СЕРГЕЙ ЗАТРАВКИН И ЕЛЕНА ВИШЛЕНКОВА

«КЛУБЫ» И «ГЕТТО» СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МОСКВА • «ШИКО» • 2022

УДК 94
ББК Рг
К90

Р е ц е н з е н т ы:

Владимир Олегович Щепин — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва)

Андреас Реннер — профессор кафедры российско-азиатских исследований Мюнхенского университета (Германия)

Вадим Суренович Парсамов — доктор исторических наук, профессор НИУ «Высшая школа экономики» (Москва)

К90 Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. **«Клубы» и «гетто» советского здравоохранения.** М.: ШИКО, 2022. 352 с.: ил.

В названии книги использована метафора, предложенная французским социологом Пьером Бурдьё для описания контрастных социальных пространств. На одном его полюсе находятся клубы со многими возможностями и культурой сотрудничества, на другом — гетто как ограниченные в возможностях пространства, обитатели которых либо стремятся вырваться из них, либо терпеливо живут там. Авторы обнаружили подобные социальные пространства в СССР и соответствующие им формы здравоохранения: «красная медицина для трудящихся» 1920-х годов, «классовая медицина для индустриальных рабочих» 1930-х годов, «медицина для населения» и «медицина для контингента» 1940—1980-х годов. В книге приводятся аккумулированные статистические данные об инфраструктуре советского здравоохранения, таблицы с показателями заболеваемости и смертности, свидетельства современников о проблемах качества медицинской помощи. Иерархизированные пространства советского здравоохранения создавали сегментированные зоны доступа к медицинской помощи, усиливая экономическое и социальное неравенство неравенством биосоциальным.

Книга предназначена для тех читателей, кому интересны Советский Союз, советская культура и кто помнит или совсем не знает советскую медицину; для студентов и преподавателей медицинских и гуманитарных факультетов, для историков медицины.

ББК Рг

ISBN 978-5-907348-26-4
© С. Н. Затравкин, Е. А. Вишленкова, 2022

Поколению наших родителей
посвящается

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение 5

Глава 1. **Искажения исторического зрения** 19
Мерцающие принципы советской медицины 19
Кривые зеркала статистики здравоохранения 42
Нарративные лекала 63

Глава 2. **«Гетто», или Охранные зоны для здоровья населения** 99
Медикаменты и революция, 1917—1928 99
Партийная медицина, 1929—1940 124
Послевоенная реформа здравоохранения, 1945—1963 163
Состояние здравоохранения в годы застоя, 1964—1991 177
Ухудшение здоровья советских людей в эпоху застоя 198

Глава 3. **«Клубы», или Медицина для контингента** 229
Аберрации памяти 232
Особенности инфраструктуры 242
Кремлевские избранники 261
Этнография и антропология клубных отношений 296

Ретроспективный взгляд 322
Указатель имен 328
Архивы 334
Литература 335

ВВЕДЕНИЕ

На протяжении практически всех 70 лет существования СССР советская медицина была остродефицитной сферой государственной жизни. Само по себе это утверждение не кажется чем-то удивительным или исключительным: лечебным учреждениям и ведомствам всех стран и во все времена не хватает денег. Всё дело в степени финансового голода. Страна Советов финансировала медицину невероятно скромно, а временами — очень скудно. Финансирование здравоохранения представляется ограниченным в сравнении не только с богатыми западными странами, но даже с другими областями экономики СССР. За исключением редких просветов, у правящей партии неизменно находились более острые нужды и проблемы (Гражданская война, индустриализация, подготовка к мировой войне, полеты в космос, освоение новых территорий, строительство БАМа или ледоколов), нежели здоровье и жизнь сограждан.

«Русский крест» — так, с подачи академика АМН СССР В. П. Казначеева, российские масс-медиа именуют события русской истории, породившие демографический коллапс — превышение смертности над рождаемостью в относительно благополучные или, во всяком случае, мирные годы[1]. В своих медико-экологических трудах академик писал о сверхпотреблении человеческого здоровья экономикой СССР. Разрабатывая концепцию человекоемкости общественных про-

[1] Академик Влаиль Казначеев: «Стремление людей к наживе ведет к искажениям в здоровье» // Еженедельник «Аргументы и Факты». URL: https://aif.ru/society/19242 (последнее обращение 24.02.2021).

изводств, Казначеев утверждал, что по советским нефте- и газопроводам текут человеческие жизни: депопуляция, низкая и короткая жизненная активность, недообразованность, потери здоровья, энергетическое и эмоциональное истощение. С 1980-х годов Казначеев и сотрудники его экспертных институтов били тревогу и призывали сначала советские, а потом российские власти к бережному использованию трудовых резервов страны и к разумным тратам национального здоровья.

А между тем в современном медийном и политическом пространстве советская медицина предстает в ореоле ностальгических воспоминаний и идеализаций. Судя по публикуемым высказываниям, даже те, кто жил во времена сталиных, хрущевых, брежневых, сейчас уже не уверены: хорошо и бесплатно их лечили или за скрытую плату (взятки, подарки) и плохо; была ли доступна медицинская помощь всем советским гражданам, или скудные ресурсы направлялись на сохранение жизней и здоровья только партократов. И уж тем более различным (порой диаметрально противоположным) оказывается представление об этом потомков советских людей и зарубежных исследователей.

Мы взялись за инфраструктурную и социальную историю здравоохранения, поскольку хотели узнать его возможности. Соответственно, в отличие от многих наших предшественников, нас интересовали не успехи государственных чиновников в деле строительства больниц и расширения койкомест, а возможности для советских граждан вовремя выявить свои заболевания, получить лекарства и жить долго и без боли, то есть институциональные и дискурсивные препятствия на пути к здоровью. Мы исходили из того, что жизни советских людей, которых мы отказывались рассматривать как абстрактные «население», «нацию», «общество» или «народ», зависели не только от политических и экономических катаклизмов и природных катастроф, но и от качества и доступности медицинской помощи.

Руководствуясь этим намерением, мы продвигались в двух направлениях: 1) анализировали политики отбора и сохранения свидетельств, которые тогда поддерживали иллюзорные реальности в сознании современников, а теперь обеспечивают жизнеспособность политических утопий прошлого; 2) выявляли точки напряжения и внутреннюю хронологию советского здравоохранения.

Это значит, что мы всё время имели в виду не только содержание документов и смысл иных исторических свидетельств, но и историю их создания, биографии советских архивов, назначение статистических диаграмм и таблиц. Для нас была важна специфика созданной в Советском Союзе системы исследовательских институтов и центров (между собой мы называем их «академия волшебства»), которые должны были не столько сканировать реальность, сколько создавать и поддерживать иллюзорные реальности. Нас интересовали создаваемые посредством языка науки и бюрократических отчетов фантомы. Мы изучали, как менялось восприятие, как личные воспоминания подчинялись догмату коллективной памяти. Мы убедились, что посредниками на пути этих трансформаций были эфемерные сущности — понятия «здоровье трудящихся», «классовая медицина», «оздоровление труда», «партийная медицина», «счастье народное». Эти и другие неологизмы вошли в лексикон советских медицинских администраторов и исследователей, были положены в основу специфических дисциплин, таких как организация общественного здоровья и организация советского здравоохранения. Они позволили абстрагировать здоровье от тел советских граждан, то есть концептуализировать его в качестве объекта административного воздействия и особой политической ценности.

Деконструкция является для нас необходимой, но только посреднической процедурой, а не конечной целью. Это важный при работе с языками тоталитаризма аналитический прием наведения оптики исследователя и читателя. Поэтому

мы назвали первый раздел книги — «Искажения исторического зрения». В нем мы анализируем ключевые понятия политического дискурса, связанного с биополитикой, а также устройство обеспечивающих его научных дисциплин, среди которых центральная — советская история медицины. Это была специфическая практика описания прошлого, нацеленная на то, чтобы утверждать преимущества социалистического строя и социальной политики в СССР.

Мы проследили семантические изменения «принципов советской медицины» — заявленных стратегий советского государства. Историки медицины пользовались ими как несущими конструкциями для построения исторических нарративов. Соответственно принципы считались незыблемыми, неизменными, равными себе во времени. Наш анализ показал их изменчивый характер, зависимость от политик советских правительств в области здравоохранения. Именно поэтому мы считаем их не фундаментом, а люфтами.

Без аналитической работы над образами и понятиями советских текстов наш рассказ о событийной истории рисковал стать механическим воспроизведением того самоописания, которое придумали организаторы советского здравоохранения для рассказа о собственном славном прошлом. Мы обнаружили, что возможности медицинской помощи и рассказ об этой медицинской помощи (будь то ведомственный отчет или юбилейный текст) довольно сильно отличались. Нередко чем скуднее была помощь, тем красочнее были рассказы об оказанном государством и партией благе. А при невозможности предложить версию прошлого как объекта гордости (без риска лишиться доверия читателей) советские историки медицины успешно использовали приемы забвения и умолчания.

Поскольку нас интересовала социальная сторона советского здравоохранения, собранный источниковый материал почти сам собою распределился между двумя полюсами: «медицина для контингента» и «медицина для населения».

Эти термины заимствованы нами из советского делопроизводства.

Элитная часть здравоохранения представлялась тогда (и для многих современников является таковой сейчас) воплощением в реальность идеалов большевиков. Впрочем, они не были изобретателями социального неравенства. Многолетний глава кремлевской медицины Е. И. Чазов ссылался в мемуарах на образцовый для него опыт американской клубной медицины для богатых.

Эта отсылка напомнила нам о концепции социальных пространств П. Бурдьё[2]. Именно он изобрел релевантную для нас бинарную рамку «клуб — гетто». В его метафорике клуб — это закрытое пространство избранных, которое возникает из устойчивого объединения людей, похожих друг на друга. Схожесть членов «кремлевского медицинского клуба» была порождена обладанием тем, чего не было у других советских граждан,— финансовыми и культурными ресурсами, властью. Для вхождения в клуб и причастности к нему от них требовались не только экономические и культурные, но и социальные капиталы.

Эффект клуба всегда и всюду действует по принципу исключения: нежелательные агенты удаляются из заповедного пространства либо по праву, либо по факту. Чтобы исключать по праву, кремлевскому клубу нужны были более-менее сформулированные и согласованные numerus clausus («номенклатуры»). Принцип «закрытого числа или перечня» глубоко укоренен в римском праве. До сих пор это принцип оценки собственности. В Новое время он вышел за пределы юриспруденции и стал использоваться для поддержания сословных привилегий и защиты от конкуренции в профессиях (установленное количество нотариусов для данной обла-

[2] *Бурдьё П.* Физическое и социальное пространства: проникновение и присвоение / Пер. с французского Н. А. Шматко // Социология политики. М., 1993. С. 33—52.

сти, питейных заведений, евреев в университетах и т. д.) Списки одобренных, или допущенных к льготам, составляются по определенным признакам (например, имущественные возможности, этнические или расовые квоты, обладание должностями или партийный стаж). Такие списки составляет и управляет ими тот (или те), кто обладает ресурсами.

Исключение из клуба по факту возможно в тех случаях, когда у агента не оказывается всех необходимых и желательных для клуба свойств или было какое-либо одно нежелательное. Те советские граждане (конечно же, лучшие), у кого было всё, символически посвящались в члены «кремлевского клуба» и участвовали в производстве и распределении символического капитала, получая от этого прибыль (в виде дополнительных ресурсов).

Вторая часть этой дихотомии имеет обратный эффект: в отличие от клуба, «гетто» символически (а в отношении здравоохранения — и физически) обессиливает своих обитателей. В силу отсутствия разных видов или всех видов капиталов жители гетто могут делиться друг с другом только своим отлучением (несчастьем, ощущением нездоровья, неблагополучия, боли). Обладатели данного клейма удваивают свои лишения тем, что мешают друг другу вырваться из гетто, усиливают эмоциональную созависимость и подавляют инициативы. Чтобы удержать конкурентов в их непривлекательном пространстве, члены «клуба» должны применять физическое или символическое насилие, чтобы заставить их сидеть на «скамейках гетто». В свою очередь выходцы из гетто (по крайней мере, некоторые) всеми силами стремятся попасть в клуб. И делают это не только с помощью социальных лифтов, но и вторгаясь в клубные заведения посредством запрещенных тропинок — взяток, знакомств, каких-либо услуг. На этой привлекательности основана возможность мягкой силы членов клуба — пускать на свою территорию в обмен на лояльность, преданность и услуги.

Сюжеты в главе «„Клуб“, или Медицина для контингента» собраны нами не в хронологии, а по проблемному принципу. Мы их писали на основе документов из Российского государственного архива экономики и Российского государственного архива новейшей истории. Документы о закупках оборудования, строительстве зданий, импорте лекарств и продуктов позволяли воссоздавать историю инфраструктуры элитной медицины. Она повествовала о множественных пространствах этого «клуба», а вернее — о клубах. Оказалось, что это элитное пространство было строго иерархизировано и разные слои контингента в этих клубах практически не пересекались.

На документах архива Центрального комитета КПСС, где отложились списки элитных пациентов и решения о предоставлении доступа к кремлевским услугам, мы выявляли принципы включения / исключения из него. О советских партийных элитах уже есть довольно обширная исследовательская литература, но она сосредоточена на качественных характеристиках данной социальной группы (именуемой на языке того времени «номенклатурой»)[3]. Обычно исследователи не имеют четких параметров соотнесения. Между тем архивы IV Главного управления Министерства здравоохранения СССР позволяют довольно четко очертить границы элитного клуба. Поскольку среди кремлевских пациентов оказалось много известных политиков не только нашей страны, но и иных социалистических стран или лидеров коммунистических партий, это позволило увидеть возможности Кремля влиять посредством медицины на расстановку политических сил в годы холодной войны. И наконец, нас интересовали отношения врач—пациент и пациентов между

[3] *Voslensky M.* Nomenklatura. Die herrschende Klasse der Sowjetunion. Wien: Verlag Fritz Molden, 1980; *Восленский М.* Номенклатура. Господствующий класс Советского Союза. М.: Захаров, 2005.

собой, то есть этнография и антропология кремлевской медицины.

Разделы в главе «Гетто, или Охранные зоны для здоровья населения» создавались иначе. Хронологически написанная нами история распалась на четыре периода: «Медикаменты и революция, 1917—1929», «Партийная медицина, 1929—1940», «Послевоенная реформа здравоохранения, 1945—1964», «Состояние здравоохранения в годы застоя, 1964—1991». Поскольку перед нами не стояла задача охватить все советское прошлое всего советского прошлого, то мы сознательно отказались от сюжета «Медицина в годы Великой Отечественной войны». Во-первых, об этом написано много, а во-вторых, там речь идет о мобилизационной медицине для войны и для военных. Нам же была интересна регулярная система здравоохранения для мирного населения, была важна рутина каждодневной жизни.

Все сюжеты в эту главу писались автономно, в разное время (хотя и последовательно) и публиковались в виде статей. В 2020—2022 годах они появлялись на страницах журналов «Российская история», «Quaestio Rossica» и «Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины». Мы намеренно пошли по такому пути, поскольку хотели обсуждения наших наблюдений и выводов среди социальных историков, историков науки и историков медицины. Дело в том, что для нас самих результаты исследования оказались угнетающими. Они порождали острое чувство жалости к поколениям наших родителей и их родителей. Каждый из нас помнил их страдания. Когда мы читали документы, нам все время казалось, что, если бы советское правительство вкладывало чуть больше денег в здравоохранение, жизнь наших близких была бы менее болезненной и уж точно — не такой короткой. Все историки осторожно относятся к свидетельствам собственной памяти: она ведь может подвести профессионала. К тому же так соблазнительно объявить единичное типичным. Поэтому мы были готовы к тому, что на-

ше восприятие в качестве очевидцев войдет в противоречие с историческими текстами. Так в нашей следовательской практике уже бывало. Но мы никак не ожидали, что находящиеся в свободном доступе для прочтения и изучения тексты не только подтвердят наши воспоминания, но и будут свидетельствовать о таком неблагополучии советских людей.

И поскольку у нас было опасение собственной пристрастности, мы хотели контраргументов специалистов, их комментариев. Они оказались разными по стилистике. Однажды мы получили полемический ответ от историка из Ярославского медицинского института Дмитрия Христенко на статью о здравоохранении 1930-х годов. Автор уверял, что мы предложили читателям «совершено искаженное представление о реалиях ушедшей эпохи и достаточно абсурдные заявления». В качестве контраргумента он привел восторженные свидетельства со стороны иностранных врачей-путешественников об устройстве сельской медицины, яслей и доступности медиков. Редакция журнала Quaestio Rossica любезно предоставила нам возможность ответить на это обвинение и организовала ради этого круглый стол[4]. Это помогло нам перепроверить свои наблюдения, углубиться в изучение вопроса и укрепиться в своих выводах.

Глава «Гетто» содержит описание и анализ биополитик (именно политик во множественном числе) и форм советского здравоохранения. При этом наши оценки и отношение к созданной системе и правилам ее функционирования определяются не абстрактной бюрократической ценностью — «эффективностью», а порожденными этими политиками проблемами для жизни, болезни и здоровья советских людей. Именно поэтому мы работали не только с деклара-

[4] *Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А.* О сельском здравоохранении в СССР, или О качестве истории медицины // Quaestio Rossica. 2022. № 2. С. 646—656.

тивными текстами (выступлениями, программными статьями, законами), но и с медицинской статистикой, фиксирующей последствия социальных экспериментов, с эго-документами, зафиксировавшими переживания пациентов.

Советская статистика не дает абсолютно достоверные цифры. Наверное, никакая не дает. После целого ряда публикаций, в том числе очень важной книги Аллена Блюма[5], мы понимаем, что делали советские статистики, обрабатывая цифровые данные. Но даже с искажениями, их показатели не позволяли партократам наслаждаться собственными успехами и кричали о проблемах, спрятанных от пытливых глаз иностранных путешественников. И только в моменты политических кризисов они становились средством обличения предшественников или политических оппонентов.

Мы аккумулировали опубликованную статистику из советских изданий, дополнив ее данными из изданий «для служебного пользования». Для нас была важна не их точность, а то, как в СССР осуществлялся мониторинг системы здравоохранения, ее корректировка, что знали о состоянии медицинской помощи и ее результативности те, от кого зависели финансирование и реорганизация.

Политики здравоохранения имеют вполне измеримую «эффективность». Ее можно увидеть в динамических рядах смертности, заболеваемости, продолжительности жизни, длительности здоровой жизни. Эти два измерения мы дополняем третьим — анализом медицинской инфраструктуры или возможностями советского здравоохранения. Введение этой координаты позволило уйти от судебно-обличительного пафоса, дало возможность понять, что можно и чего нельзя было сделать при таких исходных данных.

[5] *Блюм А.* Родиться, жить и умереть в СССР. М., 2005.

* * *

В советское время велась широкая пропаганда медицинских знаний. В раннесоветский период санитарное просвещение осуществлялось через театры, плакаты, брошюры, кинематограф[6]. Тогда массовое производство визуальных посланий было стимулировано совместной борьбой медиков и пациентов с эпидемиями[7]. Однако сейчас лозунг раннесоветского здравоохранения «Здоровье трудящихся — дело самих трудящихся» прочитывается двусмысленно: и как устранение социальной дистанции между врачом и пациентом, и как возложение ответственности государства за здоровье граждан на самих граждан. В плакатах 1920-х годов врачи и пациенты — единая команда, а их общие враги — вши, болезни, грязь, крысы.

В 1930-е годы ситуация изменилась. С этого времени и вплоть до конца Советского Союза объектом сатиры стали врачи, администраторы, больницы[8]. Их визуальный образ амбивалентен: с одной стороны, врачи — спасители советского строя, приходят на помощь в критические моменты; с другой стороны, под белым халатом нередко скрываются внутренние враги — евреи, бюрократы, лентяи, плохо обу-

[6] *Starks T. A.* Propagandizing the Healthy, Bolschevik Life in the Early USSR // American Journal of Public Health. 2017. № 107 (11). P. 1718—1724.

