

Народы и пространства

Социальные болезни в отражении периодической печати: по материалам «Уральского медицинского журнала» (1928–1931)

Константин Кузьмин

**Social diseases according to the publications
of «Ural medical journal» (1928–1931)**

Konstantin Kuzmin

*(Ural Federal University named after the First president of Russia B.N. Yeltsin;
Sverdlovsk regional medical college, Yekaterinburg, Russia)*

DOI:

В 1920–1930-х гг. в СССР происходило становление системы государственного здравоохранения, призванной обеспечить бесплатность, общедоступность и квалифицированность предоставляемой помощи, а также, как официально заявлялось, единство медицинской науки и практики¹. Несмотря на долгую историю изучения этого процесса следует отметить неравномерность внимания исследователей к тем или иным регионам страны. Так, пока не получили достаточно полного освещения вопросы развития больничной и амбулаторно-поликлинической сети, масштабов распространённости инфекционных заболеваний и вызванной ими смертности населения применительно к Уралу. Следует отметить рост количества публикаций на эти темы в последние годы². Однако представляется, что до сих пор недостаточно используется информационный потенциал различных видов источников. Один из важнейших среди

© 2025 г. К.В. Кузьмин

¹ Затравкин С.Н. Вишленкова Е.А. Принципы советской медицины: история создания // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. № 28. С. 491–498.

² Журавлëва В.А. Причины смерти городского населения Урала в 1920–1930-х гг. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Сер. Социально-гуманитарные науки. 2009. № 32(165). С. 10–15; Чащин А.В. Эпидемиологическая обстановка на Урале в 1930-е гг. // Исторические исследования в Сибири: проблемы и перспективы. Сборник материалов III региональной молодёжной научной конференции. Новосибирск, 2009. С. 211–216; Ажигулова А.И. Эпидемические заболевания в оренбургской деревне, повлиявшие на демографическое положение населения в 1930-е гг. // Клио. 2016. № 3. С. 124–128; Островкин Д.Л. Развитие советской системы здравоохранения на Урале в 1917–1941 гг. Дис. ... канд. ист. наук. Екатеринбург, 2017; Ажигулова А.И., Кукаева Д.К. Эпидемическая обстановка и роль санитарного просвещения населения Южного Урала в 1920–30-е гг. // Современные исследования социальных проблем. Т. 10. 2018. № 1–2. С. 12–26; Островкин Д.Л. Медицинское положение Уральской области в конце 1920-х – начале 1930-х гг. // Урал индустриальный. Бакунинские чтения: индустриальная модернизация России в XVIII–XXI вв. Материалы XIII всероссийской научной конференции. Т. 2. Екатеринбург, 2018. С. 122–129; Островкин Д.Л. Организация борьбы с туберкулёзом на Урале в 1920–1930-е гг. // Россия, Запад, Восток: диалог культур и цивилизаций. Сборник научных трудов международной научно-практической конференции. Стерлитамак, 2018. С. 90–93; Островкин Д.Л., Попов М.В. Вестник Удмуртского университета. Сер. История и филология. Т. 28. 2018. Вып. 1. С. 109–115; Уваров С.Н. Социальные болезни в Удмуртии и борьба с ними в 1920-е годы // Социальные аспекты здоровья населения. 2024. № 70. С. 14.

них — печатные издания. С их помощью предполагалось объединить усилия медработников и общественности. Среди самых влиятельных региональных изданий своего времени следует отметить «Уральский медицинский журнал» (УМЖ), издававшийся в Свердловске в 1928—1931 гг. и предназначавшийся для широких кругов читающей публики. Он продолжил традиции дореволюционной периодики, в частности выпускавшихся в 1891—1915 гг. «Записок Уральского медицинского общества в г. Екатеринбурге». Всего вышло 15 выпусков журнала (включая сдвоенные номера): № 1 и 2 в 1928 г., № 3—9 в 1929 г.; № 1, 2—3, 4, 5—6, 7—8 в 1930 г., № 1—2 в 1931 г. Его ответственными редакторами являлись руководители региональной медицины: заведующие Уральским областным отделом здравоохранения (облздравом) И.С. Белостоцкий и К.А. Коновалов, заместитель заведующего В.И. Величкин. Тираж издания составлял 1 тыс. экземпляров.

В данной статье на основе публикаций УМЖ (статьи, заметки, отчёты) предполагается реконструировать историю борьбы с «социальными болезнями», которые в рассматриваемый период приобрели особую актуальность. Это, во-первых, болезни, вызванные условиями труда, жизни и быта, прежде всего туберкулёз лёгких («чахотка»), передававшийся воздушно-капельным и/или воздушно-пылевым путём, во-вторых, венерические болезни, спровоцированные патологиями социального поведения: сифилис («люэс») и гонорея («триппер»). Рассказчиками «историй» выступали организаторы здравоохранения, врачи и научные сотрудники облздрава, туберкулёзных и венерологических диспансеров и других учреждений, работавшие в Уральской обл. на рубеже 1920—1930-х гг.

«Борьбой за здоровый быт мы победим туберкулёз!». В возваннии УМЖ «Ко всем врачам и другим работникам здравоохранения Уральской области» (октябрь 1928 г.) указывалось на необходимость изучения «основных факторов социальной патологии заболеваемости уральского населения» посредством приобщения к обсуждению вопросов общественного и индивидуального оздоровления медиков и актива (городских советов, комиссий оздоровления труда и быта, советов социальной помощи и др.)³. Следует заметить, что область, образованная в результате административной реформы 1923 г. путём слияния Пермской, Екатеринбургской, Челябинской и Тюменской губерний, охватывала территорию в 1,8 млн кв. км с населением почти 7,8 млн человек (1931). Она состояла из 16 округов (Верхне-Камского, Златоустовского, Ирбитского, Ишимского, Коми-Пермяцкого, Кунгурского, Курганского, Пермского, Сарапульского, Свердловского, Тагильского, Тобольского, Троицкого, Тюменского, Челябинского, Шадринского), включавших в себя в общей сложности 210 районов⁴.

Судить о масштабах распространённости туберкулёза в области позволяют статистические данные (см. рис. 1). Заметна ярко выраженная сезонность: «пики» приходятся, как правило, на январь и март, «спады» — на сентябрь каждого года. Отчасти они подтверждают данные современных исследователей⁵.

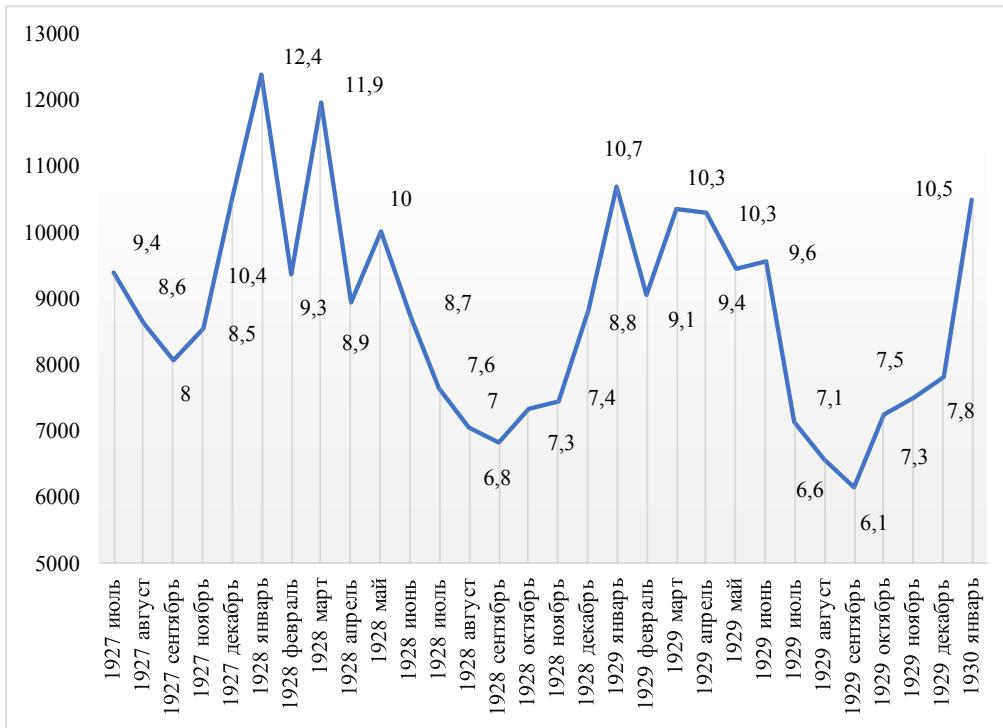
³ Ко всем врачам и другим работникам здравоохранения Уральской области // Уральский медицинский журнал. 1928. № 1. С. 3—4.

