

Ю. А. Крашенинникова, С. Г. Кордонский

Терапевтическая картина эпидемии: COVID-19 в представлениях медиков российского первичного здравоохранения*

Юлия Александровна Крашенинникова — кандидат исторических наук, эксперт лаборатории муниципального управления НИУ ВШЭ. **Адрес:** Москва, ул. Мясницкая, д. 20, каб. 237. **Электронная почта:** jkrashennikova@hse.ru.

Симон Гдальевич Кордонский — кандидат философских наук, заведующий лабораторией муниципального управления НИУ ВШЭ. **Адрес:** Москва, ул. Мясницкая, д. 20, каб. 309. **Электронная почта:** kordonsky@hse.ru.

Аннотация: В статье предпринята попытка описать представления медиков о коронавирусной пандемии. Эмпирической базой послужили материалы качественного социологического исследования — полуструктурированные интервью с врачами и другими медицинскими работниками, проведённые в рамках проекта о влиянии COVID-19 на здравоохранение в малых городах и сельской местности России в 2022 году.

Вместо того чтобы применять к представлениям медиков стандартную дихотомию «экспертное vs профанное знание», авторы используют аналитическую схему, заданную веерной матрицей картин мира людей, включённых в эпидемию. В ней терапевтическая картина является одной из ряда других картин, различающихся в зависимости от того, какое участие в эпидемии люди принимали и каким предметным знанием о ней они обладали.

Реконструированный по материалам интервью образ коронавирусной эпидемии выглядит довольно специфично. Многие значимые для общества явления в терапевтической картине эпидемии вообще отсутствуют, а угол зрения на другие феномены изменяет их до неузнаваемости. Работа позволяет увидеть, что видение эпидемии может отличаться в зависимости от места и роли людей в ней, и усомниться в возможности единственно правильной «научной» картины этого масштабного социального события.

Ключевые слова: эпидемия, COVID-19, ковид, новая коронавирусная инфекция, представления людей, картины мира, веерные матрицы, медицинские работники

Для цитирования: Крашенинникова, Ю. А., Кордонский, С. Г. Терапевтическая картина эпидемии: COVID-19 в представлениях медиков российского первичного здравоохранения // Пути России. 2024. Т. 2. № 3. С. 9–49.

* Аналитическая часть работы выполнена в рамках проекта «Разработка инструментария для эмпирического анализа картин мира людей, включённых в эпидемию» (2021 014), поддержанного Фондом «Хамовники». Полевые работы в формате студенческих экспедиций состоялись благодаря программе НИУ ВШЭ «Открываем Россию заново». Авторы благодарны другим участникам экспедиций, также проводившим интервью с медицинскими работниками.

Введение

Пандемия¹ COVID-19 стала не только самым значимым глобальным социальным, но и информационным событием последнего десятилетия, многие грани которого нуждаются в дальнейшем осмыслении. Однако предмет обсуждения настоящей статьи требует пояснений, поскольку кажется слишком очевидным. Зачем вообще специально исследовать представления медиков о болезни и эпидемии, если медицинская наука и так формирует знания в этой сфере?

В научном осмыслении того, что происходило в информационном пространстве пандемии в 2020–2022 годах, ключевую роль играет понятие «инфодемия», под которой понимается «быстрое и далеко идущее распространение информации сомнительного качества» [Gallotti et al., 2020], включая конспирологические теории, фейки и просто неточные сведения. С подачи генерального секретаря ВОЗ, провозгласившего на Мюнхенской конференции по безопасности в феврале 2020 года, что «мы боремся не только с пандемией, мы боремся с инфодемией» [Zarocostas, 2020], инфодемия стала предметом активного изучения представителей социальных, гуманитарных и медицинских² дисциплин, а также прочно вошла в медиадискурс [Simon, Camargo, 2023; Кондратьева, Игнатова, 2023]³. К объясняющим её факторам помимо технологических (распространение социальных медиа в современном мире) относят и психологические факторы (желание людей в состоянии стресса найти простые объяснительные схемы происходящего), и низкую медицинскую грамотность [Pian, Ch, Ma, 2021]. Повышение медицинской грамотности населения рассматривается в научной литературе как один из способов борьбы с инфодемией [Borges do Nascimento et al., 2022].

¹ Терминологическое уточнение: поскольку работа посвящена российской ситуации, а не международной, то за исключением отдельно оговорённых случаев, мы используем слова «пандемия» и «эпидемия» как синонимы. Равным образом из соображений лёгкости чтения как синонимы в тексте употребляются COVID-19 (аббревиатура от англ. COronaVIrus Disease 2019, принятая в научном медицинском дискурсе), «новая коронавирусная инфекция» (название болезни в официальных российских документах) и общеупотребительное «ковид».

² Примечательно, что в «Вестнике Всемирной организации здравоохранения» в 2022 году был опубликован даже систематический обзор систематических обзоров исследований, посвящённых инфодемии. Авторы нашли 31 обзор по этой теме, что говорит о высоком внимании к ней со стороны исследователей, работающих в формате, привычном для доказательной медицины [Borges do Nascimento et al., 2022].

³ Так, по подсчетам Саймона и Камарго, в электронной базе Google Scholar к концу 2019 года было 54 статьи с упоминанием термина «инфодемия», а к началу 2021-го — уже более 4500, причём в самых разных научных дисциплинах [Simon, Camargo, 2023].

Однако метафора «инфодемия», уравнивающая распространение информации и вируса, может вводить в заблуждение, поскольку она объединяет множество форм социального поведения и чрезмерно упрощает сложную ситуацию [Simon, Camargo, 2023]. В публичном поле и социальных науках имплицитным допущением было восприятие медиков как носителей экспертного знания и, соответственно, борцов с инфодемией. На макроуровне на медицинских профессионалов, наряду с международными организациями и правительствами, возлагалась обязанность «определить переизбыток противоречивых новостей, дезинформации и манипулируемых данных в социальных сетях как глобальную угрозу общественному здравоохранению» [Mheidly, Fares, 2020].

На микроуровне от каждого медика ожидалось, что он разделяет конвенциональное медицинское знание. Это заметно, в частности, в исследованиях, где изучалось восприятие новой болезни. Сложился целый корпус работ, основанный на национальных опросах медицинских работников или их отдельных категорий [Hesaraki et al., 2021]. Но, по сути, вместо представлений о восприятии речь в них шла об информированности, а под «знанием» имелся в виду тот набор информации (симптоматика, летальность, пути передачи, эффективная терапия и т. п.) о новом вирусе и болезни, который на момент исследования, в основном это начало пандемии, рассматривался как научный консенсус. Социологи оценивали знания работников здравоохранения, положив в основу своих анкет обучающие информационные материалы ВОЗ и национальных служб здравоохранения. Это позволяло им выявлять «значительный пробел в источниках информации, низкий уровень знаний и расхождение в восприятии» новой болезни [Bhagavathula et al., 2020], либо констатировать «высокий» [Abdel Wahed et al., 2020] или «достаточный» [Hesaraki et al., 2021] уровень знаний и говорить о «хорошем понимании» [Ejeh et al., 2020], а также сравнивать настороженность и осведомлённость населения и медицинских профессионалов [Parikh et al., 2020].

В условиях борьбы с инфодемией сформулированное в начале пандемии конвенциональное знание о новой болезни становилось не только общепринятым, но и единственно возможным, а то, что выходило за его рамки, рассматривалось как ненаучное или неэкспертное. В такой логике объяснить то, что отдельные представители медицинского сообщества высказывали иные мнения, можно было лишь невежеством, сложными обстоятельствами или злым умыслом. Так, группа авторов, изучившая мнения медицинских работников в Эквадоре, выдвинула гипотезу, что вера в конспирологическую теорию о том, что вирус был специально сделан в лаборатории (её придерживались 13,9% их респондентов), является маркером проблем психического здоровья, неудовлетворённости жизнью и работой у медиков [Chen et al., 2020]. Тех врачей, кто высказывал в социальных сетях

мнения, отличные от конвенционального знания, обвиняли в распространении конспирологических идей, фейков и дезинформации [Milhazes-Cunha, Oliveira, 2023]. Их воспринимали как нарушителей профессиональной этики, заслуживающих порицания своих коллег [Pizzo, Spiegel, Mello, 2021].

К побочным эффектам борьбы с инфодемией можно, на наш взгляд, отнести то, что она маскировала неопределённость и изменчивость научных знаний о новой болезни и побуждала игнорировать дискуссии в медицинской среде. Ведь внутри научного дискурса о COVID-19 были сторонники разных позиций, и традиционная проблема несогласованности мнений экспертов, дающих рекомендации для выработки государственной политики, максимально обострилась в период пандемии [Gesser-Edelsburg, Zemach, Hijazi, 2021]. Выведение за скобки обсуждений в информационном пространстве точек зрения, отличающихся от рекомендаций ВОЗ и медицинского истеблишмента, способствовало усугублению ситуации [Назаров, Иванов, Кублицкая, 2022]. Одновременно массовое и быстрое производство академического знания о новом коронавирусе показало слабости системы контроля качества научных публикаций [Schonhaut et al., 2023] и тем самым давало повод усомниться в конвенциональном знании.

Российские антропологи, объектом изучения которых была «ложная информация, противоречащая официально подтверждённым или научным данным», справедливо указывали на основную методологическую сложность: «мы не имеем возможности судить о текстах по критерию истинности/ложности, если «мегасобытие» (каковым является пандемия коронавируса) всё ещё длится» [Архипова и др., 2020: 236]. После завершения мегасобытия становится заметна ещё одна сложность: официальная информация о COVID-19 не тождественна научно подтверждённой информации, поскольку во время пандемии медицинская наука и система управления здравоохранением находились в состоянии постоянного производства и оспаривания знания о новой болезни и способах борьбы с ней.

Далее, даже если оставить в стороне неуверенность в научном знании о COVID-19, есть ещё одна проблема — уравнивание представлений учёных-медиков и медиков-практиков. Ведь знания последних о новой болезни формировались не только из чтения научных журналов и информационных материалов ВОЗ, но и собственного опыта работы с ковидными пациентами. Вряд ли эффективной для понимания пандемии и работы системы здравоохранения будет оценка представлений практикующих медиков только с точки зрения их соответствия медицинской науке, и объяснение расхождений только слабой информированностью или плохой профессиональной подготовкой врачей-клиницистов и другого медицинского персонала.

Наконец, помимо ожиданий единого экспертного мнения от медиков-практиков существует допущение единства мировоззрения

медицинских профессионалов, которое появляется, когда исследователь пишет о них в контексте пандемии COVID-19. Иными словами, не учитываются дисциплинарные различия и специализации внутри медицинского знания, а они могли оказывать существенное влияние, в том числе на публичные позиции тех медиков, кто оказывал экспертную поддержку государственным решениям. Например, на то, что правительства изначально делали ставку на контроль распространения вируса, могло повлиять преобладание в их оперативных штабах и экспертных органах вирусологов и эпидемиологов, а не специалистов по другим направлениям общественного здравоохранения [Rajan et al., 2020].

Желание избежать трёх указанных выше допущений (есть фиксированное конвенциональное научное знание о новой болезни; его должны разделять практикующие медики; «медицинский профессионал» — носитель единых представлений о COVID-19) и определяет наш исследовательский интерес к специальному изучению представлений медиков в рамках информационного поля пандемии.

Но для этого нам нужна такая методологическая рамка, при которой не требовалось бы изначально категоризировать суждения людей как истинные и ложные, опираясь при этом на экспертные знания в той области, по отношению к которой сам социальный исследователь выступает профаном (то есть в сфере медицины и биологии). Этой рамкой может быть веерная матрица картин мира людей, включённых в эпидемию.

Аналитическая схема:

терапевтическая картина мира в веерной матрице эпидемии

Реконструкция картин мира как способ изучения представлений людей

Под картинами мира здесь понимаются те представления о существовании, которые явно или неявно присутствуют в сознании и проявляются в поведении людей. Эти представления обусловлены их способом познания мира и лучше всего заметны в сфере научной деятельности. Там специалисты формируют и развивают свои предметные области, например, физик изучает физическую реальность, а химик — химическую.

Каждая картина мира включает свои сущности (феномены), связи между ними и объяснения, почему они существуют и связаны таким образом. Совокупность феноменов в рамках одной картины мира можно назвать эмпирической онтологией — это ядро картины мира, включающее неререфлексируемые представления о том, что существует.

