Алматы (Казахстан) в 1997 г. Казахская школа общественного здравоохранения.

2. Для ряда визуальных, легко с помощью профилактических осмотров, самообследования и скринингов выявляемых формам и видам заболеваний сконцентрировать внимание на их возможно раннем выявлении для проведения эффективного лечения.

3. Для трудно распознаваемых заболеваний, тяжело протекающих и практически пока не вполне поддающихся лечению целесообразно определять предрасположенность к ним путем применения информативных иммуно-генетических маркеров и тестов с тем, чтобы затем связать их с реально существующими социальными факторами и условиями, что повысит настороженность в отношении многих тяжелых заболеваний, а также развивать для таких пациентов паллиативную медицинскую помощь. Распознавать предрасположенность можно только путем применения

алгоритмов распознавания образов (с «учителем», т.е. с обучающей выборкой, или без него) и с выходом в итоге на информативные признаки, способствующие отделению одного объекта от другого.

Особое внимание должно быть уделено диспансеризации подлежащих здоровых контингентов с тем, чтобы не допустить у них возникновения того или иного заболевания, и диспансеризации хронически больных для профилактики у них обострений и оздоровления. Что касается злокачественных новообразований, то они сводятся к ускоренной пролиферации атипичных клеток, т.е. почти что к их безудержному росту. Как известно, универсального лекарства от рака пока не существует, и все усилия направлены на подавление роста атипичных клеток, которых иммунная система просто не видит. Поэтому работы должны вестись не в поиске новых и универсальных цитостатиков, которые подавляют рост всех клеток, а не только атипичных, а в плане поиска методов, демаскирующих рост опухоли, и тогда организм сам начнет их уничтожать. В США, например, таким образом можно в 40% случаев частично или полностью излечивать рак, в худшем случае - к уменьшению размеров 15 видов злокачественной опухоли. Это одно из необходимых направлений исследований. А вот попытки уберечься от онкологических заболеваний на нынешнем уровне развития и без проведения соответствующих исследований и разработок только с помощью здорового образа жизни, спорта и диет пока что бесполезны.. Разгадка возникновения рака лежит в сфере иммуно-генетических исследований. Геном-это совокупность наследственного материала, заключенного в клетке организма. Поэтому поначалу нужно определить ген (или их совокупность), отвечающий за появление тех или иных форм рака, затем связать выявленный генотип с фенотипом, т.е. с условиями начала функционирования этого гена. И когда это все для профилактики станет ясно и доказано, то можно приступить к выявлению генных технологий, т.е. возможного воздействия на геном, что по сути будет относиться к лечению. В крови человека содержится более 20 тысяч биологических маркеров различных заболеваний. Соответствующие исследования продолжаются. Уже в 86 странах (кроме России) в Национальный календарь прививок включили обязательную прививку от вируса папилломы человека, что позволило снизить уровень заболеваемости некоторыми видами злокачественных новообразований. Для многих инфекционных заболеваний молекулярная диагностика перестала быть уникальной, а превратилась в повседневную рутину. Современный подход к молекулярной диагностике основан на расшифровке ДНК: которая может способствовать распознаванию в анализе крови пациента раковых клеток. Кстати, в США еще в середине 1970-х годов акцент (вместе с деньгами) в исследованиях сместился с традиционных и тупиковых направления в области кардиологии и онкологии в сторону иммуно-генетики, популяционной генетики, иммунитета и эндокринологии, как системы управления организмом. А мы несколько запоздали. Не случайно Президент России В.В.Путин на заседании Совета по науке и образованию поручил

научному сообществу разработать программу масштабных геномных исследований в РФ с тем, чтобы на этой основе разрабатывать новые лекарственные препараты и новые медицинские технологии. Что же сейчас предлагают отечественные онкологи? Они в отличие от медицинских чиновников стараются быть честными, показывают картину пораженности населения в полном виде и настраивают людей не на онкобоязнь, а на онконастороженность. Каждый год в России выявляется около 600 тысяч онкозаболеваний, из них только меньше половины на ранних, то есть на 1 и 2-й стадиях, остальные случаи-запущенные, а всего состоит на учете 3,5 млн онкобольных (и их число постоянно растет) при более высоких показателях заболеваемости на 100 тысяч населения (117,1) по сравнению со странами Евросоюза (109,4) и США (105,8). Если посмотреть на распределение раковых заболеваний в демографическом аспекте, то выяснится, что из заболевших раком 46% приходится на мужчин и 54% на женщин, хотя у них могут быть как совпадающие, так и отличающиеся виды онкологии, 63,1% приходится на пенсионеров, 0,6 %- на детей до 18 лет, остальные случаи приходятся на трудоспособное население, 79,1%- на городских жителей и 20,9%- на жителей села. Поскольку на 1-го онколога приходится в среднем 485 онкологических больных, то предлагается увеличить число онкологов. Предлагается также ввести морфологический паспорт на каждый вид опухоли с тем, чтобы знать, какие клетки при этом поражаются. Рекомендуется также шире использовать телемедицинское консультирование, но при этом нужно консультировать не больного, как у нас считают, а врача, а где его взять? Предлагается создать отделения онкопсихологии, хотя психологическими навыками должен обладать любой врач, если его этому научить. Предлагается создание для каждого пациента индивидуальной программы лечения, поскольку всех одинаково лечить нельзя. Предлагается увеличить явку на профосмотры и ввести целевой скрининг на рак, но это пока не даст существенных результатов из-за отсутствия специфических и чувствительных тестов и специальных маркеров, разработка которых ведется. Предлагается по раку молочной железы (21,5% женщин) проходить осмотр у маммолога ежегодно после 20 лет и маммографию делать ежегодно после 40 лет, по раку кожи (14,6% женщин и 10% мужчин) проходить ежегодный осмотр дерматологом после 20 лет, по раку простаты (14,4% мужчин) – ежегодный анализ крови на ПСА после 50 лет, по раку шейки матки (7,7% женщин)-ежегодный мазок по Папаникалау, по раку эндометрия и яичника (5,4% женщин)- УЗИ ежегодно после 40 лет, по раку легких и бронхов (17,8% мужчин)- рентген в 2-х проекциях, затем компьютерная томография, при раке желудка (7,9% мужчин и 5,2% женщин)- эзофагогастродуоденоскопию 1 раз в 3 года, по раку толстой и прямой кишки (по 7,1% мужчин и женщин)- реакция Грегерсена ежегодно после 45 лет, колоноскопия. Конечно здесь не указаны все формы и виды рака и представленные тесты способствуют выявлению рака, пусть не на ранних стадиях, но до ощущения больным своего заболевания и потому эти тесты можно включить в целевой скрининг.

Предлагается также отказаться от жирной пищи и уменьшить поступление белков. Предлагается (не нами) также разработать и утвердить онкологическую программу с соответствующим финансированием, с ошибочными результирующими показателями и традиционным подходом к лечению выявленных больных без каких-либо намеков на предупреждение рака, его профилактику и возможно раннее выявление. К сожалению, все перечисленные выше предложения носят не взрывной и кардинальный характер в борьбе с онкозаболеваниями, поскольку, как ранее отмечалось, ключи к решению этой проблемы лежат совсем в другом месте.

Таким образом, профилактика заболеваний, включая предрасположенность и донозологическую диагностику, должна не только расширяться, но и углубляться. Нельзя забывать о том, что ключики к целому ряду заболеваний находится на иммунно- генетическом уровне и их можно выявить только исследовательско-экспериментальным пут

О значении железнодорожного транспорта для нашей страны говорить не приходится. Им перевозятся пассажиры на дальних и пригородных сообщениях, в метрополитене, а также самые разнообразные грузы. В летний период перевозки пассажиров на дальние расстояния, как правило, возрастают. Значительной пропускной способностью обладают и вокзалы, которые в Москве и в других крупных городах связаны общими переходами со станциями метрополитена и другого транспорта. В связи с постоянной и массовой миграцией пассажиров выдвигаются особые требования к медицинскому и профилактическому обслуживанию, а к грузоперевозкам предъявляются особые требования. Поезда всегда автономны в пути следования и нередко удалены от мест, где возможно оказание необходимой помощи при аварии или пожаре. Причины опасных отказов технических средств- недостаточный запас прочности их элементов вследствие разных ошибок, дефектов производства и усталости металла, связанной с преждевременной выработкой ресурсов. Деграция технических средств имеет естественную, технологическую и социальную составляющую. Повышенная опасность железнодорожного транспорта связана с широким применением горючих материалов, а также с особенностью перевозимого груза. К причинам опасных ошибок персонала железных дорог относятся следующие:

- ошибки профессионального отбора и недостаточная подготовка специалистов
- невысокий уровень технологической дисциплины
- ошибки при использовании медицинских препаратов
- прием алкогольных, наркотических и снотворных средств
- ухудшение общего физического и психологического состояния
- накопленная усталость, синдром «выгорания» персонала (burn-out syndrome).