⁴ Материалы по районированию Урала: список районов Уральской области (на 31 июля 1924 года). Т. 1. Вып. 2. Екатеринбург, 1924.

⁵ Отмечается, что наивысшие показатели заболеваемости приходятся на январь—февраль (что соответствует субклиническим формам туберкулёза, выявляемым при профилактических ос-

Рисунок 1

**Распространённость туберкулёза лёгких, июль 1927 г. – январь 1930 г.,
тыс. случаев**



Составлено по: Заразная заболеваемость по округам Уральской области // Уральский медицинский журнал. 1928. № 1–2; 1929. № 3–9; 1930. № 1–6.

Заболеваемость на Урале была выше, чем в среднем по РСФСР: если по республике в 1926 г. она составила 78,7 случая на 10 тыс. населения, то по области – 180, достигая в Свердловском округе 252, а по самому Свердловску – 792 случаев⁶. В 1928 г. показатель снизился до 150 случаев (107,5 тыс. больных)⁷; в 1929 г. – до 139,7 (104,6 тыс.)⁸.

Облздрав принимал меры по снятию остроты проблемы: число туберкулёзных диспансеров за период с 1925/26 по 1927/28 хозяйственный год выросло в 1,5 раза (с 12 до 18), а количество коек – в 2,3 раза (с 190 до 435). Но и этого

мотрах), а наименьшие – на сентябрь (см., например: Стерликов С.А., Кучерявая Д.А., Русакова Л.И., Казыкина Т.Н. Роль сезонных факторов в заболеваемости туберкулёзом и смертности от него // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. № 2. С. 12–33).

⁶ Сафонович В. Контрольные цифры по здравоохранению на 1928–29 год // Уральский медицинский журнал. 1928. № 2. С. 10.

⁷ Курдов И.К. Обзор деятельности учреждений здравоохранения на Урале в 1928 году // Уральский медицинский журнал. 1929. № 9. С. 13.

⁸ Курдов И.К. Заразные болезни в Уральской области в 1929 году // Уральский медицинский журнал. 1930. № 5–6. С. 124.

оказалось недостаточно: по подсчётом заведующего статистического подотдела облздрава И.К. Курдова, в 1928 г. койки для туберкулёзных больных составляли только 1% общего коечного фонда, а на 1 тубдиспансер в среднем приходилось по 30 коек⁹. Согласно плану первой пятилетки к 1932/33 хозяйственному году предполагалось увеличить количество тубдиспансеров до 30, число коек в них – до 1214, а также создать 800 дополнительных «восстановительных» коек в «дневных» и «ночных» санаториях. Однако потребность в медицинской помощи – как в стационарной, так и в амбулаторной – не удовлетворялась. По данным Величкина, в 1927 г. в области насчитывалось более 110 тыс. больных лёгочным туберкулёзом (156 случаев на 10 тыс. населения), что требовало, как минимум, 2900 годовых больничных коек¹⁰. По мнению заведующего областным показательным тубдиспансером в Свердловске М.Н. Карнаухова, в 1926 г. для изоляции и лечения больных открытой формой туберкулёза недоставало 9276 коек, а по итогам реализации плана первой пятилетки к 1932/33 г. «мы не будем иметь и половины нормальной тубсети» (тогда как только в одном Свердловске требовалось не менее 1170 коек)¹¹. Острота проблемы усиливалась нехваткой койкоемест в специализированных санаториях, куда больных направляли для долечивания. В 1927 г. эти учреждения смогли принять 922 человека, в 1928 г. – 1581¹², что, конечно, не соответствовало масштабам бедствия.

О распространённости туберкулёза среди самых широких слоёв городского населения, в том числе и социально благополучных, свидетельствовали отчётные данные Свердловского тубдиспансера за 1923–1927 гг. Из 450 поступивших на лечение пациентов умер 121 (26,9%); почти две трети случаев заболевания отмечались у мужчин (284; 63,1%); самой уязвимой являлась возрастная группа 21–40 лет (344; 76,4%). При этом треть больных (146; 32,4%) относилась к категории промышленных рабочих, ещё столько же (148; 32,8%) – служащих, остальные 156 (34,8%) – к «прочим» (из них 74 – безработные и лица неопределённых профессий и 59 – домохозяйки)¹³. Наивысшие показатели отмечались в промышленных округах области: в Свердловском – 234 случая на 10 тыс. населения, Верхне-Камском – 204, Златоустовском – 179, Тагильском – 168, Пермском – 143; из сельскохозяйственных округов выделялись Челябинский (196) и Ирбитский (153 случая). Что касается городов, то в Свердловске выявили 4257 больных (каждый 30-й горожанин), в Перми – 3 818 (каждый 26-й), в Челябинске – 4 680 (каждый 22-й)¹⁴.

Впрочем, учёт больных не всегда оказывался точен. Зачастую амбулатории регистрировали на первичных картах не только новые случаи, но и повторные обращения; более того, больной из одного врачебного участка, обращаясь в другой, учитывался там как обратившийся за помощью впервые. Лучше учёт наладили в тубдиспансерах, но, будучи малочисленными, они охватывали лишь

⁹ Курдов И.К. Сеть учреждений здравоохранения на Урале в 1928 году // Уральский медицинский журнал. 1929. № 8. С. 25.

¹⁰ Величкин В.И. К вопросу о пятилетнем плане уральского здравоохранения (продолжение) // Уральский медицинский журнал. 1929. № 5. С. 13–14.

¹¹ Карнаухов М.Н. Борьба с туберкулёзом в разрезе пятилетки (к вопросу о пересмотре перспективного плана Уральского здравоохранения) // Уральский медицинский журнал. 1929. № 9. С. 23.

¹² Курдов И.К. Обзор деятельности учреждений здравоохранения на Урале в 1928 году. С. 9.

¹³ Карнаухов М.Н. О пределах трудоспособности при лёгочном туберкулёзе // Уральский медицинский журнал. 1928. № 2. С. 64–65.

¹⁴ Курдов И.К. Заразные болезни в Уральской области в 1929 году. С. 124.

ограниченный круг жителей (в основном города — центры округов и их ближайшие окрестности).