Объяснения сущностей и связей между ними содержатся в разного рода теориях, формирующих научное знание [Кордонский, Бардин, 2015]. Картины мира сопряжены с социальными, профессиональными и иными группами и воспроизводятся ими, а в информационном пространстве проявляются в виде текстов и образов, которые могут не иметь атрибуции с этими группами и распространяться независимо [Кордонский, Бардин, 2018].

Для ответа на вопрос, что существует в конкретной картине мира, используется аппарат веерных матриц. Веерные матрицы — это метод классификации онтологий, он позволяет реконструировать картины мира в их онтологических аспектах, сравнивать их и анализировать [Кордонский, 2011].

Веерная матрица картин мира людей, включённых в эпидемию

Мы исходим из того, что пандемия COVID-19 выглядит разной в картинах мира людей, в зависимости от того, какое участие в ней они принимали и каким предметным знанием о ней они обладали. Можно попытаться упорядочить эти разрозненные представления, реконструировав их в веерной матрице (табл. 1).

Поясним логику построения данной веерной матрицы.

В первой строке таблицы 1 отражены идеально-типические роли или занятия людей, включённых в эпидемию. Из всего многообразия таковых мы выбрали семь основных ролей. Шесть из них можно назвать специалистами или профессионалами, так как они обладают специализированным знанием в своей области. Это вирусологи, эпидемиологи, терапевты (лечащие врачи), функционеры системы здравоохранения (менеджеры), функционеры ресурсной экономики (промысловики), конспирологи. Седьмой ролью являются обыватели — люди с обыденным или профанным знанием об эпидемии. В их качестве могут оказаться и любые другие специалисты, кроме перечисленных выше. Эти роли универсальны, то есть можно применять эту классификацию картин мира не только к ситуации с COVID-19, но и к любой эпидемии в современном мире, где сложились перечисленные отрасли специализированного знания.

Важно уточнить, что в матрице отражены не дискретные социальные группы, а роли, в которых выступают люди, когда они думают или действуют в контексте эпидемии, или методы — специфические подходы к описанию и познанию профессиональных реальностей. Один и тот же человек может выступать в разных ролях, использовать разные методы познания в разных ситуациях.

В столбце 1 соответственно занятиям, указанным в строке 1, определены отдельные реальности эпидемии или уровни структу-

ры, в рамках которых представитель каждой из ролей выделяет свой предмет познания или объект деятельности: вирус, эпидемия, лечение, организация здравоохранения, ресурсное хозяйство, непознанное и мифы, быт. Вместе они образуют структуру предметного поля эпидемии.

Отношение специалистов к своему предмету познания или объекту деятельности можно назвать «наукой», в таблице 1 оно показано в тёмных ячейках по диагонали: вирусология, эпидемиология, клиническая медицина, наука об управлении здравоохранением, практическая экономика, конспирология. В случае обывателей это правила жизни.

Для заполнения остальных ячеек таблицы 1 мы выстраиваем гипотетические отношения представителей одних ролей к другим реальностям эпидемии. Мы предполагаем, что в представлениях о мире у всех ролей присутствуют сущности, заимствованные из других картин мира. Они необходимы специалисту для формирования полноценной картины происходящего — её нельзя создать, используя только его ограниченный понятийный аппарат.

Например, вирус является главным предметом познания для вирусолога, который его изучает. Но в картине мира эпидемиолога вирус также присутствует, т.к. для понимания эпидемии ему требуется то, что объяснит массовые заболевания людей. Он для этого использует такие характеристики, как вирулентность вируса и контагиозность инфекции (ячейка 1.2). А чиновнику для принятия решений в сфере управления здравоохранением нужна классификация вирусов как безвредных или опасных (ячейка 1.4). Введение этой классификации является его способом включения вируса в свою картину мира.

Терапевт (лечащий врач) здесь рассматривается как идеально-типическая роль носителей специализированного знания о том, как лечить заболевших. Это условное название, без привязки к конкретной медицинской специальности.

Терапевтическую картину эпидемии формируют отношения врачей к феноменам из других картин мира (столбец по вертикали в матрице), а также те феномены, которые существуют в лечении для людей, включённых в эпидемию по другим основаниям (строка по горизонтали в матрице). Вот как в этой аналитической схеме условный лечащий врач воспринимает предметные поля других специалистов:

- Предмет вирусологии представляет для него интерес постольку, поскольку вирус является причиной болезни, с которой нужно бороться.
- Эпидемия видится как наплыв больных, которых нужно лечить. Она описывается с помощью понятий массовой заболеваемости и смертности — статистических показателей, характеризующих процесс её работы.

Таблица 1

Предмет	Роль	1. Вирусологи	2. Эпидемиологи	3. Терапевты (лечащие врачи)
1. Вирус		наука вирусология	вирулентность, контагиозность	противовирусная терапия (борьба с вирусом в теле больного)
2. Эпидемия		носители вируса	эпидемиология	массовая заболеваемость и смертность
3. Лечение		иммунизация людей и нейтрализация вирусов (борьба организма с вирусом, антитела)	изоляция больных (госпитализация, карантин)	клиническая медицина
4. Организация здравоохранения		организация работы по выявлению вируса и отслеживанию его мутаций	организация борьбы с распространением инфекции в обществе (СИЗы, локдауны, СанПиНы)	организация лечения (клинические протоколы, правила маршрутизации больных)
5. Ресурсное хозяйство		ресурсы для исследования и выявления вируса (лаборатории, тесты)	ресурсы для контроля над эпидемией (вакцины и пр.)	ресурсы для лечения (больничные койки, лекарства)
6. Непознанное/ мифы		«белые пятна» в происхождении вируса	скрытая информация о распространении эпидемии	скрытые способы лечения/ неизученные способы лечения
7. Быт		бытовые и природные условия, в которых существует вирус	бытовые условия распространения инфекции	самолечение

4. Менеджеры здравоохранения	5. Промысловики	6. Конспирологи	7. Обыватели
правила обращения с вирусами, классификация инфекций	нейтрализация вируса как источник ренты (сбыт средств дезинфекции, производство тестов и пр.)	искусственное происхождение вируса	вирус как существо с волей, сознанием и злым умыслом («коварный», «сильный»...)
режимы повышенной готовности и ЧС	нейтрализация угрозы распространения болезни как источник ренты (сбыт масок и перчаток и пр.)	отрицание или преувеличение масштабов эпидемии	катастрофа, рушащая привычные устои жизни
регулирование врачебной деятельности	выделяемые на лечение средства/больные как источник ренты (фармрынок, частная медицина)	тайные клиники и способы лечения для избранных	мучение: поиски врачей и лекарств
наука об управлении здравоохранением	менеджмент здравоохранения как источник ренты (продажа справок, откаты на госзакупках и пр.)	«кукловоды» (Билл Гейтс, фармбизнес, рептилоиды и пр.)	управление здоровьем и поведением людей, соответствующее общепринятым понятиям или не соответствующее
ресурсы для работы системы здравоохранения (бюджетирование)	практическая экономика	тайные ресурсы, осваиваемые при эпидемии	положенные гражданам ресурсы во время эпидемии (госвыплаты, компенсации)
скрытые правила/ нарушения установленных норм и распоряжений	сокрытие правды об эпидемии как источник ренты	конспирология	скрытые способы самостоятельного выживания в эпидемию (избежать заражения и выздороветь)
здоровый образ жизни населения	поведение людей как источник ренты (штрафы, дефициты товаров)	тайны поведения обывателей	правила жизни

- Организация здравоохранения, предмет заботы управленцев, сводится для врача к организации его непосредственного участка работы — к правилам и нормам, которыми ему нужно руководствоваться в своей деятельности (стандарты лечения, требования к рабочему месту и поведению медика, схемы маршрутизации больных и заражённых по медицинским учреждениям и т. п.).
- Ресурсное хозяйство как часть практической экономики ограничивается для него ресурсами для лечения больных — больничными койками, медицинским оборудованием, лекарствами.
- Неизвестное или тайное в эпидемии для врача заключается в тайных или ещё неизвестных способах работы с больными.
- На бытовом уровне его волнует самолечение обывателей как фактор, который может повлиять на результат его работы.

Аналогичным образом лечение, как предмет непосредственной компетенции врачей, другие специалисты включают в своё знание об эпидемии лишь частично, фокусируя внимание на его отдельных элементах:

- Вирусолог воспринимает лечение как иммунизацию людей и нейтрализацию вирусов, то есть блокирование способностей вируса размножаться и проникать в человеческие клетки, а также формирование механизмов борьбы организма против вируса (выработка антител). Соответственно, терапия для него сводится к приёму противовирусных средств и формированию иммунитета путем вакцинации, а симптоматическое лечение не интересует.
- Для эпидемиолога в лечении важно то, что оно препятствует новым заражениям. Поэтому пребывание больного дома или в стационаре рассматривается им как форма изоляции заражённых.
- Менеджеры, устанавливающие правила для других участников эпидемии, видят в лечении регулирование врачебной деятельности и предполагают, что без исполнения этих правил полноценное выздоровление больных невозможно.
- Агентов, зарабатывающих на эпидемии, интересуют выделяемые на лечение средства, а больные являются для них источником ренты. На базе этих ресурсов работают огромные рынки фармацевтики и медицинских услуг.
- Конспирология изучает тайные клиники и способы лечения — например, какие-то эффективные средства, доступные только избранным.
- Наконец, обладатели не специализированного, а обывательского знания об эпидемии воспринимают лечение через свой личный опыт как проблему, которую им приходится решать — заниматься поиском врачей, лекарств и т. п.

Из веерной матрицы следует, что нет какого-то одного представления о пандемии COVID-19, которое можно было бы назвать правильным. Целая картина — это всегда комбинация из элементов картин

эпидемии людей, включённых в неё с позиций разных социальных ролей и с опорой на разное специализированное знание, разные научные методы. Этот подход мы и применим к анализу эмпирических данных — текстов интервью с медицинскими работниками.

Использование веерной матрицы эпидемии в эмпирическом социологическом исследовании

Реконструкция онтологий картин мира с помощью веерных матриц — увлекательное интеллектуальное упражнение, практическое применение результатов которого более понятно для решения задач базовой систематизации информационных потоков и медиаисследований [Кордонский, Бардин, 2018]. Но для социологических исследований в рамках качественной методологии веерные матрицы кажутся не самым очевидным аналитическим инструментом. В чём может быть их польза в последнем случае?

Во-первых, матрица служит опорой для упорядочения гетерогенного (разрозненного, но очень насыщенного разноплановыми явлениями) исследовательского поля. В этом плане исследователю перед началом полевой работы оказывается ненужным предварительный выбор какой-то объясняющей концепции или теории, с её специфическим понятийным аппаратом.

В то же время при использовании веерной матрицы он приступает к сбору эмпирических данных не «с чистой головой», а уже располагая определённой аналитической схемой и ожидая обнаружить какие-то феномены. В том числе это влияет на технику ведения интервью.

В нашем случае интервьюер может исходить в разговоре с информантом из того, что терапевт — это одна из ролей людей, участвующих в эпидемии, со своим взглядом на предметы познания других специалистов и со своей «правдой», а не эксперт по данной теме. Это побуждает задавать наивные уточняющие вопросы, спрашивать о смыслах, скрывающихся за теми или иными формулировками феноменов, которые кажутся информанту абсолютно естественными, само собой разумеющимися. Это также формирует особый фокус при чтении и анализе расшифровок интервью — с акцентом на умолчаниях, пробелах. То есть матрица помогает постоянно держать в голове вопрос о том, что есть и что отсутствует в видении информанта.

Во-вторых, схематизируя действительность и достраивая её в соответствии с изначально заданной схемой (достраивая — т. к. в ней мы предполагаем явления, эмпирического подтверждения существования которых у нас пока нет), веерная матрица в итоге не упрощает реальную ситуацию, а создаёт калейдоскопичную, объёмную картину,

в нашем случае — такого масштабного социального события, как коронавирусная пандемия. В ней сохраняются разные ракурсы, вместо монопольного видения в рамках какой-то одной дисциплины (например, вирусологии или эпидемиологии). При необходимости можно редуцировать эту объёмную картину до отношений между отдельными заинтересованными сторонами эпидемии или, как в этой работе, ограничиться только одним, терапевтическим видением.

Как именно мы применяем данный подход к анализу результатов интервью?