Основными причинами обобщенных данных о травмах, число которых является ежегодно стабильным, в виде несчастных случаев на железных дорогах являются (в процентах к итогу):

- переезд или переход железнодорожных путей в неустановленных местах при предупреждающих знаках или же близко к идущему поезду- 65% всех пострадавших
- несоблюдение правил безопасности на железнодорожных станциях и платформах- 25%
- личная неосторожность пассажиров при посадке и высадке из поезда, а также в процессе движения- 9%
- лишение жизни (самоубийство, убийство)- менее 1%.

Можно выделить основные проблемы, связанные с потенциальной безопасностью при железнодорожных перевозках: захват подвижного состава террористами, сход с рельсов подвижного состава, столкновение поездов или между поездом и другим видом транспорта, ограбление, неисправности пути и упреждающих сигналов, ошибки диспетчерской службы, поражающий фактор при столкновении (травматизм), несоблюдение правил безопасности пассажирами, с которыми они должны ознакомиться и знать, как действовать в перечисленных выше случаях. Но это, скорее всего, относится не к ординарным, а к чрезвычайным ситуациям и потому требует отдельного самостоятельного рассмотрения и анализа. Кстати сказать, целый ряд законодательных и нормативных актов по противодействию терроризму и по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций на железнодорожном транспорте нуждается в корректировке с учетом современных представлений. Тем не менее, многое в обеспечении безопасности движения поездов зависит от проведения превентивных (профилактических) мероприятий.

Мы стоим на пороге эры профилактической, предупредительной, о чем нас заранее информировали великие ученые, специалисты и врачи. Не случайно, еще Н.И.Пирогов отмечал, что будущее (а мы где?) принадлежит медицине предупредительной. А известный американский специалист Генри Сигерист в 1937 г. писал, что эпоха тысячелетнего преобладания лечебной медицины завершается и наступает эра профилактической медицины, основы которой появились в СССР. Но это сейчас почему-то забыто.

Более откровенно высказался академик Зигмас Янушкевичус: «Центр тяжести медицины все больше перемещается из лечебной сферы в сферу профилактики. Медицина перестает быть только врачеванием и всё больше становится здравоохранением». При этом, конечно же, имелось в виду здравоохранение в широком, ВОЗовском понимании этого термина.

В данной работе не один раз упоминалась профилактика, которая подразделяется на первичную, вторичную и третичную. Говорилось также об очередной развилке между профилактикой и лечением. Первичная или преимущественно социальная профилактика имеет своей целью сохранение и развитие условий, способствующих здоровью, и предупреждение негативного действия внешних факторов на здоровье людей, Она, как правило, массовая и наиболее результативная. Вторичная или социально – медицинская профилактика проводится с целью недопустить возникновения

заболеваний (донозологическая диагностика на стадии предболезни) или возможно раннее выявление заболеваний с последующим оздоровлением. Она может быть массовой и индивидуальной. Сюда относятся вопросы вакцинации и иммунизации, т.е. предупреждение ряда заболеваний, в основе которых находится инфекционное начало, вопросы распознавания предрасположенности к разным болезням (по иммунно-генетическим и социальным признакам), периодические профилактические осмотры и обследования, целевой скрининг с включением ряда внешних генетических маркеров, диспансеризация. Могут также применяться не доказанные мировой научно-медицинской практикой такие методы, как акупунктура, чжень-чжуй диагностика, иглорефлексотерапия, мануальная терапия иридодиагностика и другие. Третичная или медицинская профилактика всегда индивидуальна и служит для предупреждения хронизации болезней и их обострений, для предупреждения перехода заболевания в более тяжелую стадию или более тяжелое заболевание. Основными средствами при этом являются своевременное и адекватное лечение и медицинская реабилитация. По своей сути профилактика- это упреждение возможных негативных для здоровья последствий.

На железной дороге профилактика проявляется в следующих видах деятельности:

- профессиональном и психологическом отборе, входных и предварительных медицинских осмотрах при приеме на работу с последующей профессиональной ориентацией
  - предупреждении профессиональных и производственно обусловленных заболеваний у железнодорожников с учетом разных видов их работы
  - профилактических, периодических и целевых (скрининги) осмотров, направленных на предупреждение профессиональных, производственно обусловленных и других заболеваний у железнодорожников, на выявление и оценку производственных рисков
  - предсменных (предрейсовых) медицинских осмотров локомотивных бригад с учетом меняющихся требований к ним
  - послерейсовых (послесменных) медицинских осмотров с восстановлением трудоспособности и физиологической активности
  - предупреждения заболеваний у пассажиров в местах их массового пребывания и при движении поездов
  - оказания медицинской помощи пассажирам при необходимости и работникам железных дорог.
  - предупреждения аварий, крушений, железнодорожных катастроф и их последствий с участием психологической службы; кстати сказать, предупреждать аварии и крушения чрезвычайно сложно, просто к ним нужно быть готовым и иметь соответствующие силы и средства;
- А) технические причины, зависящие от работников депо, ремонтных работников, монтеров пути, обходчиков, выход из строя оборудования и др.
- Б) природные причины (катаклизмы, землетрясения, оползни, сели, наводнения, ливни, снежные заносы и другие)

В) человеческий фактор (локомотивные бригады, диспетчеры, монтеры пути и др), который намеренно выделен отдельно.

В американской литературе часто применяется такой термин, как Human Factor, что означает действия или бездействие персонала. Имеются и другие термины (Personnel Management и Human Resources Management), которые в России ассоциируются с работой кадровой службы, поскольку означают управление персоналом, управление трудовыми ресурсами. И все эти термины имеют непосредственное отношение к железнодорожникам. На железнодорожном транспорте развитие проблем человеческого фактора началось в конце XIX века в среде железнодорожных инженеров и администраторов (Журавский Д.И., Рихтер И.И. В и другие)

### **Проблемы профессионального отбора.**

В широком понимании профессиональный отбор, проводимый одновременно с входным осмотром, включает в себя изучение социальных характеристик человека, уровня его общеобразовательной и специальной подготовленности, а также проведение медицинского и психологического обследования. Медицинская экспертиза выявляет лиц, которые по состоянию здоровья и уровню физического развития могут успешно овладеть той или иной профессией и в течение длительного времени выполнять свои профессиональные обязанности. Психологический отбор направлен на оценку тех психических и психофизиологических качеств личности, которые определяются требованиями конкретных профессий или специальностей, способствуют их успешному овладению и последующей эффективной деятельности. Но так было не всегда и все эти вопросы решались постепенно.

На железнодорожном транспорте вопросы профессионального отбора ставились, как отмечалось, еще с конца XIX столетия, но тогда все сводилось только к отбору физически крепких и здоровых людей. В 1924 г. на железнодорожном транспорте была организована первая психофизиологическая лаборатория (Колодная А.И.), исследования которой к 1929 г. позволили создать общую схему профессионального отбора, составить психологические требования и тесты к 20 железнодорожным профессиям, а также показания и противопоказания для приема в транспортные профессионально-технические школы и училища. В начале 1980-х годов ВНИИЖГ приступил к проведению научно-исследовательских работ по определению методов и критериев профессионального психологического отбора локомотивных бригад, обеспечивающих безопасность движения поездов. Для реализации результатов этих исследований потребовалась аппаратно-техническая база, позволяющая работать с высокой надежностью в автоматическом режиме. И тогда специалистами ВНИИЖГ совместно с лабораторией психодиагностики Харьковского института инженеров железнодорожного транспорта (тогда еще была единая страна) был разработан и создан портативный диагностический комплекс на светодиодах и интегральных микросхемах под названием «Фильтр». Это устройство позволяло определить частоту и ритм сердечных сокращений, дрожание рук, электрическое поле кожных покровов,

частоту и скорость разделения и различения световых вспышек, скорость реакции на перемещающийся объект, оценить готовность к экстренным мерам на фоне длительной монотонии и т.д. Измерения показателей проводилось автоматически, а встроенный в прибор микрокомпьютер позволял вести обработку измеряемых параметров и выдавать соответствующие заключения. Вот такой многофункциональный и умный прибор был создан. Его экспериментальная проверка показала, что нередко случаи проезда запрещающих сигналов, обусловленные объективными и субъективными причинами. После некоторой доработки началось внедрение системы профессионального отбора работников железнодорожного транспорта и, в первую очередь, водителей локомотивов, причем работы осуществлялись лабораторией инженерной психологии ВНИИЖГ под руководством Л.С.Нерсесяна, которым была разработана уникальная схема саморегулирования деятельности по кольцевому принципу. В программных документах МПС и ОАО «РЖД» проблемам совершенствования управления персоналом уделялось самое серьезное внимание. М.Ю. Гаврилюк была обоснована и предложена модель организации и функционирования психологической службы на железной дороге. ВНИИЖГ по данному направлению в последние годы проведены исследования и выполнены следующие работы:

- разработка методов и рекомендаций по сохранению здоровья и высокой работоспособности у железнодорожников в ночные смены
- режим труда и отдыха локомотивных бригад с учетом сложности рабочих плеч и сменного графика (с ночными сменами)
- о возможности повышения скорости движения поездов
- исследование психофизиологического состояния пассажиров электропоездов «Ласточка» и «Сапсан»
- физиолого-гигиеническая нагрузка функционального состояния и работоспособности локомотивных бригад скоростных электропоездов «Ласточка» и «Сапсан» на основе хронометражных замеров
- оценка физических факторов производственной среды, физиологического состояния пассажиров и оценка работоспособности локомотивных бригад ЭВС «Сапсан» и ЭС1 «Ласточка»
- разработка рациональных режимов труда и отдыха у машинистов электропоездов «Ласточка» и «Сапсан» без помощника машиниста
- разработка сборников классификаторов по учету и анализу профессиональных заболеваний в структурных подразделениях ОАО «РЖД» для оценки профессиональных рисков
- исследование пассажиров по показателям функционального состояния:
  - артериальное (систолическое и диастолическое) давление
  - пульсовое давление
  - частота сердечных сокращений
  - коэффициент вегетативного баланса (по Шипошу)
  - показатель тревоги (тест Люшера)
  - оценка самочувствия, активности, настроения

оценка утомления (по шкале Бедфорда)  
 индекс напряжения организма (по Баевскому)  
 показатель дермальной активности  
 субъективная минута по Халбергу-Моисеевой.

Здесь перечислена только часть исследований одной лаборатории ВНИИЖГ под руководством М.Ф.Вилька, Ю.Н.Каменского и В.С. Викторова. Кроме того, проблемами профессионального отбора занимались А.З. Цфасман, В.А. Капцов и многие другие. При этом оценивались требования к профессии железнодорожник и к разным видам его деятельности с учетом состояния здоровья в целом, психологического статуса, состояния сердечно-сосудистой системы, внимания, утомляемости, скорости реакции, остроты и диапазона зрения и слуха и т.п. Для оценки степени готовности к риску применялась диагностическая методика Шуберта, опросник которой состоял из 25 вопросов и инструкции к нему. Если суммарно было меньше 30 баллов, то, значит, человек очень осторожен, от – 10 до + 10 баллов означали средние значения, а свыше 20 баллов означало склонность к риску. Порядок профессионального отбора, в том числе определения психофизиологических качеств и профессиональной пригодности на железнодорожном транспорте определен приказом Министерства транспорта РФ. Этим же приказом определен регламент проведения профессионального отбора для работников, осуществляющих деятельность, непосредственно связанную с движением поездов и маневровой работой по отдельным профессиям. Кроме того, в приказе обозначены требования к принимаемым на работу лицам, в том числе по возрасту, состоянию здоровья, по обучению, по готовности к экстренному действию, по бдительности, по устойчивости, концентрации и скорости переключения внимания, по эмоциональной устойчивости и т.д. С помощью такой методики можно комплектовать локомотивную бригаду с учетом психологической совместимости ее членов. По мнению специалистов ВНИИЖГ, проводивших параллельные исследования, указанная методика, разработанная в 1930-ые годы, устарела, вопросы не адаптированы к конкретным условиям работы, оценочная шкала дает очень приблизительные результаты и потому вся методика нуждается в существенной переработке. С помощью автоматизированной системы специалистами Службы локомотивного хозяйства Московской железной дороги были выявлены ошибки при выполнении методик «переключение внимания» и «эмоциональная устойчивость», связанные со сменой направлений одного или нескольких рядов, сменой цвета ряда, несоблюдение порядка чередования цветов, неправильное нажатие. В целом автоматизированный комплекс с уникальным программным обеспечением позволяет оценивать:

- свойства произвольного внимания, включая устойчивость, селективность, объем, распределение и переключение
- объем кратковременной зрительной и слуховой памяти
- особенности факторов психомоторики, в том числе показателей простой и сложной сенсомоторной реакций, реакции на движущийся объект
- способность к зрительной и двигательной ориентации в пространстве

- готовность к экстренным действиям в условиях монотонии
- утомляемость
- монотонноустойчивость
- эмоциональную и стрессоустойчивость
- уровень личной тревожности.

При этом для каждой характеристики исследуемого применяется отдельная методика. Так, для определения особенностей характера и темперамента (по шкалам демонстративность, застревание, педантичность, тревожность, экзальтированность и другим) применяется методика Шмишека, для определения способности к сохранению устойчивой работоспособности- тест Остберга-Хорна, для оценки индивидуально-типологических качеств (ложь, экстраверсия, интроверсия, тревожность, лабильность и другие)- методика Собчика и т.д. К применению психологических тестов разработаны стандартные требования по валидности, репрезентативности, величине допустимых ошибок и вариабельности.

Автоматизированный комплекс ориентирован на профессиональный отбор и периодические освидетельствования машинистов и диспетчеров железнодорожного транспорта, однако некоторые методики экспресс-оценки текущего функционального состояния могут использоваться при проведении предрейсовых осмотров машинистов. В настоящее время в системе корпоративного здравоохранения ОАО «РЖД» уровень профессиональной пригодности работников эксплуатационных служб железных дорог контролируют 208 врачебно-экспертных комиссий (ВЭК). Анализ их работы показал, что профессионально непригодными к работе на железнодорожном транспорте среди вновь поступающих признаются в среднем 5,43% от числа осмотренных, а среди кандидатов в работники локомотивных бригад- почти в 2 раза больше (9,65%). При этом наибольший «отсев» претендентов в профессии по медицинским показаниям происходит по нервным болезням и заболеваниям костно-мышечной системы, болезням сердечно-сосудистой системы, в связи со снижением зрения и слуха (Краевой С.А., 2012).

#### **Предрейсовые медицинские осмотры**

С 1965 г. введены предрейсовые медицинские осмотры локомотивных бригад, что существенно повлияло на повышение безопасности движения. Эта проблема настолько важна, что на ней следует несколько остановиться. Безопасность движения поездов определяется комплексом технических средств (исправность локомотива и пути, работающая сигнализация и связь с диспетчером, система блокировки и другие технические звенья) в сочетании с человеческим фактором, и в первую очередь, с работой машиниста и его помощника, поездного диспетчера и ряда других профессий и должностей, связанных с движением поездов. В медицинском обеспечении безопасности движения главными являются психологические, физиологические и клинические разделы, а остальные- являются дополнительными. Для этого с одной стороны существует профессиональный отбор с главной целью отбора и переосвидетельствования- решение вопроса о медицинской пригодности профессиональной (физиологической, психологической и физической)

пригодности к разным группам занятий и профессий на транспорте. Наиболее полно правовая основа для проведения профотбора изложена в утвержденном в 1968 году Положении о министерстве путей сообщения, но особая роль при этом принадлежит предрейсовым медицинским осмотрам локомотивных бригад, в Федеральном законе №196-ФЗ (1995 г.), в утратившей силу с 2010 г. Инструкции о порядке организации и проведения предрейсовых медицинских осмотров работников локомотивных бригад (ЦУВС-552 от 1998 г.), а в остальных официальных документах содержание не особенно менялось: постановление Правительства РФ от 8.09.1999, приказы Министерства транспорта № 36 (2007 г.), № 154 (2010 г.) и другие. Здесь же только укажем, что эти осмотры предназначены для определения состояния человека непосредственно перед уходом в рейс, имея в виду не только наличие острого заболевания и обострения хронического, но также оценка психологического и физиологического состояния, является ли человек хорошо отдохнувшим, не употреблял ли накануне алкоголь и сильно действующие лекарства и т.п. Поэтому задачами предрейсовых или предсменных медицинских осмотров работников локомотивных бригад являются предотвращение допуска к рейсу (смене) работников при наличии признаков нетрудоспособности, психотравмирующих ситуаций и других факторов, ухудшающих работоспособность, а также наличие признаков употребления алкоголя, наркотических и психотропных веществ. Машиниста современного локомотива можно сравнить с оператором сложной технической системы. Ему приходится в весьма ограниченное время перерабатывать и осмысливать огромные объемы информации. Подсчитано, что при средней скорости движения в 100 км/час он воспринимает до 30 сигналов в минуту (светофоры, переезды, ограничители скорости, указатели профиля пути, изменения в околоторожном пространстве, пешеходы и транспорт на переездах и переходах, постоянное наблюдение за дорожной обстановкой, слежение за скоростью и сопоставление ее с графиком, обозначенном в маршрутном листе, и т.д.). Поэтому для успешной деятельности машиниста он должен обладать специализированным восприятием времени и пространства, ему могут быть присущи нервно-эмоциональное напряжение, снижение бдительности, монотонность работы, повышенная утомляемость, ночная работа, сонливость, особенно при высокой температуре внутри локомотива и др. А это очень важно, поскольку по данным Колорадского университета (США) не менее 90% эксплуатационных ошибок локомотивов обусловлены человеческим фактором. Поэтому к особо проверяемым контингентам относились машинисты и помощники машинистов электровозов, тепловозов, электропоездов, дизель- поездов, моторвагонных секций метрополитена, маневровых локомотивов, а также машинисты-инструкторы локомотивных бригад. Но, конечно, в первую очередь, локомотивные бригады, работающие на скоростных поездах и в других тяжелых условиях. К их психофизиологическому статусу предъявлялись наиболее высокие требования, особенно по зрению, слуху и функциональному состоянию.

