

Кежутин Андрей Николаевич**Kezhutin Andrey Nikolaevich**

кандидат исторических наук,
доцент кафедры социально-гуманитарных наук
Приволжского исследовательского медицинского
университета Министерства здравоохранения
Российской Федерации

PhD in History,
Associate Professor,
Department of Social Sciences and Humanities,
Privolzhsky Research Medical University of
the Ministry of Health of the Russian Federation

**БОРЬБА С СОЦИАЛЬНЫМИ
БОЛЕЗНЯМИ В 1920-Е ГГ.:
НА МАТЕРИАЛАХ НИЖЕГОРОДСКОГО
КРАЯ И АВТОНОМНОЙ ТАТАРСКОЙ
СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ
СОВЕТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ****THE FIGHT AGAINST SOCIAL
DISEASES IN THE 1920S:
A CASE STUDY OF
NIZHNY NOVGOROD TERRITORY
AND THE AUTONOMOUS TATAR
SOCIALIST SOVIET REPUBLIC****Аннотация:**

Статья раскрывает региональные условия борьбы власти и общественности с венерическими болезнями и туберкулезом как социально опасными болезнями в Нижегородском крае и Татарской Республике в 1920-е гг. Источниковой базой являются архивные материалы российского и региональных архивов, местная периодическая печать. Выявлены общественно-экономические причины широкого распространения социальных болезней, механизмы взаимодействия власти и общественности по их преодолению. Вводятся в научный оборот данные о состоянии здравоохранения национальных регионов. Делаются выводы о сходстве в 1920-е гг. в Нижегородском крае и Татарской Республике условий распространения социальных недугов, приобретенных массовый характер в силу экстремальных реалий переходного периода, и процессов борьбы с социальными болезнями, о продуктивности совместной государственно-общественной деятельности по их преодолению.

Ключевые слова:

Нижегородский край, Автономная Татарская Социалистическая Советская Республика (АТССР), социальные болезни, сифилис, туберкулез, 1920-е гг.

Summary:

The study reveals the regional circumstances of the fight of the government and the community against the sexually transmitted diseases and tuberculosis as a public health hazard in the Nizhny Novgorod Territory and the Autonomous Tatar Socialist Soviet Republic (ATSSR) in the 1920s. The research is based on national and regional archives and local periodicals. The author identifies the social and economic reasons for the widespread social diseases, the collaborative arrangements of the authorities and the society to overcome them. Data on the health situation in ethnic regions are introduced. It was concluded that in the 1920s, the regions under review had the similar environment for the mass spread of social diseases due to the extreme transition period. They struggled with social diseases in the same way. Besides, the state collaborated effectively with the society to overcome such diseases.

Keywords:

Nizhny Novgorod Territory, Autonomous Tatar Socialist Soviet Republic (ATSSR), social diseases, syphilis, tuberculosis, the 1920s.

В современной историографии получили распространение работы, посвященные ранее малоисследованным вопросам российской повседневности, осуществленные на основе широких сквозных сравнительно-правовых и культурных параллелей. Одной из важнейших проблем остается изучение состояния народного здоровья и благосостояния.

Особенный интерес представляет сравнительно-исторический анализ данных сфер в отношении великорусских и национальных регионов Поволжья, прежде всего с мусульманским татарским населением. С одной стороны, в иностранных работах подчеркивается общность правовой и социальной политики в отношении татар Поволжья, живших бок о бок с русскими, которая мало чем отличалась от принятой в отношении русских крестьян и привела к подобным социальным последствиям после 1917 г. [1, р. 183; 2, р. 197]. С другой стороны, отмечается преемственность в отношении успешности реформ дореволюционного и советского периода [2, р. 190]. Вместе с тем, по замечанию Б. Энджел, у русских крестьян в начале XX в. ситуация в сфере здравоохранения была значительно хуже, в частности, фиксировался необычайно высокий показатель младенческой смертности даже по сравнению с соседями-мусульманами [3, р. 91]. Данное положение требует конкретизации относительно периода 1920–1930-х гг., когда одним из важнейших общественно-медицинских показателей наряду с младенческой смертностью являлся уровень распространения социальных болезней – сифилиса и туберкулеза.