Наибольшее распространение туберкулёт имел среди рабочих текстильной промышленности. По сведениям врача Свердловского НИИ профзаболеваний В.П. Луканина, в 1925 г. в среднем на 100 работников 1-й Уральской суконной фабрики им. И.И. Кутузова (Арамиль) приходилось 22 его случая (по нетрудоспособности потеряно 640 дней). Причём «хрипы в лёгких, одышка и кашель с увеличением пребывания на фабрике начинают до такой степени беспокоить рабочих, что они сравнительно ещё в цветущем возрасте покидают фабрику»¹⁵. По результатам медицинского осмотра рабочих, проведённого в июле 1928 — январе 1929 г. заведующим Полёвским врачебным участком А.М. Манаковым, на медеплавильном заводе поражение дыхательных органов составило 55% всех выявленных заболеваний (в том числе у 4% больных обнаружен «несомненный туберкулёт», а ещё 14% сочли «подозрительными на туберкулёт»). В целом различные поражения лёгких имели 66,6% рабочих рафинировочного цеха, 58,3% рабочих «ватержакета» (медеплавильных шахтных печей) и 50,8% рабочих конвертерного цеха. Во всех цехах большая часть поражений дыхательных органов приходилось на 20—29-летних. На химическом заводе поражение дыхательных органов составило 71,8% (в том числе «несомненный туберкулёт» у 9,8% и подозрение на него — у 15,2%). Различные проявления «лёгочной поражённости» обнаружились у 92% рабочих паяльного цеха, 76% в сернокислотном, 64,2% в сульфатном и купоросном. Большинство поражений пришлось на 30—39-летних¹⁶.

Жертвами туберкулёза становились и медработники. По результатам профосмотра 413 служащих Пермской окружной больницы и прикреплённых к ней лечебных учреждений, проведённого в 1925 г. штатным ординатором клиники нервных болезней Пермского медицинского института А.А. Печёркиным, «лёгочные» болезни выявили у 38% (в том числе туберкулёт — у 10,6%). От туберкулёза в основном страдали мужчины: среди врачей — 21,8%, среднего медперсонала (фельдшеры, братья милосердия) — 23,5%¹⁷. По данным врача Уральского областного показательного тубдиспансера А.М. Ефмана, на 100 медработников области в 1927 г. приходилось 202,1 дня нетрудоспособности «по туберкулёзу». Наибольшим рискам подвергался административно-хозяйственный и технический персонал — соответственно 477,9 и 260 дней; наименьшим — врачи (84,9) и аптекарские работники (122,4 дня)¹⁸.

Очень высоки в Уральском регионе по сравнению со среднероссийскими были показатели смертности: по данным Карнаухова, в 1928 г. она составляла 29 случаев на 10 тыс. населения (12,3% смертей от всех причин). В этом плане Уральская обл. уступала только Вятской губ. (32,7 случая) и Дальнему Востоку (29,8); для сравнения в том же году в Нижне-Волжском районе зафиксиро-

¹⁵ Врач Луканин. К вопросу о кониических пневмосклерозах и их лечении у рабочих текстильщиков // Уральский медицинский журнал. 1928. № 2. С. 80.

¹⁶ Манаков А.М. Медосмотр производственных рабочих химического и медеплавильного заводов в Полёвском заводе // Уральский медицинский журнал. 1929. № 6. С. 110—111.

¹⁷ Печёркин А.А. К вопросу о заболеваемости медицинских работников // Уральский медицинский журнал. 1929. № 6. С. 136.

¹⁸ Ефман А. Заболеваемость медицинских работников гор. Свердловска // Уральский медицинский журнал. 1928. № 2. С. 164.

вали 22,8, в Ленинграде – 21,6, а в Москве – 14,9 таких случаев¹⁹. Нередко отмечалась скоротечность чахотки: среди больных, находившихся на лечении в Свердловском тубдиспансере, продолжительность жизни с момента выявления заболевания и постановки диагноза до смерти составляла в 21–30-летнем возрасте в среднем 10 месяцев, в 31–40-летнем – 11 месяцев, свыше 40 лет – 13 месяцев; у безработных – 8 месяцев, инвалидов – 8,5, домохозяек – 9, служащих – 12,5 месяцев²⁰.

О состоянии противотуберкулёзной работы на местах ярко повествуют отчёты врачей, проводивших обследования постановки санитарного дела в окружных центрах Урала. Так, начальник областной санинспекции В.С. Серебренников, описывая состояние медицинской помощи «туберкулёзникам» в Кизеле, замечал, что «вся работа... отложена до открытия в новом здании тубдиспансера», при этом больные «идут на общий амбулаторный приём, и нет даже зародыша специально профилактических мероприятий»²¹. Неслучайно, по свидетельству студента-медика К.К. Белкина, проходившего в 1924–1928 гг. практику в Тобольске, «туберкулёзных больных мы избегаем лечить, посылая их всех в тубдиспансер, и нам приходится иметь дело [с ними] только в тех случаях, когда они прикованы к постели»²².

В последующем «долечивании» больных в санаториях господствовал «классовый подход», на что журнал обращал особое внимание: «Социальный состав больных на курортах Урала должен быть изменён в направлении повышения процента рабочих и крестьян»²³. Заведующий Чебаркульским туберкулёзным санаторием Г.С. Шапшал свидетельствовал: среди поступивших в 1927 г. на лечение 1103 больных рабочие составили 70,08%, служащие – 24,2, инвалиды – 2,21, домохозяйки – 1,09, безработные – 1,22, учащиеся – 1,22%. 974 человек (88,3%) выписали с клиническим улучшением, 115 (10,4%) – «без перемен», 14 (1,3%) – с ухудшением, смертельных случаев не зафиксировано. При всём этом более трети прибывших на лечение по профсоюзным путёвкам оказались «нетуберкулёзными» (т.е. «практически и клинически» здоровыми), так как «соответствующий профсоюз, заполучив по развёрстке путёвки... не имел достаточно показанных кандидатов и потому направлял относительно показанных или вовсе не показанных»²⁴. Конечно, имелась возможность отправиться на долечивание в санаторий за свой счёт, например, в Троицкий кумысолечебный район, но стоимость 40-дневного курса там составляла 178 руб.²⁵, тогда как среднемесячная зарплата рабочего в промышленности – 59 руб.²⁶

¹⁹ Карнаухов М.Н. Борьба с туберкулёзом в разрезе пятилетки... С. 21.

²⁰ Карнаухов М.Н. О раннем распознавании скоротечной чахотки // Уральский медицинский журнал. 1929. № 3. С. 30.

²¹ Серебренников В.С. Здравоохранение в г. Кизеле (по материалам обследования) // Уральский медицинский журнал. 1928. № 2. С. 21.

²² Белкин К.К. Пункт помощи на дому в г. Тобольске за 3½ года (с 1/XII-1924 г.) // Уральский медицинский журнал. 1929. № 6. С. 39.

²³ Курдов И.К. Обзор деятельности учреждений здравоохранения на Урале в 1928 году. С. 14.

²⁴ Шапшал Г.С. Чебаркульский тубсанаторий Уральской областной страховой кассы // Уральский медицинский журнал. 1929. № 5. С. 104.

²⁵ Курорты Уральского санаторно-курортного управления // Уральский медицинский журнал. 1929. № 4. Предпоследняя страница шмуттитула.

²⁶ Фельдман М.А. Материально-бытовое положение рабочих Урала в 1929–1941 годах // Magistra Vita: электронный журнал по историческим наукам и археологии. 2002. № 1. С. 34–50.