В данном случае расшифровки разговоров, то есть тексты, рассматриваются аналогично другим текстам — например, публикациям в СМИ. Как отмечалось выше, с помощью веерной матрицы мы реконструируем безоценочные, часто неотрефлексированные представления о том, что существует в определённой картине мира. Аналитическая «сетка», которую можно наложить на эмпирический материал, — это взаимоувязанные в матрице семь картин. Обладая схематичным изображением базовой онтологии эпидемии в представлениях идеально-типических терапевтов, мы постарались сделать следующее:

1. Найти референты базовых феноменов, которые указаны в ячейках таблицы 1, в речи настоящих медицинских работников. Например, мы фиксируем, как в их описании выглядит вирус или массовая заболеваемость и смертность.
2. Сопоставить это терапевтическое видение феноменов с видением из других картин мира людей, включённых в эпидемию, или с тем образом, который сложился в массмедиа или научной литературе или воспринимается нами (как обывателями) как объективно существующий. Мы ищем прежде всего расхождения и противоречия.
3. Сопоставить, как соотносятся в речи информантов феномены из разных картин мира и выявить, что среди них отсутствует.

Эмпирическая база и её ограничения

Источники

Для анализа использованы текстовые расшифровки полуструктурированных интервью с медицинскими работниками в малых городах и сельской местности двух регионов России. Общее число разговоров — 63, продолжительностью от 20 минут до двух часов, в основном 40–50 минут. Интервью были записаны на диктофон и расшифрованы. Тексты обрабатывались методом тематического кодирования.

Данные собирались в рамках двух студенческих экспедиций НИУ ВШЭ под руководством Ю. А. Крашенинниковой в августе и октябре 2022 года. Сами экспедиции были посвящены теме влияния пандемии COVID-19 на здравоохранение в малых городах и сельской местности России, соответственно, по этой теме был разработан гайд интервью⁴. Однако в гайде были и вопросы общего характера, которые использовались как вводные или переходные: о специфике нового заболевания и его лечения, о ходе эпидемии и прогнозе на будущее, о происхождении вируса, о личном опыте заражения и болезни, об отношении к ограничительным государственным мерам. Ответы на них, а также умолчания и послужили материалом для реконструкции терапевтической картины эпидемии.

Всех информантов-медиков можно разделить на четыре категории, их краткая характеристика дана в таблице 2.

Хронологические рамки

Для целей настоящего исследования значимо время проведения интервью. Ко второй половине 2022 года официально пандемия ещё продолжалась⁵, но уже очевидно потеряла свою актуальность как главная проблема современности, особенно в России.

С июля 2022 года существенно изменились условия борьбы с эпидемией в РФ: власти отменили большинство ограничений, направленных на противодействие распространению инфекции⁶, а сам COVID-19 в правилах работы медицинских организаций из особой болезни превратился во вполне рядовую. Большинство ковидных

⁴ Информантов просили рассказать о разных аспектах их работы во время пандемии, в рамках четырёх блоков вопросов — о регулировании, финансах и материально-технической базе, кадровой политике медицинской организации и о поведении населения.

⁵ Всемирная организация здравоохранения объявила, что COVID-19 больше не представляет собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение, лишь 5 мая 2023 года. См.: Итоговое заявление о работе пятнадцатого совещания Комитета Международных медико-санитарных правил (2005 г.) по чрезвычайной ситуации в связи с пандемией коронавирусной инфекции (COVID-19). 5 мая 2023 года. ВОЗ [официальный сайт]. URL: [https://www.who.int/ru/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/ru/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic) (проверено: 02.02.2024).

⁶ Роспотребнадзор снимает введённые из-за пандемии ограничения. 01.07.2022. Официальный сайт Роспотребнадзора России. URL: <https://www.rosпотребнадзор.ru/about/>

Таблица 2. Характеристика информантов

Категория	Число интервью	Примечания
Руководство районных, центральных районных и центральных городских больниц (в должности главного врача, заместителя главного врача по медицинской части или ведущего поликлиники)	13	За несколькими исключениями, они не работали напрямую с ковидными больными, однако организовывали эту работу и в разговоре ссылались на конвенциональную в профессиональной медицинской среде картину эпидемии, транслировали её интервьюеру (так же как они её транслируют организаторам здравоохранения и другим внешним аудиториям). Эти интервью представляют особый интерес, поскольку от таких информантов можно ожидать совмещения нескольких ролей. Условно говоря, их видение эпидемии должно находиться на пересечении трёх картин: терапевтической, управленческой и промысловой.
Лечащие врачи	13	Среди опрошенных врачей были представители следующих медицинских специальностей: терапевт, врач общей практики, инфекционист, анестезиолог. Все они лечили ковидных больных либо амбулаторно, либо в стационаре, либо в обоих вариантах.
Средний медицинский персонал	29	Это фельдшеры, медсёстры и акушерки, в основном из сельских врачебных амбулаторий (СВА) и фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП). Они брали мазки, занимались вакцинацией, отслеживали состояние амбулаторных больных и ставили уколы на дому. Помимо этого, многие опрошенные фельдшеры вели врачебный приём, то есть замещали отсутствующих терапевтов.
Сотрудники скорой помощи (СП)	8	Многие эти интервью были групповыми, т.е. в них принимали участие сразу несколько работников, находившихся в тот момент на станции СП. Все опрошенные были фельдшерами, а не врачами. В период эпидемии они не только оказывали экстренную помощь — много их времени занимала транспортировка больных в ковидные стационары.

стационаров закрылись, лечение госпитализированных пациентов перевели в обычные инфекционные отделения больниц. Также были отменены страховые выплаты медицинским работникам за случаи заражения коронавирусом, и многие медики лишились специальных надбавок к зарплате за работу с заражёнными⁷. В то же время в обоих регионах, где проходили интервью, в момент экспедиций шёл новый подъём заболеваемости, то есть для сотрудников первичного здравоохранения болезнь оставалась в их ежедневной рабочей рутине.

Соответственно, в интервью медики размышляли об эпидемии в основном в ретроспективе, хотя она оставалась для них актуальным предметом разговора. У них была возможность проследить изменения в течение двух с половиной лет и сопоставлять разные этапы пандемии, «раньше» и «сейчас», в том числе они формулировали то, как менялось их собственное отношение к тем или иным явлениям. Например:

«...в первый год всё равно было тяжелее, потому что очень много мифов, все боялись. В итоге все переболели и успокоились. Жизнь на месте не стоит, ситуация развивается и ковид тоже». (Замглавврача, женщина, 40–50 лет.)

При этом лечение ковида из актуального занятия превращалось в практику, где сегодняшние действия и впечатления наслаивались на свежие и даже отдалённые, полустёртые воспоминания, из-за чего информанты порой путались в датах и в очерёдности событий:

«Я уже не помню, года-два назад, по-моему. Потому что эти два года, с 2020 года — так это быстро всё пролетело, столько событий было, что я даже буквально счёт времени потерял». (Главврач, мужчина, 50–60 лет.)

Иными словами, картина пандемии в интервью была многослойной, поскольку в ней были «упакованы» феномены, связанные с коронавирусом, но появлявшиеся в разное время — от первого случая заражения до «омикрона». Также в речи информантов был значительный элемент рефлексии. Очевидно, что если бы интервью проходили в 2020 или в 2021 году, то картина эпидемии в них была бы другой — возможно, более простой, логичной и эмоциональной.

info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=22056 (проверено: 02.02.2024).

⁷ Указ Президента Российской Федерации от 15.07.2022 № 464 «О признании утратившими силу некоторых указов Президента Российской Федерации». Постановление Правительства Российской Федерации от 15.07.2022 № 1268 «О порядке предоставления компенсационной выплаты отдельным категориям лиц, подвергающихся риску заражения новой коронавирусной инфекцией».

Ограничения и контекстуальные особенности исследования

При анализе важно учитывать три изначально заданных условия эмпирического исследования, чтобы избежать смысловой путаницы и расширительных интерпретаций.

1. Речь идёт о представлениях людей, работающих в основном в сфере первичной медико-санитарной помощи. Терапевтическая картина эпидемии, представленная в интервью, по определению неполная, потому что круг информантов охватывает лишь одну группу среди медиков, вовлечённых в борьбу с новой коронавирусной инфекцией. Для полноты в ней не хватает представлений людей, работавших в крупных ковидных госпиталях, и мнений узких специалистов — анестезиологов, пульмонологов, иммунологов, которые часто выступали экспертами по этой теме в средствах массовой информации.

В то же время эта картина наиболее интересна, потому что наименее понятна: первичная помощь в корпоративной иерархии здравоохранения занимает низшее место и, соответственно, является наименее заметной в публичном поле [Крашенинникова, 2012]. У участковых терапевтов обычно не берут интервью журналисты, они не выступают с трибуны, в отличие от медицинской элиты.

2. Роль «лечащий врач» или «терапевт» не ограничивается определённой медицинской специальностью или должностью. Предложенное в веерной матрице выделение ролей людей, включённых в эпидемию, построено на специализированном знании. Вообще специализация в медицинской науке и практике является значимым фактором, поскольку, как подчеркивается в медицинской социологии, определяет профессиональную монополию на право работы с теми или иными заболеваниями [Nancarrow, Borthwick, 2005; Baerlocher, Detsky, 2009]. Однако большую часть времени пандемии монополия на лечение COVID-19 в РФ не была закреплена за какими-то медицинскими специалистами, например, инфекционистами. Из-за нехватки людских ресурсов во время всплеск заболеваемости COVID-19 лечили все врачи, кто мог, а из-за кадрового дефицита в сельской местности чаще всего это были даже не врачи, а фельдшеры⁸.

⁸ Основу выборки для наших интервью должны были составить врачи-терапевты, однако на практике оказалось, что из-за значительного кадрового дефицита вне мегаполисов ещё до пандемии произошла «фельдшеризация» низового здравоохранения. Особенно это было заметно по сельским врачебным амбулаториям и участковым больницам. Из 14 таких структурных подразделений медицинских организаций, которые были обследованы во время двух экспедиций, только в трёх были врачи — в остальных на врачебных участках временно или постоянно работали фельдшеры. Даже в поликлиниках приём вели одновременно лишь 2–3 терапевта, а остальные были в отпуске или на больничном, или ставка была вакантна. В это время обслуживали пациентов фельдшеры.

Поэтому в верной матрице под ролью терапевта или лечащего врача подразумевается любой медицинский работник, который непосредственно работает с ковидным пациентом. Это может быть и медик, к которому изначально обращался больной (фельдшер ФАП, фельдшер скорой помощи, врач-терапевт или врач общей практики, инфекционист в поликлинике), и прошедший онлайн профессиональную подготовку⁹ врач любой специальности, работающий в ковидном госпитале.

3. В интервью представлен специфический российский опыт, во многом обусловленный особенностями национального здравоохранения, что затрудняет межстрановые сравнения. К таким особенностям следует отнести как минимум: 1) ограниченность профессиональной автономии врачей, в терминологии социологии профессий [Мансуров, Юрченко, 2005]; 2) специфику устройства системы здравоохранения даже на современном этапе, включая оригинальную организацию первичной амбулаторной помощи и стационароцентричную модель [Структурные изменения в здравоохранении, 2022]; 3) особенности хода эпидемии новой коронавирусной инфекции в России, в том числе наличие нескольких периодов с разными масштабами заболеваемости и подходами к организации медицинской помощи ковидным больным [Организация первичной медико-санитарной помощи, 2022].

Терапевтическая картина эпидемии в интервью медиков

Вирус (противовирусная терапия)

В верной матрице картин мира людей, включённых в эпидемию, мы предполагаем, что вирус представляет для идеально-типического лечащего врача интерес постольку, поскольку является причиной болезни, с которой нужно бороться. Отталкиваясь от этого, рассмотрим, как вирус и его влияние на организм человека выглядят в глазах информантов.

Медийное поле во время пандемии было насыщено информацией о строении коронавируса и его особенностях. Лингвисты констатировали, что научные термины из области медицины, вирусологии,

⁹ В соответствии с приказом Минздрава России от 27.03.2020 № 246н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н „О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19“».

иммунологии активно проникали в медийный дискурс и становились частью общеупотребительной лексики [Темиргазина, 2020; Козырев, Черняк, 2021]. Популярный пересказ результатов свежих научных исследований стал распространённым жанром в СМИ, а экспертный комментарий учёного-биолога или медика — правилом хорошего тона для газетных заметок¹⁰. Благодаря этому в разговорный язык входили понятия, отражающие классификации вирусов (семейство коронавирусов), биологию вируса (липидная оболочка), его эволюции (штаммы, мутации) и реагирования организма человека на присутствие вируса (антитела, цитокиновый шторм, иммунная система, спайк-белок, ACE-рецепторы, Т-клетки, интерференция и т. п.).

