

Gabriela BELOVA* (SWU “Neofit Rilski”, Blagoevgrad, Bulgaria)

Gergana GEORGIEVA** (SWU “Neofit Rilski”, Blagoevgrad, Bulgaria)

Sergiusz LEONCZYK*** (Siedlce University, Poland)

Международное сотрудничество в области здравоохранения между Первой и Второй мировыми войнами – уроки истории в борьбе с эпидемиями

International Health Cooperation between the World Wars – Lessons from History in Controlling Epidemics

<https://doi.org/10.34739/his.2022.11.15>

Abstract: *Since the middle of the 19th century, a period of real progress in the field of public health began, government obligations towards health expanded; quarantine, isolation and other measures were introduced by the international community aimed to ensure in the first place safe trade, but also the health of the population of large Western European cities. The article examines the three new international structures in the field of health created before and after the First World War. The first in time was the Office international d'hygiène publique (OIHP), created in 1907. Shortly before the war in 1913, the International Department of Health (IHD) of the Rockefeller Foundation was founded in the United States, and straight after the war in 1920, the League of Nations Health Organization (LNHO) appeared. Despite the cooperation at certain points, the relationship between the LNHO and the OIHP was largely marked by rivalry and the reluctance of the OIHP to become part of the League of Nations. In 1920 the Epidemic Commission was founded and its first head became a well known Polish medical scientist Ludwik Rajchman. The authors also pay attention to the first epidemiological actions in Bulgaria, made possible by the activities of the Rockefeller Foundation in South-Eastern Europe.*

Key words: League of Nations Health Organization, Epidemical Commission, OIHP, Rockefeller Foundation, Ludwik Rajchman, Petrich

* ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6988-3452>. gabrielabelova@gmail.com; South-West University “Neofit Rilski”.

** ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1396-6889>. georgieva@law.swu.bg; South-West University “Neofit Rilski”.

*** ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1459-982X>. sergiusz.leonczyk@uph.edu.pl

Корни международного сотрудничества в области здравоохранения можно проследить до появления в середине XIX в. первых систематических действий в этой области. Международное сообщество стало принимать меры в первую очередь как ответ на угрозы пандемий, исходящие из-за пределов Западной Европы. Технический прогресс, развитие мореплавания и железнодорожных сообщений, расширение мировой торговли и увеличение передвижения лиц позволили холере, а затем желтой лихорадке и бубонной чуме выйти из своих традиционных эндемичных очагов в колониях в слоборазитых странах и достичь территории западноевропейских государств. Как отмечают некоторые авторы, первые проявления глобализации можно отнести к периоду 1850-1914 гг. в связи с развитием мировых рынков.¹ Политические элиты, предприниматели и врачи сошлись во мнении о необходимости защитить свое население, предприятия и территории, от вспышек эпидемий путем стандартизации карантина и других мер пограничного санитарного контроля. Появилась надежда, что с середины XIX в. начнется период реального прогресса в области общественного здравоохранения, расширятся обязательства правительств, введутся международные инструменты для обеспечения безопасной торговли.²

Осознание необходимости международного сотрудничества в области здравоохранения

Как известно, в 1851 г. правительство Франции организовало в Париже первую международную санитарную конференцию для обсуждения холеры.³ Распространение холеры долгое время ограничивалась преимущественно Индией, но начиная с 1829 г. она быстро распространилась по всему миру и нашла пристанище в небезопасных бытовых системах водоснабжения в перенаселенных городах Европы. Болезнь застала европейскую медицинскую науку врасплох, из-за недостаточных знаний о ней на континенте. Привычные меры, как кордоны, карантин и принудительная изоляция больных оказались бесполезными, а традиционные методы лечения оказались безрезультатными. На конференции в 1851 г. присутствовали представители двенадцати держав. Конференция положила начало серии встреч в разных форматах и с различными участниками, в которых почти всегда присутствовали Франция и Объединенное Королевство. Как подчеркнуто в опубликованной в 2019 г. монографии, посвященной истории Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на первых шести встречах (в 1851, 1859, 1866, 1874, 1881 и 1885 гг.) наибольшее внимание уделялось холере, поскольку несколько пандемий холеры из Азии достигли Западной Европы и Америки.⁴ Но в целом, эти встречи были сосредоточены на построении единой системы морского карантина, как своеобразной линии обороны между Западной Европой и Востоком. Они также помогли инцинировать сеть медицинских работников, исследователей и дипломатов, вовлеченных для обсуждения методов и материалов для дезинфекции международных судов, и портов.

¹ Popov, 2009: 8.

² Pavlov, 2019.

³ Evans, 1988; see also Bynum, 1993.

⁴ Cuerto, Brown & Fee, 2019: 11-12.

Общепризнанная, но не полностью реализованная общая цель этих конференций заключалась в том, чтобы найти способы „уничтожить болезнь при ее зарождении, а не пытаться остановить ее на марше”.⁵ Так как только три государства одобрили конвенцию 1851 г., восемь лет спустя французское правительство организовало вторую конференцию в Париже в надежде добиться большего признания необходимости морских санитарных соглашений. Хотя присутствовали дипломаты из 11 стран, большинство из них не смогли заручиться обязательствами своих правительств. Трудности в создании обязательной системы морского санитарного регулирования были обусловлены несколькими факторами. Во-первых, в большинстве стран не было единого законодательства в области общественного здравоохранения, и многие государственные учреждения здравоохранения подчинялись министерствам внутренних дел или юстиции. Вторым важным фактором, объясняющим отсутствие ратификации предложенных санитарных конвенций, была система международного права, преобладавшая в Европе со времени Вестфальских договоров середины XVII в. Вестфальская система международных отношений основывалась на принципе невмешательства во внутренние дела отдельных национальных государств. Был страх перед непредвиденными последствиями и потерей суверенитета, которые могут быть связаны с межправительственными соглашениями. Даже в конце 80-х гг. XIX в. некоторые представители международных санитарных совещаний настаивали на том, что конвенции следует понимать как рекомендации, а не как обязательства по установлению строгих карантинных.⁶ В результате между странами по-прежнему существовали разные правила, а это означало, что к судну с подтвержденными случаями холеры на борту в разных портах можно было относиться по-разному.

Также не всегда государства имели общее понимание той или иной проблемы. Например, четвертая санитарная конференция, состоявшаяся в Вене в 1874 г. с участием 21 страны, обсуждающая санитарные последствия открытия Суэцкого канала, пятью годами ранее, стала свидетелем обострения напряженности между Францией и Германией. Следующая вспышка произошла во время шестой международной санитарной конференции, состоявшейся в Риме в 1885 г., когда конкурирующие интересы Франции и Англии в Египте и на Ближнем Востоке препятствовали достижению согласия. Только в 1892 г. на седьмой международной конференции по здравоохранению в Венеции был достигнут прогресс в направлении международного регулирования здравоохранения. Представители, а затем и правительства утвердили четкие и строгие санитарные протоколы для наблюдения за Суэцким каналом. Перемещение людей через канал вызвало растущую озабоченность, потому что с 1868 по 1892 гг. количество паломников, отправляющихся морским путем в Мекку, увеличилось более чем вдвое. В результате европейцы теперь чувствовали себя в опасной близости от Индии. Конференция в Венеции постановила, что все суда, использующие Суэцкий канал, должны быть классифицированы в зависимости от того, есть ли у них на борту больные холерой или нет. Медицинский осмотр на месте был направлен на моряков, пассажиров, крупный рогатый скот, бумагу, шкуры, хлопок, лен

⁵ Cuerto, Brown & Fee, 2019: 11.

⁶ Zylberman, 2006: 27.

и др. На встрече в Венеции также были одобрены две другие предложения, которые получают дальнейшую поддержку в будущем. Во-первых, каждое правительство должно было уведомлять других о вспышках холеры в пределах своих границ. Вторым условием являлось наличие офиса или международного информационного центра для уведомления и обмена информацией об эпидемиях.