С другой стороны, достигнутый при лечении больных положительный эффект (в частности, за счёт применения искусственного пневмоторакса – введения воздуха в плевральную полость для создания коллапса («выключения из работы») поражённого лёгкого) по возвращении их домой нередко утрачивался, поскольку «на местах врачебно-контрольные комиссии или здравотделы не всюду предоставляли им возможность поездки... в ближайшие тубдиспансеры и больницы»²⁷. Серебренников с горечью отмечал: «Очень часто внимание сосредоточивается на повышении качества специальной медицинской помощи больному внутри диспансера, и их (диспансерных работников. – К.К.) влияние за стенами своего учреждения почти не чувствуется». Что же касается «вспомогательных» учреждений (туберкулёзных санаториев, «детских» и «взрослых» кабинетов, диагностических отделений, диетических столовых и проч.), то их катастрофически не хватало. В начале 1929 г. на всю область насчитывалось семь санаториев на 369 коек, но только три из них – для больных лёгочным туберкулёзом (в том числе два взрослых на 135 и один детский на 20 коек); диагностические отделения имелись лишь в 11 тубдиспансерах из 21, педиатрические кабинеты – в девяти, хирургические кабинеты – в двух (Пермь и Свердловск). Насчитывалось шесть дневных детских санаториев (в Ирбите, Кургане, Нижнем Тагиле, Перми, Свердловске и Троицке), 16 «ночных» санаториев для взрослых и две диетические столовые (99 мест). При этом диспансеры таких крупных окружных центров, как Златоуст, Тобольск, Троицк, Тюмень, Усолье и Челябинск, диагностических отделений не имели, в Ишиме и Тобольске отсутствовали ночные санатории для взрослых²⁸. В результате для многих больных, даже прошедших своевременное лечение и последующее долечивание, диагноз « чахотка » означал смертный приговор (об этом свидетельствовали отчёты врачей о ходе наблюдения за пациентами, время от времени размещавшиеся на страницах журнала²⁹).

Распространению « чахотки » способствовали условия жизни и быта уральцев. Так, в отчёте санитарного врача А.А. Грацианова о состоянии школ Шадринска отмечалось, что из 15 проверенных учреждений только в двух имелась приточная и вытяжная вентиляция. В остальных для проветривания открывались форточки, но дети редко покидали душные и пыльные помещения: «Ни площадок, ни игр на свежем воздухе нет ни в одной школе, и физкультура не нашла для себя применения ни в одной из них. Школьные кухни, как правило, не имеют вентиляции, и чад большинства из них смешивается с и без того тяжёлым воздухом классных помещений». Царила грязь и неухоженность («мытьё полов производится только один раз в неделю, а в остальные дни – сухая уборка, и пыль в это время стоит невероятная»), отсутствовали умывальные комнаты («при всех школах 1-й ступени примитивные железные умывальники, обычно установленные в коридорах, в раздевальнях и даже в классах»), централизованное либо собственное водоснабжение («собственных источников водоснабжения нет на школьных усадьбах, а если и имеются, то пользоваться водой из них с питьевыми целями невозможно»), канализация («при железнодорож-

²⁷ Шапшал Г.С. Указ. соч. С. 104.

²⁸ Серебренников В.С. На очередные темы // Уральский медицинский журнал. 1929. № 7. С. 27.

²⁹ Яковлев А.И. Случай газовой эмболии в момент наложения искусственного пневмоторакса // Уральский медицинский журнал. 1929. № 7. С. 55–57.

дорожной школе холодные отхожие места имеются... тогда как во всех остальных школах таковые во дворах»³⁰).

Неслучайно II областной научный съезд врачей, прошедший в Екатеринбурге 2–8 февраля 1930 г., в резолюции по докладу Н.И. Иванова «Эпидемиологические особенности Урала» отметил «неблагополучие» Урала в отношении ряда заболеваний – «паразитарных тифов, кишечных инфекций, оспы, туберкулёза», связав их распространение «с неблагоустройством наших городов и рабочих посёлков, недостатком жилой площади, плохим водоснабжением, низким культурным уровнем населения и недостаточностью медико-санитарной сети»³¹. В решении съезда отмечалась необходимость создания в Свердловске научно-исследовательского Туберкулёзного института (открыт на базе тубдиспансера в марте 1931 г.).

В то же время тема туберкулёза в начале 1930-х гг. стала постепенно исчезать со страниц журнала. Публикации, посвящённые организационным проблемам лечения больных и комплексному анализу масштабов заболеваемости, уступали место описанию частных случаев врачебной практики (например, особенностей применения искусственного пневмоторакса³², диетических методов лечения³³ и т.п.). Объяснялось это взятым в конце 1920-х гг. курсом на «сокращение» отчётности по туберкулёзу с целью демонстрации успехов социалистического строительства в сфере здравоохранения. Так, тюменские врачи Д.М. Аронов и В.Я. Миллер, проведя анализ причин заболеваемости рабочих спичечно-фанерной фабрики «Пламя» и отметив, что с 1925/26 по 1928/29 хозяйственный год снижение показателей лёгочной заболеваемости составило 37%, а сокращение дней временной нетрудоспособности по туберкулёзу – 82% (с 63,3 до 10,7 дня на 100 работающих), констатировали, что «резкое уменьшение заболеваемости с утратой трудоспособности произошло в результате устранения каких-то дополнительных вредных субъективных и объективных местных факторов», а именно запрещения врачам амбулаторий выдавать больничные листки (их теперь мог выписывать только тубдиспансер). При медицинском освидетельствовании, проведённом авторами статьи, из 70 длительно и часто болевших рабочих «действительно больными» оказались менее половины (33 человека, из них 23 женщины и 10 мужчин), а 37 (31 женщина и 6 мужчин) «заподозрены в агравации» – сознательной или бессознательной склонности к преувеличению значимости болезненных симптомов³⁴.

«Причина венерических болезней – преступное легкомыслие!». Не менее сложными оказались вопросы борьбы с сифилисом и гонореей. Масштабы их распространённости представлены на рис. 2. Заметно отсутствие выраженных сезонных подъёмов или спадов, за исключением ежегодных январских пиков, связанных, по всей видимости, с ослаблением социального и индивидуально-

³⁰ Грацианов А.А. Санитарное состояние школ г. Шадринска // Уральский медицинский журнал. 1929. № 8. С. 68–69.

³¹ Основные решения 2-го областного научного съезда врачей // Уральский медицинский журнал. 1930. № 2–3. С. 123.

³² Шапшал Г.С., Папышева Е.Л. Опыт применения искусственного пневмоторакса в Чебаркульском тубсанатории Уралстражхоксы // Уральский медицинский журнал. 1930. № 4. С. 48–53.

