

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 Журавлёва 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 предназначенный 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 облздора, 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 воззвании 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.

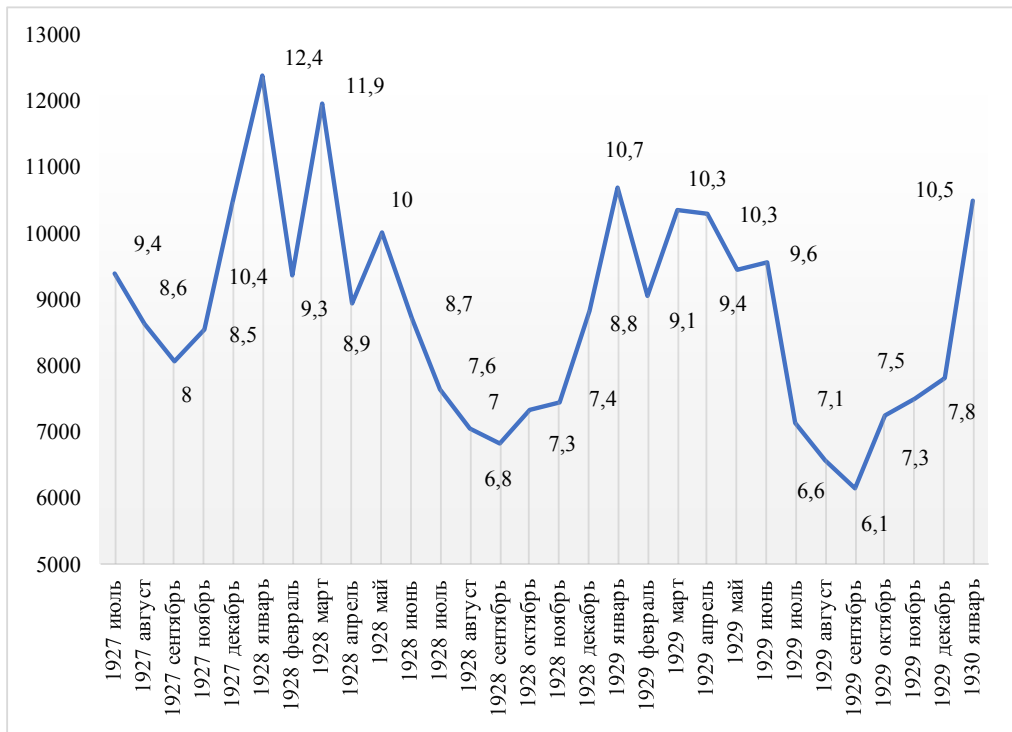
Судить о масштабах распространённости туберкулёза в области позволяют статистические данные (см. рис. 1). Заметна ярко выраженная сезонность: «пики» приходятся, как правило, на январь и март, «спады» — на сентябрь каждого года. Отчасти они подтверждают данные современных исследователей⁵.

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-

**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 *Сафронович 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 подсчётам 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 не хватало 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 койкомест 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 — 3818 (каждый 26-й), в Челябинске — 4680 (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 туберкулёз 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 (Арамилъ) 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 туберкулёз», а ещё 14% сочли «подозрительными на туберкулёз»). 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 туберкулёз» у 9,8% и подозрение на него — у 15,2%). Различные проявления «лёгочной поражённости» обнаружили 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 туберкулёз — 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 конистических 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 1 103 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 шмуктитула.

²⁶ Фельдман М.А. Материально-бытовое положение рабочих Урала в 1929–1941 годах // Magistra Vitae: 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 железно-

²⁷ Шапиал 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 Уралстрахкассы // Уральский медицинский журнал. 1930. № 4. С. 48–53.

