

Чума подкралась незаметно...

Пока власти и контролирующие органы думают, какую информацию можно дозированно вывалить на головы недоумевающих иркутян, мы вспомним всё, что касается чумы – опаснейшей средневековой болезни, которую, казалось бы, уже победили в XXI веке.

Чума прочно записана в школьный раздел о средневековье, рядом с инквизицией и крестовыми походами. Это распространённое заблуждение. Возбудитель никуда не делся, природные очаги живы на четырёх континентах, а Всемирная организация здравоохранения ежегодно получает отчёты о новых заболевших и умерших.

Разница со средневековьем не в бактерии, а в наличии антибиотиков и в скорости, с которой человек попадает к врачу. И в его последующих шансах на выживание.

Три пандемии и пять тысяч лет истории

Палеогенетика отодвинула знакомство человечества с бактерией «*Yersinia pestis*» далеко за пределы письменной истории: ДНК бактерии извлекали из останков возрастом около пяти тысяч лет. Ранние линии возбудителя, судя по генетическим данным, не умели эффективно распространяться через блох, и масштабных эпидемий, вероятно, не вызывали.

Первой достоверно описанной катастрофой стала «Юстинианова чума», вспыхнувшая в 541 году и терзавшая Средиземноморье волнами почти два столетия. Оценки числа жертв расходятся на порядок: от нескольких миллионов до нескольких десятков миллионов. Современная историография склоняется к осторожным цифрам, поскольку демографическая статистика VI века существует лишь в виде реконструкций.



Вторая пандемия известна как «Чёрная смерть», и именно она вошла во все учебники истории. С 1346 по 1353 год она прошла по Европе, Ближнему Востоку и Северной Африке, и, по оценке ВОЗ, унесла в Европе около 50 миллионов жизней. В отдельных регионах погибла треть населения, местами больше половины. Вспышки продолжались ещё четыре столетия: лондонская эпидемия 1665 года и марсельская 1720 года были поздними отголосками той же волны.

Третья пандемия началась в китайской провинции Юньнань и в 1894 году добралась до Гонконга, откуда

пароходами разошлась по портам Азии, Европы, Африки и обеих Америк. Её называли портовой чумой. За период с 1894 по 1930 год зарегистрировали около 6,3 миллиона заболеваний и примерно 5,5 миллиона смертей, причём основная их часть пришлась на Индию. По другим оценкам, общее число погибших за всю третью пандемию достигает 14 миллионов.

Именно эта пандемия дала науке возбудителя. В 1894 году в Гонконге микроб выделили почти одновременно француз Александр Йерсен и японец Сибасабуро Китасато. Бактерия в итоге получила имя Йерсена. Вскоре Йерсен вместе с Эмилем Ру сформулировал догадку о роли крыс, а японский исследователь Масанори Огата предположил, что переносчиками служат блохи.

Российская глава: Ветлянка, Маньчжурия и противочумная система

В Российской империи чума считалась болезнью отсталого Востока ровно до осени 1878 года. 28 сентября в станции Ветлянской Астраханской губернии слёг 65-летний казак Агап Хритонов, умерший через четыре дня. В ноябре болезнь в семье зажиточного казака Белова перешла в лёгочную форму и покатила по станице. Пик пришёлся на 14 декабря, когда за сутки умерли 36 человек.

Итог оказался тяжёлым: в самой Ветлянке заболели 446 человек, умерли 364, среди них священник, шестеро фельдшеров и трое приезжих врачей. С учётом соседних сёл сводки по очагу дают 529 заболевших и 436 умерших. Для станицы в 1700 жителей это означало гибель каждого пятого.

Реакция Европы была показательной. Германия, Австро-Венгрия, Румыния и Турция вместо помощи ввели эмбарго на ряд российских товаров и 20-дневный карантин для въезжающих из России. В Ветлянку из Санкт-Петербурга отправили правительственную делегацию во главе с Михаилом Лорис-Меликовым и международную комиссию врачей. Эпидемию удалось запереть в пределах нескольких сёл, но репутационный ущерб империя получила полновесный.

Следующий удар пришёл с востока. Маньчжурская эпидемия 1910–1911 годов стала последней крупной вспышкой чумы на планете. Лёгочная форма шла вдоль Китайско-Восточной железной дороги, выкашивая артели сезонных рабочих. По оценке Даниила Заболотного, погибли более 60 тысяч человек, по подсчётам китайского врача У Ляньдэ, около 100 тысяч.