Медицинские дебаты о происхождении и характере эпидемических болезней

Сравнительно небольшое количество принятых конвенций во второй половине XIX в. было результатом продолжительных медицинских дебатов о том, является ли холера завозной инфекцией или миазматическим заболеванием местного происхождения. Большинство врачей XIX в. считали, что холера возникает из-за грязных частиц воздуха, образующихся в результате разложения органического живого вещества и общего загрязнения; миазматические частицы процветали в жарком и влажном климате, а особенно поражали людей со слабой физической комплекцией или тех, кто вел несдержанный и „аморальный” образ жизни. Таким образом, склонные к миазму врачи объясняли вспышки эпидемий результатом ненадежной санитарии и выступали против строгих карантинных мер. Другие выступали за заразность и считали, что холера разносится больными, прибывающими из-за границы.⁷ Они выступали за строгие правила карантина и призывали к досмотру и, при необходимости, изоляции пассажиров, моряков, товаров, грузов и даже почты. Многие британские врачи и органы здравоохранения занимали промежуточную позицию, иногда вводя карантин, а иногда отдавая приоритет местной санитарии. Различия в профессиональном мнении также были связаны с британским общественным мнением, которое могло решительно поддерживать карантин, когда в крупных портах происходили эпидемические вспышки. Крупные коммерческие фирмы, особенно если они занимались импортом и экспортом товаров, как правило, слишком подчеркивали миазматическое происхождение холеры, сопротивлялись морскому карантину и, когда его вводили, пытались убедить политиков в том, что введение подобных мер наносит больший вред экономике, чем сами эпидемии. Эти неоднозначные взгляды сохранялись даже после опубликования в 1849 г. брошюры лондонского врача Джона Сноу,⁸ который утверждал, что болезнь передается через питьевую воду, загрязненную фекалиями больных холерой. Работа Сноу и открытие бактерий холеры в 1883 г. немецким врачом Робертом Кохом⁹ укрепили убеждения инфекционистов и в конечном итоге привели к общей установке более качественных водопроводных и канализационных систем, чтобы остановить орально-

⁷ Cuerto, Brown & Fee, 2019: 11.

⁸ Джон Сноу (1813-1858) – британский врач и ученый, которого считают первым британским анестезиологом и отцом эпидемиологии. В своем труде *On the Mode of Communication of Cholera*, опубликованном в 1849 г. он утверждал, что холера передается через микробы, которые обитают в фекальных водах. Он изготавил план для ограничения холеры в Лондоне путем повышения личной гигиены и разделения питейных и сточных вод.

⁹ Роберт Кох (1843-1910) – немецкий врач, микробиолог и гигиенист. Награжден в 1905 г. Нобелевской премией по физиологии и медицине. Член Прусской академии наук (1904), иностранный член Лондонского королевского общества (1897), Парижской академии наук (1903), иностранный член-корреспондент Петербургской академии наук (1884).

фекальную передачу болезни в городах западноевропейских стран. Научная деятельность Сноу и Коха не убедила всех врачей. Актуальность и политические последствия их работы не были полностью признаваемы до начала XX в. Миазematическая теория оставалась жизнеспособной и пользовалась популярностью. Портовые власти, вероятно, также находились под влиянием широко распространенной стигматизации больных, что означало возложение ответственности за эпидемии на отдельных лиц, групп или национальностей.

До 90-х гг. XIX в. спрос на информацию об эпидемиях в основном касался холеры. Но в конце XIX в., когда о холере в Европе стали забывать, две другие пандемические болезни стали серьезной проблемой: желтая лихорадка и бубонная чума. Первоначально считалось, что желтая лихорадка распространена только в Карибском бассейне, но вскоре выяснилось, что хотя и не достигнув глобального распространения холеры, вспышки желтой лихорадки произошли в нескольких городах Европы и США.

В 1903 г. одиннадцатая международная санитарная конференция, собравшаяся в Париже, подтвердила способ передачи желтой лихорадки. Способ был подтвержден основываясь на работе кубинца Карлоса Финлея¹⁰ и майора США Уолтера Рида,¹¹ работавшего в Гаване после Испано-американской войны (1898 г.). Сначала Финли, а затем Рид определили переносчика лихорадки: комара, который стал известен как *Aedes aegypti*.¹² Тщательные полевые исследования показали, что комар никогда не удалялся от жилища человека и размножался в искусственных емкостях с водой. За этим открытием последовала успешная программа по уменьшению численности личинок *Aedes* в Гаване. Лидеры общественного здравоохранения во всем мире одобрили и воспроизвели успешный метод контроля.¹³ Что касается связанных с этим действий, на конференции в 1903 г. были утверждены периоды карантина для определенных заболеваний, а также исключена часть товаров из карантинного списка. Парижская конференция также касалась бубонной чумы. Эпидемии чумы опустошали Евро-

¹⁰ Карлос Финлей-и-Баррес (1833-1915) – кубинский врач и ученый, который первым в 1881 г. предположил, что носителем и переносчиком жёлтой лихорадки является определённый комар, а в следующем году обнаружил вид комара – переносчика болезни. Мнение Финлея о роли комаров в переносе жёлтой лихорадки натолкнулось на непонимание. Его главным научным интересом была жёлтая лихорадка, которой он посвятил свыше 40 статей. Семь раз был номинирован на Нобелевскую премию по физиологии и медицине. Памятник в его честь находится и в Панаме, близ канала, который построили во многом благодаря уничтожению комаров – переносчиков жёлтой лихорадки.

¹¹ Уолтер Рид (1851-1902) – американский армейский врач, патолог и бактериолог, подтвердивший в 1900 г. экспериментальным путем гипотезу о заражении жёлтой лихорадкой от укуса комара. Хотя известность „победителя жёлтой лихорадки” закрепилась за ним, сам он неоднократно упоминал об исключительной роли Финлея в сделанном им открытии. Оно сделало возможным обуздать распространение инфекционных болезней на Кубе и возобновить строительство Панамского канала. В честь Уолтера Рида назван главный медицинский центр армии США.

¹² *Aedes aegypti* – вид насекомых из семейства комаров, который является переносчиком лихорадки денге, чикунгуньи, жёлтой лихорадки, вируса Зика, и некоторых других. Довольно легко узнаваемый вид по ярким белым отметинам на ногах и такого же цвета полосам на передней части. Первоначальным местом обитания этого комара является Африка. В настоящее время теперь его ареал заметно расширился и в 2013 г. этот вид комаров появился в американском штате Калифорния.

¹³ Espinosa, 2009.

пу в период Средневековья, но после XVI в. начался длительный период упадка с нерегулярными возрождающимися вспышками. На протяжении большей части XIX в. чума считалась болезнью, присущей только сельским районам России и Китая, с редкими вспышками на Ближнем Востоке. В 1894 г. бубонная чума распространилась из Южного Китая в Гонконг, а затем и по всему миру, возродив воспоминания о средневековых пандемиях чумы. Но теперь борьбу против чумы возглавили бактериологи, что свидетельствует о том, что миазматические идеи были частично отброшены в сторону. Монография бактериолога Института Пастера Поля-Луи Симонда,¹⁴ работающего в Индии, подтвердила, что бактерия чумы процветает в желудке крысиных блох и выдвинула предположение, что в международных эпидемиях виноваты грызуны, спрятавшиеся в грузах кораблей. Открытие ориентировало санитарную работу на „дератизацию” складов, портов и кораблей.

Зарождение идеи социальной медицины

Как уже было сформулировано, история общественного здравоохранения в значительной степени связана с вмешательством государства, направленным на предотвращение развития болезни, путем устранения источника инфекции. Кампании общественного здравоохранения в Европе в XIX в. были направлены на очистку воды, карантин и, в меньшей степени, на вакцинацию. Хотя специалисты в области общественного здравоохранения продолжали использовать многие методы борьбы с болезнями, основанные на бактериальной теории болезней, к межвоенному периоду многие врачи стали рассматривать господствовавший внутри страны санитарный подход как слишком упрощенный, и они начали выступать за профилактику среди населения.¹⁵ К 30-м гг. XX в., подстегиваемые Великой депрессией, национальные политики все больше стали интересоваться вопросами питания, хронических заболеваний, благополучия матери и ребенка и гигиены труда, обнаруживая причину многих болезней в уровне развития общества. Персонал Организации здравоохранения Лиги Наций (ОЗЛН) и руководящий комитет по здравоохранению часто подчеркивали важность социальных и экологических аспектов болезней.¹⁶

История общественного здравоохранения является историей конкурирующих моделей болезней, основанных на грязи, микробах, наследственности или миазмов, что инициировало в обществе дискуссии о надлежащей роли правительства и обязательствах государств перед населением. Были сформулированы идеи, что улучшение здоровья улучшит состояние общества. Любопытным фактом является то, что в начале XX в. считалось, что общественное здравоохранение вообще можно отделить от политики, но еще с самого начала современное здравоохранение имеет политическую подоплеку. Как пишут исследователи Patricia Clavin и Jens Wilhelm Wessels, „в то время как официаль-

¹⁴ Поль-Луи Симонд (1858-1947) – французский ученый, врач, специалист по эпидемиям. Институт Пастера опубликовал его исследования в 1898 г. о передаче чумной болезни, в частности, что она передается не через крыс, а через блох, находящихся на них. Чтобы убедить международное научное сообщество, потребовалось более десяти лет.