[7] *Шерстнева Е. В.* История медицинского плаката в России (1921—1931). Дисс. … канд. ист. наук. М., 1997.; *Шерстнева Е. В., Поддубный М. В.* Санитарно-просветительный плакат 20-х годов в деле санитарного просвещения населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. № 3. С. 61—64.; *Шерстнева Е. В.* Из истории распространения гигиенических и медицинских знаний: русский лубок о здоровье соотечественников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. № 3. С. 59—63.

[8] *Шевцова А., Гринько И.* Клятва Айболита: иконография медика в советской карикатуре // Этнодиалоги. 2020. № 2 (60). С. 203—233.

ченные «троечники». Интерес советских карикатуристов к здравоохранению, а также дозволение журнальной цензуры публиковать такую сатиру были порождены потоком жалоб советских граждан на условия лечения, их письмами в ЦК КПСС. Признанные партией «недостатки» (так на языке советской пропаганды назывались тупиковые или неудачные, ошибочные явления) высмеивались на страницах всеми читаемого журнала «Крокодил».

Мы отобрали из его номеров 26 сатирических рисунков об устройстве советского здравоохранения. В книге они сопровождают главу «„Клубы“, или Медицина для контингента». И коль скоро наш текст — это историческая реконструкция прошлого, сделанная из другого времени, из ситуации с изменившимся представлением о ценности человеческой жизни и здоровья, то мы решили показать эту исследовательскую дистанцию визуально. На форзацах нашей книги размещены ремейки советских карикатур, сделанные современным графиком Ольгой Чаловой. Любопытный читатель может сравнить карикатуру-оригинал и его новую версию, почувствовать меняющиеся оттенки значений, возникающие в ситуации изнутри того времени и извне.

Этот прием — не наше изобретение. Так некогда сделал Сальвадор Дали, перерисовав сатирические рисунки Франсиско Гойи. Зрители Пушкинского музея в Москве рассматривали на выставке одноименные гравюры разделенных во времени гениальных рисовальщиков, находя в них противоречия или общность восприятия.

* * *

Разделы данной книги мы обсуждали в виде докладов на международных научных семинарах в Политехническом музее в Москве, в Институте гуманитарных историко-теорети-

ческих исследований (ИГИТИ, ВШЭ, Москва), в Национальном научно-исследовательском институте общественного здоровья имени Н. А. Семашко, в Германском историческом институте в Москве (DHI), в исследовательском институте при Немецком музее в Мюнхене (Forschungsinstitut, Deutsches Museum, Munchen), в Институте передовых исследований в университете Фрайбурга (Freiburg Institute for Advanced Studies, FRIAS). Каждое выступление порождало стремление улучшить рукопись.

Хотим выразить свою признательность Галине Орловой (НИУ ВШЭ, Москва), Бену Эклофу (Университет Индианы), Марине Могильнер (Университет штата Иллинойс в Чикаго), Владимиру Щепину (Национальный НИИ общественного здоровья, Москва), Оксане Запорожец (НИУ ВШЭ, Москва, а затем — университеты Германии), Ирине Савельевой (НИУ ВШЭ, Москва), Андреасу Реннеру (Мюнхенский университет) за данные нам в разное время советы, подсказанные идеи, за прочтение наших текстов. Большую помощь в поиске документов, редактировании и оформлении текста книги оказала наша ученица и коллега Ольга Охотникова.

И мы благодарны нашим семьям, нашим близким и любимым людям за поддержку и вдохновение.

* * *

Пройдя длинный путь изучения советского здравоохранения, мы солидаризуемся с Е. Н. Мельниковой, которая на юбилее профессора медицины академика Влаиля Казначеева (2020) с горечью сказала: «Сегодня, на переломном этапе развития России, когда былая великая держава не только не прирастает, но теряет в год сотни тысяч своей численности, когда здоровье всех и каждого катастрофически ухудшается, механизмы спасения связаны, прежде всего, с осознанием

губительных причин такого состояния, с устремлением мысли к положительному эволюционному знанию»[9]. Именно такое положительное знание, предназначенное для продления жизни и сохранения здоровья россиян, мы хотели дать нашему читателю.

[9] *Мельникова Е. Н.* К юбилею академика В. П. Казначеева: Его до сих пор в России не понимают… // Общественный центр информации. URL: https://zen.yandex.ru/media/id/5e274bc843863f00acd7ed97/k-iubileiu-akademika-vpkaznacheeva-ego-do-sih-por-v-rossii-ne-ponimaiut-melnikova-en-5e90a3077ba2935da05d17c4 (последнее посещение 13.08.2022).

Глава 1

ИСКАЖЕНИЯ ИСТОРИЧЕСКОГО ЗРЕНИЯ

Приступив к изучению советского здравоохранения, мы (как и все исследователи советской медицины) были вынуждены продираться через толщу исторических текстов того времени, как две капли воды похожих друг на друга и обосновывающих советские преимущества перед системами медицинской помощи других стран. В каждой книге и статье мы читали о благородстве замыслов большевиков/коммунистов, о растущих цифрах статистики и о поступательном прогрессе, обеспеченном решениями партии и правительства. Выбравшись из чащи, мы решили предложить читателю результаты наших расследований: как создавались и как сохранялись (были защищены от критики) эти аксиомы истории советского здравоохранения — принципы, статистика и нормативное знание о прошлом.

Мерцающие принципы советской медицины

Советское общество конструктивистов любило футуристические проекты и декларации. Практика жизни могла быть прозаичной, тусклой или вовсе ужасной, но девизы, тезисы и принципы должны были быть красивыми и звонкими. Назначение этой витрины в разные времена было раз-

ным — мобилизовать на подвиги или спрятать реальность. Это свойственно и текстам по теории и истории здравоохранения. Все они структурированы перечнем основополагающих принципов ее функционирования. «В СССР,— провозглашалось в конце советской эпохи,— создана подлинно общенародная система здравоохранения, основанная на *ленинских принципах* бесплатности и общедоступности медицинской помощи, профилактики, единства науки и практики, активного участия общественности в оздоровительных мероприятиях»[1].

Это был первый год перестройки, и до падения СССР оставалось четыре года. К тому времени «идентичность» советской медицины была отшлифована в сотнях текстов. Кочующие из одной публикации в другую «ленинские» постулаты утратили связь с реальностью и выполняли скорее обрядовую функцию. Но если бы кто-то захотел вернуться к истокам и найти эти заветы в трудах и выступлениях В. И. Ленина, то не смог бы их там отыскать. Попытки найти их делались. Обнаружить в ленинских текстах хотя бы смутные прогнозы устройства советского здравоохранения не смогли даже И. А. Слонимская и Т. П. Новикова. А ведь эти историки десятилетиями занимались прочтением «Полных собраний сочинений» вождя революции и компилировали из них цитаты по медицинским вопросам[2]. Кто же и когда создал скрижали советского здравоохранения, о которых даже сегодня повествуют студентам-медикам учебники по истории медицины[3]?

---

[1] Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года. Утверждены Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 1318 от 19 ноября 1987 года.

[2] РГАНДТ. Ф. 177. Оп. 2. Т. 1. Д. 26. Л. 112; Там же. Д. 180. 35 л.; Там же. Д. 217. 90 л.; Там же. Т. 2. Д. 218. 50 л.; Там же. Т. 3. Д. 219. 75 с.; Там же. Д. 220. 397 л.; Там же. Т. 1. Д. 231. 195 с.; Там же. Т. 2. Д. 232. 249 л.; Там же. Т. 3. Д. 233. 195 л.; Там же. Т. 4. Д. 24. 178 л.

Мы предлагаем читателям результаты нашей археологии данной темы. Разработанные в рамках Begriffsgeschichte методы позволяют снимать семантические напластования с таких постулатов и обнаруживать их вполне историческую изменчивость, многослойность[4]. С их помощью мы выявляли смыслы, которые вкладывали современники в понятие «советская медицина».

Задачи советской медицины

Принципы советской медицины рождались в совершенно определенной политической обстановке и были ответом большевиков на полемический вызов своих оппонентов — интеллектуалов-врачей, отказавшихся сотрудничать с новой властью. Принципы (или определения) неологизма «советская медицина» были сформулированы в постановлении I Съезда медико-санитарных отделов Советов рабочих, крестьянских и солдатских депутатов (Москва, 15—18 июня 1918 года). На этом собрании будущие народный комиссар здравоохранения РСФСР Н. А. Семашко и его заместитель З. П. Соловьев выступили с разоблачениями оппонентов — отказавшихся сотрудничать с советской властью врачей, так называемых пироговцев[5].

Их полемика началась задолго до съезда. У пироговцев был орган печати — «Общественный врач», который позво-

[3] *Сорокина Т. С., Морозов А. В.* Отечественное здравоохранение и медицинское образование в первой половине двадцатого века. М., 2017.

[4] Описание методов, разработанных школой Р. Козеллека см.: *Козеллек Р.* Метод // Словарь основных исторических понятий. М., 2014. С. 33—40.

[5] Так большевики называли членов Общества русских врачей имени Пирогова, а также участников «Пироговских съездов», на которых врачебная корпорация принимала согласованные решения.

Нарком здравоохранения РСФСР Николай Александрович Семашко

Заместитель наркома здравоохранения РСФСР Зиновий Петрович Соловьев

лял врачебной элите транслировать свои предложения и решения, популяризировать медицинские открытия и формировать корпоративную идеологию.

Приехавшие весной 1918 года в Москву Семашко и Соловьев намеревались создать альтернативную и независимую от врачебной корпорации систему здравоохранения для Советской Республики. Большевики учредили к тому времени Совет врачебных коллегий, который управлял малочисленной группой врачей, перешедших на их сторону. Эту когорту предстояло усилить медиками, срочно изготовленными из рабочих и крестьян, сплотить организационно и сделать единомышленниками. Для разоблачения идеологии конкурентов Семашко и Соловьев использовали ленинский опыт партийной мобилизации посредством печати. Они приступили к изданию «Известий советской медицины» — газеты, на страницах которой предстояло бить идейных противников и рекрутировать единоверцев.

Проблема заключалась в том, что пироговцы ратовали за бесплатную медицинскую помощь, доступную для всех, общественную медицину и социальную гигиену. До революции эти лозунги объединяли коммунистов и пироговцев. Но после обретения власти большевикам нужно было отмежеваться от бывших союзников — имперских интеллектуалов; в

ИЗВЕСТИЯ СОВЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ОРГАН СОВЕТА ВРАЧЕБНЫХ КОЛЛЕГИЙ ПРИ СОВЕТЕ НАРОДНЫХ КОМИССАРОВ.

№ 1 15-го Мая 1918 г. № 1

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1918 г. на еженедельную газету

„Известия Советской Медицины"

Орган Совета Врачебных Коллегий при Совете Народных Комиссаров

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА

Цена отдельного номера — 50 коп.

ТАКСА ОБЪЯВЛЕНИЙ

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ: 1) в конторе редакции — Москва, Маросейка, 7, кв. 6, 2) в книжном магазине „Волна" — Москва, Арбат, 40, 3) в канцелярии Совета Врачебных Коллегий — Москва, Петровка, 17

ИСПОЛНИТЕЛЬНОЕ БЮРО МОСКОВСКОГО СОЮЗА СОВЕТСКИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

приглашает товарищей записываться в члены Союза при записи обязательно представление партийных членских билетов, партийных рекомендаций или удостоверений советских организаций.

Прием в члены Союза производится согласно § 3 устава Союза. Исполнительным Бюро.

Запись производится в помещении Исполнительного Бюро: Москва, Маросейка, 7, кв. 6, тел. 5-86-20, ежедневно, кроме праздников, от 12—2 час. дня.

Содержаніе.

Действия и распоряжения Правительства.
От старого к новому.
Об организации советской медицины на местах.
План организации медико-санитарного-ветеринарного дела в областном масштабе.
Первые шаги советской медицины.
Аптечный вопрос и советская власть.
Союз медицинского персонала на платформе признания власти советов.
Московский союз медицинских работников.
Советские медицинские работники и «широкие массы».
Отклики советской печати на Наркомздрав.
Реорганизация физического образования и охраны здоровья учащихся.
Из деятельности комиссариата социальной помощи.
Вести с мест.
Хроника.

связи с этим комиссары объявили прежние мечты о социальной справедливости «буржуазным народолюбием», а пропагандистов этих идеалов — саботажниками[6].

В программной статье к первому номеру «Известий советской медицины» анонимный автор (или Соловьев, или организатор медико-санитарного отдела при военно-революционном комитете в Петрограде М. И. Барсуков) писал о рождении нового типа медицины[7]. В противовес пироговцам, отстаивавшим профессионализм в оказании медицинской помощи и патронаж врачей в отношении пациентов, большевистские идеологи здравоохранения ратовали за демократизацию данной сферы — передачу медицинского контроля представителям народа, за пролетаризацию врачебной профессии, отказ от корпоративности и подчинение всех лечебных заведений органам диктатуры пролетариата. Именно в этом значении — устранения конкурентов в виде частных врачей и общественных организаций — тогда понимался призыв большевиков к государственной медицине.

Со страниц «Общественного врача» пироговцы иронично заметили, что мировая медицина не знает такой отрасли — «советская медицина», что опытные врачи не понимают, как Советы рабочих, крестьян и солдат смогут оказывать медицинскую помощь. Заинтересованные читатели не нашли в статье партийных лидеров те новшества, которые отличают советскую медицину от какой-либо другой: «ни новых слов, ни новых мыслей, ни новых путей»[8].

Это был вызов, на который большевики ответили в статье, посвященной предстоящему I Съезду. В ней обобщался большевистский опыт решения медицинских задач на кон-

---

[6] *Барсуков М. И.* Великая Октябрьская Социалистическая революция и организация советского здравоохранения (октябрь 1917 — июль 1918). М., 1951.

[7] От старого к новому // Известия советской медицины. 1918. № 1. С. 3—4.

[8] Цит. по: *Барсуков М. И.* Великая Октябрьская Социалистическая революция и организация советского здравоохранения (октябрь 1917 — июль 1918). С. 261.

тролируемых ими территориях. На его основе Семашко и Зиновьев попытались сформулировать специфику большевистского здравоохранения. Это было непросто. Тогда они заявили, что особой советскую медицину делает ее социальный характер — она не для всех, а только для угнетенных и обездоленных. Правда, пироговцы тоже о них заботились. В связи с этим полемисты ввели различие: императорские врачи просто заботились о трудящихся, а большевики передают медицину в руки рабочих. Если уж любая кухарка, по словам Ленина, могла управлять государством, то почему рабочий не мог заняться лечением?

На съезд были приглашены не только сочувствующие советской власти врачи, но и рабочие, крестьяне, красноармейцы. Семашко выступал перед ними, описывая милитаристским языком фронты, на которых сражаются советские врачи, силу и коварство врагов, в том числе в обличии голода и инфекций. Он признавал ограниченные возможности большевиков и уповал на героизм и альтруизм сторонников новой власти.

Впрочем, как не было у большевиков готового рецепта изготовления новой медицины, так не было и согласия в том, какой она должна быть. Публикации в «Известиях» и выступления на съезде содержат разнообразные проекты здравоохранения. Так, заведующий отделом социального страхования Наркомата труда Г. В. Линдов ратовал за про-

летарскую страховую медицину[9]. В декабре 1917 года большевики выпустили декрет о страховании лиц, занятых наемным трудом. Страховая медицина представлялась Линдову средством защиты трудящихся и избавлением от не-трудящихся. В связи с этим «советской» докладчик называл альтернативную страховой форму медицинской помощи, реализуемой через государственные органы. С точки зрения Линдова, это временная и вынужденная мера. Задача советской медицины — вытеснить земскую и городскую, а затем слиться со страховой и образовать единое социалистическое здравоохранение[10]. В нем будут учтены классовые интересы.

Ему бурно возражал член Совета врачебных коллегий и редактор «Известий» И. В. Русаков, считавший, что страховая (то есть классовая) медицина — временное явление. В будущем «должна быть единая Советская, государственная медицина, построенная и развивающаяся по единому плану»[11]. Пролетарская медицина, предостерегал он, приведет к дифференциации трудящихся, расслоению их на элитные и дискриминируемые группы.

Наэлектризованные воззваниями ораторов, участники съезда приняли постановление. Оно содержало описание проблем советской власти и шесть основных задач для создаваемого здравоохранения. Именно они впоследствии будут переформулированы в основы советской медицины. Вероятнее всего, формулировки этих задач принадлежат Барсукову и Соловьеву.

---

[9] *Линдов Г. В.* Советская медицина и страховая медицина // Известия советской медицины. 1918. № 5—6. С. 5—7.

[10] *Линдов Г. В.* Положения доклада «Общественная и страховая медицина» // Известия советской медицины. 1918. № 5—6. С. 16—17.

[11] *Русаков И. В.* Положения доклада «О соотношении государственной и страховой медицины» // Известия советской медицины. 1918. № 5—6. С. 17.

1. На тот момент, летом 1918 года, было важным устранение прежних межведомственных рамок и объединение прежде разрозненных медицинских учреждений и кадров («*единство управления*»). Медицинские вопросы тогда были распределены между тремя коллегиями, созданными при Комиссариатах внутренних дел, путей сообщения и государственного призрения. В условиях скудных финансов, мировой изоляции, порушенной лечебной инфраструктуры и дефицита медицинских специалистов, большевики должны были пойти по пути концентрации ресурсов[12].

2. Лечебную медицину предполагалось сделать бесплатной. С одной стороны, это социальная мечта, с другой — это противопоставление большевистских замыслов страховой и частной медицине. Последняя отказывалась подчиниться Советам, отказывалась поддерживать их финансовой и профессиональной помощью. Как сделать лечебную медицину *бесплатной и общедоступной*, съезд умалчивал. Идеологам советской медицины тогда было важно сформулировать проект желаемого и привлекательного для своих сторонников будущего, а не зафиксировать существующую реальность. Впрочем, Барсуков сообщил участникам съезда, что с мест приходят сообщения о возникновении «врачебно-санитарных организаций, построенных на принципах советской власти». Они,— уверял он,— образуют линии нового здания — советской медицины[13].

3. Имея в виду нехватку врачей и вынужденное приравнивание лекарских учеников к статусу дипломированных врачей (что сделали большевики)[14], участники съезда поставили задачу поднять качество медицинской помощи, сделать

[12] Хотя почти всегда наряду с Наркомздравом и сменившим его Министерством здравоохранения в СССР сохранялась ведомственная медицина.

[13] *Барсуков М. И.* Первые шаги советской медицины // Известия советской медицины. 1918. № 1. С. 7.

[14] Там же.

ее *квалифицированной*. Это предлагалось решать созданием новых медицинских факультетов, массовыми приемами на них не только лекарских учеников, но и выходцев из рабочей и крестьянской среды.

4. Расширение географии эпидемий вызывало страх перед их последствиями. В связи с этим съезд заявил о необходимости широкой санитарно-просветительской деятельности. Предстояло распространить революционную пропаганду на борьбу с болезнями, а также научить голодных крестьян и нищих горожан соблюдать санитарно-гигиенические нормы. Для этого подходили проверенные большевиками методы — беседы, лекции, выставки, наглядная агитация, передвижные театры. Всё это понималось как *профилактическая* деятельность.

5. Съезд предлагал не только демобилизовать лекарей с фронта, но и вовлечь в медико-санитарную деятельность «организованных рабочих и деревенскую бедноту» («*самодеятельность и сознательность трудящихся*»). Ими предполагалось компенсировать острый дефицит врачей. Это тоже был ответ пироговцам — большевики намеревались разрушить «пресловутую врачебную коллегиальность, которая замыкается в узко корпоративный круг»[15], победить ее массовостью «медицинского персонала» или «медицинских работников».

6. Одна задача была сформулирована в постановлении крайне декларативно. Кажется, что она вообще лишена смысла и больше напоминает политическую декларацию: «Только Советская власть, неуклонно проводящая начала коммунизма… дает твердое основание для правильной постановки борьбы как с социальными болезнями (туберкулез, венеризм, детская смертность и т. д.), так и с антисанитарными жилищными условиями»[16]. Очевидно, такое заявление тоже было частью политической полемики с пироговца-

[15] От старого к новому. С. 4.

ми. Однако на основе этой задачи историкам и идеологам трудно было вывести «основы советской медицины», поэтому в дальнейшем их осталось лишь пять.

