

«Болезнь Венеры»: пережиток «проклятого прошлого» или «изнанка индустриализации»?¹

*«Там, где люди скучены друг с другом, как, например, на английских фабриках и в рабочих жилищах, если только можно назвать жилищами свиные стойла, где людям недостает в достаточном количестве даже кислорода воздуха ... – там для морали совсем не оставлено места...»
(Л. Фейербах)*

В советское время к социальным болезням относили такие заболевания, возникновение и распространение которых в определяющей степени зависело от неблагоприятного влияния условий социально-экономического строя. Речь, в первую очередь, шла о туберкулезе, венерических заболеваниях², алкоголизме, наркомании, рахите, авитаминозах и других болезнях, связанных с недостаточным питанием. Сюда же относились и некоторые профессиональные заболевания³. Но в силу того, что по идеологическим основаниям необходимой предпосылкой успешной борьбы с социальными болезнями считались ликвидация эксплуатации и социального неравенства, с 1960-х гг. термин «социальные болезни» в СССР находит все более ограниченное применение. Впрочем, игнорировать очевидное явление далеко не всегда удавалось. Более того, социальные катаклизмы рубежа XX–XXI вв. не только увеличили распространенность прежних социальных болезней, но и выявили новые, включая «чуму XX века» – синдром потери иммунодефицита (СПИД). По экспертным оценкам Всемирной организации здоровья, в России инфицированы ВИЧ от 1 до 1,5 млн чел.⁴.

¹ Опубликовано: Орлов И.Б. «Болезнь Венеры»: пережиток «проклятого прошлого», или «изнанка» индустриализации? // *Повседневный мир советского человека 1920–1940-х гг. Сб. науч. ст. Ростов-на-Дону: Изд-во ЮНЦ РАН, 2009. С. 339-348.*

² Группа инфекционных заболеваний (сифилис, гонорея, мягкий шанкр и паховый лимфогранулематоз), передающихся, главным образом, половым путем.

³ Вся энциклопедия на Вологодском областном Веб-портале культуры // Cultinfo.ru Культура в Вологодской области. URL: <http://www.cultinfo.ru/fulltext/1/001/008/104/933.htm> (дата обращения: 28.09.2009).

⁴ Молодежь забыла о СПИДе. «Незнание убивает» // Ежедневная Интернет-газета АнтиСПИД. НаркоСТОП. 2005. 1 декабря. URL: http://www.noaids.ru/print_news.php?id=297. (дата обращения: 25.09.2009).

Общепризнанно, что венерические болезни, известные с глубокой древности¹, не только служат причиной многих болезней или врожденных уродств, слепоты и глухоты, ведут к тяжелым поражениям внутренних органов и нервной системы, но и, самое главное, в силу «отложенного эффекта», являются *одним из ведущих факторов вырождения и вымирания населения*. В СССР заболеваемость венерическими заболеваниями объяснялась социальными и экономическими условиями «мира капитализма», включая материальную необеспеченность, толкающую женщин на проституцию, алкоголизм и разлагающее влияние эротической литературы, искусства и кино. Т.е. венерические болезни, как неизбежный спутник «капиталистического образа жизни», приобретали не только социальный, но и открыто выраженный классовый характер. Так как Октябрьская революция ликвидировала социальные корни, порождающие венерические заболевания, последние по прошествии времени стали объясняться легкомысленным отношением некоторых людей («если кто-то, кое-где у нас порой») к вопросам пола и семьи. Тогда как вопросы санитарии и эпидемиологической обстановки, особенно тревожные в национальных регионах, отходили на второй план.