Надежность машинистов (по Нерсесяну Л.С.) определяется через восстанавливаемость, выносливость, безошибочность, долговечность, самовосстанавливаемость до уровня нормальной работоспособности и т.п. Несколько меньшие, но достаточно высокие требования по состоянию здоровья помимо остальных локомотивных бригад, занятых на местных работах и на перевозках внутри промышленных предприятий предъявлялись к поездным диспетчерам, дежурным и начальникам станций, дежурным поста теленаблюдения метрополитена и т.д. Однако, можно считать, что не нозологический подход при этом наиболее важен, скорее- синдромный и симптомный, поскольку могут быть нарушения остроты зрения, цветового зрения, снижение остроты слуха и т.д., не приведшие к каким-либо заболеваниям, но не соответствующие высоким предъявляемым требованиям. В настоящее время ставится вопрос об объективизации предрейсовых медицинских осмотров и об их приборно-автоматизированном оснащении. Актуальной является также проблема возможного засыпания машиниста во время рейса в связи с монотонностью движения, особенно в ночное время. Этим занимались специалисты по физиологии труда из ВНИИЖГа. И здесь помимо ПРМО большое значение отводится режиму труда и отдыха, самомассажу, употреблению кофеинсодержащих напитков, приборному контролю за состоянием машиниста в рейсе и т.д. Учитываются также такие факторы, как прием алкоголя в дни, предшествующие рейсу, лекарственных препаратов и т.п. Группе итальянских специалистов (2017) удалось доказать, что хроническое недосыпание включает в мозг механизм самоуничтожения, и это также нужно учитывать при проведении предрейсовых медицинских осмотров. Медицинские осмотры и освидетельствования работников железнодорожного транспорта регламентированы Федеральным законом №17-ФЗ от 10.01.2003 г., а Порядок проведения обязательных предрейсовых или предсменных (послерейсовых и послесменных) медицинских осмотров на железнодорожном транспорте подробно расписан в приказе Минтранса РФ №154 от 16.07.2010 г. с изменениями и дополнениями в приказе №416 от 28.11.2012 г. Этот же Порядок фактически продублирован в приказе Минздрава РФ №835н от 15.12.2014 г. только в виде не правового термина «правила». Для проведения предрейсовых и предсменных медицинских осмотров на удаленных и малодеятельных участках железных дорог, при производстве ремонтно-путевых работ, на значительно удаленных станциях можно привлекать медицинские организации общей сети здравоохранения или, что еще лучше, использовать возможности дистанционных технологий в режиме видеосвязи для контроля состояния железнодорожников. Такой подход успешно опробован на ряде железных дорог страны.

#### **Симптомы и синдромы.**

Наиболее опасными простыми и сложными симптомами и синдромами у водителей локомотивных бригад могут быть следующие:

-бледность, которая возникает при нарушении нормального кровообращения в подкожных сосудах, связанного со стрессом, травмой, инфекцией,

воздействием низкой температуры, а в сочетании со слабостью и ощущением нехватки воздуха может быть признаком анемии, других болезней крови, сердечного приступа или внутреннего кровотечения

-рвота, которая в большинстве случаев является защитной реакцией организма, направленной на удаление из него токсических и раздражающих веществ

-боли в животе, при этом боль может быть разной- острой, тупой, приступо- и коликообразной, рецидивирующей, располагающейся в разных местах- подреберье, вокруг пупка, в подвздошных областях, опоясывающей, что свидетельствует о болезнях органов брюшной полости или расположенных вне ее

-судороги, представляющие собой временное нарушение функции мозга в виде подергивания одной мышцы или стойкого нарушения и напряжения группы мышц (клонические судороги), расстройства восприятия, психики и некоторых функций жизнеобеспечения организма

-потеря сознания может быть внезапной и кратковременной, внезапной и продолжительной, продолжительной с постепенным началом, с неизвестным началом и продолжительностью и сопровождается краткой (до нескольких минут) и длительной (в течение часов или дней) неподвижностью и отсутствием реакции на внешние раздражители

-кровотечение, которое может быть наружным и внутренним, артериальным, венозным, капиллярным и смешанным вследствие нарушений целостности сосудов

-головная боль, которая является одной из наиболее распространенных жалоб, не всегда сигнализирующих о серьезных нарушениях здоровья, причем в 90% случаев головная боль относится к головной боли напряжения, головной боли, обусловленной изменениями в артериальном давлении, шейному остеохондрозу и мигрени, т.е. постоянная не пульсирующая головная боль, чувство напряжения, давления в области головы и шеи, ощущение дискомфорта, возможность расслабления; примерно в 20% случаев головные боли связаны с мигренью, которая характеризуется пульсирующей болью, сосредоточенной в одной половине головы, усиливающейся при ходьбе и любой деятельности, чувствительной к свету.

Это важно учитывать при проведении предрейсовых и послерейсовых осмотрах.

Интересно то, что во всех документах четко расписаны не только правила и порядок проведения этих осмотров, но и основные обязанности лиц как проводящих эти осмотры, так и ответственных за организацию и явку на предрейсовые медицинские осмотры, в том числе начальников локомотивных депо, главных врачей лечебно-профилактических учреждений, цеховых врачей, медицинских работников кабинета проведения предрейсовым медицинских осмотров. Практически по всей сети железных дорог страны действует автоматизированная система предрейсовых медицинских осмотров работников локомотивных бригад, что позволяет

повысить надежность результатов медицинских осмотров, исключить субъективизм и значительно сократить время проведения медицинского осмотра. Такая же система предназначена и для метрополитена.

#### **Оказание первой помощи**

Для пассажиров железных дорог самой главной и жизненно необходимой является первая домедицинская помощь. Она оказывается при следующей симптоматике или признаках болезни: кровотечение, бледность, судороги, рвота, боль в животе, потеря сознания. Первая помощь в зависимости от своего назначения может иметь разные укладки или они должны быть собраны вместе. Имеются в виду оказание первой помощи при травме, инсульте, шоке (противошоковые мероприятия), при остром животе, при ожогах, обморожении, при укусах, при кровотечении, при отравлении, при транспортировке. Этим должны владеть проводники вагонов, руководство поездом, диспетчеры, работники станций и вокзалов и т.д. Они также должны знать, как вызвать скорую помощь и в каких случаях. Для этого на всех дорогах должны быть организованы школы первой помощи.

#### **Аварии, крушения, катастрофы**

Они имеют технические причины или могут быть прямо или косвенно обусловлены человеческим фактором. Мало зависят от работников железнодорожников разве что техногенные катастрофы, землетрясения, оползни, сели, наводнения, проливные дожди, ураганы, сходы лавин, снежные заносы и т.п., а также террористические акты. События последних лет показывают, что пассажирские поезда, железнодорожные вокзалы и станции, метрополитены могут явиться наиболее вероятными потенциальными объектами для совершения на них террористических актов с применением различных средств массового поражения. Единственным противодействием этому может быть усиление охранно-режимных мероприятий, настороженность железнодорожников, бдительность пассажиров, повышение оперативности по привлечению сил и средств раннего обнаружения, локализации и последующей ликвидации возникающих очагов поражения. Одним из методов профилактической работы в этом отношении на железнодорожном транспорте и метрополитене является система постоянного слежения за обстановкой на объектах, т.е. система мониторинга, которая одновременно представляет собой часть эпидемиологического мониторинга. Постоянное слежение за санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим состоянием среды особенно важно в местах скученности людских континентов на железнодорожных вокзалах, в поездах дальнего следования и в заполненных пригородных электричках, в вагонах и станциях метрополитена. Предупреждение и ликвидация последствий террористических актов регулируются Федеральным законом №130-ФЗ, Указом Президента РФ №24, Постановлением Правительства РФ №1040, Приказом Минздрава РФ и МЧС №394/589 и многими другими более современными документами. Возвращаясь к природе аварий, крушений и катастроф, нужно заметить, что среди причин аварийных ситуаций на долю человеческого фактора