Маньчжурия же дала и научный результат. У Ляньдэ ввёл в практику марлевую маску для медиков и настоял на кремации трупов, чем переломил ход эпидемии. Заболотный по итогам экспедиций сформулировал идею природной очаговости: бактерия постоянно живёт среди диких грызунов, а вспышки у людей вторичны по отношению к эпизоотиям у животных.

Из этой концепции выросла эффективная советская противочумная служба с институтами и станциями, которая к середине XX века подавила активность очагов на территории страны.

Чума у стен Кремля

Декабрь 1939 года показал, что лаборатория способна стать источником опасности не хуже природного очага. Заместитель директора саратовского института «Микроб» Абрам Берлин работал над противочумной вакциной и испытывал её на себе. После очередного эксперимента он выехал в Москву с докладом на коллегии Наркомздрава, остановился в гостинице и выступил перед наркомом и аппаратом ведомства.

Через сутки Берлин слёг. Первый диагноз был поставлен как крупозная пневмония, и лишь дежурный врач Симон Горелик распознал лёгочную чуму. Карантин накрыл больницу, гостиницу, бригаду поезда и участников коллегии. Поскольку слово «чума» засекретили, ночные вывозы людей в изолятор москвичи приняли за очередную волну арестов. Погибли сам Берлин, поставивший диагноз Горелик и парикмахер, бривший учёного в Москве. Точное число погибших неизвестно, так как дело было чрезвычайно секретным.

Эта история содержит два вывода, не потерявших своего значения по сей день. Первый: лёгочная чума на ранней стадии неотличима от тяжёлой пневмонии, и диагноз ставит тот, кто вовремя задал правильный вопрос о командировках и контактах пациента. Второй: цепочка контактов одного заболевшего в современном городе измеряется сотнями человек.

Одна бактерия, три клинические формы

Выражение «виды чумы» обычно вводит всех в заблуждение. Возбудитель человеческой чумы один, «*Yersinia pestis*». Бубонная, лёгочная и септическая чума представляют собой разные клинические формы одной инфекции, различающиеся путём проникновения бактерии и органом-мишенью. У возбудителя существует

множество генетических линий, подвидов и биоваров, но это варианты одного микроба, а не самостоятельные болезни.

Инкубационный период чумы обычно составляет от одного до семи дней. Начало у всех форм схожее и неспецифическое: резкий подъём температуры, озноб, головная боль, ломота в теле, слабость, тошнота и рвота. Именно эта неспецифичность объясняет, почему первые случаи вспышек регулярно принимают за грипп, пневмонию или пищевое отравление.

Бубонная форма возникает при укусе заражённой блохи. Бактерия движется по лимфатической системе до ближайшего узла, где начинает размножаться. Узел воспаляется, резко увеличивается и становится крайне болезненным, образуя бубон. На поздних стадиях бубон способен вскрываться гнойной раной. От человека к человеку эта форма практически не передаётся. По данным ВОЗ, бубонная чума остаётся самой распространённой в мире, а в США на неё приходится более 80% случаев.

Лёгочная форма наиболее опасна. Она развивается либо первично, после вдыхания возбудителя, либо вторично, когда бактерия из бубона попадает с кровью в лёгкие. Инкубационный период способен сократиться до суток. К общим симптомам добавляются кашель, одышка, боль в груди, мокрота с кровью, затем помутнение сознания: больной бредит, суетится, беспорядочно двигается, и возбуждение сменяется апатией. Это единственная форма, передающаяся напрямую от человека к человеку воздушно-капельным путём.

Септическая форма развивается при массивном размножении бактерии в крови. Возникают нарушения свёртывания, полиорганная недостаточность, некроз тканей на пальцах и носу. Воздушного распространения при ней нет, но счёт времени идёт на часы. Встречаются также редкие варианты, кожный и фарингеальный, но клинически значимы именно три основные формы.

Цена промедления в цифрах летальности

Разброс летальности при чуме огромен, и зависит он почти целиком от того, когда начато лечение. ВОЗ даёт общий диапазон 30–100% для нелеченых случаев.