От задач к основам

Едва выйдя из эпидемической катастрофы 1921—1923 годов и продемонстрировав чудовищную неблагодарность американским и европейским благотворителям и организациям[17], спасавшим умирающих от голода и болезней жителей России, большевистские лидеры здравоохранения выпустили юбилейное издание «Пять лет советской медицины»[18]. Ее рождение отсчитывалось от учреждения в июле 1918 года Наркомздрава РСФСР, что автоматически делало первого и тогда бессменного наркома Семашко создателем советской медицины. То есть лечебные пункты и деятельность врачей на контролируемых большевиками территориях в период 1917—1918 годов больше не признавались советскими — видимо, они считались не соответствующими провозглашенным принципам.

Издание открывается символической гравюрой. Ее визуальное послание было реакцией большевистских администраторов на насмешку пироговцев, указавших в 1918 году на то, что особую советскую медицину в версии «Известий» символизирует гравюра с образом всё той же античной змеи. В 1923 году изображение змеи сохранилось, но только в качестве небольшой виньетки на форзаце издания. Главную

[16] Постановление I-го Всероссийского съезда медико-санитарных отделов (15—18 июня 1918 года) // *Барсуков М. И.* Великая Октябрьская Социалистическая революция и организация советского здравоохранения (октябрь 1917 — июль 1918). С. 301.

[17] *Foster G. M.* The Demands of Humanity: Army Medical Disaster Relief. Washington, D.C.: Center of Military History, United States Army, 1983.

[18] Пять лет советской медицины: 1918—1923. М., 1923.

смысловую нагрузку несла другая гравюра: на фоне восходящего солнца (в религиозных гравюрах это образ Бога) читатель видел черные контуры фабричных труб и строительных кранов, а на солнечном полудиске читал девиз «Здоровье трудящихся — дело самих трудящихся». Между солнечными лучами вписаны семь основ советской медицины, то есть к прежним пяти формулам были добавлены еще две.

В этой гравюре всё еще заметны следы полемики большевиков с общественными врачами. Девиз был явным контртезисом к идеологии пироговцев. В отличие от них, в Советской России медицина провозглашалась не профессиональной сферой, а самодеятельностью. Декларировалось, что ее основами являются: *предупреждение болезней, бесплатная помощь, общедоступная помощь, квалифицированная по-*

мощь, единство управления, участие в здравоохранении трудящихся и санитарное просвещение.

Очевидно, что в 1923 году сформулированные в постановлении съезда 1918 года основы уже разошлись с реальной политикой Советского государства. Тот же Семашко в статье утверждал, что «вместо лицемерного принципа „демократического равенства", который на самом деле означал всегда привилегии богатых, советская власть в области здравоохранения проводит классовый принцип преимущественного обслуживания городского пролетариата и беднейшего крестьянства» [19]. Это явно не идеал социальной общедоступности. Впоследствии большевики назовут свою политику «*принцип партийности в медицине*».

А еще через пять лет, когда в 1927 году Семашко и его команда решили делать Большую медицинскую энциклопедию (БМЭ) — издание, соединяющее функции учебника современных медицинских знаний, репрезентации успехов советской политики в области охраны здоровья и идейного навигатора для плохо обученных «красных врачей»,— то главной их проблемой опять стало формулирование основ советской медицины. Только теперь нужно было не ответить саботажникам-пироговцам, а «дать ответы на все медицинские вопросы с точки зрения советского строительства… дать последовательно материалистическое объяснение всем медицинским проблемам… осветить все медицинские вопросы факелом советской доподлинной науки» [20].

Ради этого Наркомздрав и редакционный совет объединили вокруг энциклопедии всех научно мыслящих врачей советской России. От авторов статей требовали анализа исторического опыта, описания преемственности и формулирования особости и преимуществ медицины в условиях советского строя. Редакторы искали авторов, имеющих пра-

[19] Там же. С. 6.

[20] Большая медицинская энциклопедия. Проспект. М., 1927. С. 3—4.

Директор ЦИУВ В. П. Лебедева, нарком здравоохранения и главный редактор БМЭ Н. А. Семашко, ученый секретарь Редакции БМЭ Л. Я. Брусиловский, соредактор Отдела истории медицины и организации здравоохранения Редакции БМЭ М. И. Барсуков

вильную «политическую физиономию»[21], тексты статей проходили через обсуждение на Секретариате энциклопедии, заседаниях научных обществ, медицинских кафедрах, в исследовательских институтах. Так через единство языка и общие символы веры достигалась новая (то есть не профессиональная, а партийная) солидарность «красных врачей».

В разделе «Советская медицина», выделенном в статье «Здравоохранение», сотрудник Наркомздрава, соратник Семашко — И. Д. Страшун воспроизвел постановление I съез-

[21] *Брусиловский Л. Я.* Как создавалась Большая медицинская энциклопедия. М.; Л., 1936. С. 18.

да, назвав сформулированный тогда футуристический проект «основами советской медицины». Для того чтобы они выглядели вневременными и незыблемыми, ему пришлось удалить из текста декларативное заявление о преимуществах большевиков в борьбе с социальными болезнями[22]. Так из шести задач советской медицины 1918 года родились скрижали советского здравоохранения — пять основ советской медицины.

Новая медицина и новые задачи

Декларация бесплатности, доступности и квалифицированной помощи устарела почти сразу же после рождения. Строгость новообретенного дискурса стала размываться под влиянием новых политических и экономических обстоятельств. В 1930-е годы в СССР начались индустриализация, коллективизация и масштабная реформа здравоохранения, сделавшие врачей участниками промышленного производства.

Установка переключить систему лечебных учреждений с борьбы против эпидемий и физических недугов жителей на интересы социалистического строительства и государства впервые была озвучена в декабре 1929 года[23]. Ее проводниками стала новая когорта врачей и медицинских политиков. Почти сразу же после публикации Постановления полномочия наркома здравоохранения РСФСР были переданы от Семашко М. Ф. Владимирскому. Профессиональный революционер, входящий в партийную элиту того времени, не понаслышке знал намерения Сталина и воплощал их в про-

[22] Здравоохранение // Большая медицинская энциклопедия. Изд. 1-е. Т. 10. М., 1929. С. 651.

[23] Постановления КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. М., 1958. С. 167—179.

грамму конкретных действий. На VII Всероссийском съезде здравотделов Владимирский призвал медиков «вклиниться в хозяйственную работу страны», и обеспечить повышение производительности труда и снизить себестоимость выпускаемой промышленностью продукции[24].

Нарком здравоохранения РСФСР Михаил Федорович Владимирский

В журнальной статье он же утверждал, что в деле формулирования новых задач для новой советской медицины надо отказаться от болтовни и слов. Задачи выражаются контрольными цифрами пятилетки. Это программа боевых заданий в деле оздоровления трудящихся[25]. В годы усиления тоталитарного государства и проводимой им индустриализации экономики была предана забвению прежняя основа советской медицины — *самодеятельность трудящихся*. Осуществлять медицинский контроль над телами сограждан и реализовывать политику населения могли только государственные служащие. Другое дело, что прежние врачи — «старые большевики» с дипломами императорских университетов и этикой факультетских обещаний — для новых задач не годились. В связи с этим

[24] Владимирский М. Ф. Задачи органов здравоохранения и социалистическое строительство // На фронте здравоохранения. 1930. № 5—6. С. 8.

[25] Там же. С. 5.

партии предстояло «в старые кадры влить новых людей» (призыв Владимирского).

Новые установки повлекли за собой переформулирование основ советской медицины. В вузовском учебнике по организации здравоохранения 1948 года утверждалось, что изначально этими основами, сформулированными Семашко и Соловьевым, были:

— предупреждение болезней и профилактическое направление;
— бесплатность, общедоступность и квалифицированность медицинской помощи;
— единство советской медицины;
— классовость советского здравоохранения;
— самодеятельность трудящихся[26].

Автор учебника явно добавил в основы советской медицины лозунги, сформулированные в ходе реформы здравоохранения 1930-х годов. Его не смутило противоречие между *классовостью* (то есть ограничениями в доступе к медицинской помощи) и *общедоступностью*, а также между *самодеятельностью*, направленной против профессионализма, и *квалифицированностью* в советской медицине.

Жаркие дебаты вокруг самоидентичности советского здравоохранения развернулись в связи с созданием учебника по истории медицины. В конце 1940-х годов сталинский режим потребовал от академических и университетских ученых канонических (всеобщих) текстов по истории партии, Советского государства, а заодно всех областей его деятельности, в том числе здравоохранения. Коллективная работа по созданию научного канона для истории советской медицины привела к новой формулировке ее принципов, их адаптации к новым политическим реалиям. Теперь советская медицина отделяла себя не от земской и «обществен-

[26] *Баткис Г. А.* Организация здравоохранения: учебник. М., 1948. С. 92.

ной», а от «западной» медицины[27]. Вот несколько сформулированных советскими историками отличий: 1) бескорыстное стремление советских медиков восстановить трудоспособность рабочего человека (в контраст зарубежным врачам, которые предоставляют услуги за деньги и заинтересованы в наличии заболеваний) называется *бесплатность и общедоступность*[28]. Советской особостью являлись также: 2) *синтез лечебной и профилактической медицины*, 3) *понимание болезни как социального явления,* 4) *функциональная направленность теоретических концепций*[29]. В этой сложной формулировке отразились решения, принятые в СССР в ходе политических кампаний рубежа 1940—1950-х годов в области естественных наук — борьба против вейсманизма и ламаркизма, «павловские сессии»[30].

5. Профилактика болезней считалась главным достижением советской медицины, вытекающим из ее незаинтересованности в прибыли. Об этом партийные идеологи писали и говорили с первых лет советской власти. Только раньше под профилактикой понималась личная бытовая гигиена советских граждан и гигиена их труда, а в послевоенные годы речь шла не столько об этом, сколько о врачебной экспертизе тел через проведение ежегодных диспансеризаций. Ну и, наконец, советскую медицину отличал 6) *плановый характер научно-исследовательской работы*[31]. Последнее изобре-

[27] Архив Отдела истории медицины Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Дело б/н «Протоколы заседаний по обсуждению руководства по истории медицины». 1947—1949. Л. 53—56.

[28] Там же. Л. 57.

[29] Там же.

[30] Речь о них в следующем разделе книги.

[31] Архив Отдела истории медицины Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Дело б/н «Протоколы заседаний по обсуждению руководства по истории медицины». 1947—1949. Л. 59.

тение отражало намерение Института организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко — лидера историко-медицинских исследований в СССР (далее — Институт) — создать всероссийское производство типовой научной продукции по истории медицины, контролировать ее параметры. *Самодеятельность трудящихся* в области народного здравия была забыта, как и *единство управления*. К концу сталинского правления эти принципы советской медицины явно стали анахронизмами.

От основ к принципам

Первые фундаментальные издания по истории советской медицины вышли из стен Института уже после смерти Сталина, в 1957 и 1958 годах. Основными принципами созданного в СССР здравоохранения были провозглашены: *бесплатность, общедоступность, квалифицированная медицинская помощь, государственный характер, народное содержание, единство медицинской науки и практики*[32]. Эти шесть постулатов были амальгамой из исторических задач советской медицины периода революции, формулировок основ советской медицины периода сталинизма и деклараций сциентизированной медицины эпохи оттепели.

И хотя в дальнейшем созданная система производства знания обеспечивала согласованность, единство выводов и концепций, однако она не защищала достигнутый консенсус от деривации, а ключевые концепты и понятия дискурса — от мутации. Историческое авторство основ советской медицины в годы политических разоблачений сталинистов активно забывалось. На какое-то время оно было экспроприировано у Семашко, Соловьева и Барсукова и приписано ано-

[32] Организация здравоохранения в СССР: Пособие для врачей / Ред. Н. А. Виноградов. Т. 1. М., 1958.

нимной и многоголовой Коммунистической партии. В юбилейном издании 1957 года утверждалось, что специфика советской медицины была определена в программе Компартии 1919 года и в Конституции 1936 года. Сформулированные там принципы являются незыблемыми и каноническими, поскольку они — научные и уже проверены практикой.

А дальше почти в каждой публикации провозглашенная незыблемость размывалась новшествами, искажениями, неверными формулировками, забвениями, которые объясняются в том числе появлением неофитов в историко-медицинском производстве. К сорокалетнему юбилею (1957) принципы воспроизводились так: *государственный характер, единство и плановость, бесплатность и общедоступность, неразрывная связь науки с практикой, профилактическое направление и широкое участие трудящихся в деле народного здравоохранения*[33]. В условиях разоблачения культа вождя и демократизации советского строя опять актуальной стала народная самодеятельность, активность. Только исходила она уже не от застрахованных и привилегированных трудящихся, а от всего советского народа.

В курсе лекций 1963 года принципы советского здравоохранения стали структурной основой лекционного блока по теории и организационным принципам советского здравоохранения[34]. Их было пять:

— *государственный характер здравоохранения;*
— *плановость развития*[35]*;*
— *единство целей и задач, форм и методов работы всех медико-санитарных учреждений (то есть системность);*

[33] Сорок лет советского здравоохранения. М., 1957. С. 9—10.

[34] *Фрейдлин С. Я.* Курс лекций по организации здравоохранения. Л., 1963.

[35] Этот принцип подразумевал подчинение государственным пятилетним планам.

— *бесплатность и общедоступность медицинской помощи при ее высокой квалификации;*
— *общественный характер*[36].

Легко заметить, что принципов стало много больше. Просто они были объединены в пять постулатов.

А в 1970-е годы медицинское образование обзавелось новыми учебниками по всем учебным дисциплинам. Курс по организации здравоохранения строился на разворачивании и обосновании принципов советской медицины, которые теперь были не антикварными, а выводились из современных решений партии, в частности XXIV съезда. Авторы учебных пособий утверждали, что эти принципы в общих чертах были изложены в трудах Маркса и Ленина и в программе РКП(б) 1919 года, но там они не были четкими[37]. В решениях Компартии эти постулаты обрели свою завершенность и новые смыслы. Студентам объяснялось, что социалистическое государство — единственное, «которое берет на себя заботу об охране и постоянном улучшении здоровья всего населения»[38]. И принцип «государственная медицина» означает именно опеку, а не монополию советского государства в области здравоохранения.

Похоже, что именно в 1970-е годы, в контексте канонизации имени и деяний Ленина, замещения культа живого вождя (Сталина) на культ вождя исторического (нескомпрометированного), принципы советской медицины стали именными. На «исключительные по глубине, прогрессивности, политической и научной значимости *ленинские* принципы» неизменно ссылались в годы застоя партийные лидеры, ме-

[36] В этот принцип трансформировался ранний принцип самодеятельности трудящихся. Очевидно, это отражение усложнившегося характера советского государства, в котором появились общественные организации.

[37] *Майстрах К. В., Лаврова И. Г.* Основы социальной гигиены и организации здравоохранения. М., 1974. С. 27.

[38] Там же.

дицинские администраторы и преподаватели в медицинских вузах[39]. Очевидно, дискурс истории советского здравоохранения отлился тогда в бронзовые формы, и приписать его сотворение инициативе Семашко, Барсукова или Соловьева было уже немыслимо. Сакральные тексты должны принадлежать богам, а не апостолам.

В очередном, юбилейном, издании 1977 года утверждалось, что формы и методы работы советского здравоохранения менялись, а его доктрина и принципы оставались неизменными[40]. Однако в списке прежних принципов появился новый — *социалистический гуманизм*. В третьем издании Большой медицинской энциклопедии даны развернутые комментарии ко всем принципам[41]. «Социалистический гуманизм» авторы трактовали как некую особую этику советских медиков, которой свойственен профессиональный альтруизм.

В последние годы существования СССР сформулированные принципы советской медицины стали более абстрактными и семантически размытыми. В юбилейной статье министра здравоохранения С. П. Буренкова (1982) многословный, но вполне конкретный принцип «*участие трудящихся в деятельности органов и учреждений здравоохранения*» был заменен на более лаконичный и теоретический — «*народный характер*»[42].

В целом, в период застоя разговор о специфике советской медицины сместился из пространства истории медицины в дисциплинарную область организации здравоохранения. Там исторические задачи / основы / принципы обросли ссылками на Маркса, Ленина и многочисленные программы

[39] *Буренков С. П.* Здравоохранение Союза ССР // Советское здравоохранение. 1982. № 12. С. 5.

[40] 60 лет советского здравоохранения. М., 1977. С. 12.

[41] Здравоохранение // Большая медицинская энциклопедия. Изд. 3-е. Т. 8. М., 1978. С. 368—371.

[42] *Буренков С. П.* Здравоохранение Союза ССР. С. 5.

Коммунистической партии, толкованиями и определениями «неизвестного через неизвестное», то есть стали своего рода «богословскими текстами». Их воспроизводство требовало от единоверцев веры, а не понимания. Вследствие такой прагматики словесные формулы обрели лапидарность и семантическую неопределенность, как и полагается религиозным текстам. Теперь принципы советской медицины ничего не выражали, ни на что не нацеливали, ни с кем не полемизировали, ничего не утверждали. Они обрели сакральность и предназначались для воспроизводства в риторических текстах.

Кривые зеркала статистики здравоохранения

В дискуссиях о характере советского проекта современные историки сломали много копий, но все же согласились, что, с оговорками и отступлениями, речь идет о модерности, то есть типе рационального управления на основе научного знания[43]. В начале XX века теории такого переустройства социальных структур были обоснованы новой наукой — социологией и ее статистическим инструментарием. Необходимым условием социальной инженерии, как она представлялась в работах У. Х. Толмана и социолога Э. Л. Эрпа, является наличие достоверной информации об обществе, которое должно быть спроектировано, и эффективных инструментов для этого. Такое обоснование придало статистике самоценность и практическое значение в истории новых государств, возникших в начале XX века на месте старых империй. Раннесоветская история богата статистическими институциями, которые оставили после себя много документов с цифровы-

[43] *Дэвид-Фокс М.* Модерность как воображаемое, модерность как инструмент: есть ли движение вперед? // Новое литературное обозрение. 2016. № 4 (140). С. 79—91.

ми показателями. В данном разделе мы обращаемся к истории производства статистических данных о населении и здравоохранении, а также их последующего использования для государственного управления и исторической науки.

Организованные в стройные динамические ряды в официальных справочниках Госплана и Росстата, количественные показатели советского здравоохранения (объем финансирования, число врачей, амбулаторий, стационаров, больничных коек, объемы производства лекарственных средств и медицинского оборудования) убеждают читателя в социальном благополучии Советской страны. Система здравоохранения развивалась и ширилась, «несмотря ни на что» и «вопреки всему», в том числе при скудости финансовых ресурсов и лекарственном голоде. Советские историки объясняли приросты в показателях смертности и заболеваемости внешней агрессией (экономическая блокада, эпидемии, военные разрушения, саботаж), с которыми сталкивалась новая власть и вместе с нею весь советский народ. Но неизменно партийное руководство справлялось с преградами.

Ревизия этого нарратива раннесоветской истории здравоохранения началась в 1980-е годы и сопровождалась изучением обстоятельств создания медицинской статистики. Первый вклад в анализ цифровой аргументации внесли американские и британские историки экономики. К тому времени они имели богатый опыт работы с «советскими цифрами» и предложили алгоритм работы со статистикой здравоохранения. Он основан на знании способов сбора и обработки статистических данных в СССР. Выяснить это было непросто, эта реконструкция заняла десятилетия исследовательских усилий. И даже в 1996 году профессор Бирмингемского университета Р. У. Дэвис признавал, что он и его коллеги всё еще мало понимают, откуда советский Госплан брал цифры для планирования и отчетности[44].

После выхода работ французских (А. Блюм) и российских демографических историков (Е. Андреев, А. Вишневский,

Л. Дарский, Т. Харькова) работать историкам с медицинской статистикой стало легче. В статье, посвященной состоянию англоязычной историографии советской экономики, Р. У. Дэвис сообщил, что, судя по всему, были периоды, когда советскую статистику не фальсифицировали, но были времена, когда в СССР собирали богатые эмпирические данные, а обсчитывали их, ориентируясь на ожидания партийных лидеров. Реконструировав механику сбора статистики, исследователи научились работать с ее данными. Неудивительно, что, когда в России открылись засекреченные архивы, их свидетельства обогатили, но не изменили концепцию истории советской экономики, которая создавалась на основе опубликованных данных[45].