¹⁵ Fee & Porter, 1991.

¹⁶ Cuerto, Brown & Fee, 2019: 18.

ные лица Лиги Наций стремились спрятаться за этим различием, они, конечно, не верили в это”.¹⁷ В то же самое время кажется парадоксальным, но Организации здравоохранения Лиги наций в значительной степени удалось избежать вовлечения в политические проблемы дня. Это можно объяснить отсутствием финансирования, незаинтересованностью государствами выполнять рекомендации, а также и прекращение обмена данными во время Первой мировой войны. В этом смысле можно заключить, что первоначальная деятельность Организации здравоохранения Лиги Наций ограничивалась более техническими решениями проблем общественного здравоохранения.

Следует отметить, что несмотря на факт, что в начале XX в. вследствие индустриализации внимание международного сообщества было приковано к проблемам общественного здравоохранения из-за промышленного загрязнения, негативных последствий урбанизации и плохих фабричных условий для рабочих, его корни можно отнести к Великой французской революции, которая объявила здоровье правом каждого гражданина.¹⁸ Трудно постигнутый консенсус в XIX и начале XX вв. требовал убедить государства в том, что правительства не только несут ответственность за здоровье своих граждан, но и что они были обязаны перед другими государствами обеспечивать здоровье своих граждан. Хотя вначале некоторые члены пытались взять на себя прямой контроль над эпидемиями, предлагая международные кампании по санитарии и дезинфекции в других странах, эта модель была отвергнута международным сообществом как дорогостоящая и нарушающая суверенитет государств. Вместо этого государства были призваны сделать последний шаг внутри страны, то есть позаботиться о своих собственных портах и своем собственном населении. Эта ориентация принципиально отличалась от идеи более старых конвенций, которые пытались контролировать национальные органы и порты в других государствах.

Впоследствии, представители различных идеологических групп объединились около доктрины гигиены, которая, по словам историка Энн Ф. Лаберж, была „верой, что все сферы жизни должны быть подчинены **медицине и морали** для предотвращения болезней и укрепления общественного здоровья **в интересах общественного порядка и национальной безопасности**” (курсив авт.).¹⁹ По всей Европе уже в начале XX в. врачи и защитники общественного здоровья были убеждены, что бедность и болезни взаимно усиливают друг друга.²⁰ Сторонники общественного здравоохранения считали, что их работа на местах может „восстановить баланс между промышленным ростом и сохранением здоровья”.²¹ Государство всеобщего благосостояния было одним из ответов на этот вызов.²² Созданная в 1920 г. Организация здравоохранения Лиги Наций настаивала на обязательствах государств по вопросам общественного здравоохранения, но не на службе определенной идеологии. Большинство сотрудников Организации здравоохранения Лиги Наций были полны решимости убедить государства предоставлять различные уровни медицинских услуг в интересах эко-

¹⁷ Clavin & Wessels, 2005: 482.

¹⁸ Porter, 1998: 63.

¹⁹ La Berge, 1992: 316.

²⁰ Cuerto, Brown & Fee, 2019: 17.

²¹ Cuerto, Brown & Fee, 2019: 17.

²² Evans, 1988: 136.

номического процветания, общественного здравоохранения и международного сотрудничества.

Социальные аспекты здравоохранения проявились в инициативе ОЗЛН в конце 30-х гг. XX в. Так называемая „сельская гигиена” стала основным направлением деятельности организации, которое привлекало внимание к потребностям сельского населения, которое несло огромное бремя болезней и смертности, имело ограниченный доступ к поставщикам медицинских услуг и боролось с разрушительными последствиями мировой экономической депрессии. ОЗЛН подошла к этим проблемам с межсекторальной точки зрения и сосредоточилась не только на доступе к медицине, но и на фундаментальных проблемах повышения уровня образования, экономического развития и социального прогресса.

Появление первых международных агентств для сотрудничества в области здравоохранения

ОИНР

Развитие медицинской науки, эпидемиологии, бактериологии и гигиены дали толчок международному сотрудничеству в области здравоохранения. Начало XX в. характеризуется активными действиями международного сообщества, которые привели к появлению нескольких независимых структур в области здравоохранения, отношения которых были довольно сложными и неоднозначными и включали элементы сотрудничества, а также и острого соперничества между собой. Можно отметить, что в Европе и в Америке сфера общественного здравоохранения была фрагментирована после Первой мировой войны из-за отсутствия концептуально организующего принципа.²³

Хронологически, первой по времени, еще до Первой мировой войны, учитывая опыт международных конференций второй половины XIX в., была создана **Office international d'hygiène publique** (ОИНР), которая следила за карантином международных судов и портов и предотвращением распространения опасных болезней. Она была основана 9 декабря 1907 г. и базировалась во Франции (Париж). Основная цель ОИНР заключалась в том, чтобы „собрать и доводить до сведения государств-участников факты и документы общего характера, касающиеся общественного здравоохранения, особенно в отношении инфекционных заболеваний, в частности холеры, чумы и желтой лихорадки”, а также принимаемые меры по борьбе с этими заболеваниями.”²⁴ В этот период не было намерения создавать организацию с широкими исполнительными полномочиями или вторгаться в сферу управления здравоохранения стран-участниц. Первым директором службы стал французский дипломат, знакомый с международными вопросами здравоохранения. Ему помогали генеральный секретарь и небольшой технический персонал. Первоначальный бюджет оценивался в 150 000 франков, что считалось достаточным для выполнения

²³ Duffy, 1998: 294.

²⁴ Goodman, 1952: 97.

поставленных задач и повышения лояльности сотрудников к независимому международному органу. Однако эта последняя цель так и не была полностью достигнута, несмотря на то, что формально ОИНР была международным агентством, полномочия которого принадлежали независимому Постоянному комитету, состоящему из представителей, назначаемых государствами-членами (обычно врачи, часто директора национального департамента здравоохранения, дипломаты или администраторы, имеющие опыт в области общественного здравоохранения). ОИНР с самого начала стала организацией, в которой ярко ощущалась доминация французских врачей и дипломатов. Штаб-квартира агентства находилась в Париже, а официальным языком был французский. Некоторые государства, такие как Франция и Великобритания получили второе место делегата для своих колоний. Франкоязычный персонал создал информационный центр для сбора, проверки и распространения информации о вспышках холеры, чумы и желтой лихорадки, а также для подбора лучших методов борьбы с этими заболеваниями. Правительства стран-участниц должны были информировать агентство о „чумных болезнях” и распространять эпидемиологическую информацию по дипломатическим каналам. ОИНР не имел права проводить исследовательскую работу по местам; тем не менее, со временем агентство провело ограниченные расследования болезней, оказало некоторую помощь в чрезвычайных ситуациях и публиковало ежемесячный бюллетень. Одним из его основных активов были заседания его Постоянного комитета, которые проводились два раза в год примерно по десять дней на каждую сессию. Негласная миссия ОИНР заключалась в защите подписавших ее государств, преимущественно европейских, от заразных болезней, которые угрожали прийти извне.²⁵ Ее роль заключалась в организации наблюдения, в распространении полезной информации и координации усилий по обеспечению готовности, причем все эти меры были направлены на недопущение инфекционных заболеваний или, если они все же появились, на жесткий контроль. Эта миссия должна была быть выполнена путем обеспечения соблюдения и, при необходимости, обновления принятых международных санитарных конвенций.