Вопреки ожиданиям, в интервью медики-клиницисты не обсуждали особенности SARS-CoV-2 и избегали использования специальной лексики из области вирусологии или микробиологии. Возможно, дело в том, что медики, ведущие первичный приём пациентов, имели дело не с самим вирусом, а с симптомами, которые не отличались от симптомов других вирусных респираторных инфекций. Это отсутствие отличий во внешних проявлениях болезни они постоянно подчёркивали в разговоре.

Например, естественный фронт работы врача, в формулировке заместителя главного врача ЦРБ: «температурирующие больные с признаками ОРВИ» (женщина, 30–40 лет). Другой информант, начальник станции скорой помощи, поправляет интервьюера: «Нет такого понятия, как ковидные симптомы. Человек будет звонить в любом случае либо с симптомами пневмонии, либо с симптомами ОРВИ» (мужчина, 30–40 лет). Фельдшер приёмного покоя стационара в ответ на прямой вопрос о том, как проявляется специфика коронавируса, говорит: «Не знаю, если только на лабораторном уровне. А так — обычное ОРВИ» (мужчина, 40–50 лет).

Идея о том, что «ковид — это то же ОРВИ», была популярна в начале пандемии и изначально ассоциировалась с ковид-скептицизмом. В научной литературе её принято описывать как элемент конспиро-

¹⁰Приведём пример из огромного числа случаев, когда специализированные научные понятия проникали в массовые СМИ. Газета «Ведомости» пишет о разъяснениях по поводу нового штамма, которые дала «Ленте.ру» биолог А. Баранова: «Она пояснила, что клетки эпителия в лёгких осуществляют газообмен, для чего нужно поддерживать влажность. Альвеолы производят смесь веществ, которая покрывает легкие изнутри. При COVID-19 эпителий перестаёт производить эту смесь». «А следующий шаг — клетки вообще превратятся в фибробласты (клетки соединительной ткани. — Прим. «Ленты.ру»). В этом случае они уже ничего хорошего производить не смогут, кроме провоспалительных цитокинов и других пакостей», — добавила Баранова (URL: <https://www.vedomosti.ru/society/news/2021/06/23/875207-opasnosti-indiiskogo-shtamma-koronavirusa>).

логического дискурса, который разоблачает придуманный характер пандемии [Завадская, Соколов, 2021; Исупова, Рождественская, Лагерева, 2021; Кирзюк, 2021; Shahsavari et al., 2020; Fotakis, Simou, 2023]. Однако мы видим, что в представлениях медиков, которые не просто не отрицают болезнь, но считают её лечение своей непосредственной обязанностью, также нет существенной разницы между COVID-19 и другими простудными заболеваниями.

При этом информанты разделяли мнение о том, что COVID-19 — это особая болезнь, которая требует исключительных правил обращения с больными, лечения и борьбы с распространением инфекции. Они не подвергали сомнению выделение коронавируса в отдельный и наиболее важный на данный момент предмет изучения и заботы здравоохранения, государства и общества в целом, в отличие от ковид-скептиков или ковид-диссидентов.

В интервью поднимался вопрос о специфике болезни. Ответы на него обычно сводились к тому, что болезнь может проявляться совершенно по-разному и развивается стремительно, в этом плане «коварна». Однако информанты не объясняли это через специфику самого вируса и его взаимодействие с организмом человека. Скорее, они акцентировали внимание на новизне и неопределённости заболевания, говорили, например, о том, что «каждый организм по-разному реагировал» (терапевт, заводским отделением, женщина, 50–60 лет), «очень полиморфная клиника, проявления совершенно разные» (фельдшер ФАП, мужчина, ок. 40 лет).

Одна информантка утверждала, что стала на глаз отличать ковидных пациентов, основываясь на собственном опыте этой болезни. Но ориентировалась она вовсе не на симптомы, которые можно записать в медицинскую карту пациента:

«Зато переболев, мы, когда люди приходят, начали их видеть: „О, ковид“. Даже жалобы ещё не сказал, уже видим — ковидный. Или говорим: „У вас мазок будет отрицательный“. Даже угадываем, что ковидный. Ковидные — другие, они прозрачные были. Они как туманные такие... как пустые люди. Им как будто мешком пыльным понадавали три раза». (Фельдшер СВА, женщина, 40–50 лет.)

В описании информантами новое заболевание фактически распадается на два образа, каждый из которых похож на старую, известную болезнь: ОРВИ и пневмония. Главный водораздел между ними — необходимость госпитализации, это предполагает пневмонию. Само по себе заражение для информантов было не значимо, как и «легкая форма» болезни. В отношении к заражениям примечателен комментарий терапевта по поводу частной лаборатории, которая также брала мазки для ПЦР-теста:

«Да [люди идут в частную лабораторию], потому что заболел, в больницу ему идти не хочется, он пошел туда, сдал мазок, мазок положительный — он звонит в регистратуру, и всё равно занимаемся им мы. [Интервьюер: Получается, лаборатория помогает разгружать поток пациентов?] Они нас загружают только этим потоком. Потому что люди идут, сдают мазки, когда не надо, что называется». (Терапевт, завотделением, женщина, ок. 40 лет).

Далее, как выглядит в терапевтической картине мира появление новых штаммов вируса? В вирусологической картине штаммы значимы сами по себе — как проявление естественной эволюции вируса. Их нужно изучать, фиксировать и оценивать масштаб их распространения. В эпидемиологической картине штаммы связаны с изменениями свойств вируса — его вирулентности и патогенности, и, соответственно, новыми заражениями. Для лечащего врача же штаммы различаются наплывом пациентов и изменением симптомов:

«Первая волна ковида нам давала пневмонию так среднестатистически на 14, 18, 20-й день, а вторая и третья волна давали пневмонию на 4–5-й день, и эта пневмония была гораздо тяжелее, чем в первую волну. Это второй и третий подштаммы вирусов». (Начальник станции СП, мужчина, 30–40 лет.)

«...эти [новые] штаммы, они протекают более лёгкой клиникой, у них меньше осложнений именно лёгочных, которые более страшные». (Врач-терапевт, женщина, 40–50 лет.)

«Вирус мутирует. Постоянно меняется. Первая волна была — просто как ОРВИ. Вторая волна была — жалобы в основном пациенты предъявляли на выраженную боль в горле, а дети в основном с признаками гастроэнтерита — понос, рвота. По-разному. Некоторые пациенты приходили даже с банальной гипертонией. Думали — гипертоническая болезнь, а выявлялся ковид». (Врач-терапевт, женщина, 30–40 лет.)

Эпидемия (массовая заболеваемость и смертность)

В терапевтической картине мира эпидемия определяется через категории массовой заболеваемости и смертности. Для медиков, работающих в сфере первичной медико-санитарной помощи, она означала выход этих показателей за привычные пределы на вверенной им территории — то есть у людей, которых обслуживает конкретная больница или её подразделение.

Например, так сотрудница маленького ФАП, к которому прикреплено 150 человек в деревне, характеризует высокую смертность: «У меня, знаете, шок был — это то, что в прошлом году у меня 6 человек умерло, четверо — ковид» (медсестра ФАП, женщина, ок. 60 лет). У другой информантки из 600 человек прикрепленного населения официально переболело 10%, что незначительно отличается от общероссийских данных¹¹. Но она так отвечает на вопрос о том, отразилась ли эпидемия на смертности:

«Ну у нас нет. У нас и болели мало. Из всего района у нас болело меньше всего. <...> Все говорили так. Если в [название другого села], там везде, в каждой семье, можно сказать, а у нас единицы». (Медсестра СВА, женщина, ок. 70 лет.)

Информанты, даже представители руководства ЦРБ, не упоминали общероссийскую или мировую статистику при характеристике динамики пандемии. Вместо этого они оценивали её через загрузку медицинских учреждений и свою личную загрузку на работе. Например:

«Первые больные это появились в 20-м году, 21-й год просто вообще был полностью весь ковидный. Передыха вообще никакого практически не было. А сейчас вот я закрыла 30 сентября последнюю ковидную больную у меня, но болела-то в лёгкой форме, по типу ОРВИ у неё протекало. Больные есть, но намного меньше. А затимье было у нас, это получается — это июль, не было у меня ковида, и август только. Но всё равно были случаи, конечно». (Фельдшер СВА, Ж, ок. 60 лет)

В ретроспективном взгляде из октября 2022 года заместитель главного врача ЦРБ так описывает пик эпидемии: «...когда уже до такой степени было такое большое количество заболевших, что перепрофилировали даже обычные районные больницы» (замглавврача, женщина, ок. 40 лет). Как видно из цитаты, открытие ковидных госпиталей в районных больницах являлось индикатором сверхвысокой заболеваемости и рассматривалось как нечто экстремальное. С точки зрения работников первичного звена, эпидемия в лёгком течении вообще должна обходить их стороной.

В разговоре медики часто использовали понятия из популярной эпидемиологии, прочно вошедшие в язык обывателей: «вспышка», «пик», «очаг», «волна». Однако применяли их к своему участку работы, а не к какой-то единой коллективной истории эпидемии в

¹¹ Если судить по официальным данным «Стопкоронавирус.рф» на апрель 2023 года, всего в стране переболело примерно 15% населения (это без учёта того, что часть случаев могли быть повторными или по третьему разу).

масштабах страны, тем более что динамика заболеваемости в их населённых пунктах обычно не совпадала с общероссийской:

«Когда в Москве ввели приказ об ограничениях, у нас этого не было. А когда вспышка началась у нас, из Москвы пришло послабление этого режима». (Фельдшер ФАП, женщина, ок. 40 лет.)

«В деревнях болели кучками, семьями. Одна кучка пройдёт, контактный круг переболеет, и всё успокоится, потом ещё одна — порциями они болели, можно сказать». (Замглавврача, женщина, 40–50 лет.)

«Но если взять по населённым пунктам, то можно, конечно, отметить вспышечность. Сначала одна деревня заболевает полным составом, потом вторая деревня заболевает полным составом, потом другая, потом две — есть такое, очаговость, так скажем». (Замглавврача, женщина, 40–50 лет.)

Ещё одно отличие в представлениях об эпидемии относится к её начальному этапу. Медики-информанты описывали его через поведение населения и оценивали как «панику», например:

«Люди <...> очень испуганные были, когда первая волна пошла, они прямо приходили. У одного сосед заболел, этот бежит: «У меня тоже насморк, пропало обоняние!» А там никаких симптомов нет ещё. «Возьмите мазок!» Вот паника была, да, действительно в этот период». (Фельдшер СВА, женщина, 40–50 лет.)

«Первый случай был выявлен у нас вообще по региону. Это, конечно, да. Наутро тут стояла толпа, человек 200–300, которые, со слов, контактировали с тем пациентом, и всем казалось, что надо им срочно сдать мазок и так далее. В первое время было больше, наверное, паники, потому что не было достаточно информации, не было тех самых алгоритмов и приказов. Поэтому все пациенты, наоборот, с большой осторожностью к этому относились. При малейших признаках, симптомах, иногда, может быть, даже и необоснованно, вызов врача на дом, вызов скорой помощи, это было, да. Но потом уже со временем, сейчас, конечно, такого наплыва нет». (Главврач, женщина, 30–40 лет.)

Интересно, что такое поведение граждан было правильным с точки зрения бытовых правил здравоохранительного поведения, которые транслировали обывателю санитарные власти. Тезис о том, что нужно при первых признаках недомогания обращаться в врачу, чтобы своевременно выявить инфекцию и предупредить её дальнейшее распространение, стал одним из столпов информационной работы с насе-

лением, наряду с напоминанием о необходимости правильного мытья рук и соблюдения социальной дистанции или самоизоляции¹². Но для лечащих врачей это поведение воспринималось как избыточное и нежелательное, потому что означало их чрезмерную рабочую нагрузку.

Организация здравоохранения (организация лечения)

Если выстраивать приоритеты в работе лечащего врача на амбулаторном уровне, то обобщенно по материалам интервью складывается такая картина. На первом месте по степени важности — не упустить момент, когда пациенту станет необходима госпитализация. На втором — правильно подготовить многочисленные документы, чтобы не было претензий контролирующих органов. И только на третьем — собственно лечение больного. Чтобы объяснить такую иерархию приоритетов, стоит учитывать, что COVID-19 был болезнью, в которой профессиональная самостоятельность врача минимизирована, а груз финансовой и административной ответственности, напротив, повышен.