Нижегородский край (с 1932 г. – Горьковский) и Автономная Татарская Социалистическая Советская Республика (Татарская Республика, АТССР) представляли собой соседние регионы со значительной долей как русского (до 77 % в Нижегородском крае и 43 % – в АТССР), так и национального населения. Нижегородский край был создан на основе Нижегородской губернии, Чувашской

АССР, Марийской и Вотской автономных областей и исторически включал в себя, кроме титульных национальностей, значительный процент мордовского и татарского населения [4, с. 12–13]. АТССР была образована на основе Казанской губернии с присоединением ряда территорий Уфимской, Самарской, Вятской и Симбирской губерний с преимущественно татарским населением, однако включала значительные контингенты чувашей, мордвы, марийцев и удмуртов [5].

Состояние медицинского обеспечения исследуемых регионов было неудовлетворительным. На проходившем 27–28 мая 1922 г. в Казани Съезде заведующих губернскими отделами здравоохранения и санитарных врачей голодавших губерний Поволжья и Прикамья представители Нижегородской, Симбирской, Самарской, Саратовской губерний, Уфимской, Татарской, Башкирской республик, Чувашской АССР, Марийской и Вотской автономных областей практически единогласно высказались о плохом состоянии больничных зданий, не ремонтировавшихся много лет, отсутствии белья, недостатке инструментария и медикаментов, в зимнее время – топлива и продовольствия [6, с. 114]. В условиях голода и масштабных эпидемий сыпного, брюшного и возвратного тифа огромной была смертность. Так, в Сернурском кантоне Марийской области смертность доходила до 1 тыс. чел. в неделю [7]. Отсутствие национальных медицинских кадров, низкий общий культурный уровень населения и плохие социально-экономические условия предопределяли более высокие цифры естественного прироста русского населения над татарским в АТССР и над чувашским, мордовским, марийским и удмуртским в Нижегородском крае и в целом в РСФСР [8, с. 789–790].

В таких условиях происходил всплеск социальных болезней. Причинами туберкулеза были неблагоприятные жилищные условия (углы, каморки, непроветриваемые подвальные и полуподвальные сырые помещения), скученность населения, тяжелые изнурительные условия труда, производственная антисанитария, низкая заработная плата, неразвитость социального страхования [9, с. 994–995]. Основными причинами массовости венерических болезней для заболеваний, передававшихся половым путем, признавались проституция, а в отношении бытового сифилиса – неустроенность быта, «малокультурность» населения [10]. Последняя выражалась в отсутствии элементарных знаний о причинах бытового и полового распространения сифилиса, правил и навыков личной и общественной гигиены.

Характерными особенностями Нижегородского края в плане распространения венерических болезней были его географическое положение (центр пересечения торговых путей) и деятельность Нижегородской ярмарки, оживившаяся в эпоху нэпа и притягивавшая еще с дореволюционных времен значительную часть проституток из соседних губерний, служившая одним из важнейших источников сифилизации сельского населения окрестных регионов посредством отхожих промыслов крестьян и внутренней торговли [11, с. 19]. Общая заболеваемость туберкулезом в 1924 г. составляла 16 404 чел., или 63,5 на 10 тыс. населения, сифилисом – 12 021 чел., или 46,5 на 10 тыс. населения [12, с. 18–19]. При этом необходимо учитывать относительную достоверность статистики послереволюционных лет, ведение которой было нарушено общей нестабильностью в стране. Так, в Чувашии наибольшее количество заболевших сифилисом было зарегистрировано в 1917–1918 гг., что объяснялось возвращением из армии зараженных солдат, а количество обращений в последующие годы уменьшилось из-за сокращения деятельности лечебных учреждений [13, л. 22].

В АТССР, в отличие от Нижегородского края, цифры смертности от туберкулеза среди татар почти в полтора раза превышали аналогичные показатели среди русского населения (32,8 против 25,3 на 10 тыс. населения), показатели заболеваемости сифилисом были примерно равными (25,6 на 10 тыс. населения) [14, с. 998; 15, с. 456].