приходится 75% всех случаев, а на долю техногенных факторов- всего 25% (Вильк М.Ф.). Наиболее часто происходит проезд поезда на запрещающие сигналы (77,5%), превышение скорости, столкновение составов и уход вагонов. Анализ причин этих ситуаций показывает, что, в основном, они обусловлены рассеянным вниманием машинистов, трудностями в принятии правильных решений в сложной информационной обстановке. К ошибкам машинистов относятся нарушения режима торможения, потеря способности машиниста к ведению поезда, отвлечение внимания от наблюдения за предупреждающими сигналами, неправильное пользование автоблокировкой. На потерю способности машиниста к ведению поезда приходится 32%, в том числе засыпание машиниста за пультом локомотива, пьянство машиниста, потеря сознания машиниста вследствие внезапного ухудшения здоровья. Однако, благодаря предрейсовым медицинским осмотрам число таких случаев регулярно снижается. Результативность предрейсовых медицинских осмотров как правило оценивается по числу отстраненных от рейса работников локомотивных бригад, которое также с каждым годом снижается. Интересно, что наименьшее число освидетельствований в расчете на одного члена локомотивной бригады отмечается на Октябрьской железной дороге, а наибольшее- на Юго-Восточной дороге, а число отстраненных от числа обследованных характерно для Самарской и Западно-Сибирской железных дорог. Регулярное проведение профилактических предрейсовых (предсменных) медицинских осмотров также значительно снизило ущерб непосредственно от крушений и аварий на железнодорожном транспорте. Правда, проблема катастроф, аварий и крушений требует отдельного рассмотрения и отдельной книги в плане осовременивания сил и средств, а также проведения предупредительных и ликвидационных материалов. Наилучшим образом классификация аварий, сортировка пострадавших, оказание им соответствующей помощи при травмах, повреждениях, ожогах и отравлениях, с с разбором возможных ошибок на железнодорожном транспорте изложены в работе Вилька М.Ф. и Базазьяна А.Г. «Медицина чрезвычайных ситуаций на железнодорожном транспорте», выпущенная в 2018 г. Во впервые выпущенной хорошо иллюстрированной монографии показаны также традиционные и современные методы (и документы) для ликвидации чрезвычайных ситуаций.

## **Глава 6. Стратегия и этапы развития здравоохранения на железнодорожном транспорте.**

### *Audiantur et altera pars (пусть будет выслушена и другая сторона)*

Сразу скажем, что этот раздел можно условно назвать стратегией, поскольку стратегия, концепция, программа или ее часть-проект создаются на основе специальной методологии. Как правило, эти документы носят целевой характер и ориентированы на достижение какой-то общей или конкретной цели и все усилия концентрированно направлены на достижение конечной цели. Для этого строится дерево целей, включая промежуточные цели, в количественном выражении с соответствующими критериями их достижения. Поскольку достижение каждой цели может требовать разных усилий и действий, то цели могут подразделяться на отдельные задачи. Затем, в виде схемы Ганта определяется последовательность действий во времени с назначением ответственных лиц. Для этого по каждой цели из дерева целей определяется: что не известно- задания науке, что известно- под это конкретные мероприятия. Нужно иметь в виду различные аспекты реализации данного документа (экономические, экологические, социальные, стоимость денег на время выполнения работы, эффективность и т.д.). Если программы и проекты носят относительно конкретный приземленный характер, то стратегии (концепции) могут быть более общими и менее конкретными. В сфере здравоохранения стратегии и концепции должны быть ориентированы на улучшение здоровья людей, а программы и, особенно, проекты могут быть направлены на развитие здравоохранения и отдельных его служб. Не следует забывать о том, что они зависят от направления и дорожной карты перспектив развития страны. И, действительно, какую страну мы создаем, ведь вариантов демократии и рыночной экономики есть не мало, не говоря уже об их сочетаниях

Если говорить о Стратегии (Концепции) развития охраны здоровья и медицинской помощи в стране в целом, в каждом регионе в отдельности, на

железнодорожном транспорте, то можно выделить несколько стратегических и перспективных направлений развития со смещением акцентов:

- от оказания медицинской помощи - к системе охраны здоровья
- от отраслевой ответственности за здоровье и его охрану- к государственной
- от акцента на лечение болезней- к социальной (первичной) и медицинской (вторичной) профилактике заболеваний
- от запущенных и хронических болезней- к их возможно раннему выявлению, своевременному и результативному лечению
- от лечения болезней- к лечению больного
- от стационарной и специализированной (включая дорогостоящую) медицинской помощи- к амбулаторной и ПМСП
- от неупорядоченной структуры оказания медицинской помощи- к иерархически выстроенной (от общих видов и приближенных к населению- к более отдаленным специализированным, от простого- к сложному)
- от принципа помощи «на себя» на широких просторах- к принципу помощи «от себя» с развитием санитарной авиации и телекоммуникационных связей
- от нахождения больных в терминальных состояниях на дому- к развитию медико-социального ухода и паллиативной медицинской помощи
- от эмпирической медицинской помощи- к научно обоснованной и доказанной с применением современных технологий, международных стандартов ISO и Доказательной медицины
- от разрушенного муниципального здравоохранения- к его восстановлению
- от «оптимизации» здравоохранения и укрупнения медицинских учреждений к повышению доступности медицинской помощи на основе установления потребностей населения
- от массового медицинского образования- к более качественному с индивидуальной подготовкой и предварительным отбором к профессии
- от механического заучивания обучающих материалов- к развитию у студентов-медиков клинического (системного) мышления
- от случайного пополнения знаний на последипломной стадии- к созданию комплексной системы непрерывного медицинского образования
- от остаточного финансирования здравоохранения- к достаточному, с минимальным выделением бюджетных средств в размере 7% ВВП
- от обязательного медицинского страхования- к государственно-бюджетной системе
- от коммерциализации государственных и муниципальных медицинских учреждений – к бесплатной для пациентов медицинской помощи в них
- от разрозненных профессиональных сообществ- к единой независимой профессиональной организации, как части гражданского общества в стране
- от пассивного участия пациентов и населения в деятельности медицинских служб- к их более активному влиянию на охрану здоровья и оказание медицинской помощи
- от недовольства пациентов- к их максимально возможной удовлетворенности.

Большой интерес для формирования аптечных упаковок в поездах и на вокзалах (станциях) имеет опыт медицинской помощи космонавтам, изолированным во время полета от привычных поликлиник и больниц. Американские ученые установили, что наиболее распространенным недугом для астронавтов оказались мышечные и суставные боли, далее следовали проблемы с кожей аллергическая сыпь, грибковые заболевания и др. Нередко встречались головная боль, бессонница, сбои в деятельности иммунной системы и сердца, насморк. Обычно на космическом корабле, например, типа «Союз» имеется 2 аптечные упаковки: одна из них содержит помимо перевязочных и других материалов лекарства от любых возможных недомоганий: антибиотики, противовоспалительные и успокаивающие препараты, обезболивающие, средства, сердечные капли, средства для борьбы с кашлем и насморком и т.д. Вторая упаковка - более серьезная и содержит дефибриллятор, аппарат искусственной вентиляции легких, аппаратура для снятия кардиограммы и измерения внутриглазного давления, тонометр, шприцы и ампульные препараты. Один из членов экипажа должен пройти предварительную подготовку для медсестры. Конечно, оказание первой помощи на орбите имеет свою специфику, однако этот опыт вполне можно с некоторой модификацией использовать на железнодорожном транспорте. А все, что имеет отношение к железнодорожным вокзалам и станциям может быть распространено на крупные и меньшие станции метрополитена, на морские и речные вокзалы, на аэропорты, на автобусные вокзалы, где также должна в случае необходимости оказываться медицинская помощь и находиться соответствующая аптечная упаковка. Отмеченная ранее направленность перспективных усилий в разных сочетаниях присуща для здравоохранения многих развитых стран и с успехом может быть использована на региональном уровне, а также в железнодорожном здравоохранении. Специфика железнодорожного здравоохранения заключается не только в медицинском обеспечении безопасности движения поездов, но и в объектах приложения усилий, т.е. в прикрепленных контингентах людей, которые частично по своей структуре и характеру патологии совпадают с общей сетью здравоохранения.

Условно можно выделить следующие объекты, подлежащие санитарно-эпидемиологическому вниманию и лечебно-профилактической помощи на железнодорожном транспорте:

1. Пассажиры, в течение короткого времени перемещающиеся по железной дороге (пригородные электрички и метро)
2. Пассажиры, перемещающиеся по железной дороге более длительное время (поезда дальнего следования)
3. Посетители железнодорожных станций и вокзалов.
4. Железнодорожные работники локомотивных бригад.
5. Другие железнодорожные работники, обеспечивающие безопасность движения поездов и формирование поездов на железнодорожных станциях.
6. Остальные железнодорожные работники, обеспечивающие работу железных дорог в целом, занятые канцелярским трудом в офисах и т.п.

7. Члены семей работников железных дорог, включая пенсионеров.

Все эти люди разные, с разными условиями труда и жизни, могут по-разному болеть и травмироваться и, соответственно, требуют разных видов и объемов профилактической, лечебной и реабилитационной помощи. Кроме того, должен быть обеспечен контроль за перевозимыми грузами и организовано медицинское обеспечение последствий чрезвычайных ситуаций на транспорте. Разберем все по порядку и попробуем оценить соответствующие потребности (без объемов) в различных видах медико-санитарной службы.