Бубонная форма без антибиотиков убивает 30–60% заболевших. При своевременном лечении картина становится противоположной: выздоравливают около 95% пациентов. По оценке, которой пользуются службы реагирования на эпидемии, при вовремя поставленном диагнозе общая летальность падает ниже 2%.

Септическая форма без лечения даёт летальность порядка 80–90%, а по ряду оценок приближается к 100%. Лёгочная чума без ранней терапии смертельна практически всегда: смерть наступает через 18–24 часа после появления симптомов. При этом если лечение начато в первые сутки от появления симптомов, значительная часть больных выздоравливает. Разница между приговором и излечимой инфекцией здесь измеряется буквально часами.

Диагноз чумы подтверждают только лабораторно. Эталонным методом остаётся выделение возбудителя из содержимого бубона, крови или мокроты, а для быстрого результата применяют тесты на специфический антиген, в том числе валидированные экспресс-полоски, которые при поддержке ВОЗ широко разошлись по Африке и Южной Америке, однако совершенно неизвестны в России.

Клиническая картина сама по себе диагнозом не является: в начале болезни она слишком похожа на десяток других состояний, в том числе на коронавирус. Отсюда и практика противоэпидемических служб начинать действовать по подозрению, не дожидаясь окончательного результата.

Лечат чуму обычными антибиотиками, эффективными против грамотрицательных палочек: аминогликозидами, тетрациклинами и фторхинолонами. Устойчивых к терапии штаммов чумы в заметном количестве не описано. Контактным лицам назначают химиопрофилактику на семь дней, а больных лёгочной формой изолируют с защитой органов дыхания у персонала.

Вакцина от чумы существует, но ВОЗ не рекомендует прививать население поголовно. Иммунизацию проводят группам повышенного риска: сотрудникам лабораторий, медикам, охотникам, животноводам, жителям активных очагов. Защита от лёгочной формы при этом считается менее надёжной, чем от бубонной.

География: где чума живёт сегодня

Как болезнь животных чума встречается повсеместно, кроме Австралии с Океанией и Антарктиды. Риск для человека возникает там, где люди живут или работают внутри природного очага, то есть там, где

одновременно присутствуют бактерия, животные-резервуары и блохи-переносчики.

С 1990-х годов большая часть человеческих заболеваний приходится на Африку. Тремя наиболее эндемичными странами ВОЗ называет Мадагаскар, Демократическую Республику Конго и Перу. Перу удерживает позицию единственной постоянно эндемичной страны Южной Америки, а в Конго очаги тянутся по восточным провинциям, где учёт заболеваний затруднён состоянием здравоохранения. На Мадагаскаре случаи регистрируются почти каждый год в сезон с сентября по апрель, а осенью 2017 года страна пережила необычно крупную эпидемию, затронувшую города: с августа по ноябрь там насчитали 2417 подтверждённых, вероятных и подозрительных случаев и 209 смертей, причём преобладала лёгочная форма.

США при всём своём уровне развития остаются чумной страной, хотя об этом редко вспоминают. Инфекция попала туда в 1900 году на судах с заражёнными крысами, последняя городская эпидемия случилась в Лос-Анджелесе в 1924–1925 годах, после чего возбудитель перешёл к диким грызунам запада страны. Сейчас фиксируется в среднем 7 случаев в год при разбросе от нуля до 17, преимущественно в сельских районах Нью-Мексико, Аризоны, Колорадо, Калифорнии, Орегона и Невады. В июле 2025 года житель округа Коконино в Аризоне умер от лёгочной чумы, и это была первая смерть от неё в округе с 2007 года.

Монголия даёт стабильный поток случаев, связанных с сурками-тарбаганами. Охота на них запрещена, но мясо считается деликатесом, и запрет регулярно нарушают. В 2020 году там умерли подросток в Говь-Алтае и 42-летний мужчина в Ховде, купивший две тушки сурков. В июле 2026 года Национальный центр зоонозных заболеваний подтвердил очередной случай бубонной чумы в Ховдском аймаке у человека, съевшего мясо сурка. Регулярно сообщает о случаях и Китай, прежде всего автономный район Внутренняя Монголия, где летом 2020 года из-за заражения скотовода объявляли повышенный уровень эпидемиологической опасности.