Здесь было малоприменимо искусство диагностики, она сводилась к анализу ПЦР. Хотя медики рассказывали случаи, когда они определяли для себя признаки болезни, например, при отрицательном экспресс-тесте: «...если он говорит, что болеет четвёртый или пятый день и у него одышка — понятно, что у него коронавирус» (фельдшер СП, женщина, 20–30 лет). До появления экспресс-тестов медики в рамках диагностики больше обслуживали лаборатории, занимаясь забором материала для анализов. Это было особенно трудоёмко и вызывало раздражение в начале пандемии, когда медицинские учреждения были обязаны следить за здоровьем не только инфицированных, но и всех их контактных лиц.

Выбор схемы лекарственного лечения также был ограничен, строго по специальным рекомендациям Минздрава России¹³. Хотя они менялись очень часто и у некоторых вызывали вопросы, отступить

¹² Например, на посвящённой симптомам COVID-19 странице сайта Минздрава России сообщалось: «Важно: Похожие симптомы встречаются у пациентов с ОРВИ или гриппом. При их обнаружении необходимо незамедлительно обратиться к врачу для получения медицинской помощи и исключения коронавируса». URL: <https://covid19.rosminzdrav.ru> (проверено: 10.08.2023).

¹³ Временные методические рекомендации Минздрава России «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». В этот документ неоднократно вносились изменения, таким образом было 18 версий, последняя — от 26.10.2023. URL: https://static-o.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/064/610/original/%D0%92%D0%9C%D0%A0_COVID-19_V18.pdf (проверено: 13.02.2024).

от них было нельзя под угрозой финансовых санкций для больницы. Кроме того, раздача бесплатных лекарств также ограничивала самостоятельность врача: он назначал то, что было в наличии, т. е. то, что закупил региональный орган управления здравоохранением.

«Ну первое, когда началось, так и думали: вирусное заболевание — значит, надо противовирусными. Я помню, что ингавирин назначала. Это помогало. И потом началось — методические рекомендации. Всё строго по методическим рекомендациям, потому что у нас эти [медицинские] карточки проверяли. Там другое напишем, [отличное] от методических рекомендаций, — опять же штраф». (Врач-терапевт СВА, женщина, ок. 30 лет.)

«...а мы, кроме них, и ничего не сможем больше назначить, только на основании рекомендаций. И вот эти ковидные проверки, они [нацелены] именно на рекомендации. <...> Нету тех препаратов, не назначен тот же арбидол — всё, порядки оказания помощи нарушены». (Врач-терапевт, женщина, 50–60 лет.)

«Ну что нам минздрав поставлял, что было в наличии, из того доктора и исходили». (Завотделением, терапевт, женщина, ок. 40 лет.)

Важность момента госпитализации, о которой говорили практически все информанты, работавшие в амбулаторно-поликлиническом звене, связана с тем, что лечение на дому было их непосредственной зоной ответственности, а при госпитализации они ответственность за здоровье пациента с себя снимали. Стресс и сложность были обусловлены тем, что болезнь быстро и непредсказуемо развивалась, и легко было упустить момент, когда пациента нужно отправить в больницу. Для сотрудников скорой помощи таким же стрессом было просто доехать тяжёлых больных до ковидного госпиталя.

«Вся смертность на дому от ковида разбиралась очень жёстко. Там требовали от и до, на дому от ковида человек умереть не должен. Таких было 1–2 случайно промелькнувших. В основном все умирали в специализированных стационарах, ковидных отделениях. Нашей задачей было вовремя госпитализировать, чтобы, не дай бог, человек на дому от ковида не умер». (Замглавврача, женщина, ок. 40 лет.)

«...очень быстро развивается пневмония, и можем быстро потерять [пациента]. Вот это тяжело. Их надо постоянно мониторить, постоянно следить». (Участковый терапевт, женщина, 30–40 лет.)

«Я вот одну бабушку доставляла [в госпиталь]. У неё была температура 75 и давление низкое. Кое-как! Думала, не довезу, молилась по дороге». (Фельдшер СП, женщина, ок. 50 лет.)

Судя по интервью, подготовка дополнительных документов и выполнение внелечебных обязанностей (таких как ежедневный обзвон граждан на карантине, доставка бесплатных лекарств на дом или обход всех домов в селе, чтобы обеспечить явку на вакцинацию) вносили наибольший вклад в увеличение рабочей нагрузки медиков во время эпидемии. В меньшей степени это касалось сотрудников скорой помощи, в большей — участковых терапевтов и фельдшеров на селе.

Общим местом были жалобы информантов на сильную загруженность, на большой поток пациентов во время эпидемии. Однако в процессе разговора выяснялось, что дополнительный труд связан в первую очередь не с самим лечением, а с выполнением бюрократических функций в интересах органов управления здравоохранением. В том числе отдельной ношей было занесение информации о больных и вакцинированных в федеральные электронные реестры, что в речи медиков обычно фигурировало как «забить в реестры».

«Контактными лицами мы тоже занимались. У нас такие стопки огромные лежали больничных, которые надо открыть, — мы не успевали просто». (Врач-терапевт СВА, женщина, 20–30 лет.)

«Вот сейчас мы вспоминали — в феврале 18 ПЦР-тестов сразу положительных одновременно пришло в один день. То есть, представляете, 18 семей. Вот на каждого больного мы заводим лист назначения, лист учёта медикаментов, на каждого пациента заводятся, чем мы лечим, на какой период времени, всё это заводится, в результате 18 листов надо знать-написать, помимо вот этих дневников осмотра. Потом эти же медикаменты надо получить, а потом ещё надо их раздать. Они же к тебе не придут. Вот эта движуха была периодически с 20-го года. У нас как началось с апреля месяца, так мы и летаем как ошпаренные». (Фельдшер ФАП, мужчина, ок. 40 лет.)

Что касается собственно лечения новой коронавирусной инфекции, то, как уже было сказано, у рядовых врачей не было свободы в выборе лекарственных схем, им нужно было следовать методическим рекомендациям Минздрава России. В выборе вакцины они также были ограничены тем, что им централизованно закупали. Поэтому все батальи вокруг поиска эффективной терапии и профилактики, разворачивавшиеся в глобальном медиапространстве, проходили мимо них. Во всяком случае, информанты подчеркивали, что, назначая медикаменты, они просто следовали инструкциям, не вдаваясь в оценку их эффек-

тивности или вреда¹⁴. Подобное отношение демонстрировали медики, которые работали как в амбулаторном звене, так и ковидных госпиталях. При этом некоторые констатировали, что первые схемы лечения были слишком тяжелыми для пациентов и, в общем-то, бесполезными.

«Люди всего этого сожрали ужасно. <...> Вот этот сумамед, который вдруг стал обладать какой-то противовирусной активностью. Как это обнаружили? Ну там 10 человек пролечили, три выздоровело. Господи боже мой, там дозировка такая, от печени что осталось, я не знаю даже. Мы вот всё пробой пера». (Главврач, женщина, ок. 50 лет.)

«Ну как сказать? Из двух зол выбираем наименьшее. То есть если тяжело переносится, ну ничего, потерпит. Всё равно, потому что болячка-то была неизведанная, страшная. Поэтому всё-таки приходилось лечить». (Врач-инфекционист, женщина, ок. 30 лет.)

«Не скажу, что мы не применяли антибиотики, потому что уже, можно сказать, от безысходности, если больной умирает, лежит и уже не знаешь, что с ним делать. <...> Я считаю, что, если организм слабый и он не борется, там хоть какое лекарство не поможет». (Замглавврача, женщина, 50–60 лет.)

В целом лейтмотив высказываний о лекарственной терапии складывался из двух тезисов: 1) неизвестно, что именно помогает против новой инфекции, поэтому приходилось пробовать то, что есть; 2) но за время пандемии терапия усовершенствовалась, стала более эффективной. При этом когда интервьюер пытался уточнить, за счёт чего именно лечение стало более эффективным, часто звучал ответ, что люди в целом стали легче болеть благодаря прививкам и мутации вируса (то есть получалось, что дело не в эффективности медикаментов).

Ресурсное хозяйство (ресурсы для лечения)

В интервью переход от вопросов организации лечения к вопросам ресурсов обычно знаменовал существенную разницу в восприятии информантами пандемии: из предмета сетований и жалоб она превращалась в позитивное явление. И это заметно контрастировало с

¹⁴ Только в одном случае информантка (фельдшер ФАП) поделилась своими наблюдениями насчет того, какая вакцина даёт меньше нежелательных эффектов. Она по своей инициативе и для своего интереса сравнивала «Гам-КОВИД-Вак» и «ЭпиВакКорону», ставила их разным пациентам, когда была возможность.

медийным образом тягот и дефицитов, с которыми столкнулось российское здравоохранение.

Медицинские организации в целом были одними из основных благополучателей от эпидемии, поскольку государство обеспечивало их дополнительными ресурсами на выполнение новых требований и обязательств, связанных с COVID-19. Причём во многом это было снабжение в чистом виде. За исключением раннего периода всеобщего дефицита, региональные органы управления здравоохранением сами закупали и поставляли в подведомственные медицинские учреждения дорогостоящее оборудование, средства индивидуальной защиты и лекарства, которые нужно было выдавать больным. К моменту интервью запасы этих материальных ресурсов стали не особо актуальными. Информанты в больницах с удовольствием демонстрировали нам залежи СИЗов или склад ныне невостребованных ИВЛ, говорили о закупленных лекарствах, которые убрали из новой версии методических рекомендаций Минздрава России, и теперь нужно их куда-то пристраивать или списывать.

Само лечение новой коронавирусной инфекции хорошо оплачивалось из средств обязательного медицинского страхования¹⁵, благодаря чему те больницы, где даже на небольшой срок открывались ковидные стационары, избавлялись от кредиторской задолженности и в целом чувствовали себя в финансовом плане превосходно. В интервью представители руководства ЦРБ так характеризовали два с половиной года борьбы с ковидом: «...период пандемии были для нас одними из самых жирных годов» (главврач, мужчина, 50–60 лет); «финансово он [ковид] нам очень помог» (главврач, женщина, ок. 40 лет, в этой больнице ковидный госпиталь проработал всего один месяц).

В отличие от руководителей ЦРБ, для рядовых медиков были значимы те блага, которые они получали непосредственно. В ресурсном плане эпидемия означала для них непредсказуемые и быстрые заработки. Социально-экономическую природу дополнительного дохода, который получали медицинские работники (это надбавки к зарплате за факт работы с ковидными больными, страховые выплаты за заражение инфекцией на работе, стимулирующие доплаты за проведение вакцинации), сложно определить. На наш взгляд, эти деньги нельзя однозначно назвать прибылью, жалованьем, пособием, рентой или доходом от промысла, и сами информанты не понимали, что это.

¹⁵ По словам председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), в 2021 году стационарное лечение коронавируса обходилось в среднем в 120 тысяч рублей, тогда как средняя стоимость медицинской помощи при госпитализации — 36 тысяч рублей на человека. См.: Гусенко, М. Как дорого обходится лечение больных COVID-19. Российская газета. 03.02.2022. URL: <https://rg.ru/2022/02/03/kak-dorogo-obhoditsia-lechenie-bolnyh-covid-19.html> (проверено: 13.02.2024).

По сути, государство рассматривало самих медиков как кадровый ресурс для борьбы с эпидемией и спонтанно и не всегда продуманно вводило финансовые стимулы, чтобы этот ресурс не истощился. Например, когда был велик страх перед новой инфекцией, за любую работу в «красной зоне» платили большие по меркам российской глубинки деньги: «Это же золотые рудники были» (главврач, мужчина, ок. 50 лет).

Дополнительные выплаты так или иначе были привязаны к факту контакта с ковидным пациентом, хотя правила их получения менялись во времени и различались для разных категорий медработников, а размеры варьировались. С одной стороны, медики в результате рассматривали каждого ковидного больного как дополнительные деньги к своей зарплате, подсчитывая, сколько дней они контактировали с коронавирусом. С другой стороны, эти деньги воспринимались как случайные, и не было какой-то осознанной стратегии их заработка:

«Мы это воспринимали, может, как лотерейный билет, ну есть и есть. Пришли деньги, которые мы уж точно не планировали получать. Будем так исходить из этого. Ну пришли, ну диван купили. Ну дак а что? Это же быт». (Фельдшер ФАП, мужчина, ок. 40 лет.)

По словам информантов, такое восприятие складывалось потому, что, во-первых, правила начисления выплат были непонятны, и сколько точно получишь на руки, сложно было калькулировать. В интервью упоминались конфликтные ситуации, когда медики не смогли получить страховую выплату, потому что не смогли доказать, что заразились именно на работе, или когда получили не ту сумму, которую ожидали, потому что часть их табелей по сменам не приняла бухгалтерия.