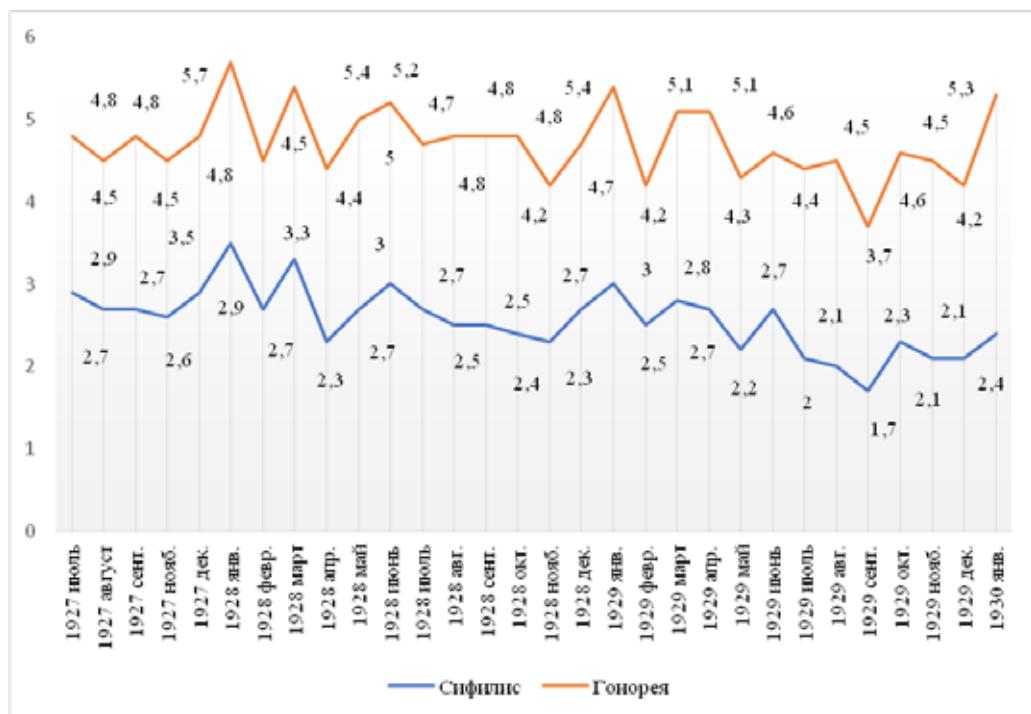
³³ Троицкий Н.А. Диететический метод лечения туберкулёза // Уральский медицинский журнал. 1930. № 4. С. 94–98.

³⁴ Аронов Д.М., Миллер В.Я. Изучение причин повышенной заболеваемости рабочих спичечно-фанерной фабрики «Пламя» // Уральский медицинский журнал. 1930. № 4. С. 69.

го контроля за половым поведением в период новогодних и рождественских празднеств, например, под влиянием «горячительных напитков».

Рисунок 2

Заболеваемость сифилисом и гонореей (июль 1927 г. – январь 1930 г.),
тыс. случаев



Составлено по: Заразная заболеваемость по округам Уральской области // Уральский медицинский журнал. 1928. № 1–2; 1929. № 3–9; 1930. № 1–6.

Представления о «дурных болезнях» поражают как приверженностью шарлатанским методам их «исцеления», так и откровенно наплевательским отношением к «половому» здоровью. Так, П.Д. Юшков, руководивший в летние месяцы 1927 и 1928 гг. работой венерологических отрядов в Гаинском и Кочевском, а также части Кудымкарского района (Ленинский сельсовет) Коми-Пермяцкого округа, свидетельствовал: «Лучшим средством против сифилиса считается “биль” (раствор сулемы), её пьют в самогоне. Триппер лечат вкапыванием в уретру медного купороса, внутрь назначается “биль”. Особой популярностью пользуется захарье – бывший военный санитар; он лечит от всех болезней и к нему обращаются за помощью даже из соседних районов»³⁵. При этом захари вольно или невольно способствовали распространению бытово-

³⁵ Юшков П.Д. Венерические болезни среди пермяков // Уральский медицинский журнал. 1929. № 6. С. 89.

го сифилиса. Врач кожно-венерологического отделения Пермской железнодорожной больницы Г.Н. Гнузев писал: «Была обнаружена и доставлена вместе с дочерью в Пермь “бабка” – источник заражения нашего больного, вылизавшая у него глаз. Обе оказались больными цветущим сифилисом... Тот факт, что больной М., имея в 12-ти верстах амбулаторию, куда он мог доехать с первым поездом, всё же обращается за помощью к “бабке”, ещё раз говорит, что и приближение медицинской помощи к населению без одновременного культурного воспитания нашей деревни, в частности без санпросветработы, ещё не даёт достаточного успеха в борьбе с бытовым сифилисом»³⁶.

Масштабы заболеваемости среди сельского населения по тем временам относительно невелики: венотряд Юшкова обследовал 10 324 человек и выявил 115 случаев сифилиса (1,1% от общего числа), в том числе 18 – у детей до 16 лет. Наибольшее количество больных (62; 53,9%) находилось на третьей, самой запущенной (нелеченой или недостаточно пролеченной) стадии заболевания, характеризующейся, как правило, тяжёлыми гуммозными поражениями с образованием некротических язв. К такому исходу вело, в частности, активное применение «били», приводившее не только к ртутному отравлению, но и к переходу заболевания в латентную (скрытую) форму, в результате чего «многие годы спустя, “подлеченные” таким образом случаи переходят в гуммозный, часто “увечающий”, выводящий из строя сифилис»³⁷.

Заведующий Уинским врачебным участком Кунгурского округа А.И. Раськин, анализируя годичные результаты работы местного венотряда, отмечал, что удалось выявить 621 случай сифилиса (1,8% общей численности населения, включая детей), из них 491 (79%) относился к категории «запущенного» заболевания, протекавшего в латентной форме и/или с гуммозными проявлениями. Но эти данные неполны, так как «несмотря на точные инструкции – направлять всех подозрительных на сифилис в больницу – некоторые больные оставались подолгу дома, подлечиваясь кое-как и заражая других... Один из фельдшеров, теперь уволенный, форменно укрывал некоторых больных, делая им тайком инъекции салицилово-кислой ртути»³⁸. С другой стороны, при венерологическом осмотре 1690 человек, проведённом «лечебно-обследовательским отрядом» в июле–августе 1928 г. в семи сельсоветах Кондинского района Тобольского округа, оказалось, что «венериков всего 71 чел[овек]» (4,2% от всех осмотренных), из них 50 больных сифилисом³⁹. Тот же отряд Юшкова, выехавший во второй половине лета 1928 г. в Сивинский район Пермского округа, при осмотре 3 760 крестьян выявил среди них 6,5% заражённых сифилисом, а в Красно-Верещагинском районе Пермского округа – 3,7%. Фиксировались «гнёзда сифилиса»: в одной из деревень Ленинского сельсовета, состоявшей из девяти хозяйств, больных нашли в шести семьях, в то время как в соседних деревнях таковых не оказалось.

Сифилис распространялся как бытовым путём («виновниками... являются не только общая посуда, общая кружка для браги на помочах и т.п., но и сохранившийся до последнего времени обычай кормить поочерёдно в каждой

³⁶ Гнузев Г.Н. Первичные склерозы века // Уральский медицинский журнал. 1929. № 3. С. 36.

³⁷ Юшков П.Д. Венерические болезни среди пермяков. С. 94.

³⁸ Раськин А.И. Год работы венотряда на участке // Уральский медицинский журнал. 1929. № 6. С. 142.

³⁹ Васильев Н. Работа венотряда в Кондинском районе Тобольского округа (с 20 мая по 20 сентября 1929 года) // Уральский медицинский журнал. 1930. № 1. С. 105.