Механизм во всех этих эпизодах один и тот же: человек сам отправляется в очаг за добычей, которую брать запрещено, и получает инфекцию при разделке туши или через блох, покидающих остывающее животное.

Сколько людей болеет и умирает от чумы в XXI веке

В сентябре 2026 года ВОЗ опубликовала сводку по человеческой чуме за 2019–2025 годы. За этот период о подозрительных случаях сообщили десять стран, а подтверждённые случаи зарегистрировали шесть: Демократическая Республика Конго, Мадагаскар, Китай, Монголия, Кения и Уганда. Основная масса заболеваний пришлась на первые две.

В странах с подтверждёнными случаями ВОЗ насчитала 3847 подозрительных заболеваний и 423 смерти, что даёт среднюю зарегистрированную летальность 11%. По годам картина неровная: 2019 год дал 327 случаев и 65 смертей, 2020 год – 649 и 66, 2021 год – 439 и 60, 2022 год – 968 и 76, 2023 год – 548 и 79, 2024 год – 733 и 46, 2025 год – 183 и 31.

Эти цифры нельзя принимать за точную оценку мировой заболеваемости. Системы учёта и критерии подтверждения диагноза в разных странах различаются, часть случаев в труднодоступных районах не попадает в статистику вовсе, а категория «подозрительные случаи» заведомо шире числа лабораторно подтверждённых. ВОЗ об этом ограничении предупреждает сама.

Общий вывод из статистики неоднозначный. По масштабу современная чума несопоставима со средневековыми пандемиями: речь идёт о сотнях случаев в год против десятков миллионов смертей за одну волну. Но несколько десятков человек ежегодно всё-таки умирают, и почти всегда причиной служит поздняя диагностика, отсутствие доступа к антибиотикам или молниеносное течение лёгочной и септической форм.

Россия: 11 очагов и три случая за 35 лет

Возбудитель чумы на территории России присутствует. Роспотребнадзор выделяет 11 природных очагов, расположенных от Северного Кавказа и Прикаспия до Тувы, Алтая и Забайкалья. Семь из них трансграничные и продолжаются на территории Казахстана, Монголии, Китая, Азербайджана и Грузии. Наличие очага не означает заболеваемости людей: бактерия циркулирует между дикими животными и их блохами независимо от того, болеет кто-то в конкретный год или нет.

Статистика человеческих заболеваний в России выглядит так. В 1920–1930-е годы случаи регистрировались в Астраханской и Ростовской областях, Калмыкии и Забайкалье. Затем работа противочумной системы подавила эпидемическую активность очагов, и с 1979 года заболеваний человека чумой в стране не фиксировали в течение 35 лет. Весь период с 1991 по 2013 год прошёл без единого случая.

Пауза прервалась в 2014 году. В 2014, 2015 и 2016 годах в Горно-Алтайском высокогорном очаге, в Кош-Агачском районе Республики Алтай, зарегистрировали по одному случаю заражения человека. Все три оказались следствием браконьерской добычи и разделки заражённых серых сурков, все протекали в бубонной форме. Последний из них, в июле 2016 года, пришёлся на десятилетнего ребёнка, участвовавшего в разделке сурка; его спасли. О летальных исходах по этим трём случаям не сообщалось.

С 2017 года и по настоящее время случаев заражения человека чумой в России официально не регистрировали. Таким образом, за весь период с 1991 года в стране зафиксированы три заболевания, все в одном районе одного региона и все за три года подряд.

Эпизоотическая активность при этом сохраняется. В 2025 году локальные эпизоотии чумы отмечены в трёх очагах, а в Кош-Агачском районе заражённых сурков выявляют ежегодно начиная с 2014 года. Отдельное внимание привлекает трансграничный Сайлюгемский очаг площадью около 29 тысяч квадратных километров, из которых примерно 60% лежит на монгольской стороне. В 2026 году лабораторный мониторинг показал его высокую активность, в том числе вблизи российской границы.

Профилактический ответ строится на вакцинации по эпидемическим показаниям, контроле численности грызунов и обследовании территории. В Кош-Агачском районе прививки делают ежегодно, на 2026 год планировалось привить более 14 тысяч человек из групп риска. Роспотребнадзор ведёт совместные экспедиции с коллегами из Казахстана, Монголии и Киргизии, а с 2025 года изучает возбудителя на Мадагаскаре.