Что касается различий в оценках (в том числе применительно к состоянию фармпромышленности) в работах западных и советских исследователей, то Р. У. Дэвис объяснял их не источниками, а возможностями математических исчислений, в том числе «эффектом Гершенкрона» (когда показатели считаются разными ценами), то есть интерпретациями.

Анализируя бюджет советского здравоохранения, К. Дэвис показал динамику некоторых подъемов и больших спадов в государственном финансировании медицины[46]. Сопоставив объемы инвестиций СССР и других стран, а также структуру расходов крайне скудного бюджета советского

[44] Дэвис Р. У. Великобритания и Соединенные Штаты: анализ развития советской экономики в межвоенный период. 1996. URL: http://annales.info/rus/small/ekonomzap.htm (последнее посещение 23.11.2020).

[45] Там же.

[46] *Davis Ch. M.* Economic problems of the Soviet health service: 1917—1930 // Soviet Studies. 1983. Vol. 35. № 3. P. 343—361; *Davis Ch. M.* Economics of Soviet Public Health, 1928—1932: Development strategy, resource constraints, and Health Plans // Health and Society in Revolutionary Russia / Eds G. S. Solomon and J. F. Hutchinson. Bloomington: Indiana University Press, 1990. P. 146—172.

здравоохранения, он заявил, что этих средств не хватило бы на самые неотложные нужды. Обострениями инфраструктурного голода он объяснял резкие изменения в социальной политике большевиков.

Спорные свидетельства

Большевики умели пользоваться пропагандистскими средствами, ценили информацию и намеревались применять ее для социальной инженерии и государственного строительства. В первое десятилетие советской власти статистические институции обрели экспертный статус. Только чем сильнее становилась власть большевистского правительства, тем циничнее она обращалась с информацией, в том числе и цифровой.

Изменения в правилах политической игры не сразу стали очевидны статистикам, к тому же они сами не были едины в выборе политических приоритетов. Поначалу главные трудности в их работе на большевиков были чисто научные: 1) отсутствие четких принципов исчисления и корреляции медицинских данных; 2) плохо работающая в России система сбора данных, то есть учета и отчетности; 3) отсутствие мировых стандартов для показателей здоровья. Первые советские принципы счета были согласованы в 1920 году, но в 1928 году они были пересмотрены, а в 1938 году вновь изменены[47]. Применительно к медицине менялись классификации и номенклатуры болезней и причин смерти, формы текущего учета и отчетности. Служащим Наркомздрава и его региональных отделений было трудно добиться регулярности поступления статистических данных от врачей и больниц и ча-

[47] *Огрызко Е. В.* Состояние и основные направления формирования медицинской статистики в Российской Федерации. Дисс. … доктора мед. наук. Т. 1. М., 2011. С. 37.

сто не хватало квалификации для того, чтобы провести их первичную обработку.

Что касается стандартов показателей здоровья, то в 1920—1930-е годы каждая страна и даже отдельные регионы формулировали их для собственных целей и особым образом. В результате на основании сводных данных невозможно было проводить сравнения. Поэтому в конце 1920-х годов на международном уровне обсуждался вопрос о необходимости единых мировых показателей. Впрочем, издателей советских статистических сборников эти методологические нюансы не очень волновали. Они легко проводили довольно волюнтаристские сравнения состояния общественного здоровья разных стран, доказывая преимущества страны Советов. В созданной картине мира самые низкие показатели смертности были у США, а самые высокие — у Франции (16,3 на 1000 человек).

Современные демографические исследования не подтверждают цифр, опубликованных в СССР в середине 1930-х годов[48]. В архивах сохранились первичные данные, которые при суммировании дают иную картину реальности, чем представляли современники. Мы не собираемся обсуждать проблему достоверности эмпирических материалов, поступавших с мест. К ним могут быть претензии, порожденные методиками сбора и качеством советской исследовательской сети. В данном случае нас интересуют расхождения в сумме рассеянных (зафиксированных в архивных отчетах) и генерализированных (опубликованных в справочниках) цифр. Они объясняются тем, что для обоснования успехов правящей власти советские статистики обрабатывали (обсчитывали, обобщали или сравнивали) неудобные данные таким образом, чтобы удерживать иллюзию благополучия. О суще-

[48] *Андреев Е., Дарский Л., Харькова Т.* Население Советского Союза. 1922—1991. М., 1993; *Блюм А.* Родиться, жить и умереть в СССР. С. 61—89.

Таблица 1

Показатели смертности населения стран Западной Европы и США в издании 1935 года*

Год	Англия	Германия	Италия	Швеция	Франция	США
1930	11,4	11,1	13,7	11,7	15,7	11,3
1931	12,5	11,2	14,8	12,5	16,3	11,1

* Смертность // Большая медицинская энциклопедия. Изд. 1-е. Т. 31. М., 1935. Стб. 13—14.

ствовании таких практик свидетельствуют протоколы допросов сотрудников Госплана, которых в годы Большого террора 1937 года арестовали по обвинению в подрыве доверия к демографическим показателям[49].

Какую же картину здоровья советского общества рисовали официальные статистические сборники 1930-х годов? Они убеждали советских граждан в том, что после окончания Гражданской войны демографическая ситуация в стране выровнялась: рождаемость хотя и снизилась, но очень незначительно (в 1926 году коэффициент рождаемости составлял 44,0 на 1000 человек, в 1937 — 39,0), а смертность населения снизилась. Так, если в 1913 году в Российской империи на 1000 человек населения умирало 29,1, то в 1926 — 20,3. В 1930 году, согласно заявлению Сталина на XVI съезде партии, коэффициент общей смертности в стране снизился до 19, а статистический ежегодник 1935 года зафиксировал его на еще более низкой отметке — 16[50]. Такой показатель сближал СССР по уровню смертности с Францией. Это позволяло советским людям блаженно верить, что их страна уже догнала экономически благополучные страны (табл. 1).

[49] Докладная записка заместителя начальника сектора переписи населения и здравоохранения ЦУНХУ Госплана СССР М. В. Курмана // Исторические материалы. URL: http://istmat.info/node/43693 (последнее посещение 26.01.2019).

[50] Социалистическое строительство в СССР. Статистический ежегодник. М., 1936. С. 545.

Таблица 2

Современная оценка основных показателей движения населения СССР в 1924—1940 годах, сделанная на основе первичных данных из архивов*

Годы	Общие коэффициенты на 1000 человек		
	рождаемость	смертность	естественный прирост
1924	49,0	27,6	21,4
1925	47,3	28,7	18,6
1926	45,6	25,5	20,1
1927	46,3	26,5	19,7
1928	45,3	25,3	20,0
1929	44,1	26,5	17,6
1930	42,2	27,0	15,2
1931	40,5	28,0	12,5
1932	35,9	29,5	6,5
1933	34,7	71,6	–36,9
1934	30,4	21,7	8,7
1935	33,0	20,6	12,4
1936	34,6	20,0	14,7
1937	39,0	21,7	18,2
1938	39,0	20,9	18,2
1939	40,0	20,1	20,0
1940	36,1	21,7	14,4

* *Андреев Е., Дарский Л., Харькова Т.* Население Советского Союза. 1922—1991. С. 57.

Конечно, медицинские чиновники видели по поступающим с мест данным, что хотя общая смертность населения снизилась по сравнению с последними годами Российской империи[51], а также временем Гражданской войны и голода, однако ее уровень значительно выше заявлений партийных лидеров (табл. 2).

Если иметь в виду разницу между цифрами, полученными по схожей методике учета и исчисления, то демографическая картина утрачивает радужные краски. Катастрофический всплеск смертности в 1933 году был вызван тяжелейшим голодом в годы первой пятилетки. Но и за пределами

[51] Данные по Российской империи брались из ежегодных «Отчетов о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России», публиковавшихся с 1902 по 1916 год.

Таблица 3

Показатели смертности городского населения СССР по основным группам, на 100 000 городского населения*

Причины смерти	Год		
	1926	1937	1940
Инфекционные и паразитарные заболевания	314	619	509
Болезни органов дыхания	186	323	339
Болезни органов пищеварения	170	383	335
Болезни нервной системы и органов чувств	100	107	99
Болезни органов кровообращения	92	196	178
Внешние причины	62	112	76
Онкологические заболевания	63	90	82

* РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 33. Д. 2638.

этой ямы демографическая статистика свидетельствовала против успешности социальной политики советской власти.

Неудобные цифры побудили правительство лицемерить и скрывать. В 1935 году коэффициент смертности в СССР был не 16, как заверяли большевики, а 20,6. Это почти вдвое превышало аналогичные показатели Англии, Германии и США. И в конце 1930-х годов коэффициент смертности в СССР не снизился, как рапортовали советские газеты, а вырос, достигнув 21,7. Отчеты медицинских учреждений, хранящиеся в Российском государственном архиве экономики, единогласно говорят о том, что главной причиной смертности населения служили инфекционные заболевания, а также болезни органов дыхания и пищеварения (табл. 3).

Среди инфекционных заболеваний самую высокую смертность давали туберкулез легких, корь и дизентерия; среди болезней органов пищеварения — токсическая диспепсия и острый гастроэнтероколит у детей до трех лет, среди болезней органов дыхания — пневмонии. Названные шесть нозологических форм приносили около половины смертей.

Расхождения между суммой первичных данных и генерализированными цифрами можно объяснить только тем, что

плановики хотели (или были принуждены) ретушировать ситуацию и скрывать реальные показатели здоровья. Впоследствии это станет привычной практикой советского государства. Видимо, при наркоме здравоохранения Владимирском (1930—1934), который занимал этот пост по совместительству с должностью председателя Центральной ревизионной комиссии партии, конфликта между иллюзорной реальностью и медицинской действительностью не возникало. Комиссар ориентировался не на цифры обсчетов, а на цифры запланированных достижений. В 1929—1930 годах он инициировал реформу здравоохранения, подчинив медицину задачам промышленной реконструкции[52]. С помощью врачей он намеревался поднять работоспособность промышленных рабочих и максимально использовать довольно скудные вложения в здравоохранение для ускорения индустриализации[53]. В результате проводимой реформы доступ советских граждан к специализированной медицинской помощи был сильно ограничен.

Сменивший Владимирского на посту наркома Г. Н. Каминский тоже был сторонником реформы. Однако он был против крайностей и утилитарного подхода к медицине. В связи с этим конфликт между Госпланом и Наркомздравом проявился практически сразу и вылился в войну цифровых показателей.

В 1934 году сотрудники Наркомздрава получили из Сектора здравоохранения Госплана своего рода «дорожную карту» с контрольными цифрами, которых предстояло достигнуть. А на следующий год они с удивлением увидели опу-

[52] О противоречиях в позициях структур партийно-государственного аппарата и о конфликте ведомственных интересов наркоматов при подведении итогов первого и составлении второго пятилетнего планов см.: *Хлевнюк О. В., Дэвис Р. У.* Вторая пятилетка: механизм смены экономической политики // Российская история. 1994. № 3. С. 92—108.

[53] *Davis Ch. M.* Economics of Soviet Public Health. 1928—1952. P. 162.

Профессора Института организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко. Слева направо: Д. В. Горфин, А. М. Мерков, А. П. Жук, Э. И. Дейчман, М. И. Барсуков, Б. Я. Смулевич, В. С. Гражуль

бликованную Госпланом статистику демографического роста, укрепления здоровья населения и расширившейся сети лечебных заведений. То и другое было результатом колдовства плановиков над трагическими итогами первой пятилетки и противоречивыми директивами на вторую пятилетку. Руководители Сектора здравоохранения в Госплане — М. И. Барсуков и А. П. Жук — составили заведомо невыполнимый план развития здравоохранения на следующую пятилетку. В 1932 году (еще до назначения Каминского) их проект был обсужден и утвержден на инициированной Барсуковым Всероссийской конференции по планированию здравоохранения и рабочего отдыха.

В программной брошюре Барсуков и Жук провозгласили задачу «большого скачка» в здравоохранении и продолжение политики ограничения в доступе граждан к медицинской помощи[54]. И поскольку эта политика вызывала сопротивление со стороны старых специалистов-медиков и даже спровоцировала публикацию данных о росте психоневрозов и производственного травматизма в годы социалистического соревнования, плановики объявили предъявляемые им контраргументы подлогом[55]. Легче было обвинять и разоблачать критиков, чем решать социальные проблемы в стране. И хотя все революционеры и участники Гражданской войны сняли кожанки и сели за накрытые зеленым сукном столы, логика войны и револьвера как средства решения проблем осталась в голове.

Руководители Госплана разоблачали доверие республиканских администраторов и медиков к собранной с мест отчетности, называя ее «конъюнктурными обзорами». Политически зрелые единоверцы должны были ориентироваться не на эти унылые данные, а на радужные «контрольные цифры», то есть запланированные рубежи. В следующей пятилетке, уверяли бойцы здравоохранительного фронта, рабочих сделают здоровыми не врачи, а индустриализация, электрификация, машинизация, повышение производительности труда.

Очевидно, практикующих медиков, не по газетам знающих чудовищную ситуацию со смертностью и заболеваемостью, работающих в реальных больницах, циничная утопия Барсукова и Жука возмущала. Каминский организовал проверку выданных ему Госпланом показателей за первую пятилетку и убедился в их неадекватности. Обследуя лечебные

[54] *Барсуков М. И., Жук А. П.* За социалистическую реконструкцию здравоохранения: Основные положения второго пятилетнего плана здравоохранения в СССР. М., 1932.

[55] Там же. С. 17.

заведения в России, комиссар получил аргументы против навязанных ему «контрольных цифр». Спустя полгода после назначения на пост руководителя Наркомздрава РСФСР (август 1934) он выступил с разоблачительным докладом на Всероссийском совещании актива работников здравоохранения. Там нарком рассказал об ужасающем быте строителей коммунизма (в том числе стахановцев) и нищете здравоохранения, о врачебных ошибках массово выпускаемых из институтов «красных врачей» и антисанитарии в повсеместно открытых больницах. На этом собрании медицинские администраторы и врачи подтвердили различие цифровой реальности и действительности, в которой они работают.

Нарком здравоохранения СССР Григорий Наумович Каминский

Благодаря профессиональной мобилизации команде Каминского удалось на время захватить контроль над распределением ресурсов. С 1934 года контрольные цифры не спускались из Госплана «сверху», а формировались локальными органами здравоохранения. Они разрабатывались в сотрудничестве с профсоюзами с учетом дифференцированных норм медицинского обслуживания застрахованных. Предложенные цифры утверждал Совет народных комиссаров (СНК) союзных республик и распределял согласно им финансирование.

Добившись создания Наркомздрава СССР (всесоюзного министерства здравоохранения, 1936) и возглавив его работу, Каминский укрепил собственное положение и наполнил профессионалами Отдел медицинской и санитарной статистики. Его сотрудники должны были разработать универсальные формы учета и добиться регулярности отчетов медицинских учреждений, обеспечить мониторинг системы здравоохранения, на основе сведений об обращаемости и госпитальной заболеваемости создать нормативы медицинской помощи. Собственно, это была попытка ввести модерное управление здравоохранением, сделать это на основе точного знания. Получив из Отдела статистики сводные данные, Каминский начал борьбу против «дутых» госплановских цифр.

Однако ресурсы власти этой группы медицинских управленцев истощились довольно быстро. К 1937 году политическая обстановка в стране резко ухудшилась. Госплановская реальность всё сильнее замещала действительность, а правящая власть силой террора заставляла в нее верить всех тех, кому разрешалось жить. Блюм справедливо указывал на постепенную автономизацию в СССР мира социального и политического[56].

По самому Каминскому и его соратникам сильный удар нанес разгром генетиков, которых они защищали. Вскоре опасными были признаны международные конгрессы и конференции, которые Наркомздрав стимулировал и поддерживал. Выступив на июньском Пленуме партии 1937 года с разоблачительным докладом, комиссар подписал себе и своим заместителям смертный приговор. Каминский, а также его сотрудники — статистики Кангелари и Гуревич — были арестованы и расстреляны.

На XVIII съезде партии (1939) критики государственного здравоохранения уже не было. Перед новыми руководителя-

[56] Блюм А. Родиться, жить и умереть в СССР. С. 154.

ми была поставлена задача его дальнейшего улучшения, а также увеличения населения и роста его работоспособности (то есть наращивания трудовых ресурсов государства)[57]. Эти события открыли новую страницу в политике советского государства и закрыли эпоху научных споров, поиска и диалога. Физическое устранение Каминского продемонстрировало смертельную опасность для критически мыслящих специалистов.

Бесспорные цифры

Освобожденные от критических комментариев, госплановские цифры заняли почетное место объективных свидетельств в текстах чиновников здравоохранения. Их отчеты и статьи в ведомственной прессе с каждым годом облачались всё в более плотную пелену утопической риторики, доказываемой «контрольными» и «показательными» цифрами. В 1939 году в «Советском врачебном журнале» — издании, преобразованном из дореволюционной «Врачебной газеты»,— были опубликованы статьи профессора Н. И. Гращенкова, занимавшего тогда должность заместителя наркома здравоохранения. В отличие от Каминского, Гращенков писал исключительно о достижениях и успехах советской медицины[58].

Автор сравнивал советскую ситуацию не только с современными мировыми конкурентами (в частности, с США), но и с имперским прошлым. Посетовав на то, что половина выпускников американских медицинских школ обречены на

[57] *Митерев Г. А.* Народное здравоохранение за 25 лет Советской власти. М., 1942. С. 14.

[58] *Гращенков Н. И.* Высшие медицинские кадры (анализ наличных кадров и подготовка их в третьей пятилетке) // Советский врачебный журнал. 1939. № 7. С. 390.

Н. И. Гращенков и Н. А. Семашко

безработицу и «жалкое существование», Гращенков заверил, что в СССР выпускникам медицинских кафедр гарантирована работа. И это потому, что Советский Союз не жалеет средств на развитие здравоохранения. Он уже заняло первое место в мире по качественным и количественным показателям[59]. И, конечно же, самым очевидным недостатком США

[59] Там же. С. 391.

и стран Западной Европы представлялась платная медицинская помощь. Единственный недостаток, который предстояло устранить советскому здравоохранению,— это отставание сельской медицины от практически совершенной городской.

Гращенкову вторили статьи медицинских администраторов, которые в логике служебной солидарности были обязаны подтверждать ведомственные успехи. Соответственно, начальник Противоэпидемического управления И. И. Ёлкин заверил соотечественников, что инфекционная заболеваемость в СССР под контролем и постоянно снижается[60]. В этом тексте примечательна нарративная тактика, которая стала тогда использоваться в текстах администраторов: указания на имена конкретных врагов и конкретных ситуаций нарушения партийных постановлений сочетались с абстрактными рассуждениями, когда речь шла о болезнях и эпидемиях. Тогда люди становились трудящимися массами или населением, источники питьевой воды — водоснабжением, города и поселки — населенными пунктами. Переходы от конкретики к обобщениям позволяли ретушировать действительность, делать фальсификации плохо видимыми и не верифицируемыми. Видимо, в советской политической утопии текст не должен был высвечивать социальные проблемы, сбои управления, ошибки. Опытный администратор должен был предугадывать желания власти и с помощью официально одобренных цифр или посредством манипуляций с ними создавать иллюзию прогресса, улучшений. Проблемы позволялось сложить в небольшой раздел «недостатки, недочеты или вредительство».

В 1942 году народный комиссар здравоохранения Г. А. Митерёв опубликовал юбилейный отчет[61]. Он состоит из таблиц и текста с бравурными декларациями. В результате

[60] *Елкин И. И.* Противоэпидемическая работа и задачи лечебно-профилактических учреждений // Советский врачебный журнал. 1939. № 11. С. 1591—1597.

смены власти, утверждал комиссар, страна стала экономически развитой, а «жизнь советских людей стала зажиточной, культурной и радостной»[62]. В духе советской нарративной тактики «было и стало» Митерёв показал, как всё было неустроенно в царской России («тяжелое наследие») и как всё стало хорошо складываться при советской власти. Естественно, основы для триумфа советского здравоохранения были заложены в заветах Ленина и выполнены Коммунистической партией под руководством Сталина. Утопическая стилистика обретала всё более матричные формы.