Во-вторых, выплаты ощущались как в целом несправедливые с точки зрения соответствия их размера нагрузке и риску. Они провоцировали напряжение и конфликты в трудовых коллективах из-за разницы в зарплатах. Особенно это было заметно там, где открывались ковидные госпитали, но не весь персонал работал в них:

«Сначала они жили в инфекционном отделении, работали вахтами. <...> И две недели на вахте были. Там все кормили, поили всех, жалели, что они там живут. Потом они зарплату получили, все сразу жалеть перестали. <...> Надбавки, получили денежки — очень хорошо, очень многие прикрыли все свои кредиты, ипотеки, все люди. Сумы были дикие. И после тех денег уже работать за простую зарплату, которая сейчас, за которую они всю жизнь работали, люди уже не хотят». (Замглавврача, женщина, 50–60 лет.)

«У нас ещё какое отношение было со стороны руководства: что ковид вам оплачивают. Мы говорили, что мы не успеваем заниматься ковидом, что нам нужно дополнительное время. А нам говорили: вот вам выплачивают деньги, это ваш дополнительный заработок, успевайте как хотите. Хотите — в нерабочее время выезжайте, в пять утра или вечером осматривайте, или в выходные. Вот только из-за этого не хочу работать с ковидными больными». (Участковый терапевт, женщина, 20–30 лет.)

Непознанное/мифы (скрытые, неизученные способы лечения)

Неизвестное или тайное в эпидемии для терапевта — то, что связано со способами лечения — редко оказывалось в фокусе обсуждения в наших интервью. Объяснений этому может быть несколько. Во-первых, само время полевых работ. Во второй половине 2022 года актуальность поиска эффективных способов терапии и профилактики снизилась, а надежды на то или иное новое лекарство или слухи о секретной разработке наслоились и стерлись из памяти. Во-вторых, в целом информанты демонстрировали нежелание углубляться в дискуссии об эффективности препаратов, вакцин, методов диагностики или способов организации медицинской помощи. В-третьих, возможно, в глазах интервьюера медиком хотелось выглядеть профессионалами, которые уверены в том, чем занимаются, и они скрывали какие-то «белые пятна» в своих знаниях о предмете обсуждения.

Вместе с тем при характеристике болезни в разговоре иногда упоминалось то, что в ней самой и в эпидемии осталось много непонятного, ещё не исследованного:

«Некоторые пожилые люди вообще из дома не выходили, но каким-то образом заболели. Тоже загадка. Им даже покушать принесли — на забор вешали. Они к себе никого не подпускали. В итоге всё равно заболели. Как-то странно это, не знаю». (Фельдшер СП, женщина, 20–30 лет.)

«Вот так умирали у нас семьями: мать, сестра, за ней следующая сестра. То есть какая-то генетическая предрасположенность». (Замглавврача, женщина, 50–60 лет.)

«...всё проходило как-то поэтапно и очень сильно напоминало такую, знаете, тренировку. То есть я не говорю о том, что вирус там искусственного происхождения, естественного и прочее, это вопросы немножко не к нам. Но прослеживалась такая абсолютно,

я считаю, значимая тенденция. <...> Вот эпидемия номер один — страшно, мало, очень страшно. Мы научились не бояться. При этом все говорили: болеют только старики, молодые не болеют и всё остальное. Как только мы научились с этим справляться, со своими эмоциями, вирус вдруг поменял всё с точностью до наоборот. <...> Он нам добавил тяжесть молодых, их стало значительно больше, начали болеть дети и начали умирать массово. Болеть стала не та категория, которая была приучена. И мало того что препараты, которые мы используем, они перестали действовать, это всё. То есть корректировку провели именно на наши компетенции профессиональные, которым мы научились в первую волну. Вторая волна закончилась тем, что компетенции к третьей волне стали неактуальны, которые мы получили во второй. [Интервьюер: Почему?] А я не знаю, кто очень умный с этим вирусом работал. Каждую волну, когда мы начинали, все наши компетенции, полученные в предыдущую волну, они к следующей волне были никому не нужны». (Главврач, мужчина, ок. 50 лет.)

В большей степени конспирологический дискурс проявлялся в обсуждении темы, не связанной напрямую с профессиональными компетенциями лечащих врачей, — о происхождении вируса. Тому, как обывательская конспирология совмещается с терапевтической картиной эпидемии, посвящен отдельный раздел далее.

Быт (самолечение)

Бытовые практики самолечения людей без предварительного разрешения и контроля медиков рассматриваются в профессиональной медицинской среде априори как нежелательные, если только сам медик не придерживается идей альтернативной медицины [Крашениникова, 2016]. Однако в контексте коронавирусной эпидемии отношение к самолечению менялось, вероятно вынужденно, поскольку было непонятно, чем лечить болезнь, а врачей для полноценного наблюдения пациентов не хватало.

Конечно, бесконтрольный приём антибиотиков гражданами упоминался в интервью как пример неправильного самолечения. Однако информанты также признавали, что и официально в первое время превентивно лечили антибиотиками тех, кому они были не нужны.

Скорее, было негативное отношение к поведению ковидных больных, которые «затягивали» с обращением в поликлинику или отказывались от госпитализации, надеясь на быстрое выздоровление, но не к практикам самолечения как такового:

«...и самое главное — своевременное назначение лечения, не затянувшееся. Если пациент, допустим, две недели болеет и вызывает через две недели, то тогда уже, конечно, лечить такого было тяжело. Там уже были все осложнения — пневмония и всё, и всё». (Фельдшер, замещает терапевта в поликлинике, женщина, 40–50 лет.)

«Есть, который вообще в 26 лет [умер от ковида], и у кого нет даже хронических заболеваний. Просто они дома сидели. Допустим, неделю болели без медицинской помощи. В последний день решили, что у них, кажется, одышка. Они не могут даже идти или встать». (Врач-терапевт, женщина, ок. 50 лет.)

Наши собеседники отмечали, что на втором-третьем году пандемии многие пациенты, у которых переболели знакомые и родственники, или сами болели по второму разу, уже примерно знали, чем и как лечиться, начинали делать это самостоятельно и довольно грамотно:

«К ним приедешь — они уже начали лечение. В этом году антибиотики уже не принимают. А в 2020 году сами начинали себе уколы ципрофлоксацина ставить... или какие-то народные лечения. Мох исландский все принимают, это сейчас модно, настойки, чеснок, хрен, лук. Потом приходили с обострённым гастритом». (Участковый терапевт, женщина, 20–30 лет.)

Впрочем, если врач был противником стандартного биомедицинского подхода (среди наших информантов был один такой случай), то его позиция в отношении самолечения была изначально положительной. Причём она подразумевала не столько самостоятельный приём противовирусных лекарств по уже известной схеме, сколько особую стратегию заботы о своём организме, которая позволяет избежать и конвенционального лечения, и конвенциональной профилактики:

«И естественный иммунитет лучше, чем прививочный, поэтому лучше переболеть, просто поддерживать организм в такой форме, чтобы он [ковид] проходил легко. То есть очищение организма, много воды, закаливание, витамины и, может быть, какие-то стимуляторы иммунитета, но они должны быть естественного происхождения, ну и нормальное питание, конечно». (Врач общей практики, женщина, ок. 50 лет.)

Совмещение терапевтической картины с обывательской и конспирологической

Вопросы, не входящие в непосредственную зону их компетенции, медики-информанты были склонны обсуждать с использованием понятий, которые в веерной матрице можно отнести к обывательской или конспирологической картине мира. Чаще всего это были размышления о происхождении вируса и личном опыте болезни и вакцинации.

При разговоре с медиками предполагается, что эти люди более глубоко, чем среднестатистические граждане, знают механизмы работы иммунной системы и воздействие вируса на организм человека. Тем не менее в интервью они часто рассуждали в категориях неспециализированного биомедицинского знания, а веры или неверия, и давали такие объяснения, которые сторонники строгого научного взгляда на здоровье человека и биологию в целом сочли бы антинаучными.

Например, информантка говорила о том, что «поверила в силу вакцины», поскольку с прививкой переболела ковидом легко. Одновременно она рассказала, что антитела у неё в принципе не вырабатываются и потому она болела несколько раз:

«У меня организм не запоминает этот ковид. Ему неважно, привитая или не привитая, я уже привитая много раз, ему без разницы. Есть такие люди. У меня организм не вырабатывает иммунитет. Если, допустим, взять обычную болезнь: человек заболел, тут же сдает антитела после того, как переболел, а антител нет! Всё, организм готов тут же снова болеть. Так что на своём опыте могу сказать, что первый раз я заболела до вакцинации, её тогда ещё не было. Вот тогда я потяжелее болела. Второй раз я заболела после вакцинации. Вообще небо и земля — я легко переболела, очень легко. Если в первый раз у меня была пневмония, то во второй раз — ОРВИ, и всё. Не болела, можно сказать, отдохнула. Так что я считаю, что то, что привилась — это, конечно, очень значимо». (Замглаврача, женщина, 40–50 лет.)

Размышления наших информантов о происхождении коронавируса могли основываться на специфическом и даже антинаучном представлении о природе вирусов. Причём они встречались не только у среднего медперсонала, но и, например, у профильного врача-инфекциониста.

В подавляющем большинстве наших интервью медики придерживались версии об искусственном происхождении вируса, которую в научной литературе принято причислять к конспирологическим теориям пандемии [Mheidly, Fares, 2020; Milhazes-Cunha, Oliveira, 2023; Нестик, Дейнека, Максименко, 2020; Прилуцкий, 2020]. Из более чем полусотни информантов только четыре чётко сформули-

ровали, что не разделяют её. Остальные так или иначе либо прямо говорили о бактериологическом или биологическом оружии, либо указывали на факты, которые заставляют их сомневаться в официальной информации о естественном происхождении. Их аргументы были различными:

- **Избирательность действия вируса:** «Переболевшие — повторно болеют. А которые не болели — они не болеют. Есть такие, что вообще не болеют» (медсестра СВА, женщина, 20–30 лет).
- **Необычное «поведение» вируса,** которое, с точки зрения вирусолога, может быть объяснимым и закономерным: «А вообще, как вы думаете, почему всё время мутирует, на одном месте не стоит?» (заведующая ФАП, женщина, ок. 60 лет). «Потому что, учитывая, что на каждом континенте там, в каждой своей области бактерия или вирус, без разницы, — она ведёт себя по-другому в зависимости от климатических условий, атмосферных условий. А этот ковид, когда пошёл по всей стране, он вёл себя абсолютно одинаково. То есть как на севере, так и на юге, независимо от климатических условий. Поэтому тут, конечно, берут всё-таки сомнения, что он где-то взялся в природе сам» (врач-инфекционист, женщина, ок. 30 лет).
- **Высокая прогнозируемость развития эпидемии:** «Его искусственно вывели. Потому что ну как вот начали с июня месяца говорить, что к концу лета будет вспышка. Ну откуда знать, что к концу лета будет? И уже никакие анализы не брали, не исследовали» (заведующая ФАП, женщина, ок. 40 лет). «Ну можно и к такому выводу прийти. Потому что как они прогнозируют то, что к такому-то времени ожидается всплеск? Они откуда знают, когда это будет?» (медсестра СВА, женщина, ок. 50 лет).
- **Неубедительность версии про природное происхождение от летучих мышей:** «Думаю, ну как в природе существовал вот этот вирус? Он должен был бы давным-давно проявиться уже» (акушерка ФАП, женщина, 60–70 лет).

При этом версия об искусственном происхождении вируса была лишена алармизма и сочеталась в речи большинства информантов с утверждением, что этот вирус «с нами навсегда», что он стал «как простое ОРВИ». В концентрированной форме парадоксальная логическая конструкция «это биологическое оружие, но в этом нет ничего страшного» выражена в цитате ниже:

«Я думаю, что вирус искусственно создан, что он да, из разряда оружия бактериологического. Но я считаю, что он уже ассимилировался, он будет мутировать и дальше, и к этому надо спокойно относиться. И каждые полгода мы будем переносить его в новой форме.» (Врач общей практики, женщина, ок. 50 лет.)