В аспекте организации борьбы с социальными болезнями АТССР изначально находилась в более выгодном положении, как в силу относительной удаленности от торговых путей, так и ввиду наличия крупного центра подготовки медицинских кадров, одного из старейших в стране – Казанского университета. В то же время медицинский факультет Нижегородского университета был открыт только в 1920 г., работал нерегулярно, в 1929 г. был закрыт, а затем восстановлен незадолго перед преобразованием в медицинский институт.

Широкое участие в борьбе с социальными болезнями в обоих исследуемых регионах принимала общественность, первоначально группировавшаяся соответственно вокруг Казанского и Нижегородского обществ врачей, основанных еще в середине XIX в. В 1920-е гг. в процесс противоборства социальным болезням была вовлечена широкая общественность, включавшая представителей советских, партийных, профессиональных организаций, производственных коллективов [16, с. 64]. Именно общественное участие советов всех уровней, женотделов, РЛКСМ, профсоюзов предопределило успех многочисленных недель, трехдневников и отдельных массовых мероприятий по борьбе с венеризмом, проституцией, туберкулезом. Однако основная роль общественности заключается в определении совместных с врачебным сообществом и государственными учреждениями мероприятий и их вынесении на всестороннее обсуждение посред-

ством периодической печати. Основными направлениями преодоления социальных недугов виделись: социально-экономическое (улучшение условий труда и быта, жилищного обеспечения, питания, заработной платы), просветительское (широкая пропаганда санитарно-гигиенических знаний, массовое культурное просвещение населения), организационное (создание сети амбулаторных и стационарных лечебных учреждений, санаториев и профилакториев).

Общей чертой исследуемых регионов была неравномерность распределения медицинских кадров и их национальный характер. Несмотря на политику коренизации, общую для всех национальных регионов Нижегородского края и АТССР, ее результаты в 1920-е гг. были незначительны. Если Казанский университет в значительной степени выполнил «социальный заказ», то в Нижегородском крае такой уклон в подготовке медицинских кадров отсутствовал. Результатом стало преобладание медицинских кадров и общего количества лечебных учреждений в Нижегородской и Кировской (бывшей Вятской) областях и хронический дефицит врачей и больниц в национальных автономиях. В то время как к середине 1930-х гг. в Горьковской области имелось 78 здравпунктов, в Марий Эл функционировало 13, в Удмуртии – 6, в Чувашии – только 5. Аналогичной была ситуация с туберкулезными и венерологическими диспансерами и койками в них [17, л. 47].

Динамика противоборства туберкулезу и сифилису показывает более последовательную и успешную работу в АТССР, где с 1924 г. благодаря помощи Красного Креста в Казани и ряде кантонов была последовательно развернута сеть диспансеров по борьбе с социальными болезнями, проведена работа по учету заболеваемости и вовлечению широкой общественности в данный процесс [18, с. 575]. Вместе с тем ситуация в сельской местности АТССР была крайне тяжелой, заболеваемость сифилисом к середине 1930-х гг. снизилась лишь на 30 % [19, с. 35]. В сельской местности более успешная работа велась в Горьковской области, где заболеваемость сифилисом к середине 1930-х гг. снизилась на 40 %, хотя и встречались деревни, где уровень зараженных сифилисом по-прежнему достигал 90 % [20, л. 21].

Таким образом, борьба с социальными болезнями в Нижегородском крае и в АТССР в 1920-е гг. имела общие черты, детерминированные многонациональным характером регионов и историческими судьбами их развития. Противоборство социальным недугам, приобретшим массовый характер в силу экстремальных условий переходного периода, строилось на тесном взаимодействии власти и общественности. Именно продуктивная совместная государственно-общественная деятельность по преодолению негативных социально-экономических причин туберкулеза и венерических заболеваний наряду с развитием государственной системы здравоохранения стала залогом успеха в трудной борьбе с социальными болезнями.