Применение новой бактериологической науки также позволило тщательно исследовать внешне здоровых носителей холеры. Распространение научных результатов также вызвало интерес к установлению международных стандартов как для сывороток, так и для вакцин, а также для эпидемиологических отчетов. В компетенцию организации вошли и некоторые другие вопросы – сбор и передача фактов и документов общего характера, представляющих интерес для общественного здравоохранения. Задача ОИНР заключалась в том, чтобы собирать и публиковать информацию о том, что делают разные страны, лишь изредка призывая их принять новые меры или стандарты. В целом ОИНР в первые годы своего существования была верна своей основной миссии и служила главным образом форумом для дискуссий и обмена информацией. Говоря современным языком, это было агентство по „управлению знаниями”, а не агентство на местах,

²⁵ Этот дух все еще был очевиден в начале 1920-х гг. даже в высказываниях представителей государств. Так например представитель США в 1922 г. говорил что „... все [представленные] народы были убеждены в необходимости **линии обороны** между Востоком и Европой (курсив авт.)

и оно управляло информацией об общественном здравоохранении, которая считалась полезной для защиты государств-членов от инфекционных заболеваний. Структура работала таким образом, пока Первая мировая война не вынудила ее приостановить свою деятельность, за исключением публикации своего бюллетеня.

Международный отдел здравоохранения Фонда Рокфеллера

Практически основанным незадолго до войны, в 1913 г., был **Международный отдел здравоохранения (ИHD) Фонда Рокфеллера**. Это была частная благотворительная организация в области здравоохранения, действовавшая в США, Китае, Европе, Латинской Америке и других регионах мира. Фонд был создан американской семьей, владевшей крупнейшим в мире нефтяным состоянием и решившей распространять западную медицину с миссионерским рвением. За короткое время ИHD стал самым влиятельным подразделением Фонда и неформальным послом США в мире.²⁶ Идея Фонда заключалась в том, что причиной значительной бедности во всем мире являются инфекционные заболевания, снижающие производительность труда. Фонд провел важные кампании против анкилостомы,²⁷ желтой лихорадки и малярии, а также в пользу продвижения американской модели медицинского образования. Фонд надеялся, что если рабочих удастся вылечить от их недугов, они станут продуктивными гражданами и позволят своему обществу развиваться. Другое соображение заключалось в том, что работа Фонда должна быть сосредоточена на тех заболеваниях, для которых существует технология контроля.

Болгарское участие в программах Фонда Рокфеллера. Болгария была включена в программы Фонда Рокфеллера по финансовой помощи странам Юго-Восточной Европы, предложенные его европейскими структурами, в частности Международным советом по здоровью и Международным советом по образованию. По распоряжению Правления Фонда эти советы провели в 1920 г. предварительное изучение состояния промышленности, сельского хозяйства и здравоохранения в Юго-Восточной Европе, с целью выявления наиболее острых проблем и направлений, в которых Фонд может помочь.

Между тем интерес к программам Фонда Рокфеллера проявила и болгарская сторона. В 1922 г. Управление общественного здравоохранения при Министерстве иностранных дел направило в запрос о выделении помощи для специализации молодых врачей, бактериологов, фармацевтов и химиков, а также для предоставления возможности для ознакомления чиновников МИД-а с опытом европейских стран по оздоровлению населенных пунктов. Другие запросы касались выделения фондом средств на строительство и оснащение института эпидемиологии в Софии, создание медицинского центра для массовой профилактики и консультаций, а также назначения технического советника фонда в Болгарии.

²⁶ Farley, 2004.

²⁷ Анкилостомы – род паразитических круглых червей, паразитирующих в кишечнике позвоночных.

Декан медицинского факультета Софийского университета, проф. Василь Моллов, также обратился за помощью к Фонду Рокфеллера.

В связи с вышеперечисленными запросами в 1923 г. в Болгарию приехал директор Департамента медицинского образования Сельскар Гунн²⁸ и после его доклада Болгария получила первую помощь. В период с 1923 по 1924 гг. Совет по здравоохранению Фонда выделил средства медицинскому факультету на приобретение научной и специализированной литературы, а также и на приобретение оборудования и химикатов для лабораторий факультета. В 1927 г. были выделены средства отделению гистологии и эмбриологии, а также и отделению патологоанатомии, которые не были использованы из-за административных неурядиц.

В следующие годы важнейшей частью деятельности Фонда Рокфеллера в Болгарии стало предоставление стипендий по различным медицинским профилям: социальные болезни (венерические заболевания, туберкулез, алкоголизм и малярия), санитарная статистика, гигиена труда, пропаганда здоровья, школьная гигиена, контроль питания. В конце 1923 г. были внесены первые предложения по специализации двух врачей по малярии и народным болезням. В 1925 г. во время визита в Софию Сельскара Гунна и Клода Хатчисона²⁹ – директора Департамента сельскохозяйственного образования Международного совета по образованию, сельскохозяйственный факультет также был включен в программу стипендий.

В 1930-х гг. офисы Фонда Рокфеллера в Европе переориентировали свою программу на социально-экономические дисциплины, такие как: промышленное планирование, управление фондами социальной помощи, развитие политехнического среднего образования и др. В связи с этим изменением Фонд Рокфеллера присудил первые стипендии выпускникам школ медсестер и учителям средних школ по социальным и коммерческим наукам.

В источниках трудно найти точные данные о количестве болгар, являвшихся стипендиантами Фонда Рокфеллера, а также о выделенных на их обучение средствах. Со всеми оговорками о неполноте сведений, в период между Первой и Второй мировыми войнами можно принять, что в Совете здравоохранения стипендиантами были 37 болгар, а в составе различных отделов Совета образования – 7 человек в отделе медицинского образования, 15 человек на кафедре социальных наук) и 5 человек на отделение естественных наук. Стипендиантами сельскохозяйственного факультета являлись 13 человек, одна стипендия была повторно присуждена в области естественных наук. Кроме того, Фонд Рокфеллера финансировал исследовательские поездки семи врачей (двух в Северную Америку и пятерых в Европу). Болгарские стипендиаты также воспользовались средствами различных программ, с помощью которых Фонд финансировал Лигу Наций. Еще десять врачей участвовали в курсах по эпидемиологии

²⁸ Сельскар Гунн (1883-1944) – сторонник идей общественного здравоохранения, долгие годы был заместителем председателя Фонда Рокфеллер, активно был вовлечен в инновативную деятельность фонда, направленную на повышение медицинских услуг, образования и развитие сельских местностей, особенно в Китае.

²⁹ Клод Бертон Хатчисон (1885-1980) – ботаник, экономист в области сельского хозяйства, педагог. Был мэром города Беркли, Калифорния с 1955 по 1963 г. В начале XX в. уехал в Европу и в 30-е гг. он был директором Фонда экономики сельского хозяйства Джаннини.

и малярии, организованных Секцией гигиены Лиги наций при финансовой поддержке Фонда Рокфеллера. Из документов видно, что к 1934 г. Фонд Рокфеллера потратил 60 000 долларов (свыше 5 миллионов левов на то время) на поддержку 26 ученых из Болгарии. После 1934 г. два отделения фонда в Европе ограничили предоставление стипендий, а в 1939 г. Совет по образованию прекратил свою деятельность на континенте.

Программа работы Фонда Рокфеллера в Восточной Европе в 20-х гг. XX в. также включала финансирование прикладных исследований в области сельского хозяйства. В этой области интерес для фонда в Болгарии представляли Сельскохозяйственный факультет Софийского университета и Институт патологии растений, созданный профессором Димитром Атанасовым, выпускником агрономии в США. В 1925 г. Болгария была включена в трехлетнюю программу Фонда Рокфеллера по финансированию сельскохозяйственных институтов в Австрии, Венгрии и Польше. Правление фонда также удовлетворило просьбу руководства сельскохозяйственного факультета о выделении финансовых средств на строительство здания факультета (1926 г.). Строительство началось в 1927 г., а пять лет спустя здание Сельскохозяйственного факультета было достроено и торжественно открыто, а у его главного входа висел портрет Джона Рокфеллера-старшего.

Таким образом можно сделать вывод о серьезном вкладе Фонда Рокфеллера в модернизацию здравоохранения в Болгарии. При его финансовой поддержке были созданы такие важные научные и экспериментальные медицинские центры, как Институт общественного здравоохранения в Софии (ныне Национальный центр инфекционных и паразитарных болезней) и Противомалерийная экспериментальная станция в г. Петриче.