Любопытны речевые конструкции, которыми информанты формулировали мнение об искусственном происхождении SARS-CoV-2. Утверждения были обставлены оговорками и оформлены недоска-

занными фразами так, чтобы интервьюер не счёл их суждения слишком категоричными и прямолинейными. Были ссылки на интернет и телевидение как указания на то, что собеседник примкнул к мнению других людей, а не выдумал эту версию. Иными словами, информанты старались не выглядеть как конспирологи:

«Как будто откуда-то выпускают. Кто-то сидит там. Есть ощущение, что кто-то создал, чужие. Все говорят — Китай, Америка». (Фельдшер ФАП, женщина, 50–60 лет.)

«В интернете говорят и пишут, что искусственный он. Сам он не мог так сделаться. Не знаю, я склонен маленько верить, что он искусственный». (Фельдшер приёмного отделения, мужчина, ок. 50 лет.)

«Вы знаете, я не знаю, если телевизор смотрю, может, это и правда, что вот он у нас искусственный». (Медсестра ФАП, женщина, ок. 60 лет.)

«Телевидение смотрим всё время, думаешь иногда... Откуда эти вирусы?» (Фельдшер ФАП, женщина, ок. 60 лет.)

«Ну конечно, тут сомнения есть, что всё-таки он якобы естественным путем. Всё-таки предполагаю, что его искусственно создали». (Инфекционист, женщина, 20–30 лет.)

При этом ключевым был вопрос веры — информанты в конечном итоге говорили о том, верят или нет в ту или иную теорию происхождения вируса:

«Поэтому что-то мне не верится... в теорию природного происхождения». (Акушерка ФАП, женщина, ок. 60 лет.)

«От летучей мыши — я не верю. А вот то, что в лаборатории, — я верю, распылять вот это всё». (Медсестра ФАП, женщина, ок. 60 лет.)

Заключение

Настоящая работа представляет собой попытку описания представлений медиков о коронавирусной пандемии, опираясь на аналитическую схему, заданную веерной матрицей картин мира людей, включённых в эпидемию. Эмпирической базой для описания послужили материалы

качественного социологического исследования — полуструктурированные интервью с врачами и другими медицинскими работниками, проведённые в рамках проекта о влиянии COVID-19 на здравоохранение в малых городах и сельской местности России в 2022 году.

Ограниченность круга информантов накладывает отпечаток на целостность картины, что нужно учитывать, чтобы избежать искажающих обобщений. Тем не менее такой подход представляется более продуктивным, чем применение к высказываниям информантов стандартной рамки «экспертное vs профанное знание» или просто причисление всего, что говорили медики, к экспертному знанию об эпидемии.

В полученной картине коронавирусная эпидемия выглядит довольно специфично. Многие значимые для общества явления в терапевтической картине эпидемии вообще отсутствуют, а угол зрения на другие феномены изменяет их до неузнаваемости.

Между тем речь идёт о представлениях людей, которые, выражаясь языком газет, были на передовой борьбы с ковидом и, казалось бы, лучше других знали, что именно происходит. Полагаем, что эти отличия обусловлены не особым знанием медиков-информантов о новой болезни или их слабой профессиональной подготовкой, а ограниченным фронтом их работы, для которой какие-то явления были непринципиальными или незначимыми, а какие-то, напротив, приобрели особую важность. Этим можно объяснить, в частности, неожиданное появление в интервью приписываемой ковид-скептикам идеи «ковид — это то же ОРВИ», восприятие как «паники» действий населения, которые соответствуют поощряемому государством поведению граждан, или отсутствие дискуссий о наиболее эффективной противовирусной терапии.

Предлагаемый подход также позволяет интерпретировать популярность в медицинской среде версий об искусственном происхождении вируса SARS-CoV-2 (которую в научных публикациях было принято относить к конспирологическим теориям) не невежеством или стрессом информантов, а тем, что изучение и понимание вируса вообще не входит в предмет их профессионального познавательного интереса.

В целом эта работа позволяет показать, что видение эпидемии может отличаться в зависимости от места и роли людей в ней, и усомниться в возможности единственно правильной «научной» картины этого масштабного социального события. А значит — быть более осторожным в его анализе и более вдумчиво подходить к интерпретации тех или иных социальных явлений, связанных с появлением нового вируса и борьбой с ним.

Литература

1. Архипова, А. С., Радченко, Д. А., Козлова, И. В. и др. Пути российской инфодемии: от WhatsApp до Следственного комитета // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2020. № 6. С. 231–265.
2. Завадская, М. А., Соколов, Б. О. Социально-демографические и личностные особенности ковид-скептиков в России // Социодиггер. 2021. Т. 2. № 1-2. С. 47–54.
3. Исупова, О. Г., Рождественская, Е. Ю., Лагерева, А. Е. Ковидный ресентимент в социальных сетях: репертуар мотивированных суждений // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2021. № 5. С. 374–398.
4. Кирзюк, А. А. «У меня нет страха»: ковид-диссиденты в поисках агентности и правды // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2021. № 2. С. 484–509.
5. Козырев, В. А., Черняк, В. Д. Пандемийный год: ракурсы картины мира в зеркале словаря // Русский язык коронавирусной эпохи. Спб.: Ин-т лингвистических исследований РАН, 2021. С. 214–223.
6. Кондратьева, О. Н., Игнатова, Ю. С. Инфодемия: становление нового медиаконцепта // Медиа-лингвистика. 2023. Т. 10. № 4. С. 497–521.
7. Кордонский, С. Г. Верные матрицы как инструмент построения онтологий. Washington DC: South Eastern Publishers. 2011.
8. Кордонский, С. Г., Бардин, В. В. Прикладная герменевтика информационного пространства: картины мира, теоретические онтологии и верные матрицы // Философско-литературный журнал «Логос». 2015. Т. 25. № 3. С. 19–45.
9. Кордонский, С. Г., Бардин, В. В. Картины мира и информационная герменевтика // Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований. 2018. № 3. С. 19–23.
10. Крашенинникова, Ю. А. Корпорации в системе поддержания здоровья // Система поддержания здоровья в современной России: Сборник статей и материалов полевых исследований / Под ред. И. В. Кошкарновой. М.: Страна Оз, 2012. С. 33–139.
11. Крашенинникова, Ю. А. Неформальное здравоохранение. Социографические очерки. М.: Страна Оз, 2016.
12. Мансуров, В. А., Юрченко, О. В. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе // Социологические исследования. 2005. № 1. С. 66–77.
13. Назаров, М. М., Иванов, В. Н., Кублицкая, Е. А. Социальные представления о COVID-19 в условиях нестабильной информационной среды (исследование середины 2021 года) // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология. 2022. Т. 22. № 2. С. 275–290.
14. Нестик, Т. А., Дейнека, О. С., Максименко, А. А. Социально-психологические предпосылки веры в конспирологические теории происхождения COVID-19 и вовлечённость в сетевые коммуникации // Социальная психология и общество. 2020. Том 11. № 4. С. 87–104.
15. Организация первичной медико-санитарной помощи: тенденции и перспективы / С. В. Шишкин, А. А. Алмазов, М. Н. Корнилов, В. И. Шевский, И. М. Шейман; Отв. ред. С. В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2022.
16. Прилуцкий, А. М. Коронавирусная инфекция и религиозные дискурсы медицинской конспирологии // Известия Иркутского государственного университета. Серия Политология. Религиоведение. 2020. Т. 33. С. 108–114.
17. Структурные изменения в здравоохранении: тенденции и перспективы : Докл. к XXIII Ясинской (Апрельской) междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 2022 г. / С. В. Шишкин, И. М. Шейман, В. В. Власов, Е. Г. Потапчик, С. В. Сажина; Отв. ред.

- С. В. Шишкин ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2022.
18. *Темургазина, З. К.* Вспышка, всплеск или волна: как и что мы говорим о коронавирусе // *Неофилология*. 2020. Т. 6. № 24. С. 645–652.
 19. *Abdel Wahed, W. Y., Hefzy, E. M., Ahmed, M. I. et al.* Assessment of knowledge, attitudes, and perception of health care workers regarding COVID-19: A cross-sectional study from Egypt // *Journal of Community Health*. 2020. Vol. 45. P. 1242–1251.
 20. *Baerlocher, M. O, Detsky, A. S.* Professional monopolies in medicine // *JAMA*. 2009. No. 8. P. 858–860.
 21. *Bhagavathula, A. S, Aldhaleei, W. A, Rahmani, J., et al.* Knowledge and perceptions of COVID-19 among health care workers: Cross-sectional Study // *JMIR Public Health Surveill*. 2020. Vol. 6. No. 2. Art. No. e19160.
 22. *Borges do Nascimento, I. J, Pizarro, A. B, Almeida, J. M, et al.* Infodemics and health misinformation: a systematic review of reviews // *Bull World Health Organ*. 2022. Vol. 100. No. 9. P. 544–561.
 23. *Chen, X., Zhang, S. X., Jahanshahi, A. A., et al.* Belief in a COVID-19 conspiracy theory as a predictor of mental health and well-being of health care workers in Ecuador: Cross-sectional survey study // *JMIR Public Health Surveill*. 2020. Vol. 6. No. 3. Art. No. e20737.
 24. *Ejeh, F. E., Saidu, A. S., Owoicho, S., et al.* Knowledge, attitude, and practice among healthcare workers towards COVID-19 outbreak in Nigeria // *Heliyon*. 2020. Vol. 6 No. 11.
 25. *Fotakis, E. A., & Simou, E.* Belief in COVID-19 related conspiracy theories around the globe: a systematic review // *Health Policy*. 2023. Vol. 137. Art. No. 104903.
 26. *Gallotti, R., Valle, F., Castaldo, N. et al.* Assessing the risks of ‘infodemics’ in response to COVID-19 epidemics // *Nature Human Behaviour*. 2020. No. 4, P. 1285–1293.
 27. *Gesser-Edelsburg, A., Zemach, M., Hijazi, R.* Who are the “Real” Experts? The debate surrounding COVID-19 health risk management: An Israeli case study // *Risk Management and Healthcare Policy*. 2021. No. 14. P. 2553–2569.
 28. *Hesaraki, M., Akbarizadeh, M., Ahmadidarrehshima, S., et al.,* Knowledge, attitude, practice and clinical recommendations of health care workers towards COVID-19: A systematic review // *Reviews on Environmental Health*. 2021. Vol. 36. No. 3. P. 345–357.
 29. *Mheidly, N., Fares, J.* Leveraging media and health communication strategies to overcome the COVID-19 infodemic // *Journal of Public Health Policy*. 2020. Vol. 41. P. 410–420.
 30. *Milhazes-Cunha, J., Oliveira, L.* Doctors for the truth: Echo chambers of disinformation, hate speech, and authority bias on social media // *Societies*. 2023. Vol. 13. No. 10. P. 2075–4698.
 31. *Nancarrow, S. A., Borthwick, A. M.* Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce // *Sociology of health and illness*. 2005. Vol. 27. No. 7. P. 897–919.
 32. *Parikh, P. A., Shah, B. V., Phatak, A. G., et al.* COVID-19 pandemic: knowledge and perceptions of the public and healthcare professionals // *Cureus*. 2020. Vol. 12. No. 5.
 33. *Pian, W., Chi, J., Ma, F.* The causes, impacts and countermeasures of COVID-19 “Infodemic”: A systematic review using narrative synthesis // *Information processing & management*. 2021. Vol. 58. No. 6. Art. No. 102713.
 34. *Pizzo, P. A., Spiegel, D., Mello, M. M.* When physicians engage in practices that threaten the nation’s health // *JAMA*. 2021. Vol. 325. No. 8. P. 723–724.
 35. *Rajan, D., Koch, K., Rohrer, K., et al.* Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making // *BMJ global health*. 2020. Vol. 5. No. 5. Art. No. e002655.
 36. *Schonhaut, L., Costa-Roldan, I., Oppenheimer, I., et al,* Scientific publication speed and retractions of COVID-19 pandemic original articles // *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2023. Vol. 46. Art. No. e25.

37. *Shahsavari, S., Holur, P., Wang, T. et al.* Conspiracy in the time of corona: automatic detection of emerging COVID-19 conspiracy theories in social media and the news // *Journal of Computer Social Sciences*. 2020. No. 3. P. 279–317.
38. *Simon, F.M., Camargo, C. Q.* Autopsy of a metaphor: The origins, use and blind spots of the ‘infodemic’ // *New Media and Society*. 2023. Vol. 25. No. 8. P. 2219–2240.
39. *Zarocostas, J.* How to fight an infodemic // *The Lancet*. 2020. Vol. 395. No. 10225. Art. No. 676.