В 1944 году под редакцией Митерёва вышла еще одна брошюра — «Двадцать пять лет советского здравоохранения»[63]. Свидетельства о плачевном состоянии имперской медицины комиссар взял из шести томов материалов и докладов Комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства под председательством академика Георгия Рейна (1913). Для проведения реформ медицинского управления и получения дополнительных средств финансирования члены той Комиссии обрисовали царскому правительству «жуткую картину жизни и быта русского народа»[64], угрожали цифрами высокой смертности и заболеваемости. Теперь их использовали большевики как достоверное свидетельство.

Итак, в юбилейных брошюрах 1940-х годов была разработана фабула официальной версии истории советского здравоохранения, сформулированы ее постулаты. Согласно ей, с первых дней советской власти здравоохранение развивалось по продуманному и научно обоснованному плану. Успех развития был обеспечен за счет проведения противоэпиде-

[61] *Митерев Г. А.* Народное здравоохранение за 25 лет советской власти.

[62] Там же. С. 3.

[63] Двадцать пять лет советского здравоохранения / Ред. Г. А. Митерев. М., 1944.

[64] Там же. С. 6.

мических и санитарных мер, демократизации медико-санитарных учреждений и поворота от обслуживания населения к обслуживанию трудящихся. Так были оправданы дефицит лекарств, специалистов и сужение круга пациентов. Из-за понятных лакун в историческом повествовании (нельзя же было упоминать об истинных потерях в ходе голода и эпидемий 1921—1923 годов, рассказывать об американской помощи лекарствами или о советско-германских медицинских экспедициях по борьбе с венерическими заболеваниями[65]) линия прогресса оказалась рваной. Разрывы пришлось заполнять риторическими декларациями[66].

В первых исторических нарративах большое значение придавалось таблицам с показателями из статистических публикаций Госплана. Их рекомендовалось использовать «агитаторам и пропагандистам партийных и комсомольских организаций, ученым, журналистам и представителям других профессий»[67]. Видимо, к этому моменту сомнения в достоверности цифр были ликвидированы, и цифры роста всего должны были иллюстрировать эпическую историю подвигов партии и советских медиков.

Юбилейное издание к 40-летию советского здравоохранения (1957) готовил Барсуков[68]. К тому времени создатель первых органов медицинского управления и руководитель Сектора здравоохранения в Госплане стал обычным научным сотрудником в Отделе истории советского здравоохранения в академическом Институте организации здравоохранения. Он защитил докторскую диссертацию, вошел в дис-

[65] *Bashkuev V. Y.* Silencing the shame: forgetting of the 1920s syphilis epidemic as a strategy of post-Soviet identity construction // Jefferson Journal of Science and Culture. 2013. № 3. P. 110—132.

[66] Двадцать пять лет советского здравоохранения. С. 7—8.

[67] Двадцать пять лет советского здравоохранения. С. 16.

[68] *Ашурков Е. Д., Барсуков М. И., Морозов Н. Н., Новикова Т. П., Слонимская И. А.* Очерки истории здравоохранения СССР (1917—1956 гг.) / Ред. М. И. Барсуков. М., 1957.

Справа — директор Института Е. Д. Ашурков, в центре — профессор М. И. Барсуков.

сертационный совет по истории медицины и возглавил Общество историков медицины. И хотя разделы, посвященные 1930-м годам, появились в сборнике под именами директора Института Е. Д. Ашуркова и специалиста по ленинскому наследию Слонимской[69], у нас есть основания полагать, что их концепцию определял Барсуков.

Он интерпретировал политику Сектора здравоохранения Госплана как выражение надведомственных интересов, инструмент усовершенствования системы медицинской помощи, сделавший ее частью развернутой программы индустриализации страны[70]. Реализация этой программы, по его

[69] РГАНТД. Ф. 177. Оп. 2. Д. 26, 231 232, 233, 234.

утверждению, сделала возможной победу советской медицины в Великой Отечественной войне.

В отличие от брошюры 1932 года, текст юбилейной книги написан беспристрастным тоном небожителя. В исторический нарратив встроены обширные таблицы с госплановскими цифрами[71]. В логике описания успехов «своего» ведомства создатели советской истории повествовали о «математически» соразмерном развитии здравоохранения, растущее качество которого можно замерить количеством врачей, больниц, коек и вылеченных больных. Сопоставления показателей СССР с подобранными показателями из истории Российской империи и стран Западной Европы или США[72] убеждали читателя в безусловных преимуществах советского здравоохранения.

Бывший соавтор Барсукова — Жук — тоже погрузился в исторические исследования. Несколько лет он посвятил критике американского здравоохранения[73], потом изучал медицину дореволюционной России[74], пока не пришло время реабилитировать деятельность довоенного Госплана[75]. В 1968 году Жук выпустил книгу, в которой есть обзор развития раннесоветской медицины[76]. Бывший плановик оправдывал жертвы первой пятилетки тем, что индустриальный прорыв был осуществлен ценой повсеместных огра-

[70] Ашурков Е. Д., Барсуков М. И., Морозов Н. Н., Новикова Т. П., Слонимская И. А. Очерки истории здравоохранения СССР (1917—1956 гг.). С. 245—246.

[71] Там же. С. 104—105.

[72] Изучение и разоблачение состояния здравоохранения в буржуазных странах было одним из направлений в деятельности НИИ им. Семашко. На этом специализировались Горфин, Радкин, Попов, Рубакин, Смулевич.

[73] РГАНТД Ф. 177. Оп. 2 (Т. 1). Д. 16.

[74] Там же. Д. 46; Там же. Д. 370. Т. 1, 2.

[75] Там же. Д. 483а.

[76] *Жук А. П.* Планирование здравоохранения в СССР. М., 1968.

ничений, в том числе в области здоровья. В его версии прошлого, советская политика была хорошо продумана и спланирована. В первые послереволюционные годы она еще страдала от слабой статистической базы, что обусловило низкие показатели роста медицинских учреждений и кадров в первом десятилетнем плане в версии Соловьева (1926—1936). Однако Сектор здравоохранения под руководством Барсукова (1931—1939) этот недостаток исправил, нарастив контрольные цифры. Это, по заверению автора, подняло здравоохранение до высокого уровня развития страны. О Каминском в очерке не упоминается ни словом. Жук также умолчал о совещаниях руководителей наркомздравов, об их противодействии насилию Госплана. Со знакового выступления Барсукова (1932) автор сразу перешел к описанию подвигов советских медиков в годы войны и не забыл сослаться на Брежнева — современного генерального секретаря партии.

Так же как и исторические труды Барсукова, повествование Жука очищено от всего трагедийного и сложного. Оно не о конкретных людях и их трудных выборах, а о «дальнейшем повышении качества», «росте объема медицинской помощи», «улучшении планирования», «повышении технического уровня», «усилении научно-методического руководства». В отфильтрованной истории не осталось следов конфликтов, трагедий и неудач, в ней нет злодеев и их жертв, тупиков и рассогласований. Исторический нарратив победителей рассказывает о прозорливости партийных лидеров, спланировавших на десятилетия вперед шаги в развитии здравоохранения. Планы Богов, осуществленные руками Героев, привели к созданию бесплатной, качественной медицины и укреплению здоровья советских людей.

Очевидно, осуществлять контроль над версиями прошлого позволяли не столько научные публикации, сколько административные ресурсы отцов-основателей советской медицины: управление соответствующим Отделом в НИИ, раз-

рабатывавшим концептуальные установки для преподавателей истории медицины и для краеведческих исследователей; редакторство в ведущем издательстве медицинской литературы; рецензирование и оценивание диссертаций в научном совете; руководство коллективными исследованиями; управление Обществом историков медицины[77]. Эти механизмы оказались не только действенными, но и долгосрочными. Весь XX век советские историки медицины использовали довоенную статистику как объективное свидетельство.

Нарративные лекала

При работе с книгами и статьями, опубликованными в 1950—1980-е годы, нам всё время казалось, что их авторы руководствуются каким-то одним неочевидным для нас текстом. Мы даже предположили, что в истории медицины существует некий «прототекст», подобный учебнику «Новейшая история» (1951), из которого историки-всеобщники черпали «линию партии». Но нам не удалось найти такое канонизированное издание. И только со временем к нам пришла догадка, что прототекст был, и он служит охранителем «чистоты веры», но он не был опубликован. Без него было бы непонятно, как практически можно было заставить исследователей из разных городов и учреждений участвовать в массовом производстве идентичной научной продукции, писать на едином, весьма специфическом языке, использовать общие термины, понятия и метафоры, которые очень слабо коррелировали с реальностью.

Навигатором для нашего поиска текста-призрака послужили американские дебаты о разработке школьных предме-

[77] *Шерстнева Е. В.* Отдел истории медицины: создание и основные направления деятельности на начальном этапе (1944 — начало 1950-х гг.) // История науки и техники. 2014. № 11. С. 129—136.

тов и учебных программ[78] и о создании научных канонов «академическими племенами»[79] — то есть исследования о способах производства нормативных знаний[80]. Они подсказали нам направление поисков. В 1980-е годы значительная часть мировых дискуссий об учебниках вращалась вокруг процессов канонизации, создания мастер-нарратива из исследовательских текстов и вокруг социальных аспектов, связанных с практическим использованием (прагматикой) канона. Так же как участников этих обсуждений, нас интересовало, как возник мастер-нарратив советской истории медицины, какие устройства или организационные механизмы в советском научном сообществе способствовали сохранению этой «воображаемой утопии», защищая ее от научной критики и обеспечивая ее выживание в послесталинскую эпоху. В этом смысле «советский научный канон» для нас — это совокупность профессиональных практик сообщества историков советской медицины (единая методология, большие имена, пантеон образцовых работ и созданные этим сообществом механизмы воспроизведения таких работ).

Данное исследование осуществлено на основе документов фонда Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко (далее — Институт) в Российском государственном архиве научно-технической документации и архива самого Института. В них мы обнаружили машинописные протоколы многочис-

[78] *Goodson I. F.* School Subjects and Curriculum Change. Case Studies in Curriculum History. London: The Falmer Press, 1987; The Formation of School Subjects. The Struggle for Creating an American Institution / Ed. T. S. Popkewitz. London: The Falmer Press, 1987.

[79] *Becher T., Trowler P.* Academic Tribes and Territories: Intellectual Enquiry and the Cultures of Disciplines. 2nd ed. Buckingham: Open University Press, 2001.

[80] *Knorr-Cetina K. D.* The Manufacture of Knowledge: An Essay on the Constructivist and Contextual Nature of Science. Oxford: Pergamon Press, 1981.

ленных заседаний редакционных коллегий, учрежденных для создания учебника по истории медицины в 1946—1953 годах. Кроме этого, мы обнаружили рукописи отдельных глав, рецензии на них, сопроводительные учебные программы, протоколы совещаний в Министерстве здравоохранения по вопросам проведения исследований и преподавания истории медицины, обеспечения концептуального единства. Эти объемные папки документируют усилия именитых советских историков медицины по формированию научного канона (под пристальным вниманием кураторов от Коммунистической партии), а также идеи, которые им надлежало «вшить» в историческое повествование. В процессе многолетних заседаний формировались карьеры отдельных участников и коллективный опыт академического сообщества. Одним словом, эти протоколы отражают сложное взаимодействие советской академической науки, Коммунистической партии и социалистического государства.

Используя эти свидетельства, мы намерены показать, в каких условиях были достигнуты соглашения относительно преподавания истории медицины, как разрабатывались объяснительные формулы и создавались аксиомы. Такой анализ позволяет выявлять механизмы, с помощью которых многообразие социомедицинской жизни трансформировалось в советских историях в «символы веры», характерные для поздней сталинской эпохи.

Политический контекст

По признанию историка П. Е. Заблудовского, инициатива создания учебника по истории медицины исходила от московских преподавателей. Этот академический курс преподавался в императорских университетах, но в советское время, несмотря на расширение сети высших медицинских школ, его преподавали лишь в нескольких московских ин-

Профессор Павел Ефимович Заблудовский

ститутах. В новых медицинских вузах, основанных в 1930-е годы в столичных городах, а также в провинции, просто не было преподавателей, способных вести историю медицины. Кроме того, продолжительность обучения советской медицине была сокращена до трех-четырех лет, что не оставило времени на «непрофильные» курсы.

Только после 1948 года по распоряжению Коммунистической партии в советских медицинских институтах стали появляться кафедры истории медицины. После войны в результате новых реформ продолжительность образования была увеличена до шести лет, что позволило выделить место для преподавания истории, которая теперь считалась необходимой. Для того чтобы обеспечить чтение лекций по «новой» дисциплине, летом 1948 года Центральный институт усовершенствования врачей (ЦИУВ) подготовил десятки начинающих преподавателей[81]. В свою очередь, у них возникла нужда в соответствующем учебнике[82]. Молодые преподаватели жаловались, что без учебника трудно об-

[81] *Петрова З. П., Огнев В. А.* Харьковский историк медицины П. Т. Петров (К 120-летию со дня рождения) // Міжнародний медичний журнал. 2016. № 4. С. 95.

[82] Архив Отдела истории медицины Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Дело б/н «Протоколы заседаний по обсуждению руководства по истории медицины». 1947—1949.

учать студентов. Из-за пугающего политического климата послевоенных лет и новой волны репрессий, прокатившейся по стране, они боялись предлагать слушателям собственную версию прошлого. Вузовские лекторы предпочли бы транслировать исторические знания по учебнику, утвержденному властями[83].

Их опасения были оправданны. Возрождение преподавания истории медицины происходило на фоне сталинской кампании против внутренних врагов и в контексте так называемых «павловских сессий». В 1950 году совместные заседания Академии наук и Академии медицинских наук привели к установлению догматического режима в естественных науках. Они были направлены на искоренение проявлений «космополитизма», а в широком смысле — любых контактов с Западом. Эти политические события сказались на советских медицинских науках, физике и биологии, изолировав их от мира науки и от международного обмена знаниями и опытом.

Кампания борьбы с космополитами началась с политической реакции на попытку советских биологов Нины Клюевой и Григория Роскина опубликовать в США результаты онкологических исследований. После их осуждения в марте 1947 года партия приняла решение о восстановлении «судов чести». Эти квазидемократические органы (пережиток подпольного дореволюционного движения, средство, с помощью которого революционеры разрешали свои конфликты и судили товарищей) обвиняли подсудимых в планировании антипатриотических, антигосударственных и антиобщественных поступков и действий, то есть в поведении, которое не могло быть квалифицировано как уголовное преступление. Теперь вместо органов корпоративной солидарности, каковыми они были в революционную эпоху и в первые годы советской власти, суды чести были «перепрофилирова-

[83] Там же. Л. 40.

ны» в средство коллективного остракизма — на них выявлялись и разоблачались якобы нелояльные ученые. На нескольких таких заседаниях были публично осуждены намерения и действия Клюевой и Роскина.

В то время их травля сопровождалась обвинениями в адрес советской интеллигенции, особенно евреев. Обвинения в космополитизме почти сразу же приводили к увольнениям и арестам заподозренных ученых. В ходе этих кампаний партийные лидеры потребовали, чтобы патриотичные интеллектуалы демонстрировали в публикациях и лекциях культурное превосходство русских над другими народами.

В биологии эти политические ветры совпали с кампанией, начатой осенью 1948 года против «вейсманизма» и «морганизма» — двух предполагаемых отклонений от догм марксизма-ленинизма, названных по именам основателей современной генетики Августа Вейсмана и Томаса Моргана[84]. Правда, политика преследований не имела последовательной или различимой логики. В ужасающей игре «ты — лишний» жертвы и преследователи нередко менялись местами, а сама кампания то разгоралась, то затухала. На печально известной «павловской сессии» 1950 года группа советских физиологов (А. Л. Орбели, А. Д. Сперанский, И. С. Бериташвили, П. К. Анохин, Л. С. Штерн), обвиненных коллегами в искажении учения И. П. Павлова, была вынуждена раскаиваться в ошибках и просить о помиловании. Обличения продолжились на совместном заседании Академии медицинских наук и Всесоюзного общества невропатологов и психиатров (11—15 октября 1951 года).

Очевидно, что в такой обстановке преподаватели медицинских институтов боялись предлагать собственные версии истории медицины, особенно истории русской и советской медицины. От их имени профессор Заблудовский предста-

[84] *Joravsky D.* The Lysenko Affair. Chicago: University of Chicago Press, 1970.

вил начальнику Главного управления учебными заведениями Министерства здравоохранения С. М. Павленко прошение создать безопасный с точки зрения официальной идеологии учебник[85].

Борьба за канон

Работа по созданию такого учебника была поручена Семашко. Министр Е. И. Смирнов считал, что двух месяцев на это хватит. Рекомендовалось при составлении учебника руководствоваться программой данной дисциплины, которую в 1946 году разработали для ЦИУВ Заблудовский, Страшун и Р. И. Белкин[86]. Директор Государственного издательства медицинской литературы должен был срочно обеспечить редакционную подготовку рукописи, оплатить работу авторов и к осени 1948 года (началу учебного года) выпустить учебник. По мнению министра, эта работа не была трудным делом, нужно было лишь обогатить лекции, прочитанные в ЦИУВ, материалами из новейших книг и статей.

Однако работа над учебником почти сразу вышла из этой колеи. Семашко не захотел упрощения и обратился к известным историкам медицины с предложением прислать тексты для сборника. Видимо, он побоялся называть его учебником, поэтому писал о «руководстве по истории медицины». Но поскольку директор Института серьезно болел, то руководство перешло к секретарю редакционной коллегии, Белкину.

Сплоченный письмами Семашко коллектив был межведомственным и даже всесоюзным. В редакционную колле-

[85] Архив Отдела истории медицины Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Дело б/н «Протоколы заседаний по обсуждению руководства по истории медицины». 1947—1949. Л. 105.

[86] Там же. Л. 181.

Заседание Ученого совета Института. Слева направо: М. И. Барсуков, Д. М. Российский, Н. А. Семашко

гию вошли заведующий кафедрой организации здравоохранения в ЦИУВ, доцент Б. Д. Петров[87], Белкин, профессора Первого Московского медицинского института К. В. Майстрах, Д. М. Российский, В. С. Левит[88]. В список авторов бы-

[87] Петров Борис Дмитриевич (1904—1991) окончил в 1927 году медицинский факультет 2-го МГУ, в 1929—1931 годах учился в Коммунистической академии. С 1927 по 1937 год работал на кафедре социальной гигиены. В 1937—1947 годах — заведующий сектором, заведующий отделом ЦК ВКПб. В 1948—1953 годах — директор 1-го Московского мединститута, в 1953—1956 — заведующий кафедрой истории медицины в нем. В 1948—1953 — заведующий кафедрой организации здравоохранения в ЦИУВ. В 1949—1989 годы — заведующий Отделом истории медицины в Институте организации здравоохранения и истории медицины АМН СССР.

[88] Архив Отдела истории медицины Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Дело б/н «Протоколы заседаний по обсуждению руководства по истории медицины». 1947—1949. Л. 211.

ли включены профессора ЦИУВ и Института Страшун, Заблудовский, Б. С. Бессмертный, В. С. Гражуль, С. М. Громбах и Ф. Р. Бородулин[89]. Впоследствии Смирнов уверял, что тексты, которые намеревались включить в учебник, эти авторы уже написали и издали восемь—десять лет назад[90]. Он полагал, что предстоит только их обновление и суммирование. Но за десять лет идеология КПСС и правительства поменялась довольно радикально.

Академик Илья Давыдович Страшун

После того как летом в издательство была сдана готовая рукопись «Руководство по истории медицины», ее отправили на экспертизу академику Страшуну, которого редколлегия выбрала в качестве издательского редактора[91].

Его оценка качества рукописи была негативной, но не из-за перемен в идеологии. Всемирная история, по мнению Страшуна, была хорошо представлена в тексте, а вот история советской медицины была скудной. Этот раздел написал Белкин. Дабы избежать идеологических просчетов, его рукопись обсуждали с участием сотрудника Института философии В. М. Каганова. Опытный редактор медицинской и биологической литературы выявил идейно-методологические ошибки, Белкин их исправил, но рукопись лучше не стала. Страшун предложил поручить переписать раздел заведую-

[89] Там же. Л. 212.
[90] Там же. Л. 109.