Фонд Рокфеллера и болгарский город Петрич. Прямая связь между Фондом Рокфеллера и болгарским городом Петрич установилась в конце Первой мировой войны. Петрич был оккупирован и вместе с представителями Антанты приехали врачи, один из которых был доктор Ральф Колинз, который обнаружил крупнейшую проблему малярии в районе города. Проводя аналогию с современностью и пандемией КОВИДа, захлестнувшей мир, можно отметить, что сто лет назад малярия представляла собой серьезную опасность для Петрича и Болгарии. В то время малярия поражала значительную часть населения Петричского района, от нее погибали свыше 4000 человек только в этой части Болгарии. В течение двух десятилетий фонду удалось справиться с этой проблемой за счет средств, выделенные им на противомалерийную станцию. Фонд Рокфеллера выделил Болгарии почти 300 000 долларов, направил 30 врачей на специализацию в США и провел масштабную кампанию по искоренению малярии.

Первой важной задачей стало осушение болот как источник малярии. Город Петрич в плане географии и морфологии предрасположен к развитию подземных вод, которые создают условия для развития болот. Почти все поля вокруг Петрича представляли собой болота, являющиеся источником комаров, разносящих малярию. Так что первым делом нужно было осушить эти болота и за девять лет задача была решена. Неслучайно благодарные жители Петрича и окрестностей дали имя Рокфеллера одной из центральных улиц, а также

и городской больнице.³⁰ Другая улица города названа в честь Постоянного представителя Фонда Рокфеллера на Балканах доктора Ральфа Коллинза, который инициировал строительство противомаларийной опытной станции в г. Петрич.³¹

Панамериканское санитарное бюро

Важным региональным агентством здравоохранения было **Панамериканское санитарное бюро**, созданное как международное бюро в Северной и Южной Америке в 1902 г., переименованное в начале 20-х гг. XX в. в Панамериканскую санитарную организацию и вновь переименованное в Панамериканскую организацию здравоохранения в конце 50-х гг. Первоначально оно было прикреплено к Главному хирургическому управлению США, имело небольшой бюджет, и его членство первоначально ограничивалось несколькими странами Латинской Америки. Оно дополняло работу более могущественного Фонда Рокфеллера, но развило некоторые собственные инициативы, например, по борьбе с бубонной чумой и оспой.

Эпидемическая комиссия и создание Организации здравоохранения Лиги наций

После того, как Ян Смэтс³² включил здоровье в устав Лиги Наций, большинство дипломатов и специалистов в области общественного здравоохранения, участвующие в создании новой организации, предполагали, что Office International d'Hygiène Publique будет переведена в Лигу Наций в кратчайшие сроки. Этому элегантному решению не суждено было сбыться – французы стремились не потерять контроль над организацией, а американцы, которые предпочли в нее не входить после проигрыша Вильсона на выборах, тоже отказались от этого решения. Таким образом, Временный комитет Лиги Наций по здравоохранению, который был создан в 1921 г. для подготовки трансфера ОИНР, стал ядром Временного комитета по здравоохранению, который заседал до июня 1924 г., а затем Постоянного комитета по здравоохранению, который заседал до 1939 г. Попытки объединить или дифференцировать двух организации достигли апогея на Международной санитарной конференции 1926 г., где ОИНР сохранила официальный контроль над многими из своих традиционных обязан-

³⁰ *Kak Rokfeler stigma do Petrich?*, 2020; После периода социализма в начале 90-х гг. XX в. название улицы было восстановлено, а после построения больницы она также была названа в честь Рокфеллера.

³¹ *Kak Rokfeler stigma do Petrich?*, 2020.

³² Ян Смэтс (1870-1950) – южноафриканский государственный и военный деятель, премьерминистр Южно-Африканского Союза с 3 сентября 1919 по 30 июня 1924 и с 5 сентября 1939 по 4 июня 1948 г. Фельдмаршал (24 мая 1941 г.). Одним из крупнейших его достижений стало создание Лиги Наций, точная разработка и утверждение устава которой возлагались на Смэтса. Позднее он призвал к формированию новой международной организации – Организации Объединённых Наций. Смэтс написал преамбулу к Уставу Организации Объединённых Наций и был единственным, кто подписал уставы и Лиги Наций, и ООН.

ностей, но делегировала фактическое управление сбора эпидемической информации в большей части мира Организации здравоохранения Лиги Наций.

Сложные отношения по поводу здравоохранения проявились еще на конференции, организованной Лигой Наций в апреле 1920 г., в которой приняли участие Франция, Великобритания, Италия, Канада, Япония, Польша, Соединенные Штаты, а также и представители ОИНР и Лига национальных ассоциаций Красного Креста (LRCS), рекомендовала создать временную Эпидемическую комиссию, задачей которой было помочь организовать работу в пострадавших от инфекционных болезней после Первой мировой войны странах, и в первую очередь в Польше. Присутствие представителей ОИНР на лондонской конференции было вполне ожидаемым, но участие LRCS вероятно нуждается в некотором объяснении. LRCS была новым игроком в области международного общественного здравоохранения. В значительной степени это была американское предложение, которое стремилось переключить внимание Международного комитета Красного Креста, базирующегося в Женеве с 1863 г., с оказания только помощи военно-медицинским службам в военное время на предоставление медицинской помощи в мирное время. Американцы пытались организовать новые гуманитарные организации для борьбы с эпидемическими заболеваниями, нищетой и другими причинами ухудшения здоровья.³³ При личной поддержке американского президента Томаса Вудроу Вильсона LRCS была приглашена для участия в серии конференций в 1919 и 1920 гг., в том числе на конференции по планированию Эпидемической комиссии. Действительно, поощрение „должным образом уполномоченных добровольных национальных ассоциаций Красного Креста” играть центральную роль в международных усилиях в области здравоохранения было записано в Уставе Лиги Наций в статье 25.³⁴ Авторитет LRCS несколько пострадал из-за дипломатической поддержки со стороны правительства США, а также из-за несбывшегося ожидания, что она сможет финансировать Эпидемическую комиссию без чрезмерного выделения ресурсов вовлеченных стран.³⁵ Руководителем Эпидемической комиссии стал Людвик Райхман,³⁶ талантливый и космополитичный польский медик и руководитель Польского государственного института гигиены с момента его создания в 1918 г.³⁷ К началу 1921 г. он руководил работой Эпидемической комиссии, расположенной в Варшаве. Комиссия оказала помощь существующим национальным организациям здравоохранения, предоставив лекарства, вакцины, больничное оборудование, мыло, продукты питания и одежду, а также установила санитарно-дезинфицирующие станции на дорогах вблизи соответствующих границ.

³³ Hutchinson, 1996: 279-345.

³⁴ Walters, 1952: 60.

³⁵ Towers, 1995: 53.

³⁶ Людвик Витольд Райхман (1881-1965) – талантливый польский медик и бактериолог. Работал с лауреатом Нобелевской премии Ильей Мечниковым в институте Пастера в Париже. Был назначен руководителем Польского государственного института гигиены с момента его создания в 1918 г. В январе 1920 г. он сопровождал премьер-министра Польши на первую официальную сессию Лиги Наций. Занимал должность медицинского директора временной секции, а затем отдела здравоохранения в созданной в рамках Лиги наций Организации здравоохранения. Райхман является одним из главных действующих лиц пре созданием UNICEF и был его первым председателем с 1946 по 1950 г.

³⁷ Balińska, 1998.

Руководя работой на местах, Райхман настаивал на том, чтобы участвующие правительства платили свою справедливую долю и не позволяли чрезвычайной щедрости LRCS и других агентств. Он добивался, чтобы правительства признали, что международная медицинская помощь является именно их законной и первостепенной обязанностью, а не неправительственных благотворительных учреждений. В августе 1921 г. Райхман был назначен медицинским директором временной секции здравоохранения Лиги Наций.