Впрочем, это не снимало с повестки дня постоянную и непримиримую борьбу с этой разновидностью социальных болезней. В 1918 г. в РСФСР была образована Центральная медицинская комиссия по борьбе с венерическими заболеваниями под председательством И.С. Вегера, а чуть позже – специальная секция по борьбе с социальными болезнями при наркомате здравоохранения РСФСР. В 1921 г. в Москве был открыт Государственный венерологический институт, а в дальнейшем подобные институты были созданы почти во всех союзных республиках и некоторых крупных областях². Если в дореволюционной России насчитывалось всего 12 кожно-венерологических амбулатории, то в 1924 г. насчитывалось уже 60 кожно-венерологических

¹ Термин «венерические болезни» (от древнеримской богини Любви Венеры) был предложен в 1527 г. французским ученым Ж. де Бетанкуром.

² В 1937 г. было основано Всесоюзное научное общество дермато-венерологов, организовывались также научные общества в республиках и их филиалы в областях и городах.

диспансеров. В этом же году СССР стал членом Международного союза по борьбе с венерическими болезнями.

Однако картина венерических заболеваний в 1920-е гг. не внушала оптимизма. Результаты обследований, проведенных венотрядами в наиболее пораженных сифилисом местностях в 1926 г., отражены в приведенной ниже таблице¹.

Таблица

**Число больных сифилисом в СССР, выявленных венотрядами в 1926 г.
(по регионам в % к числу обследованных)**

Район обследования	Число обследований	% обнаруженных сифилитиков
Новгородская губерния Демьяновский уезд Велильская волость Моисеевская волость	9 578 11 129	5,6 3,6
Саратовская губерния Сердобский уезд	6 256	6,15
Тверская губерния Осташковский уезд Ржевский уезд	9 832 1 863	2,15 6,00
Астраханская губерния I и II участок Госрыбтреста	1 102	4,3
Псковская губерния Новоржевский уезд	13 237	2,17
Оренбургская губерния Орский и Каширский уезды	4 500	2,06
Костромская губерния и уезд	4 751	5,6
Сталинградская губерния 2-й Донской, Хоперский и Усть-Медведицкий округа	9 756	5,4
Брянская губерния Севский уезд	1 635	12,5
Смоленская губерния Бельский уезд	9 930	5,8
Воронежская губерния Валуйский уезд (хутора)	8 178	20
Ульяновская губерния (7 деревень)	9 630	3,81

¹ Российский государственный архив социально-политической истории (далее – РГАСПИ). Ф. 17. Оп. 85. Д. 136. Л. 64–65.

Ленинградская губерния Лодейнопольский уезд	11 643	7,4
Малые народности		
Томская губерния Кузнецкий уезд (шорцы)	4 536	15,5
Горский отряд НКЗ Осетия	2 307	3,7
Ингушетия	2 332	16,5
Чеченский отряд НКЗ Округ Ведено	3 057	25,8
Бурято-Монгольский отряд НКЗ	1 300	61,1
Буряты	278	0,71
Русские-староверы		
Бурятский Монгольский местный отряд	4 600	42
Калмыцкий отряд НКЗ	3 880	14,5
Прикаспийская область Ташауский отряд (Туркестан)	1 251	30,1

Однако каких-либо эффективных мероприятий в области лечения и профилактики венерических заболеваний, особенно в неблагополучных в этом отношении национальных регионах, во второй половине 1920-х гг. не отмечено. В докладной записке члена коллегии наркомата здравоохранения Лебедева В.М. Молотову (1926 г.) подчеркивалось, что специальные виды помощи (в том числе венерологической) в сельских местностях «крайне недостаточны или совсем отсутствуют». Около 35 % всех волостей вообще не имели ни больниц, ни хотя бы врачебных амбулаторий. Работа по проведению предупредительных и оздоровительных мероприятий по борьбе с социальными болезнями была поставлена в деревне весьма слабо. Так, если в городах в 1926 г. было 62 венерологических диспансера, то в сельской местности – ни одного, а имевшиеся в наличии на всю страну 40 сельских венпунктов и венотрядов положение не спасали¹.

¹ РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 85. Д. 136. Л. 32–37.