щему кафедрой истории медицины Первого Московского медицинского института Бородулину и сотруднику Отдела истории в Институте Барсукову[92]. Однако последний сослался на занятость и участвовать в создании учебника отказался[93].

Отрицательный отзыв породил проблемы в отношениях Страшуна с коллегами. И дело было не только в ущемленном самолюбии, но и в денежных делах. Издательство платило авторам и редакторам хорошие гонорары. Обычно их выплачивали после того, как рукопись была одобрена к изданию. Однако в данном случае директор Медгиза В. М. Банщиков[94] выплатил их заранее. Это было сделано по просьбе Белкина и только трем членам авторского коллектива — Страшуну, Бородулину и самому Белкину. Отвергнув руко-

[91] Страшун Илья Давыдович (1896—1967) родился в Варшаве, окончил в Вильно торговую школу, учился на медицинском факультете Московского университета, с 1915 года был врачом в действующей армии. Получил диплом в Киевском университете. В 1921—1929 — руководитель отдела санитарного просвещения в Наркомздраве РСФСР. Благодаря его усилиям создано издательство Наркомздрава и началось изготовление документальных фильмов. В 1927 году изучал музейное и выставочное дело в Дрездене, Берлине, Мюнхене. Выступал там с докладами. Изучал организацию медицинского образования в Германии и постановку преподавания истории медицины. С 1923 года преподавал во 2-м Московском университете и 1-м Московском мединституте. Был сотрудником З. П. Соловьева. В 1927—1930 — член главной редакции Большой медицинской энциклопедии. В 1930 году разработал и начал читать первый в СССР курс истории медицины. С 1935 года — заведующий кафедрой истории медицины в Первом московском мединституте. В 1935 году получил степень доктора медицины, в 1940 — звание профессора. 1934—1939 — начальник управления высшими медицинскими учебными заведениями Наркомздрава РСФСР, а затем Наркомздрава СССР. В 1928—1934 — член Государственного ученого совета РСФСР, в 1939—1940 — зампредседателя Ученого совета Наркомздрава РСФСР. Во время блокады Ленинграда — директор 1-го Ленинградского мединститута (Архив РАМН. Оп. 1. Личное дело И. Д. Страшуна. Л. 3—4.).

пись, Страшун свой гонорар вернул, а Бородулин и Белкин — нет[95].

А на следующий год Страшун был обвинен в космополитизме президентом Академии медицинских наук Н. Н. Аничковым, а также малоизвестным кандидатом философских и медицинских наук, докторантом И. К. Эфендиевым. Такова была политическая практика того времени — начинать преследование выдающихся ученых или влиятельных политиков от имени «народа», используя для этого молодых карьеристов[96]. Эфендиев утверждал, что «жажда „международных связей", аполитичность и методологическая ограниченность автора, сливаются с безродным космополитизмом, с клеветой на великий русский народ, на его славную культуру»[97]. Надвигающегося ареста Страшуну удалось избежать благодаря госпитализации в психиатрическую клинику Первого

[92] Барсуков Михаил Иванович (1890—1974) — советский организатор здравоохранения, историк медицины. Окончил медицинский факультет Московского университета (1914).

[93] Архив Отдела истории медицины Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Дело б/н «Протоколы заседаний по обсуждению руководства по истории медицины». 1947—1949. Л. 93.

[94] Банщиков Василий Михайлович (1898—1992) — советский психиатр. В 1924 году окончил медицинский факультет МГУ. С 1928 по 1930 год возглавлял отдел образования Наркомпроса РСФСР. С 1949 по 1955 год — директор Государственного издательства медицинской литературы (Медгиз), докторант АМН на Павловской.

[95] Архив Отдела истории медицины Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Дело б/н «Протоколы заседаний по обсуждению руководства по истории медицины». 1947—1949. Л. 113.

[96] *Baar M.* Of communism, compromise and Central Europe: the scholarly persona under authoritarianism // How to be a historian: Scholarly personae in historical studies, 1800—2000 / Ed. H. Paul. Manchester University Press, 2019. P. 164—181.

[97] *Смирнов И., Эфендиев И.* Против фальсификации истории медицины // Медицинский работник. 25 мая 1949 г. № 21 (833). С. 2.

Московского медицинского института с диагнозом «клиническая депрессия». Мы полагаем, что таким образом коллеги спасли именитого ученого.

Мягко говоря, обиды и обвинения мешали авторам учебника сосредоточиться на работе. Низвергнув корифеев, Эфендиев устрашал московских коллег, обвинял таких маститых профессоров, как Заблудовский, в поддержке «школки Страшуна». Москвичи пытались защищаться и даже подали в ЦК партии заявление с оправданиями и встречными обвинениями. Однако комиссия МК ВКП(б) подтвердила обвинения в космополитизме и буржуазном национализме, предъявленные Страшуну[98]. В разгар этих событий умер Семашко, и министр был вынужден назначить новую редакционную коллегию.

На одном из первых ее заседаний Петров, сменивший Страшуна в качестве редактора Медгиза, сделал доклад о недостатках рукописи учебника (в его структуре все еще не было советского периода). Руководитель кафедры в ЦИУВ, а главное — только что оставивший пост заведующего отделом ЦК ВКП(б), Петров лучше других коллег знал, куда нынче дуют политические ветры. В духе развернувшейся борьбы партии с преклонением перед Западом, главный порок учебника он видел в принижении русской медицины и восхвалении иностранцев[99]. Институт должен был переписать эту часть учебника, превратив ее в рассказ о триумфах российской науки.

Новый директор института поручил это сделать Бородулину. Видимо, в целях самосохранения он пригласил в соавторы докторанта Эфендиева. Во время политических кампа-

[98] Архив Отдела истории медицины Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Дело б/н «Протоколы заседаний по обсуждению руководства по истории медицины». 1947—1949. Л. 110.

[99] Там же. Л. 93.

ний сталинской эпохи все боялись друг друга, и из-за этого возникали странные альянсы. Впрочем, нам трудно решить, хотел ли Бородулин таким образом защититься от критики Эфендиева или действительно поддерживал борьбу последнего против так называемых «космополитов» и «школы Страшуна».

Профессор Феодосий Романович Бородулин

Молодой соавтор должен был написать раздел «Медицина с древнейших времен (так называемый „первобытный период“) до средневековья», а Бородулину предстояло продлить повествование до современности. Для выполнения спешного задания соавторы собрали рукописи коллег и отредактировали их с учетом рекомендаций рецензентов. Чтобы уберечься от критики и доносов, авторы рассылали рукописи целиком и отдельными частями преподавателям истории медицины в Харьков, Ставрополь, Иваново, во все московские институты, а также в Институт философии и Институт востоковедения. Текст обсуждался членами Московского общества историков медицины, а также членами бюро партийной организации НИИ[100]. И везде рукопись получила одобрение. К августу 1949 года четырехтомное «Руководство по истории медицины» (общий объем составил 1200 машинописных страниц) было сдано в издательство.

[100] Там же. Л. 73.

Новая парадигма

В процессе создания первого советского учебника были выработаны коллективные представления о далеком и недавнем прошлом отечественной медицины, позиции по отношению к этой истории, методы производства и передачи медико-исторических знаний. Но то, что произошло дальше, стало катастрофой для планов публикации текста. Директор издательства передал рукопись Петрову для оценки, а через два месяца получил от него разгромный отзыв.

Рецензия Петрова (двадцать одна страница машинописного текста) начиналась со зловещего вывода: рукопись «написана на недостаточно высоком теоретическом уровне, содержит ряд политически неправильных, методологически неверных установок и утверждений»[101]. По тем временам такой вывод был приговором, не подразумевавшим возражений. Далее шел разбор отдельных глав и положений предлагаемого учебника. Методологически ошибочным Петров считал противопоставление здорового организма и болезни. В этом было отступление от веры, то есть от марксизма-ленинизма: прогресс дает ответ на причины всех болезней; и при социализме социальное преобладает над биологическим[102]. Реакция на это заявление появилась мгновенно. Директор Института Н. А. Виноградов[103] на полях рецензии размашисто написал: «Правильно! Путаница ужасная».

Петров бил своих оппонентов за ошибочные понятия. Они применили к открытиям Павлова термин «синтетическая физиология». Рецензент оценил это как волюнтаризм и политическую ошибку, которая ведет к противопоставлению Павлова и советской физиологии[104]. Его опасения явно вы-

[101] Там же. Л. 51.
[102] Там же. Л. 52—53.

текали из духа прошедших «павловских сессий».

А еще рецензент обвинил соавторов за то, что еще несколько лет назад было требованием к историкам — за обоснование разрыва между императорской и советской наукой. Новая установка Сталина на преемственность поставила перед историками задачу удревнить отечественные открытия и саму науку, сделать ее единой во времени. Все это было встроено в националистический дискурс сталинского режима послевоенного времени.

Профессор Борис Дмитриевич Петров

[103] Виноградов Николай Аркадьевич (1910—1977) окончил в 1934 году 2-й Ленинградский мединститут. В 1938—1940 году — директор Ленинградского института усовершенствования врачей. В 1940 году защитил диссертацию на звание кандидата медицинских наук. С 1940 года — заместитель народного комиссара РСФСР по кадрам, заместитель министра здравоохранения. С 1949 и до 1977 года руководил кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Центрального института усовершенствования врачей. В 1949—1951 годах возглавлял Институт организации здравоохранения и истории медицины им. Н. А. Семашко, а с 1951 года — Государственное издательство медицинской литературы. В 1959—1962 годах — министр здравоохранения РСФСР. [Так в личном деле.]

[104] Архив Отдела истории медицины Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Дело б/н «Протоколы заседаний по обсуждению руководства по истории медицины». 1947—1949. Л. 55.

Проявляя осведомленность в новых политических веяниях, рецензент требовал от коллег показать отличия советской медицины от западной и ее научное и моральное превосходство[105]. Он даже сформулировал элементы такой демонстрации: 1) преданность советских врачей исключительно благополучию трудящихся классов, в отличие от продажных (рыночных) интересов иностранных врачей[106]; 2) сочетание в СССР лечения с профилактикой, в которой не заинтересована западная частная медицина; 3) учет связи между болезнью и общественными устоями (социальный характер здоровья); 4) наличие взаимодействия между теорией и практикой; и, наконец, 5) плановый характер советской медицинской науки и практики[107].

С точки зрения дидактики недостаток «Руководства» заключался в дескриптивности. Вместо описания и объяснения явлений советский учебник должен предлагать читателям оценки и предписания. Петров сформулировал телеологию издания следующим образом: во-первых, следует доказывать этические преимущества государственного здравоохранения и, видимо, не упоминать о существовании в истории СССР иных форм медицинской помощи. Во-вторых, надо нанизывать политические решения и медицинские события на научно продуманный замысел большевиков. В-третьих, «кадры решают всё»: поэтому следует показать, что резкое увеличение числа врачей и созданные для их подготовки программы обучения (классовое мышление) обеспечили успех советского здравоохранения. Без этих аксиом учебный нарратив априорно имел «схоластичность, надуманность, оторванность от жизни, неправильность метода работы авторов»[108].

[105] Там же. Л. 53—56.
[106] Там же. Л. 57.
[107] Там же. Л. 59.
[108] Там же. Л. 62—65.

Петров раскритиковал главу «Здравоохранение в промышленности, стахановское движение в медицине»[109], но не дал предложений по ее улучшению. В начале 1950-х годов все восторги по поводу орабочивания медицины и ее страхового обеспечения уже испарились, так как негативные последствия реформы здравоохранения 1930-х годов стали слишком очевидны. Видимо, студентам об этом трагическом эксперименте не стоило рассказывать.

Ну и наконец, рецензент проявил партийную бдительность: выявил наличие в библиографическом списке космополитических работ Страшуна, Розенберга и Оганесяна, заметил отсутствие в тексте учебника критики буржуазных теорий, «атаки на расистскую теорию», педологию[110]. Он рекомендовал коллегам цитировать не только старых политических классиков (например, Соловьева), но и новых (в частности, нынешнего министра Смирнова)[111].

Сегодня подобные предписания и диктат представляются довольно странными. Но жизнь при Сталине создавала особый режим реальности. Чтобы выжить и преуспеть в ней, активисты действовали двулично — «обличать и лицемерить», как сформулировал эту тактику жизни социолог О. В. Хархордин[112].

Достигнутая конвенция

Оба автора рукописи, Эфендиев и Бородулин, ознакомились с текстом рецензии в кабинете директора Института, где присутствовали «несколько руководителей»[113]. Самым

[109] Там же. Л. 65—67.
[110] Там же. Л. 70.
[111] Там же. Л. 58.
[112] *Хархордин О. В.* Обличать и лицемерить: генеалогия российской личности. СПб., 2002.

опасным для авторов было обвинение в искажении марксизма и неверной трактовке наследия Павлова в медицине. Такие формулировки прямо относились к продолжающимся политическим кампаниям, в ходе которых любое проявление научного плюрализма вело к серьезным последствиям. Бородулин и Эфендиев прекрасно понимали степень нависшей над их головами опасности и за неделю подготовили обстоятельное опровержение выдвинутых обвинений.

Этот текст выдержан в стилистике политических дебатов 1930-х годов. Бородулин и Эфендиев обвинили рецензента в политической безграмотности и назвали его плохим ученым: «Петров не понимает, что наступит время, когда болезней не будет, а организмы (люди) останутся»[114]. Неверие в это светлое будущее есть проявление «узкого академизма». Неприятие рецензентом их тезиса о доминировании социального над биологическим тоже представлялось результатом его приверженности реакционному вейсманизму[115].

Соавторы утверждали, что предпочитают рассматривать советскую историю как неуклонное восхождение к прогрессу: каждый последующий период рассматривается как решение задач, поставленных Коммунистической партией и правительством в предыдущий период. В борьбе с Петровым они старались быть еще более преданными линии партии, чем он. Так, они отказались вписывать в рукопись учебника обоснования превосходства русской науки, поскольку это потребует сравнений, а «метод сопоставления является порочным и осужден нашей партией»[116]. Видимо, в данном случае авторы учебника имели в виду политическое осужде-

[113] Архив Отдела истории медицины Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Дело б/н «Протоколы заседаний по обсуждению руководства по истории медицины». 1947—1949. Л. 74.

[114] Там же. Л. 79.

[115] Там же. Л. 80.

[116] Там же. Л. 88.

ние сравнительного метода, использованного в работах русского историка литературы Александра Веселовского и лингвиста Виктора Жирмунского. Историки медицины уверяли, что исследовательские подходы, отвергнутые Коммунистической партией, не должны включаться в учебник: «зачем этот хлам из антинаучного мусорного ящика?»[117]. В нем должны быть сложены правильные убеждения и «позитивные положения»,— восклицали они[118].

Доказывая свою преданность, они заверили, что ради показа успехов советской медицины могли бы заверить студентов, что даже профилактику заболеваемости изобрели не сами российские врачи, а Маркс и Ленин. Конечно, Эфендиев и Бородулин прекрасно понимали всю уязвимость своих аргументов и абсурдность утверждений, но произносили их в надежде, что готовность фальсифицировать историю спасет их от тяжелых последствий.

В октябре состоялось экстренное совещание у заместителя министра Виноградова. На нем выяснилось, что, несмотря на то что Бородулин и Эфендиев представляли учебник как авторский, у него много создателей. Например, директор ЦИУВ В. П. Лебедева утверждала, что глава по истории арабской медицины написана не Эфендиевым, а профессором Челябинского мединститута, заслуженным деятелем науки П. М. Факторовичем[119]. Некогда Семашко пригласил его быть членом авторского коллектива[120]. Из письма Факторовича явствовало, что он верил, что отослал рукопись и ценные фотографии в готовившийся в Институте сборник статей по истории медицины[121]. Также оказалось, что советский период писал не Бородулин, а все сотрудники Отдела истории медицины. При этом авторы признались, что использовали фрагменты книг, статей, рукописей друг друга и иных коллег.

[117] Там же. Л. 77.
[118] Там же. Л. 88.

Соавторы оправдывались тем, что речь шла о двух вариантах учебника — том, что писался под руководством Семашко коллективом историков, и рукописи, созданной на основе лекций Бородулина, прочитанных в Первом Московском мединституте, с добавлением рукописи Эфендиева по восточной медицине. Они уверяли, что даже не читали первый вариант учебника — за неимением времени[122]. Однако члены редакционной коллегии доказали плагиат. На основании этого в феврале 1950 года Заблудовский потребовал от директора Института проведения суда чести[123]. Чуть позже о нарушении своих авторских прав заявил А. Шварцман.

Виноградов суд чести инициировать не стал, но провел закрытое совещание с профессорами и заведующими кафедрами истории медицины. Им были разосланы экземпляры четырех томов «Руководства». Соавторы на обсуждение их рукописи приглашены не были. Получив обвинения в плагиате, а затем 15 критических рецензий, Бородулин отказался от авторских прав[124]. Эфендиев же назвал рецензентов

[119] Факторович Павел Маркович (1881—1952) получал естественнонаучное образование во Франции (Парижский институт прикладной химии), Италии (медицинский и естественный факультет во Флоренции) и Германии, работал в Пастеровском институте под руководством И. И. Мечникова. После приезда в СССР в 1917 году работал в институтах на Украине (Донецкий пединститут и Институт инженеров общественного питания в Луганске) и в Узбекистане (Узбекский государственный университет в Самарканде). С 1947 года — профессор, заведующий кафедрой биологии в Челябинском мединституте. В 1937 году выпустил «Очерки по истории медицины».

[120] Архив Отдела истории медицины Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Дело б/н «Протоколы заседаний по обсуждению руководства по истории медицины». 1947—1949. Л. 106.

[121] Там же. Л. 214.

[122] Там же. Л. 107.

[123] Там же. Л. 6.

[124] Там же.

«охвостьями Страшуна», а всю ситуацию — «обострением реваншистских настроений страшунцев»[125].

В протоколе заседания, созванного для разрешения конфликта, транскрибированы суждения четырех профессоров-участников — Б. С. Сигала (Ленинград)[126], П. Т. Петрова (Харьков)[127], Склярского (Москва) и Т. Д. Эпштейна (Казань)[128]. По крайней мере трое из них были опытны как в политике, так и в медицинском управлении и занимали должности заведующих кафедрами истории медицины. Они поддержали Петрова и его версию прошлого и предложили сделать учебник не авторским, а коллективным. Эпштейн предложил издать сначала краткий курс и на его основе сделать развернутую версию[129].

Согласно идеологическим требованиям, весь материал должен был быть организован в хронологическом порядке в соответствии с принятым тогда формационным подходом к истории: с использованием периодизации феодального, капиталистического, империалистического и социалистического периодов. Кризисы российской и западной медицины (согласно советскому марксизму, история развивалась через

[125] Там же. Л. 8—9.

[126] Сигал Борис Самойлович (1893—1959) — историк медицины, гигиенист, организатор здравоохранения. В 1916 году окончил Киевский университет и отправился врачом на фронт в Первую мировую войну. После революции работал в горздравотделе Ростова-на-Дону. В 1919—1923 годах служил в Красной армии, руководил санитарным просвещением на Кавказском фронте. С 1923 года работал санитарным врачом и в Доме санитарного просвещения Ленинграда. С 1925 года преподавал на кафедре социальной гигиены 1-го Ленинградского мединститута и в ГИУВе. В 1935 году защитил кандидатскую диссертацию, в 1939 году получил звание доктора медицинских наук. В годы войны возглавлял статистическое бюро Санитарного управления Волховского и Карельского фронтов. С 1946 года заведовал кафедрой истории медицины, а позднее кафедрой социальной гигиены и истории медицины в Ленинградском санитарно-гигиеническом мединституте. Утвержден в звании профессора.

Участники учредительного собрания Историко-медицинского общества. Сидят (слева направо): М. И. Барсуков, Б. Д. Петров, ?, И. Д. Страшун, В. Н. Терновский, Д. М. Российский

череду кризисов) следовало синхронизировать и контекстуализировать в границы каждого из этих периодов, используя детерминистские фразы («пришло время», «с наступлением

[127] Петров Петр Тимофеевич (1896) окончил Харьковский мединститут (1925). В 1927—1930 годах работал врачом в отделе гигиены питания Харьковской горсанэпидемстанции. В 1933—1936 — научный сотрудник социал-гигиенического сектора Всеукраинского института питания. В 1936—1940 годах — сотрудник кафедры социальной гигиены в Первом Харьковском мединституте. Издал «Практикум по медицинской статистике» (1940). В 1940—1946 годах — военврач. В 1945 году — защитил кандидатскую диссертацию. С 1946 года — ассистент кафедры организации здравоохранения ХМИ, а с 1948 года — заведующий кафедрой истории медицины (*Петрова З. П., Огнев В. А.* Харьковский историк медицины П. Т. Петров (К 120-летию со дня рождения)).