Райхман принял участие в сложных переговорах, которые велись в течение нескольких лет, в попытке создать единое международное агентство здравоохранения путем включения ОИНР под эгидой Лиги Наций или, в качестве альтернативы, путем интеграции Эпидемической комиссии Лиги Наций в ОИНР. Однако политические события затрудняли создание единого международного агентства. Становление Японии и США в качестве крупных держав дало отражение в международной работе в области общественного здравоохранения, создавая новую или улучшенную санитарную мощь центров за пределами Европы.³⁸ Лига Наций боролась с политикой Великобритании сохранять старый баланс сил между Германией и Францией и опытами Франции ограничивать Германию, часто мешающая делегатам из этих стран сотрудничать в области здравоохранения.

Как известно, в 20-е гг. США отказались вступить в Лигу Наций, несмотря на то, что президент Томас Вудроу Вильсон активно участвовал в ее первоначальном замысле. Реакция Конгресса была демонстрацией широко распространенного беспокойства политиков США по поводу того, что международные организации и соглашения могут преобладать над американскими законами и суверенитетом. Побочным продуктом американского изоляционизма стало усиление сопротивления некоторых членов ОИНР, особенно французов, слиянию с Комиссией Лиги Наций. Французы испытывали „родительские чувства” в отношении ОИНР и не хотели уступать британцам, которые решительно поддерживали Лигу Наций, и стремились получить признание в международном здравоохранении, предлагая новые виды деятельности Лиги. Со своей стороны, хотя Соединенные Штаты предпочли не становиться членом Лиги Наций, но многие ведущие американские медицинские эксперты, стали советниками или членами Комитета Лиги по здравоохранению в личном качестве. В 1924 г., после того как возможность слияния ОИНР и инициатив Лиги в области здравоохранения исчезла, Лига создала Постоянный комитет здравоохранения для продолжения и расширения работы своей Эпидемической комиссии. Это привело к созданию Организации здравоохранения Лиги Наций (LNHO). Несмотря на то, что между ОИНР и LNHO существовали связи, периодическое сотрудничество и некоторое дублирование персонала, руководители обоих агентств стремились сохранить свою независимость.³⁹ Для руководителей ОИНР международная работа в области здравоохранения в первую очередь заключалась в сборе, проверке и распространении эпидемиологической информации. Лидеры Организации здравоохранения Лиги Наций (ОЗЛН) раскритиковали отсутствие исполнительных функций в ОИНР и ясно дали понять, что ОЗЛН – это больше, чем санитарная сторожевая

³⁸ Marks, 2003: 1.

³⁹ Borowy, 2008: 31.

башня.⁴⁰ Еще одно различие между двумя организациями заключалось в том, что язык, используемый в сообщениях и публикациях ОИНР, был почти исключительно французским, тогда как Организация здравоохранения Лиги Наций была более диверсифицирована в плане своего персонала и использовала в своих публикациях как французский, так и английский языки. Институциональная культура двух организаций также существенно различалась. Например, из 66 офицеров и канцелярского персонала, имевших назначения в штаб-квартире ОЗЛН в Женеве в 1932 г., большинство были швейцарцами – 17, но было 8 британцев, 6 поляков, 1 американец и 1 китаец.⁴¹ Разница между двумя агентствами заключалась в том, что в центре внимания ОИНР было пересечение границ инфекционных заболеваний, тогда как деятельность Организации здравоохранения Лиги Наций вышла далеко за рамки этого и рассмотрело состояние здоровья внутри стран и между регионами. К середине 20-х гг. структура ОЗЛН включала Комитет по здравоохранению и Секцию здравоохранения, входившую в состав Секретариата Лиги Наций. Комитет по здравоохранению состоял из 16 высокопоставленных должностных лиц национальных служб общественного здравоохранения или медицинских экспертов, отобранных по их технической квалификации, а не в качестве представителей своих правительств (отсюда и возможность привлечения американских представителей). Намерение состояло в том, чтобы построить технический международный орган государственных служащих. Отдел здравоохранения был исполнительным органом ОЗЛН. К 1933 г. штат организации вырос до 18 технических офицеров. Непрофессиональный персонал насчитывал 35 человек, и около 100 экспертов в национальных управлениях здравоохранения и научно-исследовательских центрах активно сотрудничали с организацией.⁴² Благодаря широкому и гибкому уставу ОЗЛН взяла на себя множество изменяющихся задач и помогла определить значение международного здравоохранения.

Разносторонние аспекты деятельности ОЗЛН под руководством Людвика Райхмана

Людвик Райхман стал бесспорным лидером Организации здравоохранения Лиги Наций в качестве медицинского директора Отдела здравоохранения (в 1928 г. он был повторно назначен на эту должность сроком на семь лет).⁴³ Он продвигал социальные и медицинские реформы, несмотря на то, что ОЗЛН не ставила перед собой этих конкретных целей. Примерами широко-масштабной деятельности ОЗЛН были исследования и программы по улучшению питания, здоровья детей, санитарии в сельской местности и статистики естественного движения населения. Ряд заболеваний, не являющихся приоритетными для ОИНР, таких как малярия, туберкулез, сонная болезнь и рак, стали предметом внимания комиссий ОЗЛН, состоящих из международных экспертов. Комиссия по раку, созданная в 1923 г., Комиссия по малярии, созданная годом позже, стали

⁴⁰ Cuerto, Brown & Fee, 2019: 21.

⁴¹ Cuerto, Brown & Fee, 2019: 21.

⁴² Cuerto, Brown & Fee, 2019: 21.

⁴³ Brown & Fee, 2014.

одними из важнейших подразделений организации. Особенно деятельность Комиссии по малярии была неотложной. Если сегодня малярия воспринимается как тропическая болезнь, то после Первой мировой войны случаи малярии в Европе, включительно в Восточной Европе и в Болгарии, возросли из-за перемещения войск и населения из малярийных в немалярийные регионы и дезорганизации медицинских служб. Комиссия подвергла критике высокую стоимость и недостаточное производство хинина в мире, изучила взаимосвязь между плохим жильем и малярией и организовала международные курсы по малярии в Гамбурге, Лондоне, Париже и Риме.⁴⁴ Одной из целей Райхмана было создание в Женеве глобальной медицинской библиотеки для исследователей со всего мира. Исключительно важным было продвижение обменов между должностными лицами общественного здравоохранения из разных частей мира с целью создания глобальной сети здравоохранения.⁴⁵ Райхман надеялся укрепить „новый дух общего служения” в пользу людям, а не правительствам. Позже Райхман переключил свое внимание на международную лабораторную стандартизацию сывороток, серологических тестов и других биологических продуктов – область, в которой работал вместе с известным датским бактериологом Торвальдом Мэдсенем.⁴⁶ Проблема была неотложной, потому что после войны в разных лабораториях существовали разные измерения антитоксинов, сывороток, витаминов, гормонов и лекарств. В результате многие врачи путались при выписывании рецептов. К 1924 г. была создана Постоянная комиссия по биологической стандартизации под председательством Мэдсена, которая провела серию конференций по стандартизации сывороток, серологических тестов и лекарств.

Райхман также выдвинул план обмена и распространения эпидемиологической информации. ОЗЛН с самого начала начала составлять и публиковать еженедельные эпидемиологические отчеты и серию отчетов эпидемиологической информации. Но в служебной записке Драммонду от января 1922 г. Райхман сослался на „сравнительное исследование” информации, содержащейся в отдельных ежегодных отчетах о состоянии здоровья, публикуемых различными странами, и на „всестороннее исследование эпидемиологической ситуации в мире”⁴⁷. Это направление касалось напрямую деятельности ОНП и спровоцировало конфликт Райхмана с Джорджем Бьюкененом, представителя Великобритании в ОНП и в Комитете здравоохранения ОЗЛН. Фонд Рокфеллера поддержал и тесно сотрудничал с Райхманом, чтобы привлечь во второй половине 1922 г. Подходящей кандидатуры для руководства новой всеобъемлющей „международной службой эпидемиологической информации и статистики общественного здравоохранения”.⁴⁸ Выбор пал на Эдгара Сиденстрикера – американского эпидемиолога и пионера в разработке статистических методов для определения закономерностей заболеваемости в сообществах. После его прихода эпидемиологические публикации ОЗЛН стали более сложными, надежными и в визуально

⁴⁴ Heiser, 1926: 9.

⁴⁵ Heiser, 1926: 9.