Зато обращает на себя внимание тот факт, что основная масса венерологических учреждений была создана в нашей стране в годы первой пятилетки. Так, в 1930 г. для борьбы с проституцией, венерическими заболеваниями и заразными кожными болезнями был образован Нижегородский институт кожно-венерологических исследований, который в начале был трудовым профилакторием, где лечение сочеталось с трудовым воспитанием и приобретением профессии. В этом же году в Ленинграде была сформирована кафедра клиники и профилактики венеризма раннего детства (первым ее руководителем стал профессор Л.И. Эрлих), которая с 1935 г., после реорганизации больницы - медвуза в Ленинградский педиатрический медицинский институт, стала именоваться кафедрой кожных и венерических болезней. В 1930 г. организован городской венерологический диспансер Петрозаводска, в 1936 г. преобразованный в республиканское учреждение. В результате, к концу 1930-х гг. в Карелии работал один венерологический диспансер и 4 венерологических пункта¹. Всего же по СССР к 1940 г. насчитывалось 3063 венерологических учреждений. Значительно возросло и число коек в этих заведениях: с 7,1 тыс. в 1926 г. до 15,4 тыс. в 1940 г. Всего на «венерологическом фронте», согласно сведениям Большой советской энциклопедии, в 1940 г. трудилось 4807 врачей – дермато-венерологов.

Главные усилия венерологических учреждений с конца 1920-х гг. были направлены на обслуживание крупных промышленных строек, где сосредотачивались огромные массы молодежи, чья социализация проходила в условиях дискредитации семейных ценностей, и в силу этого представлявшие собой своеобразную «гремучую смесь». Был и еще один фактор, создавший благоприятную среду для возникновения венерических болезней. Рост новых промышленных центров и рабочих поселков строящихся «гигантов пятилетки» намного опережал их благоустроенность: водоснабжение и канализацию, бани и прачечные, жилища и медицинские учреждения. Например, в подмос-

¹ Пилипенко В.А. Становление и развитие здравоохранения в Коми АССР в 1920–1930-х годах: Автореф. дис... канд. ист. наук. Сыктывкар, 2006. С. 15–16.

ковных Люберцах при населении в 65 тыс. чел. не имелось ни одной бани, а в образцово-показательном рабочем поселке Орехово-Зуево отсутствовал водопровод. В Воронеже вообще новые дома для рабочих до 1937 г. строили без водопровода и канализации, а в городах Сибири без водопровода и канализации обходилось подавляющее большинство населения. Сталинград с населением, приближающимся к полумиллиону, еще в 1938 г. не имел канализации¹.

Отставляло желать лучшего обслуживание рабочего населения банями (в Кузнецке, например, приходилось 0,8 помывки на 1 чел. в месяц), прачечными, дезинфекционными камерами из-за их малой пропускной способности. Да и в имеющихся банях и прачечных не хватало воды, благодаря чему они работали с перебоями. В значительном числе промышленных районов и новостроек отсутствовали изоляционно-пропускные пункты, благодаря чему вновь прибывающие рабочие попадали в бараки с инфекцией. Ряд районов Урала (Кизел, Половинка, Молотово, Нижний Тагил, Магнитогорск и др.) и Донбасса испытывали значительный недостаток воды. Насосные станции водопроводов в этих населенных пунктах пользовались водой, загрязненной фекальными массами, и при этом даже не проводилось ее хлорирования. При перебоях с водой население было вынуждено пользоваться водой из загрязненных источников. Территории рабочих поселков Урала были чрезвычайно загрязнены благодаря отсутствию канализации, недостаточности выгребных ям и отсутствию мусорных ям².

Самыми худшими бытовыми удобствами обладали новые индустриальные города. Если население старых промышленных центров жило, главным образом, в коммуналках, то на новостройках положение с жильем было катастрофическим: рабочие жили в землянках, палатках или бараках по несколько семей в комнате. Типичная коммуналка Магнитогорска 1930-х гг. представляла собой ряд комнат, не всегда даже разделенных дверью, в которых

¹ Фицпатрик Ш. Повседневный сталинизм. Социальная история Советской России в 30-е годы: город. М., 2001. С. 64.

² РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 120. Д. 62. Л. 49–59.

жили совершенно чужие люди, с общей душевой, туалетом и кухней (иногда на 80 семей). Крайне неудовлетворительным было состояние не только жилых бараков в огромном большинстве промышленных районов, но и даже вновь выстроенных капитальных домов в «соцгородах» Магнитогорске и Березниках. Бараки строились обычно без соблюдения санитарно-гигиенических требований и превращались в сушилки и кладовые. Значительная скученность – средняя норма 2 м на 1 чел., но в ряде случаев доходило до 0,75 – 1 м (Кузнецк) – при отсутствии надлежащей уборки бараков, а также совершенно недостаточном надзоре за их санитарным состоянием и заболеваемостью жильцов вела к значительному наличию паразитов – вшей, клопов и тараканов и способствовала развитию социальных болезней.

Значительной части городских жителей, особенно из тех, кто перебрался в города в годы форсированной индустриализации, пришлось на долгие годы поселиться в подвалах и даже в землянках. В 1938 г. председатель Госплана СССР Н.А. Вознесенский, приехав в город Ефремов Тульской области, обнаружил улицу, проходившую по склону крутого оврага и состоявшую из землянок-мазанок. Жили в этих «жилых коровниках» рабочие возведенного в городе завода синтетического каучука, новейшего и сложнейшего по тем временам химического предприятия¹. Подобные «ведомственные городки» постепенно стали неотъемлемой чертой жизни рабочих семей в СССР. Обычно ведомственное жилье имело вид бараков. Случалось, что мужчины и женщины жили в одном бараке, в разных больших общих спальнях. Несмотря на то, что в такие «общежития» обычно селили молодых неженатых рабочих, женатым рабочим с семьями тоже порой приходилось жить в них.

Наряду с чрезвычайной уплотненностью проживания «молодых строителей пятилетки» («на тридцать восемь комнаток всего одна уборная», по меткому определению Владимира Высоцкого), ситуацию усложняла и непростая эпидемиологическая обстановка. Более того, по данным наркомата здра-

¹ Гордон Л.А., Клопов Э.В. Что это было?: Размышления о предпосылках и итогах того, что случилось с нами в 30-40-е годы. М., 1989. С. 111.

воохранения РСФСР, в начале 1930-х гг. ситуация не улучшалась. Общая эпидемическая заболеваемость по РСФСР в 1931 г. возросла по сравнению с 1930 г.: по брюшному тифу на 64 %, по сыпному тифу больше чем в 2 раза, по натуральной оспе в 3 раза; по дифтерии на 54 %, а по отдельным районам (Урал, Западная Сибирь, Москва, Ленинград) значительно выше. Игнорирование со стороны хозяйственных органов Кузнецкстроя, Магнитогорска, Сормово и других строек строительства заразных бараков приводило к тому, что заразные больные длительное время оставались в рабочих общежитиях, разнося заразу. Медицинское обслуживание рабочих в ряде основных промышленных районов и новостроек также находилось в крайне неудовлетворительном состоянии. В подавляющем большинстве обследованные лечебные учреждения содержались в антисанитарном состоянии: грязь, клопы и вши были обычным явлением. Одежда, халаты и матрацы после больных в ряде мест не дезинфицировались, а белье заразных больных стиралось вместе с другим бельем. На крупнейшем Бобриковском строительстве, проведенное в начале 1932 г. обследование наркомата рабоче-крестьянской инспекции выявило содержание больных на мокрых и грязных простынях без белья¹.