1. Пассажиры пригородных электричек и метро. Они, как правило, перемещаются по рельсам весьма короткое время. Поэтому дежурный на каждой станции должен быть обучен тому, как оказать первую домедицинскую помощь: помощь при обмороке и потере сознания, эпилепсии, переломах, различных травмах, отравлениях, инфаркте и инсульте, остановить кровотечение с помощью жгута, сделать искусственное дыхание, сделать непрямой массаж сердца, дать сердечные капли, слабые болеутоляющие, успокаивающие и понюхать нашатырь, сделать перевязку, смазать рану йодом, принять нормальные роды, провести минимальный реанимационный комплекс, вызвать медицинского работника. Для этого ему необходимо иметь соответствующий набор материалов и медикаментов. В состав таких аптечек должны входить жгуты, бинты, грелки, лейкопластыри, салфетки, термометр, а также анальгетики, противоотечные, противовоспалительные, противорвотные и противоаллергические средства, седативные препараты, нашатырный спирт и другие. На крупных промежуточных станциях должны с фельдшерской укладкой находиться медсестра или фельдшер, способные оказать первичную доврачебную помощь и, при необходимости вызвать врача с конечных станций. В их укладку дополнительно должны входить медицинские перчатки, маски, салфетки, стерильные бинты, дезинфицирующие средства для рук, растворы для подкожных и внутримышечных инъекций, бронхолитики, гормональные средства, распространенные изделия медицинской техники и другие.

2. Пассажиры поездов дальнего следования, которые находятся в поле зрения поезда бригады не менее 6 часов. В таких поездах вагонные проводники должны быть обучены принципам и методам оказания первой домедицинской помощи и иметь для этого необходимые средства (материалы и медикаменты первой необходимости), как для дежурного по станции. В каждом таком поезде должен следовать квалифицированный медицинский работник (медсестра или фельдшер), способный оказать первичную доврачебную помощь, принять нормальные роды, оказать неотложную помощь и решить судьбу пассажира-пациента, вплоть до его высадки в месте, где имеется медицинское учреждение. В медицинской укладке либо бригадира поезда либо медицинского работника помимо материалов и лекарств широкого назначения должны быть экспресс-методы диагностики,

препараты для неотложной помощи, носилки, а также растворы и материалы, обозначенные выше и т.д. В задачу проводников входит также визуальный осмотр пассажира, предъявляющего билет, на предмет его внешнего вида, состояния и алкогольной интоксикации, о чем незамедлительно следует доложить бригадире поезда. Помимо первой домедицинской помощи и первичной доврачебной помощи может оказаться востребованной помощь по экстренным медицинским показаниям. В пути следования возможны различные неблагоприятные случаи с пассажирами, угрожающими их жизни (острый аппендицит, ущемленная грыжа, приступ внематочной беременности, острый калькулезный холецистит, острые боли в области сердца с подозрением на инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения с подозрением на инсульт, приступы родовой активности и т.д.). Желательно разработать синдромальную классификацию этих заболеваний и алгоритмы действия бригадира поезда или среднего медицинского работника, в том числе с применением нужных медикаментов с тем, чтобы пациента можно было доставить в ближайшую больницу по назначению, вызвав по рации скорую медицинскую помощь. Безусловно, речь идет о госпитализации, в первую очередь, в железнодорожные больницы.

На вокзалах и в других местах скопления пассажиров необходимо осуществлять эпидемиологический контроль при распространении массовых инфекций, особенно распространяемых воздушно-капельным путем, предусмотреть распыление противомикробных аэрозолей, выдачу специальных разовых масок и последующую дезинфекцию вагонов. Для предупреждения завоза в страну особо опасных инфекционных заболеваний на пограничных станциях целесообразно оборудовать тепловизоры, позволяющие выявлять пассажиров с повышенной температурой. Аналогичным образом проводники должны осуществлять визуальный контроль при посадке в вагон за лихорадящими и неадекватными пассажирами и о выявленных случаях докладывать бригадире поезда.

3.Посетители железнодорожных станций и вокзалов. Здесь всегда немало снующих людей, с билетами и без них. На станциях медицинская помощь должна быть максимально упрощена и соответствовать той, которая предназначена пассажирам с краткосрочным пребыванием в ведении железных дорог. Среди многих людей на вокзалах должны постоянно находиться несколько волонтеров или парамедиков, которые, в случае необходимости могут оказать первую домедицинскую помощь или отвести пациента во врачебный (фельдшерский) здравпункт или в комнату матери и ребенка, которые на вокзалах должны быть восстановлены. Для этого должна быть также аптечка с набором необходимых материалов, лекарств и экспресс- методов диагностики. Все аптечки на всех видах транспорта должны быть универсальными в своей основной части с некоторыми добавлениями, связанными со спецификой транспорта, например, против укачивания, ушные и глазные капли, сердечные капли и т.д. Для легализации первичной домедицинской помощи необходимо внести изменения в

п1.статьи 31 Федерального закона №323-ФЗ, дополнив перечень лиц, имеющих право на оказание первой помощи теми профессиями, которые имеют дело с массовыми скоплениями людей, в том числе проводников и бригадиров пассажирских поездов дальнего следования, начальников вокзалов и дежурных по станции. Кроме того, поскольку пока наличие лекарственных препаратов в упаковке для поездов дальнего следования не предусмотрено, необходимо в приказ Минздрава РФ №498 н от 5.05.2012 г. внести изменения в части комплектации медицинских упаковок для пассажиров, взяв за основу упаковку для космонавтов. Нужно больше думать о недомогающих людях, чем об ответственности за оказание первой помощи. Ну, и конечно же, в главу 5 Федерального закона №323-ФЗ добавить понятие «транспортное здравоохранение», как имеющее свою особую специфику. Везде на линиях, где размещается врачебный участок, должен работать подготовленный, как указано ранее, врач общей практики. Вместе с тем, для оказания первой помощи на всех видах транспорта необходимо создать соответствующую правовую основу, разработать типовые схемы (алгоритмы) оказания первой помощи в разных ситуациях, исходя из возникших проблем пассажиров, и разработать правовой статус специалистов- медиков, случайно оказавшихся в транспортном средстве и приглашенных для оказания медицинской помощи, в каких случаях, в каком объеме и с какой ответственностью.

Должны быть четко обозначены случаи, когда необходима остановка транспортного средства и эвакуация больных в ближайшую больницу. Все проводники, стюарты и другие работники, в обязанность которых должно войти умение оказать при необходимости первую помощь, как минимум один раз в 2 года должны проходить курс подготовки по оказанию первой помощи. Еще лучше, если на их месте будут работать специально подготовленные на краткосрочных курсах парамедики. К группе риска на всех видах транспорта относятся пассажиры с бронхо-легочными и сердечно-сосудистыми заболеваниями, с диабетом, беременные, склонные к эпилептическим припадкам, дети и пожилые люди и некоторые другие.

4.Работники железнодорожного транспорта, которые непосредственно обеспечивают безопасность движения, т.е. водители локомотивов (машинисты и их помощники). Об этом подробно изложено в отдельной главе.

5.Работники железнодорожного транспорта, опосредованно обеспечивающих безопасность движения поездов, а также формирование поездов на железнодорожных станциях. К их числу относятся дежурные (по станции, по разъезду, по переезду, по стрелочному пути), операторы сортировочной горки, составители поездов, монтеры пути, электромонтеры, поездные электромеханики, осмотрщики –ремонтники вагонов, поездной диспетчер, мастера (дорожный, мостовой, тоннельный), приемщик поездов, регулировщик скорости движения вагонов, сигналист, начальники

(железнодорожной станции, участка пути), сборщики и другие. К ним применимы профессиональный отбор, тщательно проведенные входные осмотры, т.е. при приеме на работу, периодические профилактические осмотры, а также в отдельных случаях срочные обследования и осмотры. На вокзалах, станциях, в депо для них должны находиться аптечки для оказания первой помощи, особенно в случаях травмы, и разработаны алгоритмы их последующего движения (маршруты) за медицинской помощью с учетом конкретных местных особенностей и условий.

6. Сан-эпидслужба должна осуществлять жесткий санитарно-эпидемиологический контроль за качеством питьевой воды в том числе в вагонных кипятильниках, за качеством организованного питания в вагонах-ресторанах и в стандартном наборе продуктов для пассажиров. Кроме того, должна проводиться необходимая санитарная и дезинфекционная обработка пассажирских вагонов.