⁴⁶ Торвальд Джон Мариус Мэдсен (1870-1957) – датский врач-бактериолог. Во время Первой мировой войны активно в гуманитарной работе для военнопленных. в период 1921-1937 оглавлал Комитет здравоохранения Лиги Наций.

⁴⁷ Howard-Jones, 1975.

⁴⁸ Borowy, 2010.

привлекательной форме.⁴⁹ Решающую помощь оказал Селскар Гунн из парижского отделения Фонда Рокфеллера и сам Фонд.⁵⁰ Фонд Рокфеллера продолжал оказывать поддержку почти до конца межвоенного периода и эта помощь имела решающее значение в период, когда Европа переживала тяжелый финансовый кризис и политические потрясения.

Ежегодный отчет Организации здравоохранения Лиги Наций за 1925 г. был разослан всем правительствам государств – член Лиги наций и управлениям здравоохранения по всему миру. Он содержал данные об эпидемиях, распространенности заболеваний, подлежащих регистрации, и некоторую статистику смертности из 29 европейских, 20 американских, 17 африканских и 16 азиатских стран, а также из Австралии.⁵¹ В первые месяцы 1926 г. были добавлены Албания, Чили, Китай, Коста-Рика, Люксембург, Перу, Англо-Египетский Судан и Трансиордания, так что теперь организация получала периодические отчеты о подлежащих регистрации болезнях от 116 национальных и колониальных административных учреждений, представляющими две трети населения мира.⁵²

К тому времени секция уже была усилена Дальневосточным бюро, открытого в британских владениях Сингапура. Решение о его создании было принято на конференции в феврале 1925 г., собравшей представителей практически со всех территорий, граничащих с Индийским океаном.⁵³ Оно рекомендовало органам здравоохранения стран, имеющих порты в Австралии и Азии, „телеграфировать в Бюро о первом появлении холеры, человеческой или крысиной чумы, оспы, желтой лихорадки или необычной распространенности или смертности от любого другого инфекционного заболевания”. Затем Бюро направляло резюме этих данных заинтересованным правительствам. Вскоре информационная деятельность превзошла все ожидания. Начиная с телеграфной рассылки информации о 35 портах в 12 странах, и ее диапазон быстро рос и к концу декабря 1925 г. эпидемиологические данные регулярно поступали и передавались из 76 портов 27 стран. Через год количество сотрудничающих портов увеличилось до 135, к 1927 г. их стало 140. Эта сеть станций приблизилась к полному охвату Индийского океана и за его пределами, протянувшись от Кейптауна через Мадагаскар, Аравийский полуостров (включая станцию в Джидде⁵⁴ которая отправляла важные данные о паломничествах), Индии, Китае, Корее, Японии и Голландской Ост-Индии в Австралию и Новую Зеландию. Хотя в Китае были некоторые пробелы, географическое расширение было действительно впечатляющим, а сервис был удивительно всеобъемлющим.⁵⁵ Соответственно, мандат Бюро был расширен, и ему было поручено действовать как центр координации

⁴⁹ Boudreau, 1935.

⁵⁰ Litsios, 2005.

⁵¹ Litsios, 2005.

⁵² Borowy, 2010: 14, note 10.

⁵³ Британская Индия, Британское Северное Борнео, Цейлон, Китай, Голландская Индия, Федеративные Малайские Штаты, Французский Индокитай, Гонконг, Япония, Филиппины, Сиам и поселения в проливах.

⁵⁴ Джидда или Дедда является городом в западной части Саудовской Аравии, важным экономическим и торговым центром, крупнейшим портом на Красном море, а также основным отправным пунктом для посещения Мекки и Медины.

⁵⁵ Borowy, 2010.

научных исследований и обучения медицинской статистике, а также распространять информацию о международной работе в области здравоохранения.⁵⁶ Закономерно Дальневосточное бюро превратилось из ретрансляционной станции эпидемиологической информации в региональный отдел здравоохранения, собирающий разнообразные данные, формирующий специальные комиссии, координирующий кампании по вакцинации и межлабораторное сотрудничество. При этом оно служило ориентиром для примерно 50 стран, охватывающих огромную территорию между Кейптауном и Владивостоком. Помимо портов, эпидемиологическая информация была получена из внутренних районов 35 стран, в результате чего были получены материалы, представляющие общий интерес для общественного здравоохранения, и оно координировало научные исследования между учреждениями в этих странах, а также и крупномасштабные исследования.⁵⁷ В той части мира, откуда раньше было трудно получить эпидемиологические данные, Дальневосточное бюро стало надежным информационным центром информации о вспышках болезней и единственной утвердившейся структурой Организации здравоохранения Лиги наций за пределами Европы.

К сожалению, попытки Лиги наций на сбор и распространение эпидемиологической информации на Южную Америку и Африку оказались менее успешными. В мае 1922 г. Комитет по здравоохранению назначил подкомитет экспертов из Бельгии, Франции и Великобритании (все они обладали контролем над бывшими немецкими африканскими колониями) для изучения сонной болезни и туберкулеза в Центральной Африке. К середине 1923 г. подкомитет изготовил доклад, в котором подтверждалось, что обе болезни явно на подъеме. Потребовалось девять лет, прежде чем Л. Райхман смог продолжить работу, работая с правительством Южно-Африканского Союза над организацией конференции делегатов по вопросам общественного здравоохранения из соседних стран. Встреча состоялась в ноябре 1932 г. в Кейптауне и обсуждала желтую лихорадку, чуму и оспу. В 1935 г. в Южной Африке состоялась вторая конференция, на этот раз в Йоханнесбурге, но усилия Организации здравоохранения Лиги наций по установлению прочного присутствия в Африке оставались довольно ограниченными.

Позиции Райхмана были ослаблены с приходом Джозефа Авенола,⁵⁸ преемником Драммонда на посту Генерального секретаря Лиги наций. Но было также верно и то, что старые враги Райхмана из Комитета по здравоохранению, такие как Джордж Бьюкенен, никогда не ослабляли своих нападков и атаковали его мощнее после того, как он переключился на социальную медицину. У Райхмана не оставалось другого выбора, кроме как уйти, и он решил уйти с изяществом.

История Организации здравоохранения Лиги Наций подтверждает роль личности в истории, включительно и в международных организациях на глобальном уровне.

⁵⁶ Borowy, 2010.

⁵⁷ Borowy, 2010.

⁵⁸ Джозеф Авенол (1879-1952) – французский дипломат, был избран вторым секретарем Лиги Наций. Позже во время Второй мировой войны засвидетельствовал свою лояльность правительству Виши.

Годы заката Организации здравоохранения Лиги Наций

Начало Второй мировой войны фактически положило конец деятельности Организации здравоохранения Лиги наций и только в конце 1941 г. удалось опубликовать годовой эпидемиологический отчет за 1938 г. Райхман провел большую часть Второй мировой войны в Вашингтоне, округ Колумбия, Нью-Йорке и Лондоне, сначала в качестве представителя польского правительства в изгнании, а затем работая над организацией служб здравоохранения в районах Европы, освобожденных союзниками. Многие из его соратников побывали в тюрьмах и концлагерях. Начало Второй мировой войны также внесло изменения в ОИНР, которая приняла неоднозначное решение работать под надзором нацистов и переехала из Парижа в Виши.⁵⁹ В годы войны представители Организация здравоохранения Лиги наций рассматривали ОИНР как „агентство, контролируемое Германией, расположенное на оккупированной врагом территории”.⁶⁰ Небольшой контингент ОЗЛН остался в Женеве и продолжал деятельность – француз Ив Биро и швейцарец Раймон Готье, который в 1939 г. официально сменил Райхмана на посту медицинского директора и сохранял эту должность до конца войны. Эта небольшая женевская группа успевала поддерживать нерегулярную публикацию Еженедельного эпидемиологического отчета и даже успела опубликовать несколько номеров Бюллетеня. ОЗЛН была официально „нейтральной” в силу того, что находилась в международной нейтральной Швейцарии, но на самом деле установила тесные связи с союзниками. Готье переехал в Лондон, чтобы работать над послевоенным планированием и в марте 1943 г. написал 11-страничный конфиденциальный отчет под названием „Международное здравоохранение в будущем.”⁶¹ В этом отчете содержался план будущего „наднационального” агентства здравоохранения, а это означало, что предполагаемое агентство возьмет на себя инициативу вмешательства в чрезвычайных ситуациях, „не дожидаясь запроса правительств”. Готье считал ОИНР недостойной и контролируемой Германией организацией, которую не следует возрождать после войны. Он также признал, что ОЗЛН не выживет в ее нынешнем виде, но сможет стать основой для нового агентства, независимого от „вмешательства” дипломатов. В документе Готье содержалась фраза, которая позже в более уточненной форме будет включена в преамбулу Конституции Всемирной организации здравоохранения: „Ибо здоровье – это больше, чем отсутствие болезни; слово здоровье подразумевает нечто другое, позитивное, а именно физическую, умственную и моральную пригодность. Это цель, которую нужно достичь”.⁶² Это было четкое изложение социально-медицинской точки зрения, которая впоследствии вдохновила и определила важнейших параметров деятельности будущей Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и легла в основе ее конституции, которую определяют как Magna Charta в области здравоохранения.⁶³ Как положительное достижение при создании ВОЗ можно оценивать то, что дли-

⁵⁹ Cuerto, Brown &, Fee, 2019: 32.