капитализма», «окончание феодализма потребовало»). В то же время российская история не должна была рассматриваться как неотъемлемая часть всемирной истории. Вместо этого советским историкам необходимо было противопоставить прошлое России прошлому остального мира, делая акцент на его исключительном характере; таким образом, читатель должен был понять, как Советский Союз достиг вершины мирового прогресса.

Еще более насущной задачей для собравшихся было определить, как лучше приспособиться к радикально новой политике партии — доказать мировое лидерство русской медицины, именно русской, а не только советской. Все участники встречи проявляли креативность. Выдвигались даже экстравагантные предложения — например, объявить Михаила Ломоносова основателем мировой социальной гигиены[130].

Чтобы продемонстрировать решающее влияние русской науки на прогресс медицины, советским историкам предстояло провести инвентаризацию нарративов всемирной истории и выбрать из них имена подходящих ученых. Члены ко-

[128] Эпштейн Товий Давидович — социал-гигиенист, историк медицины. В 1920 году окончил медицинский факультет Казанского университета, работал в больнице, заведовал областным здравоохранением в Воткинске. Прошел путь от ординатора до заведующего кафедрой социальной гигиены, замдиректора и заместителя наркома здравоохранения ТАССР (1935—1938). В 1939—1942 годах возглавлял кафедру организации здравоохранения Сталинградского мединститута. В конце 1942 года эвакуирован в Казань, где был замнаркома здравоохранения, главным госсанинспектором и профессором кафедры организации здравоохранения. В 1949—1966 годах — заведующий кафедрой истории медицины в Казанском мединституте.

[129] Архив Отдела истории медицины Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Дело б/н «Протоколы заседаний по обсуждению руководства по истории медицины». 1947—1949. Л. 31, 42.

[130] Там же. Л. 30.

миссии по учебникам спорили, кто из мировых ученых достоин упоминания в советском учебнике. Сигал предлагал рассказывать о Паре, Пастере и Дженнере, а Склярский — о Ламарке, потому что его критиковали вейсманисты и морганисты [131]. Впрочем, эти предложения не свидетельствуют о смелости собравшихся историков. Они же рекомендовали создателям учебника не цитировать медиков прошлого. С прямыми словами к студентам должны обращаться только лидеры Коммунистической партии и советского государства. Идеи врачей следовало пересказывать. Иначе их цитаты — «это пропаганда среди наших учащихся того, что писали эти буржуазные мракобесы, эти очень мелкие люди» [132].

Главным критерием выбора было признано общественное положение ученых. Совещание настоятельно рекомендовало историкам не цитировать работы тех ученых, которые не попали в список релевантных персон. Создатели учебника договорились отказаться от деления материала на всемирную и русскую историю, а также от упоминаний зарубежного обучения русских ученых, от рассказов об иностранных врачах в России и от иных свидетельств трансфера медицинских знаний и заимствований с Запада.

Чтобы заретушировать созданный предшественниками разрыв в российской истории медицины, нынешние историки должны были заняться поиском биографий образцовых врачей императорской эпохи, которые проявляли антиимперские, свободомыслящие и социально справедливые взгляды. Участники совещаний приняли решение насытить мировой исторический нарратив русскими именами и создать привлекательный портрет русского врача всех времен, которого следовало представлять в качестве альтруиста, ученого, заслуживающего безусловного доверия общества. В связи с этим участники дискуссии призвали друг друга

[131] Там же. Л. 29.
[132] Там же. Л. 27.

воздержаться от критики врачей имперского времени, отказаться от прежних стигм, таких как «вирховец», «буржуазный» или «агент самодержавия».

Кажется, впервые советские историки договаривались о языке академического письма. Ссылаясь на негативный опыт Бородулина и Эфендиева, они призывали друг друга избегать ругательных и вульгарных выражений («пройдоха», «шарлатан», «случные пункты», «растленный»). Отечественная история должна писаться пристойно. Разоблачительные эпитеты следовало заменить на нейтральные определения — например, «дореволюционные врачи». От создателей учебника ожидалось, что история медицины будет включена в широкую историю гражданского общества, в том числе революционного движения. Для этого в нарратив медицинского прошлого предстояло ввести биографии революционеров XIX века, например рассказы о декабристах и революционных демократах.

Все эти рекомендации были обсуждены в Институте, а затем розданы авторам учебника.

Производство знаний

Турбулентность сталинского режима порождала нестабильность ролей и правил игры в советском научном цехе. Просчитать успех было практически невозможно. Так, карьера Эфендиева и жизнь Бородулина оказались короткими. В 1950 году тот, кто обличал Страшуна, успешно защитил в Москве докторскую диссертацию «История медицины Азербайджана с древних времен до XIX века»[133]. Но на этом его восхождение остановилось. Коллеги обвинили его в поддел-

[133] *Эфендиев И. К.* История медицины в Азербайджане с древнейших времен до наших дней / Ред. проф. Э. Ф. Эфендиев, М. С. Султанов. Баку, 1964. 280 с.

ке подписи профессора Российского на рекомендациях к публикации рукописи. Благодаря этому Эфендиев получил гонорар в несколько тысяч рублей[134], но был разоблачен, исключен из партии, а ученый совет Первого Московского медицинского института отказался выбрать его на место преподавателя по кафедре истории медицины. Руководитель кафедры и бывший соавтор Эфендиева, профессор Бородулин, долго болел и скончался в 1956 году.

В феврале 1950 года Петров, ставший заведующим отделом истории Института, объявил о реорганизации этой научной структуры. До этого отдел истории не имел больших амбиций, работал «над десятком узких тем и не считался с тем, что делается в стране»[135]. Отныне он должен был стать всероссийским экспертным центром. «Маленькая группа людей, которая работает в Отделе,— утверждал Петров,— является маленьким предприятием, которое будет помогать в работе кафедр и институтов, а также и в работе одиночек»[136]. В качестве такового ему предстояло сформулировать четыре-пять ключевых исследовательских тем для историков медицины всей страны, определить для них теоретические подходы и контролировать качество выдаваемой ими продукции. Для такого руководства необходимо было провести оценку собственных ресурсов: собрать данные по всем медицинским кафедрам и отделам истории в академиях наук советских республик, дать указания, какие теории целесообразно использовать, и разработать долгосрочные планы на следующее десятилетие и далее.

Тем самым Петров предлагал подчинить индивидуальную работу историков медицины диктату коллективного проек-

[134] Архив Отдела истории медицины Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Дело б/н «Протоколы заседаний по обсуждению руководства по истории медицины». 1947—1949. Л. 315.

[135] Там же. Л. 49.

[136] Там же.

та. Соответственно, было признано необходимым провести инвентаризацию имеющихся источников и литературы, а также анализ состояния исследовательской области в целом. Сотрудники Петрова начали собирать библиографические данные для справочника или каталога публикаций по истории медицины и формировать корпус исторических источников. Предполагалось, что это позволит определить и рационально распределить исследовательские задачи для институций и историков. «Надо единым фронтом,— призывал новый организатор науки,— договориться о том, какие мы будем предъявлять требования к документации, к хронологии и т. д.»[137].

В этом едином производстве исторических знаний все участники должны были доказывать одно — превосходство советской системы здравоохранения. А поскольку это предполагает сравнение, а компаративистика была запрещена, ученые придумывали поистине казуистические ходы: не сравнивать современное состояние советской и зарубежной медицины, а разоблачать западные теории болезней и империалистическую политику здравоохранения. Однако на этом пути сразу же возникли организационные трудности: как правило, советские историки медицины, пришедшие в науку с партийно-административных постов, не знали иностранных языков, в лучшем случае имели ограниченное представление о теории и практически не имели доступа к зарубежным научным публикациям. Поэтому Институт инициировал написание универсального разоблачительного текста, из которого каждый пишущий мог бы заимствовать цитаты.

Обзор западной философии медицины и биомедицинских теорий не предполагал беспристрастного анализа этой научной области, ее путей развития и накопленных результатов. Автора такого обзора обвинили бы в распространении вражеских идей. Советские исследователи старались из-

[137] Там же. Л. 50.

бегать прямых цитат и даже точного суммирования прочитанного. То, что создавалось, было спекулятивной коллекцией сомнительных или случайных фрагментов из работ зарубежных ученых — странный мусор, с точки зрения неосведомленного советского читателя.

В 1955 году Б. Я. Смулевич выполнил такой заказ руководства Института. В отчете он признался, что самой большой трудностью для него был «беспринципный эклектизм, сочетание самых различных, зачастую противоречивых направлений» в мировой науке. Конечно, он писал о них на языке своего времени — как об идеологии реакции и агрессии, теории класса, обреченного на гибель, признавал непрактичность всех этих теорий[138]. При этом Смулевич не был оголтелым шапкозакидателем. Он сообщал коллегам о высоком техническом уровне производства и распределения в буржуазных странах, заинтересованности их государств в оздоровлении населения, борьбе с эпидемиями, поддержке медицинских предприятий[139].

Подобная же работа по созданию теории для советской истории медицины была проделана Слонимской[140]. Для этого она годами изучала многотомные издания классиков марксизма-ленинизма и выбирала из них цитаты на медико-биологические темы. Ее труд был своего рода сборником цитат на все случаи и для всех исследовательских тем.

В дальнейшем установка на жестко организованный и спрограммированный характер исследовательской работы стала усиливаться. Петров реализовал в Институте то, что в рецензии априорно назвал отличительной чертой советской медицины — плановый характер научно-исследовательской работы. Барсуков довел эту логику до совершенства. В 1953 году он представил план работы своей группы над

[138] РГАНТД. Ф. 177. Оп. 2. Т. 1. Д. 349. Л. 2.
[139] Там же. Л. 6.
[140] РГАНТД. Ф. 177. Оп. 2. Д. 26, 231, 232, 233, 234.

историей советского здравоохранения. Это был даже не коллективный проект, а проект фабрики по производству стандартизированной и тщательно отфильтрованной научной продукции[141]. В ней должна быть единая технология изготовления, общая нарративная матрица, унифицированный язык описания, единая дифференциация исторического времени и заранее согласованные выводы. Чтобы добиться этого, историки медицины должны работать во взаимодействии с историками философии и марксизма-ленинизма[142].

Барсуков признал, что только сейчас стало ясно, как писать и преподавать историю медицины. До этого ее отличали «разбросанность, пестрота, бесплановость работ, ведущихся с различных методологических позиций… распространение имели космополитические концепции»[143].

Распространение знаний

Одновременно с созданием фабрики по производству исторических знаний Институт продумал систему их трансляции студентам[144]. Советская история медицины должна была: 1) укрепить чувство патриотизма, чести и достоинства советского врача, вооружить его против безродного космополитизма; 2) расширить идейно-политический кругозор, повысить общий культурный уровень врача; 3) расширить и углубить медицинские знания учащихся. Позже, после смерти Сталина, в эпоху «оттепели» Хрущева (1956—1964), а затем в брежневскую эпоху «застоя» (1964—1986), эти клише

[141] РГАНТД. Ф. 177. Оп. 2. Т. 1. Д. 267.

[142] РГАНТД. Ф. 177. Оп. 2. Т. 1. Д. 267. «Варианты разработки проблемы «история медицины». 1953. Л. 16.

[143] РГАНТД. Ф. 177. Оп. 2. Т. 1. Д. 267. «Варианты разработки проблемы «история медицины». 1953. Л. 1.

[144] РГАНТД. Ф. 168. Оп. 1. Д. 243. «О преподавании истории медицины в медицинских институтах (методические письма). 51 л. 1951.

(«расширять и углублять», «формировать мировоззрение», «поднимать культурный уровень», «крепить чувства») повторялись так часто, что стали своего рода мантрой и потеряли всякий смысл для читателей.

Позиция Коммунистической партии, противопоставляющая советскую («отечественную») медицину и универсальную («всемирную»), была воспринята в начале 1950-х годов как средство проецирования послевоенной конкуренции между двумя сверхдержавами в прошлое, где это противостояние должно было быть представлено как вековая борьба между истинной наукой (Россия) и лженаукой (остальной мир). Таким образом, русский физиолог И. М. Сеченов должен был превзойти теории немецкого физиолога, основателя клеточной Р. Вирхова и его последователей; русский терапевт С. П. Боткин — немецкого терапевта Л. Траубе; русский патологоанатом А. И. Полунин — французского физиолога и патолога К. Бернара и немецкого физиолога и патолога И. Мюллера; русский микробиолог, лауреат Нобелевской премии И. И. Мечников противопоставлялся немецкому микробиологу и лауреату Нобелевской премии Р. Коху. Более того, советские историки должны были доказать, что обучение русского врача у постели больного в России было лучше, чем западных медиков в университетах[145]. Эти противопоставления и утверждения должны были внушить студентам, что противостояние Добра и Зла, Прогресса и Тьмы было всегда и поэтому продолжается в настоящее время; что СССР и социалистические государства Восточной Европы во всех отношениях превосходят империалистический мир.

А дальше была запущена государственно-партийная машина для реализации этого замысла. В 1951 году два министерства (здравоохранения и просвещения) утвердили учебную программу по истории медицины, а Институт разработал идеологические и методические рекомендации для пре-

[145] РГАНТД. Ф. 168. Оп. 1. Д. 243. Л. 7.

подавателей. Ученый совет Института рекомендовал всем кафедрам медицинских институтов читать лекции по истории медицины, то есть сделать идеологически мотивированный курс обязательным компонентом всей профессиональной подготовки будущего врача.

Поскольку «советская медицина самая сложная по содержанию, по высокому уровню, дифференциации по дисциплинам», утверждалось, что ее нельзя рассказать в одном учебном курсе, освоить за один год[146]. Весь период обучения в медицинском институте, то есть все шесть или более лет, должен был включать в себя фрагменты этой нарративной истории. Исторические знания должны были сопровождать обучение медицинским наукам по следующим каналам: отдельные общие курсы, состоящие из лекций и семинаров, а также эпизоды, которые должны были быть интегрированы в специальные научные курсы, и, наконец, внеаудиторная работа в студенческих кружках и обществах. Фундаментальный курс, полностью посвященный только истории медицины, следовало включить в четвертый год обучения, что позволяло его авторам опираться на фрагментарные исторические знания, полученные в предыдущих научных курсах, и использовать отсылки к марксизму-ленинизму, который студенты проходили на младших курсах.

Заявленное превосходство русской науки должно было утверждаться как в синхронной, так и в диахронной перспективе, к тому же аспекты этого доминирования демонстрировались как на местном (республиканском, городском и даже в отдельно взятом институте), так и на всесоюзном уровне. Соответственно вузовские учебники должны предложить информацию о канонических для СССР врачах в связи с их специализацией (курс по биологии, фармации или другим дисциплинам) и в контексте общей истории страны. Такое согласование позволяло показать существова-

[146] Там же. Л. 9.

ние научной сети в масштабах СССР и способствовать осознанию плотности советского медицинского мира. Контролирующие лица считали, что студентам должно быть последовательно внушено торжество подлинной советской медицинской науки над псевдозападным ее вариантом. Эту идею следовало повторять в разных вариациях на протяжении всей учебной программы, на каждой лекции и каждом семинаре, с целью воспитать в будущих врачах веру. Такая задача предполагала упрощенную и однозначную версию прошлого.

Первый том руководства по истории медицины, охватывавший всемирную историю и обрамленный социально-экономическими формациями, был сдан в печать в апреле 1953 года[147]. В нем обильно цитировался Сталин и разоблачались «порочные концепции», ставилась задача дать отпор американским расистам и современным фашистам, фальсифицирующим прошлое народов СССР. От имени авторского коллектива редактор заверял читателей, что данная книга — это только «материал для преподавания», что это не конечный продукт, что «после необходимых исправлений и добавлений будет написан учебник»[148].

Однако намерение опубликовать столь долго и тщательно готовящийся, многократно обсужденный и отредактированный учебник под редакцией Петрова в конечном итоге не было реализовано. Опасаясь очередного поворота политики и возможных репрессий в отношении сталинцев, авторы решили не издавать рукопись.

[147] История медицины. Материалы к курсу истории медицины. Т. 1 / Институт организации здравоохранения и истории медицины им. Н. А. Семашко АМН; Ред. Б. Д. Петров. М., 1954.
[148] Там же. С. 3.

Долгая жизнь учебника-призрака

Читая позднесоветские и многие постсоветские издания по истории советского здравоохранения, мы убедились в том, что, подобно бесплотному призраку, неизданный учебник определял их повествования.

Только спустя десять лет после выхода первого тома всемирной истории медицины Институт решился на публикацию тома по истории советской медицины[149]. Наученные горьким опытом судов чести, доносов, рецензий, репрессий и хрущевских разоблачений, бывшие администраторы, а ныне историки медицины всячески избегали прямолинейных оценок и авторских утверждений. Хронологический принцип в книге заменен на дисциплинарный: структура состоит из историй отдельных научных направлений, и только первая статья создает «зонтик» для всех[150]. Ее автор, Ю. П. Лисицын, оказался в трудном положении. На последнем съезде партии было принято решение «обеспечить членов общества бесплатной медицинской помощью независимо от количества и качества их труда»[151], и ему предстояло объяснить читателям, как это соотносится с довоенной политикой ограничения в доступе к медицинским услугам подавляющей части советских граждан. Разрыв в истории Лисицын камуфлировал сравнением статистических данных о здравоохранении за 1913 и сразу за 1964 годы (между ними 1930-е годы «утонули»), перечислением медицинских журналов,

[149] История медицины СССР / Институт организации здравоохранения и истории медицины им. Н. А. Семашко; Ред. Б. Д. Петров. М., 1964.

[150] *Лисицын Ю. П.* Важнейшие направления и особенности развития медицины в СССР // История медицины СССР / Институт организации здравоохранения и истории медицины им. Н. А. Семашко; Ред. Б. Д. Петров. М., 1964. С. 5—30.

[151] Программа Коммунистической партии Советского Союза. Госполитиздат, 1962. С. 195—196.

выходивших в СССР, институтов, библиотек, созданных за эти годы, а затем перешел к описанию светлого будущего.

Не меньшие трудности испытывала Е. Я. Белицкая, которой досталась история советской санитарной статистики. Но и ей помогла смена логики описания. Текст уходит от хронологической последовательности, что позволило скрыть цезуры и разрывы в советской истории. В нем прослеживается развитие нескольких видов медицинской статистики, смена способов исчисления показателей. При этом то и другое предстает не результатом политического давления, а плодом научного прогресса. Социальная реальность в нарративе предстала объектом изучения автономных от нее ученых[152]. Выводы в каждом разделе должны были приводить читателя к простому воспитательному заключению: Советский Союз является самой передовой и справедливой страной в мире. И даже в отношении медицинской и демографической статистики авторы книги заявили: «Буржуазная санитарная статистика по определению ее теоретиков является бухгалтерией болезней и горя, а советская санитарная статистика превращается в статистику здоровья и расцвета физических и творческих сил народа»[153]. Таким образом, несмотря на разоблачение культа личности Сталина и реабилитацию репрессированных ученых, созданная сталинскими идеологами историческая утопия была воспроизведена в нормативных изданиях 1960-х годов в качестве научной концепции прошлого.

Еще важнее, что на долгие годы принципами организации научного исследования (или родовыми чертами) советской историко-медицинской дисциплины стали: 1) плановость, не позволявшая исследователям выйти за тематиче-

[152] *Белицкая Е. Я.* Санитарная статистика // История медицины СССР / Институт организации здравоохранения и истории медицины им. Н. А. Семашко; Ред. Б. Д. Петров. М., 1964. С. 587—602.

[153] Там же. С. 601.

ские границы; 2) презентизм, проявляющийся в обосновании с помощью прошлого современного состояния или современных решений; 3) априорность выводов, которые подтверждаются в ходе исследования; 4) низкая ценность индивидуального авторства; 5) «фабричное» самосознание исследователей со сниженной персональной ответственностью за высказывания; 6) претензия сообщества историков медицины на политическую роль в медицинской профессии.