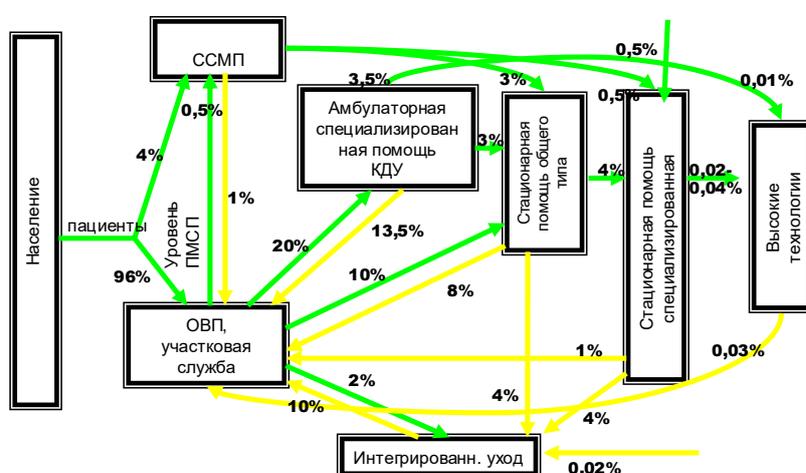
7. Все изложенное может в определенной степени иметь отношение к пригородным электричкам, к метрополитену, где первую помощь должны уметь оказывать дежурные по станции, к водному (морскому и речному) транспорту, где на больших судах может находиться кабинет врача (судовой врач) или фельдшера, к автобусным пассажирским перевозкам, к авиационному транспорту, где бортпроводники должны уметь оказывать первую помощь, для чего у них должна быть полноценная аптечка. На всех видах транспорта можно по радиосвязи найти среди пассажиров врача или другого медицинского работника.

8. Что касается грузоперевозок, то должен быть жесткий санитарный и эпидемиологический контроль, включая энтомологический и фитоконтроль за ввозимыми в страну различными грузами с оценкой риска для людей и окружающей среды, выборочная санитарная проверка перевозимых грузов с применением санитарно-физических, бактериологических и санитарно-химических методов и тестов с последующей помывкой, дезинфекционной обработкой, дератизацией и т.д.

9. Для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, железнодорожных аварий и крушений необходимо оказать медицинскую, санитарную и психологическую помощь на месте и эвакуировать пострадавших в медицинские учреждения железнодорожного транспорта. Для этого должны быть все необходимые условия: врачебно-санитарные летучки, наборы необходимых медикаментов, материалов и тестов, бригады врачей и других медицинских работников, а также алгоритмы действия при той или иной ситуации. Расследование аварий, катастроф и чрезвычайных ситуаций на всех видах транспортных средств должно проводиться комиссиями в соответствии со статьей 229 Трудового кодекса РФ, а также в соответствии с

Федеральным законом №196-ФЗ от 10.12.1995 г. и другими правовыми документами. Это все должно быть представлено в отдельной книге.

## Рациональная схема потоков пациентов в %



Из приведенной схемы видно, что все 100% пациентов не должны миновать ПМСП, причем примерно 96% пациентов должны обратиться к своему врачу общей практики, а в 4% случаев пациентам помощь могут оказывать по вызову бригады общей (не специализированной) медицинской помощи, из которых 25% направляются к врачу общей практики, а 75% могут быть госпитализированы в стационары общего типа. Из числа пациентов, попавших на прием к подготовленному врачу общей практики не менее 70% там же начинают и заканчивают лечение, а 20% направляются в консультативно-диагностический центр для уточнения диагноза или на консультацию специалиста, которые либо, в основном, возвращаются к врачу общей практики, либо в 15% случаев направляются из КДЦ на госпитализацию но с обязательным оповещением ВОП. Это нужно предусмотреть, чтобы не заставлять остро нуждающихся пациентов не возвращаться к ВОП за направлением на госпитализацию. В КДЦ пациента

могут задержать на некоторое время в дневном стационаре или в дневной хирургии. Кроме того, врач общей практики может направить пациента на медицинский уход, на оказание паллиативной медицинской помощи, а для своих пациентов, оставленных на лечение в ОВП, организовать дневной стационар или стационар на дому. Из числа пациентов, направленных на госпитализацию, подавляющее большинство попадает в стационары общего типа, малая часть - в специализированные больницы и лишь 0.01-0.02% должны получать дорогостоящую высокотехнологичную помощь. Весь этот процесс маршрутизации пациентов проходит под контролем ВОП, под наблюдение которого пациенты поступают после выписки из стационара. Для этого в компьютерной памяти у ВОП должна храниться полная информация о прикрепленных пациентах. Примерно такой должна быть схема иерархии медицинской помощи. Если к этому добавить иерархию диагностических исследований, обеспечения медикаментами, иерархию обеспечивающих служб и попечительско-наблюдательные общественные советы, то получится достаточно рациональная модель оказания медицинской помощи, удовлетворяющая пациентов, удобная и понятная для медицинских работников и выгодная для государства.

## Заключение.

—————[Таким образом, настоящая книга](#) изложена по спиралеобразному принципу, нередко с возвращением материала и [содержит стержневую линию в виде модели организации медицинской помощи на железнодорожном транспорте. Однако, в книге есть множество отклонений и ответвлений.](#) Дело в том, что железнодорожное здравоохранение тесно увязано с развитием общего здравоохранения в стране и со становлением железнодорожных сообщений, которые в свою очередь зависят от социально-экономического развития страны, от различных внутренних и внешних воздействий. Особенно это проявилось в годы Великой отечественной войны. В книге подчеркнута значимость русской инженерной мысли и приоритетные открытия и изобретения, повлиявшие на весь ход мирового развития. Не обошлось в книге без представления малоизвестных широкому читателю интересных фактов, дающих представление о разных этапах становления страны. Авторы отдают себе отчет, что многие исторические факты нуждаются в верификации и необходимой аргументации, что является уделом профессиональных историков. Эти факты нужны были для придания работе публицистического характера, для оттенков и более выпуклого представления сложности ситуации на каждом этапе развития страны. Особое место в книге отведено приоритету отечественным замыслам и разработкам. Имеются ссылки и на наиболее актуальные проблемы современности, поскольку они тесно увязаны с развитием железнодорожного транспорта. Авторы, являясь неравнодушными людьми и патриотами своей страны, выступают за умеренный либерализм, за демократию с должным развитием местного самоуправления, за рыночную экономику, мощную социальную политику во благо подавляющей части населения, за снижение различий в доходах и возможностях у бедных и богатых, за справедливое, доступное, качественное и бесплатное для пациентов здравоохранение, за восстановление прекрасного школьного образования, за улучшение здоровья людей и увеличение длительности их здоровой жизни при росте рождаемости и снижении смертности. Это все в работе показано в достаточно выпуклом виде, в чем читатель может сам убедиться. По ходу изложения книги в ней содержатся предложения по улучшению работы, обращенные к последующим поколениям. Отдельные работы, связанные с развитием сети железных дорог в России и за рубежом, были и ранее, но в данной книге они представлены совместно, что позволяет в динамике понять

общую ситуацию в стране и связанные с нею этапы становления железнодорожного транспорта. Конечно, это же относится и к другим видам транспорта, о которых в книге упоминается вскользь. Особое место в работе уделено общим вопросам качества и первичной медико-санитарной помощи, а также вопросам санитарного и эпидемиологического благополучия и специфике работы железнодорожного здравоохранения. Кроме того, не обошлось без внимания к перспективам организации медицинской помощи на железнодорожном транспорте.

Итак, книга прочитана. А в осадке осталась неудовлетворенность от того, что в стране много умных, талантливых и способных людей, практически никак не участвующих в укреплении и развитии нашей страны, неудовлетворенность от невразумительной внешней политики по отношению к ближайшим соседям, неудовлетворенность в связи с недостаточным вниманием к нуждам простых людей, составляющих основу государства. Но все эти проблемы относительно легко разрешимы, тем более, что хорошо известно, что нужно для этого делать, в том числе для повышения уровня здоровья жителей России и улучшения демографической ситуации в стране. В книге не всегда намеренно соблюдается хронологическая последовательность событий. Свободная мысль может повторяться, возвращаться и даже забегать вперед, основываясь на ассоциациях.

### Краткий список использованной литературы.

1. Федеральные законы, приказы и другие документы МПС СССР и РФ, Минздрава РФ, ОАО «РЖД».
2. Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Современное здравоохранение: политика, экономика, управление. М.: Авторская академия, 2013.-344 с.
3. Первичная медико-санитарная помощь (нормативно-правовое обеспечение). Под ред. И.Н.Денисова. М.:МЦФЭР, 2004.-576 с.
4. Комаров Ю.М. Пора камни собирать. М.:ГЭОТАР-Медиа,2015.-416 с.
5. Материалы Росстата, Всероссийских и всесоюзных переписей населения.
7. Демоскоп-еженедельный журнал Института демографии (2010-2016)
8. Интернет. Сайт viperson.ru, 2011-2016 гг.
9. Стратегия охраны здоровья населения РФ. М, КГИ, 2013, 298 с.
10. Максимова Е.М., Лушкина Н.П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения. -М.: ПЕРСЭ, 2012,-234 с.
11. Вишневский А.Г. Время демографических перемен.- М.: Высшая школа экономики. 2015.-517 с.
12. Общественное здоровье и здравоохранение (национальное руководство). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013-624 с.
13. Здоровье для всех в 21 столетии. Копенгаген, ВОЗ. №6
14. Critical Issues in Global Health. San Francisco- Jossey-Bass-2010, 472 p.
16. Государственно-общественное управление здравоохранением РФ. М.: Медицинская пресса, 2004, 336 с.
17. Тимофеев И.В. Качество медицинской помощи и безопасность пациентов. СПб-ДНК, 2014-222 с.
18. Комаров Ю.М. Здравоохранение России: взгляд в будущее. М.: Медицинская пресса,-2004, 191 с.
19. Население России-2012. М.: ВШЭ,-2014,412 с.
20. Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития. М.: Медицина, 2007-261 с.
21. Сергейко И.В., Арцыбашева Л.Р. Социальные аспекты, влияющие на состояние репродуктивного здоровья женщин. М.: Сам полиграфист, 2013,-116 с.
22. Основные положения стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013-2020 гг. и последующие годы. М.:Радуга, 2013,-112 с..