избе сельских пастухов»), так и половым. Последний в основном наблюдался в браке («мужья, заразившись в городах, на фронте, инфицируют своих жён»⁴⁰). Однако отмечались и случаи «деревенской» проституции: отряд Раськина установил 44 таких женщины, из них 9 занимались своим «ремеслом» на постоянной основе («по материальной нужде»); остальные же — «от случая к случаю и без больших экономических устремлений». Как бы то ни было, все обследованные оказались больны: 15 — сифилисом (в том числе девять — ещё и гонореей), 29 — только гонореей. При этом «легкомыслие и распущенность молодёжи в отношении половой жизни поразительны. В селе Аспе, например, живут половой жизнью почти все подростки с 15–16 лет, и там отмечен случай, когда к одной батрачке, заведомо заразившей многих триппером, в одну ночь пришло 5–6 чел[овек] молодых парней (изрядно пьяных), несмотря на то что их настойчиво отговаривали нарочно стоявшие на дороге, пострадавшие ранее, товарищи»⁴¹. Руководитель работавшего в мае–сентябре 1929 г. в Кондинском районе Тобольского округа венотряда Н. Васильев замечал: «Девицы и юноши начинают половую жизнь с 14 лет почти обязательно, а иногда и с 12 лет, причём имеются случаи сожительства дочери с отцом, сына с матерью. Вообще лёгкий взгляд на половую связь в этих местах способствует распространению вензаболеваний. Так, например, в Шаймском с[ель]совете парочке в любое время дня и ночи предоставляют помещение, отказывать не принято»⁴². Естественно, росту заболеваемости способствовало и неумеренное потребление алкоголя — как «официального» (казённых вина и водки), так и «домашнего» (броги и самогона): «Алкоголизм развит, пьют даже женщины и подростки»⁴³; «процветают самогоноварение и пьянство, борьба с которыми никем почти не ведётся»⁴⁴.

Значительно большее распространение имела гонорея (в основном в запущенной, хронической форме, с продолжительностью заболевания более двух месяцев), которой заражались «почти исключительно» половым путём. Из 7478 взрослых (старше 16 лет), обследованных отрядом Юшкова, «триппер» нашли у 353 (4,7%), в том числе у 180 мужчин и 173 женщин⁴⁵. Венотряд под руководством венеролога Пермского медицинского института В.И. Казакова, обследовавший зимой 1929 г. население 15 сёл Больше-Сосновского и Ленинского районов Пермского округа, выявил гонорею у 75 из 215 мужчин (34,9%) и у 99 из 360 женщин (27,5%). Основными переносчиками считались мужчины, которые «часто выезжают в соседние сёла, города... Обычно мужчина, заразившись гонореей, лечится неправильно и неаккуратно у фельдшера или собственным средством. Стоит только прекратиться выделениям из мочеиспускательного канала, как лечение прекращается». При этом серьёзной болезнью гонорею не считали: женщины объясняли её появление тяжёлыми физическими нагрузками («надсадом»), а «большинство как мужчин, так и женщин, [хотя и] слышали о венерических болезнях от товарищей или товарок, но имеют о них лишь самое смутное представление. “Резачка” считается невинной болезнью и, в большинстве случаев, “лечится своими средствами”». Положение

⁴⁰ Юшков П.Д. Венерические болезни среди пермяков. С. 91–92.

⁴¹ Раськин А.И. Год работы венотряда на участке. С. 145.

⁴² Васильев Н. Указ. соч. С. 108.

⁴³ Юшков П.Д. Венерические болезни среди пермяков. С. 89.

⁴⁴ Васильев Н. Указ. соч. С. 111.

⁴⁵ Юшков П.Д. Венерические болезни среди пермяков. С. 90.

осложнялось тем, что «санпросветработы в деревнях не производится почти никакой, в некоторых сёлах имеются санброшюрки, но они лежат на медпунктах или в избах-читальнях, почти никем не читаемы... В некоторых больших сёлах в кооперативах мне приходилось отмечать наличие презервативов, но, как и следовало ожидать, они “не в моде” у крестьян. Кроме того, они дороги»⁴⁶.

Основная работа по выявлению больных, их первичному лечению и перенаправлению в тяжёлых и хронических случаях в вендинспансеры легла на венотряды, деятельность которых на рубеже 1920–1930-х гг. достигла пика. Объяснялось это отсутствием квалифицированных врачей не только в сельской местности, но и в городах. Например, в 1928 г. на весь Верхне-Камский округ площадью 70 тыс. кв. км и населением 215,6 тыс. человек, проживавших в 1376 населённых пунктах (в том числе 18 городах), приходилось семь гинекологов и один венеролог. Кожно-венерических коек в больницах не было вовсе, и больные с разными заразными заболеваниями содержались совместно⁴⁷.

Венотряды направлялись в отдалённые и малонаселённые местности (как правило, в летнее время). Так, Васильев рассказывал, что его отряд (врач и фельдшер), выехав 20 мая 1929 г. из Тобольска в Кондинский район, до 20 сентября проделал путь длиной в 4036 км, в том числе 1900 км на пароходе, 2061 км в лодке («очень часто приходилось ночевать... на ходу, чтобы выиграть время и не останавливаться ночевать в селениях»), 43 км пешком по болотам («медикаменты и инвентарь были переброшены носильщиками в так называемых пайвах – мешках из бересты») и 32 км верхом. С 29 июня по 6 сентября удалось обследовать 1891 жителя трёх сельсоветов: Шаймского (отряд находился там 38 дней), Сатыгинского (16 дней) и Леушинского (16 дней) – «в местах, где не только медработника, но вообще никакого культурного человека не было», а до ближайшего медпункта – «от 200 до 600 вёрст». Помимо непосредственного выявления «венериков» (несмотря на удалённость «от цивилизации» даже в такой глухи выявили 15 случаев сифилиса и 117 – гонореи; при этом «население очень... добивалось узнать фамилии больных, чтобы выселить их»), отряд проводил общелечебную работу, сделав 1726 посещений на дому (выявлено 63 случая дизентерии, 26 – коклюща, 36 – трахомы, 146 – глистных заболеваний «вследствие употребления сырой рыбы и мяса» и др.), и проведя оспопрививание (322 вакцинации и 1079 ревакцинаций), а также снабдил «не-которые крайне отдалённые от медпункта селения аптеками первой помощи»⁴⁸.

В городах и заводских посёлках распространённость внебрачных связей и доступность «интимных развлечений» сделала половой путь в распространении венерических заболеваний основным. Заведующий венерологическим пунктом посёлка Челябинские копи (нынешний Копейск) Б.Г. Пузыревский свидетельствовал: «Проституции в современном понимании... здесь не имеется, но есть чрезвычайная лёгкость взглядов на половую жизнь. Половая связь после краткого знакомства довольно частое явление. Поражают частые случаи многожёнства. Наряду с одной “официальной” женой имеют несколько

⁴⁶ Казаков В.И. Материалы к изучению вопроса о сельской гоноррее // Уральский медицинский журнал. 1929. № 6. С. 98–99.

⁴⁷ Курдов И.К. Здравоохранение в В.-Камском округе // Уральский медицинский журнал. 1929. № 5. С. 20.

⁴⁸ Васильев Н. Указ. соч. С. 105–106, 109.

“неофициальных”, проживающих иногда в одной квартире»⁴⁹. Вообще наличие брачных союзов нисколько не останавливало распространение болезни: 56% пациентов вендинспансера составляли женатые и замужние. «Брак уже не страхует от опасности заражения, — констатировал врач по поводу “венеризации семьи”. — Наоборот... отмечается ясно выраженная тенденция снижения заражаемости холостыми и нарастания — женатыми. Если раньше холостяки составляли главный контингент венерических больных, то... в связи с раскрепощением брака снизился и возраст вступающих в брак, сократился до минимума холостяцкий период, а вместе с тем снизился и процент заражений холостых»⁵⁰.

В этих условиях неудивительно, что среди зарегистрированных за два года работы 244 случаев сифилиса (2% всего населения посёлка) только 25 (как правило, у детей) вызывались бытовыми условиями (ещё в 45 путь заражения выяснить не удалось). Гонорея же, за исключением заболевших ею детей (как правило, по причине «совместного спанья с больной матерью»), распространялась исключительно половым путём (зарегистрировано 516 случаев — 4,3% населения)⁵¹.