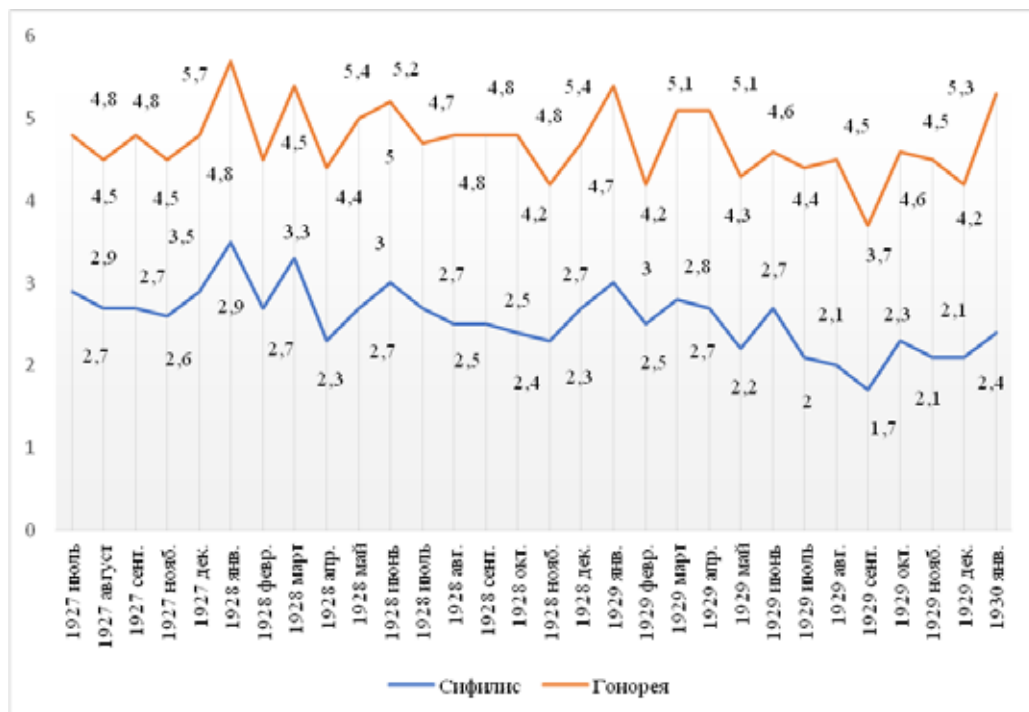
³³ Троицкий Н.А. Диететический метод лечения туберкулёза // Уральский медицинский журнал. 1930. № 4. С. 94–98.

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

**Заболееваемость 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 знахарь — бывший военный санитар; он лечит от всех болезней и к нему обращаются за помощью даже из соседних районов»³⁵. При этом знахари 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. Гнуздев писал: «Была обнаружена и доставлена вместе с дочерью в Пермь “бабка” — источник заражения нашего больного, вызвавшая 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 10324 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 гуммоznыми 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 гуммоznый, часто “увечающий”, выводящий из строя сифилис»³⁷.

Заведующий Уинским врачебным участком Кунгурского округа А.И. Раськин, анализируя годовичные 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 гуммоznыми 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 3760 крестьян выявил среди них 6,5% заражённых сифилисом, а в Красно-Верещагинском районе Пермского округа — 3,7%. Фиксировались «гнезда 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 Гнуздев 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: «Девушки 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 Шаимском 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» (браги 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 товаров, 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 вендиспансеры 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 совместно»⁴⁷.

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: Шаимского (отряд находился там 38 дней), Сатыгинского (16 дней) и Леушинского (16 дней) — «в местах, где не только медработника, но вообще никакого культурного человека не бывало», а до ближайшего медпункта — «от 200 до 600 вёрст». Помимо непосредственного выявления «венериков» (несмотря на удалённость «от цивилизации» даже в такой глуши 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 — коклюша, 36 — трахомы, 146 — глистных заболеваний «вследствие употребления сырой рыбы и мяса» и др.), и проведя оспопрививание (322 вакцинации и 1079 ревакцинаций), а также снабдил «некоторые 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 вендиспансера составляли женатые и замужние. «Брак уже не страшает 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 вендиспансер, 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 полового здоровья⁵⁴. Профессор Пермско-

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

⁵⁰ Ревзон 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 Ревзон 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 шахту»⁵⁷.

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 вендиспансеры — 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 вендиспансера (февраль 1927 — январь 1930 г.) прошли обследование 18912 человека, из которых диагноз подтвердился только у 3110 (16,7%, в том числе с сифилисом — 1608, гонореей — 1433, 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 (бийохинол). 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 вендиспансеры 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 венболезнями 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 вендиспансера)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 методов диалектического 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, следуя миссии по вовлечению в обсуждение вопросов оздоровления труда и быта как специалистов-медиков, так и широкой общественности. Прекращение его издания на заре новой политико-экономической эпохи привело к тому, что публичное обсуждение «социальных болезней» перешло в разряд запретных тем, оказавшись за «закрытыми дверями» и осложнив мобилизацию населения на борьбу с ними.