Ссылки:

1. Daly J.W. *Crime and Punishment in Russia. A Comparative History from Peter the Great to Vladimir Putin*. Oxford, 2018. 256 p. <https://doi.org/10.5040/9781474224390>.
2. Engel B.A. *Women in Russia, 1700–2000*. Cambridge (UK), 2004. 304 p.
3. Ibid. P. 91.
4. Трубе Л.Л. География нерусского населения Горьковской области // Записки краеведов. Горьковская область. Горький, 1979. С. 12–20.
5. Статистический справочник СССР. 1927 г. М., 1927.
6. Некоторые данные о санитарном положении и врачебно-санитарной организации в Поволжье // Общественный врач. 1922. № 2. С. 110–114.
7. Там же.
8. Лукьянов И.К. Важнейшие моменты санитарного состояния Волжско-Камского края в прошлом и настоящем // Казанский медицинский журнал. 1928. № 8. С. 786–799.
9. Ойфебах М.И. Смертность от тбс среди татарского населения г. Казани // Там же. № 10. С. 994–999.
10. Казанский медицинский журнал. 1929. № 4. С. 456–457.
11. Торсуев Н.А. Краткий очерк проституции на Нижегородской ярмарке в царское время // Нижегородский медицинский журнал. 1932. № 2. С. 17–22.
12. Рудольфи А.Ф. Ближайшие задачи в работе санитарной организации // Нижегородский сборник здравоохранения. 1925. № 1. С. 7–22.
13. Государственный исторический архив Чувашской Республики. Ф. Р-17. Оп. 1. Д. 61. 23 л.
14. Ойфебах М.И. Указ. соч. С. 998.
15. Казанский медицинский журнал. 1929. № 4. С. 456.
16. Губернский санитарный совет 12–14 августа 1924 года // Нижегородский сборник здравоохранения. 1925. № 1. С. 64–70.
17. Государственный архив Российской Федерации. Ф. Р-9226. Оп. 1. Д. 53. 103 л.
18. Дезидерьев П.В. На фронте борьбы с туберкулезом в Татарстане // Казанский медицинский журнал. 1935. № 5. С. 574–577.
19. Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР : статистический сборник / под ред. И.А. Краваля. М., 1937.
20. Центральный архив Нижегородской области. Ф. Р-102. Оп. 1. Д. 2256. 117 л.

References:

Daly, JW 2018, *Crime and Punishment in Russia. A Comparative History from Peter the Great to Vladimir Putin*, Oxford, 256 p. <https://doi.org/10.5040/9781474224390>.

- Dezideriyev, PV 1935, 'Fighting against Tuberculosis in Tatarstan', *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*, no. 5, pp. 574–577, (in Russian).
- Engel, BA 2004, *Women in Russia, 1700–2000*, Cambridge (UK), p. 91
- 'Governorate Public Health Council of August 12-14, 1924' 1925, *Nizhegorodskiy sbornik zdavookhraneniya*, no. 1, pp. 64–70, (in Russian).
- Kazan Medical Journal* 1929, no. 4, pp. 456-457, (in Russian).
- Kraval, IA (ed.) 1937, *Health and Public Health of the Working People of the USSR: a Statistical Compilation*, Moscow, (in Russian).
- Lukyanov, IK 1928, 'The Pivotal Points of the Health Situation in Volga-Kama Region in the Past and Present', *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*, no. 8, pp. 786-799, (in Russian).
- Oyfebakh, MI 1928, 'The TB Mortality Rate among the Tatar Population of Kazan', *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*, no. 10, pp. 994-999, (in Russian).
- Rudolfi, AF 1925, 'Immediate Tasks of Public Health Organization', *Nizhegorodskiy sbornik zdavookhraneniya*, no. 1, pp. 7-22, (in Russian).
- 'Several Data on Health Situation and the Public Health Organization in Volga Region' 1992, *Obshchestvennyy vrach*, no. 2, pp. 110-114, (in Russian).
- Statistical Reference Book of the USSR* 1927, Moscow, (in Russian).
- Torsuev, NA 1932, 'A Brief Essay on Prostitution at the Nizhny Novgorod Fair in the Tsarist Period', *Nizhegorodskiy sbornik zdavookhraneniya*, no. 2, pp. 17-22, (in Russian).
- Trube, LL 1979, 'Geography of Non-Russian Population in Gorky Region', *Zapiski krayevedov. Gor'kovskaya oblast'*, Gorky, pp. 12-20, (in Russian).