Yulia Krasheninnikova, Simon Kordonsky

Therapeutical Picture of Epidemic: Perceptions of COVID-19 among Russian Primary Medical Care Workers

Yulia Krasheninnikova — candidate of Sciences (PhD) in World History, Expert of the Laboratory for Local Administration, National Research University Higher School of Economics. **Address:** 20 Myasnitskaya Ulitsa, room 237, Moscow, Russian Federation. **E-mail:** jkrasheninnikova@hse.ru.

Simon Kordonsky — candidate of Sciences (PhD) in Philosophical Sciences, Head of the Laboratory for Local Administration, National Research University Higher School of Economics. **Address:** 20 Myasnitskaya Ulitsa, room 309, Moscow, Russian Federation. **E-mail:** kordonsky@hse.ru.

Abstract: The paper discusses the topic of medical workers’ perceptions of COVID-19 epidemic. It is based on the empirical data from semi-structured interviews with physicians and other medical staff. The interviews were conducted in 2022 as part of the field research about the influence of COVID-19 pandemic on medical providers in small towns and countryside in two regions of Russia.

Instead of applying standard dichotomy ‘expert vs lay knowledge’ as a tool for analysis of medical workers’ perceptions, authors use the analytical framework of the fractal matrix table. This fractal matrix table reconstructs different pictures of the world which are attributed to people with specific social roles according to how they participated in the epidemic and what is the subject of their expertise. The therapeutic picture, which reflects how the ideal type of doctor (i.e. person who treats patients) sees the reality, is one of them. This speculative scheme allows to suppose what phenomena exist in the therapeutic picture of COVID-19 epidemic and look for it in the empirical data.

The resulting image of the epidemic may be interpreted as strange, because many phenomena that are significant for society are absent from the therapeutic picture of the epidemic, and the angle of view on other phenomena changes them beyond recognition. The work allows to see that the vision of the epidemic may differ depending on the place and the role of people in it, and to doubt the possibility of the only correct “scientific” picture of this large-scale social event.

Keywords: epidemic, medical workers, COVID-19, people’s perceptions, pictures of the world, fractal matrix table

References

1. *Abdel Wahed, W.Y., Hefzy, E.M., Ahmed, M.I. et al. (2020). Assessment of knowledge, attitudes, and perception of health care workers regarding COVID-19, a cross-sectional study from Egypt // Journal of Community Health. Vol. 45. P. 1242–1251.*
2. *Arkhipova A.S., Radchenko, D.A., Kozlova, I.V., Peigin, B.S., Gavrilova, M.V., Petrov, N.V. (2020). Puti rossiiskoi infodemii: ot WhatsApp do Sledstvennogo komiteta // Monitoring obshchestvennogo mneniya: ehkonomicheskie i sotsial'nye peremeny. No. 6. S. 231–265. (In Russ.)*
3. *Baerlocher, M.O., Detsky, A.S. (2009). Professional monopolies in medicine // JAMA. Vol. 201. No. 8. P. 858–860.*
4. *Bhagavathula, A.S., Aldhaleei, W.A., Rahmani, J., Mahabadi, M.A., Bandari, D.K. (2020). Knowledge and perceptions of COVID-19 among health care workers: cross-sectional study // JMIR Public Health and Surveillance. Vol. 6. No. 2. Art. No. e19160.*
5. *Borges do Nascimento, I.J., Pizarro, A.B., Almeida, J.M., Azzopardi-Muscat, N., Gonçalves, M.A., Björklund, M, Novillo-Ortiz, D. (2022). Infodemics and health misinformation: a systematic review of reviews // Bulletin of the World Health Organization. Vol. 100. No 9. P. 544–561.*
6. *Chen, X., Zhang, S.X., Jahanshahi, A.A., Alvarez-Risco, A., Dai, H., Li, J., Ibarra, V.G. (2020). Belief in a COVID-19 conspiracy theory as a predictor of mental health and well-being of health care workers in Ecuador: cross-sectional survey study // JMIR Public Health and Surveillance. Vol. 6. No. 3. P. Art. No. E20737.*
7. *Ejeh, F.E., Saidu, A.S., Owoicho, S., Maurice, N.A., Jauro, S., Madukaji, L., Okon, K.O. (2020). Knowledge, attitude, and practice among healthcare workers towards COVID-19 outbreak in Nigeria // Heliyon. Vol. 6. No. 11. Art. No. E05557.*
8. *Fotakis, E.A., Simou, E. (2023). Belief in COVID-19 related conspiracy theories around the globe: a systematic review // Health Policy. Vol. 137. Art. No. 104903.*
9. *Gallotti, R., Valle, F., Castaldo, N. et al. (2020). Assessing the risks of 'infodemics' in response to COVID-19 epidemics // Nature Human Behaviour. Vol. 4. No. 12. P. 1285–1293.*
10. *Gesser-Edelsburg A., Zemach M., Hijazi R. (2021). Who are the "real" experts? The debate surrounding COVID-19 health risk management: an Israeli Case Study // Risk Management and Healthcare Policy. Vol. 14. P. 2553–2569.*
11. *Hesaraki, M., Akbarizadeh, M., Ahmadidarrehshima, S., Moghadam, M. Izadpanah, F. (2021). Knowledge, attitude, practice and clinical recommendations of health care workers towards COVID-19: a systematic review // Reviews on Environmental Health. Vol. 36. No. 3. P. 345–357.*
12. *Isupova, O.G., Rozhdestvenskaya, E.Y., Lagereva, A.E. (2021). Kovidnyi resentment v sotsial'nykh setyakh: repertuar motivirovannykh suzhdenii // Monitoring obshchestvennogo mneniya: ehkonomicheskie i sotsial'nye peremeny. No. 5. S. 374–398. (In Russ.)*
13. *Kirziuk, A.A. (2021). «U menya net strakha»: kovid-dissidenty v poiskakh agentnosti i pravdy // Monitoring obshchestvennogo mneniya: ehkonomicheskie i sotsial'nye peremeny. No. 2. S. 484–509. (In Russ.)*
14. *Kondratieva O.N., Ignatova Yu.S. (2023). Infodemiya: stanovlenie novogo mediakontsepta // Medialingvistika. Vol. 10. No. 4. S. 497–521. (In Russ.)*
15. *Kordonsky, S., Bardin, V. (2018). Kartiny mira i informatsionnaya germeneytika // Teleskop: zhurnal sotsiologicheskikh i marketingovykh issledovaniy. No. 3. S. 19–23. (In Russ.)*
16. *Kordonsky, S., Bardin, V. (2015). Prikladnaya germeneytika informatsionnogo prostranstva: kartiny mira, teoreticheskie ontologii i veernye matritsy // Filosofsko-literaturnyi zhurnal «LogoS». No. 25. S. 19–45. (In Russ.)*

17. *Kordonsky, S.* (2011). *Veernye matritsy kak instrument postroeniya ontologii*. Washington DC: South Eastern Publishers. (In Russ.)
18. *Kozyrev, V. A., Chernyakh, V. D.* (2021). *Pandemiinyi god: rakursy kartiny mira v zerkale slovary* // *Russkii yazyk koronavirusnoi ehpokhi* / *Otv. red. M.N. Priemysheva*. Sankt-Peterburg: Institut lingvisticheskikh issledovaniy RAN. S. 214–223. (In Russ.)
19. *Krashennnikova, Yu.A.* (2012). *Korporatsii v sisteme podderzhaniya zdorov'ya* // *Sistema podderzhaniya zdorov'ya v sovremennoi Rossii* / *S.G. Kordonskii i dr.; pod red. I.V. Koshkarovoi*. M.: Strana Oz. S. 33–139. (In Russ.)
20. *Krashennnikova, Yu.A.* (2016). *Neformal'noe zdavookhranenie. Sotsiograficheskie ocherki*. M.: Strana Oz. (In Russ.)
21. *Mansurov, V.A., Yurchenko, O.V.* (2005). *Perspektivy professionalizatsii rossiiskikh vrachei v reformiruyushchemsya obshchestve* // *Sociologicheskie issledovaniya*. No. 1. S. 66–77. (In Russ.)
22. *Mheidly, N., Fares, J.* (2020). *Leveraging media and health communication strategies to overcome the COVID-19 infodemic* // *Journal of Public Health Policy*. Vol. 41. No. 4. P. 410–420.
23. *Milhazes-Cunha, J., Oliveira, L.* (2023). *Doctors for the truth: echo chambers of disinformation, hate speech, and authority bias on social media* // *Societies*. Vol. 13. № 10. P.226.
24. *Nancarrow, S.A., Borthwick, A.M.* (2005). *Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce* // *Sociology of Health & Illness*. Vol. 27. No. 7. P. 897–919.
25. *Nazarov, M. M., Ivanov V. N., Kublitskaya E. A.* (2022). *Sotsial'nye predstavleniya o COVID-19 v usloviyakh nestabil'noi informatsionnoi sredy (issledovanie serediny 2021 goda)* // *Vestnik Rossiiskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Sotsiologiya*. Vol.. 22. No. 2. S. 275–290. (In Russ.)
26. *Nestik, T.A., Deineka, O.S., Maksimenko, A.A.* (2020). *Sotsial'no-psikhologicheskie predposylki very v konspirologicheskie teorii proiskhozhdeniya COVID-19 i вовлеченност' v setevye kommunikatsii* // *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo*. Vol. 11. No. 4. S. 87–10. (In Russ.)
27. *Organizatsiya pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi: tendentsii i perspektivy* (2022). // *Doklady k XXIII Yasinskoj (Aprel'skoj) mezhdunar.nauch. konf. po problemam razvitiya ehkonomiki i obshchestva*. / *Otv. red. S.V. Shishkin*. M.: Izd. dom Vyshei shkoly ehkonomiki. (In Russ.)
28. *Parikh, P.A., Shah, B.V., Phatak, A.G., Vadnerkar, A.C., Uttekar, S., Thacker, N., Nimbalkar, S.M.* (2020). *COVID-19 pandemic: knowledge and perceptions of the public and healthcare professionals* // *Cureus*. Vol.12. No. 5.
29. *Pian, W., Chi, J., Ma, F.* (2021). *The causes, impacts and countermeasures of COVID-19 “Infodemic”: A systematic review using narrative synthesis* // *Information Processing & Management*. Vol. 58. No. 6. P. Art. No. 102713.
30. *Pizzo, P.A., Spiegel, D., Mello, M.M.* (2021). *When physicians engage in practices that threaten the nation's health* // *JAMA*. Vol.325. No. 8. P. 723–724.
31. *Prilutskii A.M.* (2020). *Koronavirusnaya infektsiya i religioznye diskursy meditsinskoj konspirologii* // *Izvestiya Irkutskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya Politologiya. Religiovedenie*. Vol.. 33. S. 108–114. (In Russ.)
32. *Rajan, D., Koch, K., Rohrer, K., Bajnoczki, C., Socha, A., et al.* (2020). *Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making* // *BMJ Global Health*. No. 5. Art. No. E002655.
33. *Schonhaut, L., Costa-Roldan, I., Oppenheimer, I., Pizarro, V., Han, D., Díaz, F.* (2023). *Scientific publication speed and retractions of COVID-19 pandemic original articles* // *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 46. Art. No. E.25.

34. *Shahsavari, S., Holur, P., Wang, T. et al. (2020). Conspiracy in the time of corona: automatic detection of emerging COVID-19 conspiracy theories in social media and the news // Journal of Computational Social Science. No. 3. P. 279–317.*
35. *Simon, F.M., Camargo, C. Q. (2023). Autopsy of a metaphor: The origins, use and blind spots of the 'infodemic' // New Media & Society. Vol. 25. No. 8. P. 2219–2240.*
36. *Strukturnye izmeneniya v zdravookhraneni: tendentsii i perspektivy (2022). // Doklady k XXIII Ya-sinskoj (Aprel'skoi) mezhdunar.nauch. konf. po problemam razvitiya ehkonomiki i obshchestva. / Otv. red. S.V. Shishkin. M.: Izd. dom Vysshei shkoly ehkonomiki. (In Russ.)*
37. *Temirgazina Z. K. (2020). Vspyshka, vsplesk ili volna: kak i chto my govorim o koronavi-ruse // Neo-filologiya Vol. 6. No. 24. S. 645–652. (In Russ.)*
38. *Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic // The Lancet. Vol. 395. No. 10225. P. 676.*
39. *Zavadsкая, M. A., Sokolov, B. O. (2021) Sotsial'no-demograficheskie i lichnostnye osobennosti kov-id-skeptikov v Rossii // Sotsiodigger. Vol.. 2. No. 1-2. S. 4754. (In Russ.)*