Лёгкость случайных связей (80,5% мужчин и 56% женщин начали половую жизнь до 19 лет) сочеталась с безграмотностью в вопросах интимной жизни и половой гигиены, а также легкомысленным отношением к лечению. Неслучайно заведующий Центральной амбулаторией Пермской железной дороги Г.С. Вершов отмечал, что во время санитарно-просветительских лекций слушатели часто задавали вопросы как «о чувствах» (например, что такое любовь и как от неё избавиться; почему полюбится тот, а не иной человек; почему тянет именно к нему, хотя и знаешь, что другой лучше), так и по «венеризму» (можно ли заболеть вторично; как болезнь скажется на потомстве и проч.). Некоторые вопросы были «такого интимного свойства, что совершенно лишали возможности ответить на них “гласно”, а потому этим товарищам предлагалось зайти в тот или иной кабинет и от врача получить ответ. Но... ни разу никто (выделено в тексте. — К.К.) к врачу за ответом не приходил»⁵².

По данным анкетирования, среди 2317 больных мужчин, обратившихся в Пермский вендинспансер, 42% вообще не знали о существовании венерических болезней; среди женщин доля «санитарно-безграмотных» достигала 77% (732 из 949). 44% мужчин и 29% женщин ранее обращались к врачам, но впоследствии «лечились неаккуратно» из-за отсутствия времени и средств либо искренне считая себя «уже здоровыми». При этом женщины редко обращались за медицинской помощью в первичной стадии и сравнительно чаще — с более поздними проявлениями сифилиса (в силу особенностей строения их половых органов твёрдый шанкр долгое время оставался незаметным)⁵³. Немалую опасность представляли «спирохетотрегеры» — носители скрытого рецидивного сифилиса, сохранявшие иллюзию здоровья⁵⁴. Профессор Пермско-

⁴⁹ Пузыревский Б.Г. Два года работы венпункта среди шахтёров (Челябинские копи) // Уральский медицинский журнал. 1930. № 2–3. С. 99.

⁵⁰ Ревzon М.Я. Материалы к изучению венеризма в гор. Перми // Уральский медицинский журнал. 1930. № 7–8. С. 100.

⁵¹ Пузыревский Б.Г. Указ. соч. С. 100.

⁵² Вершов Г.С. Опыт санпросветработы в условиях амбулаторной обстановки // Уральский медицинский журнал. 1930. № 2–3. С. 111.

⁵³ Ревzon М.Я. Указ. соч. С. 100, 104.

⁵⁴ Юшков П.Д. К характеристике сифилиса башкир // Уральский медицинский журнал. 1929. № 9. С. 75–78.

го медицинского института М.А. Розентул отмечал: «Сифилисом и гонорреей можно болеть и служить источником заражения окружающих, не зная того, не подозревая о своей болезни... Человек, считающий себя здоровым, далеко нередко оказывается больным сифилисом или гонорреей»⁵⁵.

Порой на этой почве разыгрывались драматические истории. Мотовилихинский венеролог А.М. Аминев рассказал о пациентке, обратившейся за лечением гонореи заднего прохода. При расспросе удалось выяснить причину заболевания: муж сообщил, что болен гонореей, только после свадьбы, при этом нигде и никак не лечился. Через несколько месяцев супружеской жизни он стал настаивать на совершении полового акта через задний проход и через рот, «уверяя, что так живут все, но упорно это скрывают». Измученная «дурной болезнью» женщина вняла уговорам врача и, «несмотря на всю свою привязанность» к мужу, подала на него в суд. После долгого разбирательства того приговорили к трём годам тюремного заключения за умышленное заражение венерической болезнью и понуждение к вступлению в половую связь. Пострадавшая попыталась обжаловать приговор, посчитав его слишком суровым, но «не могла найти ни одного защитника, который бы взялся за это дело, так как все его считали совершенно безнадёжным в смысле смягчения наказания»⁵⁶.

В крупных сёлах и заводских посёлках основная тяжесть борьбы с заболеваниями и санитарно-просветительской работы среди малограмотного населения легла на венерологические пункты. Вот как вспоминал о начале работы в пункте посёлка Челябинские копи Пузыревский: «Прибыв... в ноябре 1926 г., я занялся выявлением венерических больных. Никакого учёта их на участке не было. Застал одного больного с острой гонореей, который за ширмой, в общей перевязочной, сам себе делал спринцевания. Пришлось за одним столом, в одной и той же комнате (другой не было), совместно с врачом общего приёма, принимать больных по всем специальностям, постепенно вылавливая больных венерическими болезнями... Трудность усугублялась тем, что каждому, кто ни начинал лечиться, не давали нигде прохода и покоя как венбольному. Больные чрезвычайно стеснялись и продолжали избегать лечения». И всё же подвижнические усилия врача не пропали даром: за два года работы он осмотрел свыше 6,3 тыс. человек (в том числе повторно). Ежемесячно проверялись торговцы, служащие кооператива, парикмахеры, кустари-маслоделы, работники столовой и детских яслей, школьники, а также женщины, проживавшие в бараках и общежитиях (по инициативе последних); обязательному освидетельствованию подлежали мужчины, устраивавшиеся на работу на шахту⁵⁷.

В целом по области только в 1928 г. венотряды и венпункты приняли 19 тыс. больных, сделавших 135,5 тыс. посещений. Дополнительно обследовали 56,7 тыс. человек, среди которых обнаружили 1,9 тыс. «венериков». Кроме того в окружных городах открывались вендинспансеры — их число с 1925/26 по 1927/28 хозяйственный год увеличилось почти в 1,5 раза (с 12 до 17). Только в 1928 г. они приняли на обследование 73,8 тыс. человек (732,3 тыс. посещений). Удалось впервые выявить 34,6 тыс. больных кожными и мочеполовыми болезнями и 26,2 тыс. «венериков»; последних оказалось на 38,3% меньше по

⁵⁵ Розентул М.А. По поводу статьи д-ра И.К. Курдова «Обзор деятельности учреждений здравоохранения на Урале в 1928 году» // Уральский медицинский журнал. 1930. № 1. С. 19.

⁵⁶ Аминев А.М. К вопросу о половых извращениях в свете современного законодательства // Уральский медицинский журнал. 1929. № 7. С. 58–59.

⁵⁷ Пузыревский Б.Г. Указ. соч. С. 99, 102.

сравнению с 1927 г., что свидетельствовало об ослаблении распространения венерических болезней⁵⁸. Общеобластные данные подтверждались информацией с мест. Так, за три года работы Сарапульского вендинспансера (февраль 1927 – январь 1930 г.) прошли обследование 18 912 человека, из которых диагноз подтвердился только у 3 110 (16,7%, в том числе с сифилисом – 1 608, гонореей – 1 433, мягким шанкром – 69). В то же время по-прежнему обнаруживались «гнёзда» болезней: при обследовании в 1930 г. 90 работниц льняного завода Фокинского района у 21 (23,3%) диагностировали гонорею, «причём до момента осмотра ни одна из них совершенно не лечилась»⁵⁹.

Следует заметить, что в то время процесс излечения от «дурной болезни» представлял собой весьма мучительную процедуру, чреватую развитием осложнений. Из-за дефицита менее опасного для здоровья сальварсана, как правило, применялись препараты, изготовленные на основе ртути (ртутные мази и внутримышечные инъекции) и висмута (байохинол). Они приводили к развитию дерматитов, стоматитов, гингивитов, нефропатий и поражений желудочно-кишечного тракта (колики, тяжёлые язвенные поражения). Много нареканий вызывало качество препаратов: по свидетельству Пузыревского, они влекли за собой «массовые осложнения... причём все меры предосторожности... соблюдались: производились измерения температуры, обследовалось общее состояние здоровья, переносимость препарата, производилась неоднократная стерилизация препаратов»⁶⁰.