⁶⁰ Gautier, R. (1943b). Документ цитирован по: Cuerto, Brown &, Fee, 2019: 32.

⁶¹ Gautier, R. (1943a).

⁶² Gautier, R. (1943a). Документ цитирован по: Cuerto, Brown &, Fee, 2019: 33.

⁶³ Belova & Pavlov, 2020: 136.

тельному соперничеству между ОИНР и Организации здравоохранения Лиги Наций пришел конец и обе структуры были поглощены новой организацией.

После Второй мировой войны из-за формирования двуполусной системы и политики холодной войны, Райхман был исключен из планирования новой Всемирной организации здравоохранения, но он сыграл центральную роль в создании и руководстве ЮНИСЕФ – фонда, который в некотором роде стал своеобразным соперником ВОЗ.

В заключении, возвращаясь к вызову современности COVID-19, нельзя не подчеркнуть, сто лет назад создание Организации здравоохранения Лиги наций являлось важнейшим шагом и основой для будущей ВОЗ. Последующий период характеризовался бурным развитием медицины и эпидемиологии. Но успехи и достижения науки не всегда достаточны без личностей как Райхман – преданных идее международного сотрудничества в области здравоохранения и бескорыстному служению на благо здоровья людей.

Bibliography

Sources

- Boudreau, F.G. (1935) 'Health Work of the League of Nations', *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 13.1: 3-7. <https://doi.org/10.2307/3347906>
- Gautier, R. (1943a) 'International Health of the Future', unpublished document dated March 15 1943, accessible at United Nations Archives, Geneva; Cited from Cuerto, Brown &, Fee, 2019.
- Gautier, R. (1943b) 'The Future Health Organization', unpublished document dated May 31 1943, accessible at United Nations Archives, Geneva; Cited from Cuerto, Brown &, Fee, 2019.
- Heiser, V.G. (1926) 'The Health Work of the League of Nations', *Proceedings of the American Philosophical Society* (Supplement II) 65.5: 1-9.

Literature

- Balińska, M.A. (1998) *For the Good of Humanity: Ludwik Rajchman Medical Statesman*. Budapest: Central European University Press.
- Belova, G., Pavlov, S. (2020) 'Some Comments on the Highest Attainable Standard of Health', *KBO International conference Proceedings* 26.2: 109-113. <https://doi.org/10.2478/kbo-2020-0065>.
- Borowy, I. (2008) 'Crisis as opportunity: International health work during the economic depression', *Dynamis* 28: 29-51.
- Borowy, I. (2010) 'The League of Nations Health Organisation: from European to Global Health Concerns?', in *International and Local Approaches to Health and Health Care*, eds. A. Andresen, W. Hubbard, T. Ryymin, Bergen: University of Bergen, 11-30.
- Brown, T.M., Fee, E. (2014) 'Ludwik Rajchman (1881-1965): World Leader in Social Medicine and Director of the League of Nations Health Organization, Voices From the Past', *American Journal of Public Health* 104.9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301988>.
- Bynum, W.F. (1993) 'Policing Hearts of Darkness: Aspects of the International Sanitary Conferences', *History and Philosophy of the Life Sciences* 15: 421-434.
- Clavin, P., Wessels, J.W. (2005) 'Transnationalism and the League of Nations: Understanding the Work of its Economic and Financial Organisation', *Contemporary European History* 14.4: 465-492.
- Cuerto, M., Brown, T., Fee, E. (2019) *The World Health Organization: A History*. Cambridge: Cambridge University press. <https://doi.org/10.1017/9781108692878>

- Duffy, J. (1998) *The Sanitarians: A History of American Public Health*. Urbana: University of Illinois Press.
- Espinosa, M. (2009) *Epidemic Invasions: Yellow Fever and the Limits of Cuban Independence, 1878-1930*. Chicago: University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226218137.001.0001>
- Evans, R.J. (1988) 'Epidemics and Revolutions: Cholera in Nineteenth Century Europe', *Past and Present* 120.1: 123-146. <https://doi.org/10.1093/past/120.1.123>
- Farley, J. (2004) *To Cast Out Disease: A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation, 1913-1951*. New York: Oxford University Press.
- Fee, E., Porter, D. (1991) 'Public Health, Preventive Medicine, and Professionalization: Britain and the United States in the Nineteenth Century', in *The History of Education in Public Health. Health that Mocks the Doctors' Rules*, eds. E. Fee, R. Acheson, Oxford: Oxford Medical Publications, 15-43.
- Goodman, N.M. (1952) *International Health Organizations and their work*. Philadelphia: The Blakiston Company. <https://doi.org/10.1002/jps.3030420122>
- Howard-Jones, N. (1975) *The Scientific Background of the International Sanitary Conferences 1851-1938*. Geneva: WHO.
- Hutchinson, J.F. (1996) *Champions of Charity: War and the Rise of the Red Cross*. Boulder: Westview.
- Kak Rokfeler stigna do Petrich? [How did Rockefeller get to Petrich?] Predavane: Bŭlgariya v 60 minuti, 18.12.2020, [<https://bnt.bg/news/kak-rokfeler-stigna-do-petrich-v283834-288836news.html>]; (accessed on 12 May 2022) [In Bulgarian]
- La Berge, A. (1992) *Mission and Method. The Early Nineteenth Century French Public Health Movement*. Cambridge & New York: Cambridge University Press.
- Litsios, S. (2005) 'Selskar Gunn and China: The Rockefeller Foundation's 'Other' Approach to Public Health', *Bulletin for the History of Medicine* 79.2: 295-318.
- Marks, S. (2003) *The Illusion of Peace: International Relations in Europe, 1918-1933*. New York: Palgrave MacMillan.
- Pavlov, S. (2019) 'Istoricheskoto razvitiye na mezhdunarodnoto sŭtrudnichestvo v oblastta na zdraveopazvaneto [Historical development of international cooperation in the field of health care]', *Mezhdunarodna politika* 2: 64-76. [In Bulgarian]
- Popov, N. (2009) *Globalizatsiya i regionalizatsiya [Globalization and regionalization]*. Blagoevgrad: UI „Neofit Rilski”. [In Bulgarian]
- Porter, D. (1998) *Health, Civilization, and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. London: Routledge.
- Towers, B. (1995) 'Red Cross organisational politics, 1918-1922: relations of dominance and the influence of the United States', in *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, ed. P. Weindling, Cambridge: Cambridge University Press, 36-55. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511599606.005>
- Walters, F.P. (1952) *A History of the League of Nations*. New York: Oxford University Press.
- Zylberman, P. (2006) 'Civilizing the State: Borders, Weak States and International Health in Modern Europe', in *Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, ed. A. Bashford, New York: Palgrave Macmillan, 21-40. https://doi.org/10.1057/9780230288904_2

To cite this article: Belova, G., Georgieva, G., Leończyk, S. (2022). Международное сотрудничество в области здравоохранения между Первой и Второй мировыми войнами – уроки истории в борьбе с эпидемиями. *Historia i Świat* 11, 251-272, DOI: 10.34739/his.2022.11.15



© 2022 The Author(s). This open access article is distributed under a Creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license.