Не были исключением из этого перечня и венерические болезни, заболеваемость которыми в 1930 г. составляла внушительную цифру – свыше 290 тыс. чел. Несмотря на заявления о том, что «социалистическая организация труда, сокращение рабочего дня, рост благосостояния и культурно-бытового обслуживания трудящихся привели к огромным достижениям Советского Союза в снижении основных социальных болезней – туберкулеза и венерических», Наркомздрав не уделял борьбе с этими заболеваниями необходимого внимания. Венерическая помощь на новостройках была организована из рук вон плохо. Так, например, на Кузнецкстрое при выявленных в 1931 г. свыше 1,2 тыс. венерических больных имелся лишь один постоянный врач и один работал по совместительству. И это при ежедневном приеме в 250 чел.

Особенно слабо венерологической помощью были обеспечены нацио-

¹ РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 120. Д. 62. Л. 36–45 об.

нальные районы, наиболее пораженные эпидемическими и социально-бытовыми заболеваниями, включая сифилис. Например, в 1932 г. по Чувашской АССР из 19 районов совсем не обеспечено венерологической помощью было 12, в Марийской АО из 9 кантонов – 6, а в Удмуртской из 22 – 12. Более того, данными о состоянии и работе лечебно-профилактической сети в сельской местности Наркомздрав вообще не располагал. Большинство деревенских больниц находились в антисанитарном состоянии, а на сельских медпунктах Уральской области не было даже йода и бинтов. Один из медпунктов Санковского района Московской области, обслуживавшийся малограмотным и пьющим запоем фельдшером, был закрыт «как дискредитирующий советскую власть и советскую медицину».

При этом обследования, проведенные органами НК РКИ на местах, свидетельствовали о полном срыве строительства медицинских объектов в 1931 г. даже в основных ведущих промышленных районах¹. Так, в Кузнецкстрое из нового строительства был освоен лишь один больничный корпус временного типа. А в ряде промрайонов (например, в Нижнем Тагиле и Березниках) строительство вообще не велось по несколько лет. Из-за отсутствия санитарного технического оборудования задерживался пуск в эксплуатацию уже выстроенных лечебных учреждений в Сормово, Балахне, Ижевске, Свердловске и других городах и поселках. Качество строительства медучреждений в огромном большинстве случаев также было неудовлетворительным. Так, в поликлинике Уралмашстроя в стенах имелись щели, а в Березниках в больнице протекала крыша, разрушая потолки и часть верхнего этажа. В поликлинике Кизела отопление было оборудовано так, что одни комнаты имели +20... +25° С, а другие только +3... +5° С. Тогда как хозяйственные организации в ряде случаев использовали уже выстроенные лечебные учреждения на другие цели. Так, например, специально построенное на Кузнецкстрое

¹ Только с 1932 г. Наркомздрав приступил к планированию развития здравоохранения в важнейших промышленных районах.

здание поликлиники было все лето 1931 г. занято заводоуправлением¹.

Бюро фракции ЦК Медсантруд в докладной записке о состоянии дела здравоохранения к началу 1932 г. отмечало «значительные количественные достижения» в медицинском обслуживании рабочих основных промышленных районов с упором на промышленные центры и новостройки. Но эти количественные достижения, по мнению комиссии, не соответствовали «гигантскому росту промышленности и в первую очередь ведущих отраслей ее (угля, металла, машиностроения, транспорта)». В частности, в важнейших промышленных районах, несмотря на абсолютный рост, снизилось количество больничных коек на 1 тыс. чел. рабочего населения. ЦК Медсантруд еще в августе 1931 г. констатировал неудовлетворительность санитарного состояния промрайонов и новостроек. Но и после этого очевидных сдвигов не произошло. На бюро фракции ВЦСПС в октябре этого же года был заслушан специальный доклад Наркомата здравоохранения РСФСР, выявивший неудовлетворительность санитарно-эпидемического состояния основных промрайонов и новостроек. Это подтвердилось проведенными в январе 1932 г. в основных промрайонах и на новостройках Ленинграда, Москвы, Донбасса, Урала, Кузбасса и Караганды обследованиями Наркомата РКИ РСФСР и Центральной контрольной комиссии. Постановление ЦК ВКП(б) от 23 декабря 1929 г., обязывающее выделить в особую группу медицинского обслуживания основные промышленные районы, на практике не выполнялось.