Всё это, конечно, не вызывало желания лечиться и способствовало распространению запущенных форм заболеваний. Осложняли ситуацию слабое развитие сети диспансерных учреждений, дефицит квалифицированных медицинских кадров, трудности распространения медицинских и гигиенических знаний. В 1929 г. в Уральской обл. было зарегистрировано 29 140 больных сифилисом и 56 331 – гонореей (как первичных, так и прошлых лет); распространённость сифилиса сократилась с 68 случаев на 10 тыс. населения в 1924 г. до 39 в 1929 г. (на 42,6%), гонореи же, напротив, выросла – с 48,8 до 75,2 случаев (на 54,1%). Приведённые показатели опережали средние по РСФСР, где в 1928 г. заболеваемость сифилисом составляла 32, а гонореей – 28,9 случаев на 10 тыс. населения⁶¹.

Наибольшая заболеваемость отмечалась в Свердловском (50,5 случаев сифилиса и 111,3 случаев гонореи на 10 тыс. человек), Курганском (70,4 и 110,9), Пермском (47,2 и 88,2) и Златоустовском (60,2 и 78,6) округах. Наименьшая – в Коми-Пермяцком (18,3 и 57), Кунгурском (18,7 и 50,7) и Ирбитском (21,9 и 55,6). Наибольшая распространённость сифилиса, по данным на 1928 г., наблюдалась в окружных городах: Свердловске – 1 525 случаев (1,1% всего населения), Перми – 1 262 (1,5%), Златоусте – 479 (2,3%), Челябинске – 470 (0,8%), Шадринске – 412 (1,5%). Крайней неравномерностью отличались показатели госпитализации больных. При среднеобластном показателе 10,3–11,5% чаще всего сифилитиков помещали в вендинспансыры в Челябинском (34% всех заболевших), Коми-Пермяцком (25,5%), Ирбитском и Шадринском (по 20%) округах; реже – в Верхне-Камском (4,2%), Тюменском (3%), Златоустовском

⁵⁸ Курдов И.К. Обзор деятельности учреждений здравоохранения на Урале в 1928 году. С. 9.

⁵⁹ Космодамианский Г.И. К характеристике заболеваемости венерическими болезнями в быв. Сарапульском окр. Уралобласти // Уральский медицинский журнал. 1931. № 1–2. С. 33.

⁶⁰ Пузыревский Б.Г. Указ. соч. С. 101.

⁶¹ Курдов И.К. Заразные болезни в Уральской области в 1929 году. С. 124–126.

(2%) и Троицком (0,3%). Указанные диспропорции объяснялись в первую очередь нехваткой стационарных учреждений, что создавало риски распространения сифилиса и локальных вспышек заболеваемости. В связи с этим по плану первой пятилетки к 1932/33 хозяйственному году планировалось увеличение числа диспансеров с 17 до 28, отрядов – с 4 до 8, пунктов – с 10 до 24. Количество больничных коек должно было вырасти с 433 в 1927 г. до 692. Для борьбы с проституцией планировалось открытие трёх «лечебно-трудовых» профилакториев (в Свердловске, Перми и Челябинске), рассчитанных на 150 человек⁶². II областной научный съезд врачей подтвердил необходимость создания в Свердловске научно-исследовательского Венерологического института (открыт в декабре 1931 г. на базе городского вендинспансера)⁶³.

Однако начиная с 1930 г. тема венерических болезней, как и « чахотки », постепенно «заглохла». Из последних номеров УМЖ исчезли критические статьи о работе учреждений здравоохранения и деятельности венотрядов. На их место пришли «менее опасные» заметки, посвящённые общим проблемам распространённости сифилиса и гонореи и методам их лечения⁶⁴. «Старые» врачебные кадры, «сгущавшие краски» и не учитывавшие «духа новой эпохи», попали под огонь критики. «Научные объединения врачей должны быть достойны Большого Урала, – писал Карнаухов, – но для этого им необходимо... чтобы вся методическая работа проходила ударными темпами в порядке социалистического соревнования. В соцсоревнование войдёт применение методовialectического материализма в научно-исследовательской работе, разработка форм учёта эффективности мероприятий по здравоохранению и учёта достижений в отношении научно-практической работы научных и лечебно-профилактических учреждений, подготовка кадров и т.д.»⁶⁵.

Вскоре, в условиях начавшейся «борьбы за генеральную линию партии, борьбы против всяких антиленинских уклонов в медицине»⁶⁶, любые попытки критического анализа «социальных болезней» стали вызывать обвинения в очернительстве, классово чуждом советскому здравоохранению. Под напором новых веяний фактически прекратилась деятельность Уральского медицинского общества и Уральской научной ассоциации врачей, а после выхода сдвоенного выпуска за 1931 г. (№ 1–2) без объяснения причин закрыли и УМЖ; его следующий номер увидел свет 70 лет спустя – в 2001 г.

На рубеже 1920–1930-х гг. на смену эпидемиям, порождённым эпохой военных и революционных потрясений, пришла волна «социальных болезней» – « чахотки », « люэса », « триппера », – заболеваемость которыми на Урале держалась на высоком уровне. При этом, если рост числа заражений « чахоткой » провоцировался условиями труда, жизни и быта уральского населения, то благоприятную базу для «венеризма» создавали отсутствие в народе элементарных представлений о половой гигиене, доступность случайных интимных связей и наплевательское отношение к собственному здоровью, а также позднее обра-

⁶² Величкин В.И. Указ. соч. С. 8.

⁶³ Основные решения 2-го областного научного съезда врачей... С. 123.

⁶⁴ Протокол первой научной конференции врачей курорта «Озеро Горькое» 28 июня 1930 года // Уральский медицинский журнал. 1930. № 5–6. С. 156–158.

⁶⁵ Карнаухов М.Н. Уральские научные ассоциации МСТ в реконструктивный период // Уральский медицинский журнал. 1930. № 4. С. 104.

⁶⁶ Лурье А. К перевыборам научной ассоциации врачей гор. Свердловска // Здравоохранение на Урале. 1932. № 1. С. 5.

щение за квалифицированной медицинской помощью и шарлатанские методы лечения. Для борьбы с этими болезнями выстраивалась система специализированных амбулаторно-поликлинических учреждений (туберкулёзных диспансеров и санаториев, венерологических отрядов, пунктов и диспансеров), расширялись география и масштабы медицинских осмотров, налаживалась подготовка кадров врачей и среднего медперсонала, велась санитарно-просветительская работа. Авторы «Уральского медицинского журнала» — практикующие врачи и организаторы местного здравоохранения — описывали эту трудную деятельность и привлекали внимание общественности как к её удачам, так и к недостаткам. Они выступали не просто в роли бесстрастных рассказчиков историй, живописующих социальные пороки, но как люди неравнодушные, искренне сочувствовавшие страданиям жертв подчас неизлечимых болезней. Как следствие журнал являлся не только научным, но и публицистическим изданием, следя миссии по вовлечению в обсуждение вопросов оздоровления труда и быта как специалистов-медиков, так и широкой общественности. Прекращение его издания на заре новой политico-экономической эпохи привело к тому, что публичное обсуждение «социальных болезней» перешло в разряд запретных тем, оказавшихся за «закрытыми дверями» и осложнив мобилизацию населения на борьбу с ними.