Почему новой «Чёрной смерти» ждать не стоит

Локальная вспышка в XXI веке возможна, и мадагаскарская эпидемия 2017 года это доказала. Наибольшую опасность создаёт лёгочная форма: больной передаёт бактерию при близком контакте, а симптомы развиваются стремительно. Теоретически для цепочки заражений нужно совпадение четырёх условий: источник инфекции, восприимчивые люди, работающий путь передачи и отсутствие своевременной изоляции с лечением. —

Практически же современная ситуация отличается от средневековой по всем пунктам. Возбудитель известен и чувствителен к доступным антибиотикам, существует лабораторная диагностика вплоть до экспресс-тестов, работают системы эпиднадзора, а при подозрении на особо опасную инфекцию больного изолируют, контактных берут под наблюдение и при необходимости дают профилактический курс препаратов. Карантинные меры в таких случаях выглядят избыточными ровно до того момента, пока не окажутся необходимыми: цена ошибки при лёгочной форме слишком высока, чтобы ждать окончательного лабораторного заключения.

Для подавляющего большинства жителей страны активность природных очагов не требует никаких действий. Риск концентрируется в узких группах: охотники и браконьеры, животноводы, туристы в высокогорных районах очагов и сотрудники профильных лабораторий. Правила просты и давно известны. Не ловить и не разделывать сурков, сусликов и прочих диких грызунов на энзоотичной территории. Не трогать найденных мёртвых животных. Защищаться от укусов блох. При резком подъёме температуры, болезненном увеличении лимфоузлов или тяжёлом кашле после поездки в такой район немедленно обращаться к врачу и обязательно сообщать, где именно человек был и с какими животными контактировал.

Последний пункт важнее остальных. Чума перестала быть приговором не потому, что стала слабее, а потому, что её научились быстро распознавать и лечить. Вся современная защита держится на скорости, и единственное звено этой цепочки, которое зависит от самого человека, это решение не откладывать визит к врачу.

Автор: Леонид Улих, социальный эколог © Babr24.com ЗДОРОВЬЕ, РАССЛЕДОВАНИЯ, ИРКУТСК, РОССИЯ
📞 710 03.10.2026, 05:54

URL: <https://babr24.com/?IDE=297856> Bytes: 18653 / 18494 [Версия для печати](#)

Поделиться в соцсетях:

Также читайте эксклюзивную информацию в соцсетях:

- Телеграм
- Джем
- ВКонтакте
- Одноклассники

Связаться с редакцией Бабра в Иркутской области:
irkbabr24@gmail.com



Автор текста: **Леонид Улих**,
социальный эколог, социал-
обозреватель.

На сайте опубликовано **109**
текстов этого автора.

НАПИСАТЬ ГЛАВРЕДУ:

Телеграм: @babr24_link_bot
Эл.почта: newsbabr@gmail.com

ЗАКАЗАТЬ РАССЛЕДОВАНИЕ:

эл.почта: bratska.net.net@gmail.com

КОНТАКТЫ

Бурятия и Монголия: Станислав Цырь
Телеграм: @bur24_link_bot
эл.почта: bur.babr@gmail.com

Иркутск: Анастасия Суворова
Телеграм: @irk24_link_bot
эл.почта: irkbabr24@gmail.com

Красноярск: Ирина Манская
Телеграм: @kras24_link_bot
эл.почта: krsyar.babr@gmail.com

Новосибирск: Алина Обская
Телеграм: @nsk24_link_bot
эл.почта: nsk.babr@gmail.com

Томск: Николай Ушайкин
Телеграм: @tomsk24_link_bot
эл.почта: tomsk.babr@gmail.com

Прислать свою новость

ЗАКАЗАТЬ РАЗМЕЩЕНИЕ:

Рекламная группа "Экватор"
Телеграм: @babrobot_bot
эл.почта: equatoria@gmail.com

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО:

эл.почта: babrmarket@gmail.com

[Подробнее о размещении](#)

[Отказ от ответственности](#)

[Правила перепечаток](#)

[Соглашение о франчайзинге](#)

[Что такое Бабр24](#)

[Вакансии](#)

[Статистика сайта](#)

[Архив](#)

[Календарь](#)

[Зеркала сайта](#)