23. Развитие первичной медико-санитарной помощи в России. М.: ТАСИС, 2008,-520 с.
24. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Издания 1-3. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2011,-544 с.
25. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Издания 1-2. М.: ГЭОТАР-Медиа, 20015,-699 с.
26. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ (под ред. Ю.М.Комарова).-М: НПО, 1994, 198 с.
27. The 50 most frequent DRGs. Washington, АНСРР, US DHHS, 110 p.
28. Family doctor. (ed. by Dr Tony Smith) The British medical association. 320 p.
29. Doing what counts for patient safety (to the President). QuIC,2000, 91p.
30. Социальная гигиена. Народный комиссариат здравоохранения, М, ГИЗ, 1923, 145 с.
31. Международное здравоохранение.-М:2012,-242 с.
32. Социальная медицина на рубеже ХХ1 века. -Краснодар, 1999,364 с.
33. Тутьчинский Т.Х., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение. Иерусалим,1999, 1049 с.
34. Солтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. ГЭОТАР- медиа, М., 2000, 432 с.
35. Системы здравоохранения: время перемен (Россия). Копенгаген, Обсерватория ВОЗ, 2003, 195 с.
36. Алексеев В.А., Борисов К.Н. Здоровье для всех (отечественный и зарубежный опыт)-М.: «Известия», 2014, 395 с.
- 38.»Изучение мнения населения РФ о доступности и качестве медицинской помощи». Росздравнадзор.- М: 2009, 347 с.
39. Фролов В.А., Жижин К.С. «Основы реформирования здравоохранения в рыночных условиях». Ростов-на-Дону. Омега-Принт, 2006, 219 с.
40. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология (основы доказательной медицины). Медиа Сфера.- М: 1998, 345 с.
41. Вильк М.Ф., Краевой С.А. Железнодорожная медицина: современное состояние и перспективы развития, Сам Полиграфист, 2012, 233с.
42. Цфасман А.З., Журавлева Г.Н. Клинические основы железнодорожной медицины, М. Прейскурантиздат. 1990, 183 с.
43. Деминг У.Э. Выход из кризиса- Альба, Тверь, 1994.
44. Руководство по железнодорожной медицине (под ред. В.М.Сибилева, Ю.Н.Коршунова, А.З.Цфасмана,М, .Прейскурантиздат, 1990, 280 с.
45. Современные формы организации медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях железнодорожного транспорта в условиях реформирования (Методические указания), М., ВНИИЖГ, 2001, 88 с.
46. Критерии оценки экономической эффективности деятельности госсанэпидслужбы на железнодорожном транспорте. (Методическое пособие), М. Реинфор, 2003, 40 с.
47. Атьков О.Ю., Цфасман А.З. Очерки железнодорожной медицины.М. МЦИМО,2004,416 с.

48. История становления и развития медико-санитарной службы на железнодорожном транспорте России (под ред. Онищенко Г.Г.), М, Алвансед солюшнз, 2016, 480 с.
49. Проблемы социальной гигиены и организации здравоохранения на железнодорожном транспорте (сборник научных трудов), М., Транспорт, 1983, 48 с..
50. Г. Нив.. Пространство доктора Деминга, Альпина бизнес букс, М., 2005, 369 с.
52. Качественные показатели деятельности санитарно-эпидемиологических станций на железнодорожном транспорте. ЦЭС, М., Серия таблиц.
53. Цфасман А.З. Железнодорожная медицина. Профессиональные болезни. РАПС, М., 2000, 334 с.
54. Исикава К. Японские методы управления качеством-М., Экономика, 1988.
55. Качество медицинской помощи. Глоссарий, Россия-США, 2000, 47с.
56. Клинико-организационное руководство по оказанию медицинской помощи больным артериальной гипертензией врачом общей практики. Россия-США, 2000, 54 с.
57. Международный стандарт ИСО 9000:2000 как методология обеспечения качества/ Михайлова Н.В., Комаров Ю.М., Федорова Л.А., Троицкая А.Ю. и др.// Качество: теория и практика, 2000, №4, с37-52.
58. Quality first: Better Health Care for All Americans. Final report to the President of the US-Washington, 1999, 294 p.
59. To the President: Doing what counts for Patient safety, February 2000, 91p.
60. Отчет о НИР «Научно-методическое обоснование реформирования отраслевого здравоохранения при создании ОАО «РЖД»/руководитель-Комаров Ю.М., М., 2001, 63 с.
61. Комаров Ю.М. Мониторинг и первичная медико-санитарная помощь. Литтерра, М., 2017, 314 с.
62. Медико-профилактические проблемы охраны здоровья работающих на железнодорожном транспорте. Реинфор, М., 2005, 228 с.
63. Здравоохранение на железнодорожном транспорте и в транспортном строительстве, Транспорт, М., 1992, 223 с.
64. Проблемы социальной гигиены и организации здравоохранения на железнодорожном транспорте. Транспорт, М., 1992, 49 с.
65. Вильк М.Ф., Краевой С.А. Железнодорожная медицина: современное состояние и перспективы развития, Сам полиграфист, М., 2012, 233 с.
66. Кудрин В.А., Прохоров А.А. Охрана здоровья работников локомотивных бригад и обеспечение безопасности движения поездов на железных дорогах. Главные дороги России, М., 2000, 197 с.
67. Руководство по медико-профилактическим аспектам работы с опасными грузами на железнодорожном транспорте. ВИНТИ, М., 1991. 450с.
68. Лапидус Б.М., Мачерет Б.А., Вольфсон А.Л. Теория и практика управления эксплуатационными затратами железнодорожного транспорта. Экономика железных дорог, М., 2002, 253 с.

69. Анализ санитарно-гигиенического состояния подконтрольных объектов и деятельности учреждений госсанэпидслужбы железнодорожного транспорта..М.. 2002, 62 с.
70. Вопросы организации здравоохранения на метрополитене. ВЗИИТ, М.,1988, 305 с.
71. Гигиена на железнодорожном транспорте, Транспорт, М., 1992, 302 с.
72. Медицина труда и проблемы экологии на железнодорожном транспорте. МАИ, М., 1990, 159 с.
73. Атьков О.Ю., Цфасман А.З. История железнодорожной медицины. Наука, М.,2004,414 с.
74. Анализ медико-профилактических мероприятий по обеспечению безопасности движения поездов на железных дорогах. МПС, М., 1999, 24 с.
75. Нерсесян Л.С. Психологические аспекты повышения надежности управления движущимися объектами., Промедэк, М., 1992, 288 с.
76. Медицина катастроф на железнодорожном транспорте/ под ред. О.Н.Сорокина.М., 1999 г.
77. Кривуля С.Д., Базазьян А.Г., Полякова В.А., Артеменко Ю.М. и другие. Медико-санитарный мониторинг за пассажирскими объектами железнодорожного транспорта и метрополитена. Система организации и оценка результатов работ. М.Реинфор, 2003,55 с.
78. Вильк М.Ф., Капцов В.А. и др. Гигиенические, противоэпидемические мероприятия и экологическая безопасность при ликвидации последствий аварий с опасными химическими грузами на железнодорожном транспорте, М., Реинфор, 2006, 144 с.
79. Вильк М.Ф., Капцов В.А., Панкова В.Б., Трошина М.Ю. Профессиональный риск работников железнодорожного транспорта. М., Реинфор, 2007, 293 с.
80. Вильк М.Ф., Базазьян А.Г., Романов В.В. и др.Руководство по вопросам подготовки и организации работы медицинских формирований и учреждений ОАО «РЖД» в чрезвычайных ситуациях. М., СПМ\_Индустрия,2015, 170с.
81. Вильк М.Ф., Кузнецов Э.С. и др. Современные композиционные материалы для вагоностроения. М., Реинфор, 2014.
82. Кривуля С.Д., Базазьян А.Г., Полякова В.А. и др. Руководство по профилактике и ликвидации медико-санитарных последствий террористических акций на пассажирских объектах железнодорожного транспорта и метрополитенов. М., Реинфор,2004
83. Тугоухость у работников железнодорожного транспорта. Под ред. Вилька М.Ф. М., 2015,189 с.