Медико-санитарное строительство в 1930–1931 гг. было фактически сорвано: по всему СССР было освоено средств не более 50 %, а освоено физически (выстроено) не более 25 %. А по Уральской области процент выполнения специально больничных зданий (поликлиник, амбулаторий и больниц) за 1930–1931 гг. не превысил 10–12 % плана. Ведь, как правило, больничное строительство относилось к объектам 3-й и 4-й очереди. Органам здравоохранения обычно выделялись фонды, урезанные во много раз по сравнению с необходимыми средствами. Да и уже выделенные фонды по несколько раз

¹ РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 120. Д. 62. Л. 36–45об.

пересматривались, а иногда аннулировались или использовались не для больничного строительства. В основных промышленных районах и на новостройках, особенно в районах добычи угля и в металлургии, медобслуживание было поставлено крайне неудовлетворительно. Диспансеризация – углубленный охват рабочих всем комплексом лечебно-профилактических мероприятий – проводилась только в крупных промышленных центрах, да и то неполноценно¹.

Судя по документам, в особо тяжелом и практически бесконтрольном положении относительно венерологических заболеваний находились психиатрические больницы. Даже в столице в 1935 г. они находились «в крайне антисанитарном состоянии, без необходимого нательного и постельного белья». Почти полностью отсутствовало эффективное лечение и изоляторы для инфекционных больных, в результате чего инфекционные заболевания в этих больницах не переводились². Что уже говорить о провинциальных лечебницах, где в этом же году во время всесоюзного рейда «легкой кавалерии» комсомола по проверке культурно-бытовых учреждений, бригадами был обнаружен «целый ряд вопиющих безобразий». Например, в больнице № 7 Сталинграда в постель, где лежала больная сифилисом, не сменив белье, положили другую больную, которой предстояла операция. В городской больнице Ельни (Западная область) заразные больные находились в одной палате с другими больными, потому что не было изолятора. В кожно-венерической больнице Баумановского района Казани у больных обнаружены вши³.

Таким образом, очевидна утилитарность мер по борьбе с социальными и, в частности, с венерическими заболеваниями, их ориентация на обеспечение индустриального рывка. В силу этого, вся работа сосредотачивалась на «великих» стройках пятилеток, а лечение преобладало над профилактикой. Кроме того, установка на социально-психологические факторы возникновения венерических заболеваний оставляла в стороне, мягко говоря, неблаго-

¹ РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 120. Д. 62. Л. 49–59.

² Там же. Д. 169. Л. 2–4.

³ РГАСПИ. Ф. М-1. Оп. 23. Д. 1119. Л. 70–74.

приятную санитарно-эпидемиологическую обстановку в условиях большого скопления рабочих. Это, в свою очередь, отодвигало далеко на задний план профилактику бытового сифилиса и других заболеваний подобного рода.

Однако после негативного тренда начала 1930-х гг., в силу ряда мер организационного и медицинского характера положение с заболеваемостью и лечением венерологических заболеваний несколько улучшилось. Свою роль в этом после десятилетия дискуссий о свободе любви и буржуазности брака сыграло и укрепление института семьи. Однако утилитарно-классовый подход к этой сфере сохранялся, а в 1990-е гг. заложенный управленческий принцип бороться со следствием (раздача разовых шприцов и средств индивидуальной контрацепции), а не с причиной явления был перенесен в практику профилактики СПИДа. Тогда как причины сложившейся неблагоприятной демографической динамики многообразны и связаны, в числе прочего, с образом жизни российского населения, что выдвигает на первый план пропаганду здорового образа жизни и семейных ценностей.