В научном проектировании, педагогической работе и конспектах лекций советские историки воспроизводили язык, риторические конструкции, детерминисткие утверждения, согласованные выводы из протоколов редакционных заседаний в Институте. Менялись лишь имена лидеров партии и правительства. Возможно, эта витальность была обеспечена именно тем, что учебник сталинской эпохи как таковой так и не увидел свет, и по этой причине заложенный в нем научный канон не был скомпрометирован происхождением.

Ситуация не изменилась и после распада Советского Союза в 1991 году. Некоторым историкам в регионах страны, а не в столицах, удалось издать учебники, которые расширили интерпретации и изменили ориентиры в изучении истории медицины. Однако такие учебники, хотя и использовались в местных университетах, так и не получили одобрения Министерства образования в Москве, что не позволило использовать инновационные учебники местного производства в аудиториях по всей стране. И если за постсоветское время социальные историки России проблематизировали утопические проекты своей дисциплины, то в истории медицины они остались нетронутыми.

Почему так произошло? На наш взгляд, ответ на этот вопрос кроется в том, что как профессиональная дисциплина и область педагогики история советской медицины была создана в сталинскую эпоху и продолжает страдать от своих родовых травм. К тому же, в отличие от ученых, занимаю-

щихся другими медицинскими дисциплинами, сообщество историков медицины не воспроизводится посредством систематической подготовки на исторических или медицинских факультетах. Многие десятилетия и за редкими исключениями изучение и преподавание истории в СССР было уделом отставных партийных чиновников с хорошей репутацией, высокопоставленных политиков и медицинских администраторов. Для многих из них занятие историей было вариантом хобби или любительства. И хотя в годы холодной войны сообщество историков медицины демократизировалось по своему составу и жизненному опыту и даже восстановило ограниченные контакты с зарубежными коллегами, тем не менее образовательный нарратив остался политизированным и утопическим. Эта герметизация оправдывалась патриотизмом и необходимостью защитить социальный статус врача[154].

Мы не уверены, что выход из пузыря утопии подорвет репутацию российского врачебного сообщества, и верим, что сложное и трудное прошлое не лишит медиков социальной любви, но обеспечит им понимание и сочувствие сограждан. Именно поэтому мы предлагаем читателям не развлекательный тур в беспроблемное прошлое, а рассказ о трудностях и разрывах советского здравоохранения.

[154] *Сорокина Т. С.* История медицины: в 2 т.: учебник для студентов учреждений высшего медицинского образования. Т. 2. 13-е изд., переработ. и доп. М., 2018.; *Сорокина Т. С., Морозов А. В.* Отечественное здравоохранение и медицинское образование в первой половине двадцатого века; *Лисицын Ю. П., Улумбекова Г. Э.* Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для медицинских вузов. 3-е изд. М., 2015; Лисицын Ю. П. История медицины: учебник. 2-е изд. М., 2008; Здравоохранение России. XX век / Ред. Ю. Л. Шевченко, В. И. Покровский, О. П. Щепин. М., 2001.

Глава 2

«ГЕТТО», ИЛИ ОХРАННЫЕ ЗОНЫ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В классическом понимании слово «гетто» (пространство ограниченных возможностей) используется тогда, когда речь идет о дискриминациях в отношении какого-либо религиозного или этнического *меньшинства*. Применительно к истории советской медицины ограниченным в доступе к ресурсам медицинской помощи оказалось подавляющее *большинство* жителей СССР. И это произошло в государстве, которое на заре своего рождения декларировало равенство возможностей или приоритет прав бедных.

Медикаменты и революция, 1917—1928

Как всё начиналось

1920-е годы были временем реализации культурной революции в России и строительства нового государственного и социального порядка, в том числе в области здравоохранения. В октябре 1917 года в Петрограде был учрежден Медико-санитарный отдел при Военно-революционном комитете Совета рабочих и крестьянских депутатов, и такие же отде-

лы были открыты при региональных Советах («на местах»). Вместе с ними вопросами здравоохранения занимались врачебные коллегии при нескольких комиссариатах. В 1918 году из этих коллегий был образован Совет врачебных коллегий, а в июне на Съезде медико-санитарных отделов было решено учредить Народный комиссариат здравоохранения (далее — Наркомздрав) РСФСР. Таким образом, в новом государстве было централизовано управление медицинскими делами. Это радикально отличало складывавшуюся систему здравоохранения от имперской, где управление медициной было рассредоточено по министерствам и ведомствам[1].

Почти сразу при Наркомздраве начал действовать Ученый медицинский совет — аналог Медицинского совета при МВД Российской империи. Его председателем стал Лев Александрович Тарасевич[2]. В Совет вошли именитые врачи, в том числе те, кто вышел из профессионального объединения медиков — Пироговского общества русских врачей. В 1920 году почти каждый из отцов-основателей Ученого совета возглавил «свой» исследовательский институт: Контроля вакцин и сывороток (директор Тарасевич); Санитарно-гигиенический (директор П. Н. Диатроптов); Тропических болезней (директор Е. И. Марциновский) — позднее Институт медицинской паразитологии и тропической медицины им. Марциновского; Микробиологический (директор

[1] О системе здравоохранения Российской империи: *Вишленкова Е. А., Затравкин С. Н.* Государственные институции // История медицины и медицинская география в Российской империи / Ред. Е. А. Вишленкова, А. Реннер. М.: ШИКО, 2021. С. 29—50.

[2] Тарасевич Лев Александрович (1968—1927) — иммунолог, эпидемиолог, патолог, организатор здравоохранения, профессор, в 1901—1902 годах работал в Институте Л. Пастера в Париже у И. И. Мечникова, последователь его клеточной теории иммунитета, преподавал в Новороссийском и Московском университетах, на Московских высших женских курсах, сторонник иммунизации населения. Умер в санатории под Дрезденом.

В. А. Барыкин); а также Питания (директор Н. М. Шатерников), Биохимии (директор А. Н. Бах), Туберкулезный (директор В. А. Воробьев) и Экспериментальной биологии. Головным институтом для всех них стал Государственный институт народного здравоохранения имени Л. Пастера (ГИНЗ).

Ретроспективно организационные действия новой власти в области здравоохранения выглядят вполне современными, продуманными и рациональными. Но, видимо, распределение властных ресурсов и полномочий удавалось большевикам лучше, чем лечение населения. Во всяком случае, прочитав их бравурные заявления о введении бесплатной, общедоступной, специализированной медицинской помощи, медики поверженной империи возмутились: «Ведь нищие же мы, ведь наш бюджет не реален, ведь печатный станок в экспедиции создает не экономические ценности, а в буквальном смысле слова клочки негодной бумаги. Ведь существующие земские больницы дышат на ладан и вопрос об их закрытии не нынче-завтра станет на очередь. На очередь может стать и вопрос об отмене бесплатности в деле врачебной помощи населению»[3]. Земские врачи когда-то тоже мечтали обеспечить россиян общедоступной медицинской помощью, но, в отличие от большевиков, они смотрели на свои возможности трезво.

У новоявленных лидеров самопровозглашенной советской республики перед глазами были проекты, а не реальность. «Обществом проекционистов»[4] были в метафорическом смысле не только авангардные советские художники, но и политические деятели 1920-х годов. Все публикации

[3] Похороны земской медицины // Общественный врач. 1918. № 13—14. С. 116.

[4] Термин художника-философа Соломона Никритина. См. об этом: *Пчелкина Л.* Текст и иллюстрации: кто такие проекционисты и как они делали музей будущего // Арзамас. URL: https://arzamas.academy/materials/1793 (последнее посещение 26.05.2022).

большевиков о нынешних и грядущих успехах советской медицины земские и университетские медики считали мыльными пузырями, а декларацию революционеров обеспечить трудящихся здоровьем прочитывали так: «…как если бы голодному, не имеющему ни кусочка хлеба с мякиной, кто-нибудь стал говорить о жирном борще и поджаристых филипповских калачах»[5].

Сообщения официального органа большевиков также свидетельствовали о том, что открытые ими врачебные участки и больницы, уплотненные больничные палаты не покрывали чудовищного дефицита лечебной помощи. Так, по признанию первого наркома здравоохранения Семашко, в 1926 году 21,3% волостей не имели никаких врачебных пунктов, а в 42,3% сельских территорий не было больниц. К тому же оснащение созданных лечебных учреждений и качество оказывавшейся в них медицинской помощи, признавались большевистские лидеры здравоохранения, было чрезвычайно низким. Больницы размещались в неприспособленных для этого помещениях, отсутствовало самое элементарное медицинское оборудование, питание больных было скудным, не было медикаментов. На созданных директивными распоряжениями медицинских участках в реальности некому было работать: шел массовый отток сельских врачей в города. По данным Наркомздрава, за 1917—1922 годы обеспеченность сельского населения врачами по сравнению с дореволюционным периодом снизилась: если в 1911 году на одного врача приходилось 22,9 тысячи сельских жителей, то в 1920 году — 26,9 тысяч.

Занимавшийся этим сюжетом А. М. Сточик уверял, что причина тому — тяжелые условия работы сельских врачей: чрезмерная нагрузка (до 200 пациентов в день), низкая оплата труда, отсутствие условий проживания и часто негативное отношение к ним крестьян, необходимость ездить на

[5] Похороны земской медицины. С. 116.

большие расстояния при отсутствии транспорта. Транспортом в начале 1927 года были обеспечены 26% врачебных участков. Медики соглашались ехать в дальние деревни, только если сами пациенты или их родственники были готовы отвезти их. В 1925 году 15% действующих врачебных участков не были укомплектованы медицинским персоналом, в 1928 году таких стало еще на 5% больше. Если в 1913 году в деревне работало примерно 30% врачей, то в 1920 году — лишь 22%, а в 1926 году — 13,2%.

Главной причиной сельского дефицита Сточик считал так называемый «городской уклон» раннесоветского здравоохранения. В связи с признанием ведущей роли пролетариата в революционной борьбе более 70% скромных финансовых ресурсов здравоохранения были направлены на городские предприятия, а оставшиеся крохи были рассыпаны по остальной территории страны Советов. На них предстояло организовать медицинскую помощь для более чем 80% населения страны — крестьян. Большевики искали способы выровнять асимметрию. В 1921 году они ввели обязательное денежное и натуральное обложение крестьян через комитеты взаимопомощи (вариант платной медицинской помощи). В 1923—1927 годах проводилось целевое финансирование сельского здравоохранения через субвенционные фонды[6]. В том, что этого было ничтожно мало, сотрудников Наркомздрава убеждала растущая смертность сельских тружеников и их детей от инфекций, а также доля нетрудоспособных в рабочем возрасте[7].

Проблем было много, но «старые» врачи надеялись, что не сегодня, так завтра лицемерный режим падет, поскольку

[6] Особые целевые фонды долевого участия государства в финансировании социально-культурных мероприятий на местах.

[7] *Сточик А. М.* Сельское здравоохранение в первой половине 20-х годов // Советское здравоохранение. 1988. № 8. С. 60—64; *Сточик А. М.* Сельское здравоохранение в первой половине 20-х годов // Советское здравоохранение. 1988. № 9. С. 65—71.

будет сметен оголодавшими, страдающими от болезней россиянами. В ожидании этого Пироговский съезд призвал своих членов отказаться от сотрудничества с насильниками. Это решение было амбивалентным и давалось с трудом: врачи мучились дилеммой и не были уверены в этической безупречности собственного отстранения в условиях ширящихся эпидемий. А вскоре пассивное сопротивление медиков было сломлено: вопреки ожиданиям, произошло невообразимое — большевики удержали власть, объявили «санитарную диктатуру» и медицинскую мобилизацию.

А еще через несколько лет борцы за чистоту партийных рядов начали наказывать усомнившихся в их жизнеспособности интеллектуалов. И по мере того, как происходило устранение инако- и критически мыслящих людей, из публицистической и исторической литературы уходили свидетельства полемик и сомнений в способности советского здравоохранения обеспечить население общедоступной, бесплатной, качественной медицинской помощью.

Споры в отсутствие диалога

Становление советского здравоохранения мы решили показать на кейсе лекарственного голода. От него тогда зависела не только жизнь миллионов оголодавших и больных граждан страны Советов, но и возможность большевиков остаться у власти.

О лекарственном голоде советские историки медицины предпочитали не упоминать. Только на рубеже XX—XXI веков появились публикации об этом: две фундаментальные книги и серия статей Марии Шеффер Конрой[8]. Исследовательница показала растущую зависимость России от импорта лекарств из Германии и Швеции в годы Первой мировой войны, неспособность большевиков запустить собственное производство молекул и готовых лекарств. Это обстоятель-

ство, по мнению Конрой, породило взрыв заболеваемости и смертности в 1920-е годы. В отличие от советских историков, она писала не об успехах, а о трудностях, проблемах, кризисах советского здравоохранения. К сожалению, выводы и наблюдения Конрой практически не известны в России. На них нет ссылок в публикациях историков советской фармации, ее открытия не учитываются коллегами. Впрочем, и Конрой не дискутировала с российскими исследователями. Во введении к книге 2006 года она уверяла, что у нее практически нет предшественников.

Поэтому проблема противоположных ответов на вопрос, как большевикам удалось справиться с эпидемической катастрофой в условиях тотального дефицита лекарств, так и осталась не отрефлексированной. Так же как советские историки, свое исследование Конрой построила на анализе публикаций из фармацевтических журналов 1920-х годов, данных официальной статистики и отчетах химико-фармацевтических предприятий.

В этих текстах врачи и директора заводов жаловались большевикам на недостаточное к ним внимание и финансирование, пугали растущими эпидемиями, смертностью и лекарственным голодом. Борьба за скудные ресурсы побуждала медиков рисовать картину действительности черными красками, сгущать мрак действительности. Конечно, обеспечение больниц лекарствами было плохим и недостаточным, конечно, пациенты умирали, а больницы закрывались. Но

[8] *Conroy M. S.* In Health and in Sickness: Pharmacy, Pharmacists and the Pharmaceutical Industry in Late Imperial and Early Soviet Russia. Boulder: East European Monographs, 1994; *Conroy M. S.* The Soviet Pharmaceutical Business during Its First Two Decades (1917—1937). New York: Peter Lang, 2006; *Conroy M. S.* Europe — Our Common Home? Russian-European Pharmaceutical Relations during the 1920s // Globalization and Regionalization in Socialist and Post Socialist-Economies: Common Economic Spaces of Europe / Ed. J. Pickles. Basingstoke: Palgrave Macmillan London, 2008. P. 40—71.

если бы ситуация с лекарствами была такой безнадежной, как это можно вообразить, читая отчаянные призывы современников, то непонятно, как советским людям вообще удалось выжить, а большевикам — реализовать радикальные социальные проекты.

Ради ответа на этот вопрос мы, как и наши предшественники, анализировали публикации в профессиональных журналах, в газетах «Общественный врач» и «Известия Народного комиссариата здравоохранения», официальных изданиях Наркомздрава РСФСР, изучали отчетные ежегодники ВСНХ «Русская промышленность» и «Промышленность СССР». Но, в отличие от российских и американских исследователей, мы вышли за границы истории фармацевтической промышленности. Поскольку нас интересует не столько производство, сколько обеспечение людей лекарствами, то мы обратились к показателям ввозимых в Россию лекарств. Они в первой половине 1920-х годов поступали через благотворительные организации, их поставки зафиксированы в материалах Всероссийского комитета и Центрального комитета «Помощи голодающим», а также через закупки, которые делало советское правительство. Данные об их структуре и объемах отражены в статистических сборниках по внешней торговле СССР за 1920-е годы.

При таком исследовательском подходе ситуация с дефицитом лекарств в большевистской России предстала в следующем свете.

Лекарственные потребности

Через пару лет после 1917 года для совершивших политический переворот большевиков борьба с эпидемиями вышла на второе место после проблемы внутреннего дележа власти. В 1919—1922 годах даже по данным официальной статистики в стране с населением около 70 миллионов человек одним

лишь сыпным тифом болели более пяти миллионов жителей. Отечественные гигиенисты признавались, что эту цифру стоит умножить на 5—6 единиц. Они считали, что сыпным тифом болело от 25 до 30 миллионов человек[9]. Это фактически каждый третий житель страны. Многомерное описание санитарно-эпидемиологических проблем в раннем Советском Союзе есть в кумулятивном обзоре результатов англоязычных исследований данной темы Барбары Хвайяя[10].

Голодные, раненые, истощенные жители остро нуждались в медицинской помощи и лекарствах. Безусловно, в начале XX века роль лекарственных и дезинфицирующих средств не была столь решающей, как сегодня, однако уже тогда ни одно хирургическое вмешательство не обходилось без антисептических и обезболивающих средств общего или местного действия. Широкое применение в практической медицине имели алкалоиды опия и атропина, адреналин и физиологический раствор, препараты йода (против атеросклероза, ревматизма, сифилиса и др.), висмута (при язве желудка и других желудочных заболеваниях), брома. Лечение сифилиса не мыслилось без сальварсана, малярии — без хинина, туберкулеза — без гваяколовых препаратов[11]. И, наконец, отдельного упоминания заслуживают вакцины и лечебные сыворотки, которым именно в это время отводилась роль своеобразной панацеи в деле профилактики и лечения инфекционных заболеваний, продолжавших оставаться главной причиной высокой заболеваемости и смертности населения. Также большим спросом со стороны органов здравоохранения пользовались дезинфицирующие средства — сулема, каломель, фенол кристаллический, черная

[9] *Тарасевич Л. А.* Эпидемии последних лет в России // Общественный врач. 1922. № 1. С. 43—50.

[10] *Khwaja B.* Health Reform in Revolutionary Russia // Socialist Health Association. URL: https://www.sochealth.co.uk/2017/05/26/health-reform-revolutionary-russia/ (последнее посещение 30.05.2022).

[11] Гваякол — гидроксильные производные фенольного характера.

карболовая кислота, сера, хлорная известь, зеленое мыло и др. Особенно сильно спрос вырастал во время эпидемий брюшного и возвратного тифов, холеры, чумы.

В Российской империи обеспечение населения и лечебных учреждений медикаментами осуществлялось посредством закупок в Германии, Англии, США, Швейцарии и ряда других стран. Пятьдесят шесть российских химико-фармацевтических предприятий (заводы, фабрики, лаборатории) производили главным образом простые галеновы препараты (экстракты, растворы, настойки, мази) из растительного сырья, а также хозяйственно-гигиенические и парфюмерно-косметические средства. Химические препараты выпускались в малых объемах: в 1916 году аспирина было выпущено 63 кг, алколоидов опия — 200 кг. Доля импорта по используемым химическим препаратам достигала 67—81%, а по таким лекарственным средствам, как гликозиды, хинин, препараты йода,— доходила до 100%[12].

Версия советских историков об изменениях в лекарственном обеспечении такова: из-за торговой блокады 1918—1920 годов возникли серьезные проблемы со снабжением, однако благодаря национализации лекарственных запасов, аптек и фармацевтических предприятий, а также благодаря запрету на торговлю медикаментами и переходу к распределительной системе эти трудности были успешно преодолены. Решающую роль в сокращении импортозависимости сыграла реорганизация фармацевтических заводов и фабрик, которые в кратчайшие сроки нарастили производство прежних и новых лекарств. В результате с середины 1920-х годов СССР сократил закупки лекарств до минимума и при этом смог удовлетворить потребности здравоохранения[13].

В противоположность советской версии прошлого, Конрой уверяет, что эти трудности так и не были преодолены в

[12] *Левинштейн И. И.* Фармацевтическая химия // Большая медицинская энциклопедия. Изд. 1-е. Т. 33. М., 1936. Стб. 535.

довоенный период, а дефицит лекарств дал стране избыточную смертность.

Наша версия событий несколько иная: действительно, доставшиеся большевикам от империи лекарства были объявлены национальным достоянием. Но укреплять этим скромным ресурсом здоровье мирных граждан большевики не собирались. Медикаменты были переданы в оперативное распоряжение Всесоюзного совета народного хозяйства и Наркомата здравоохранения, а те направили их на удовлетворение потребностей воюющей Красной Армии. Обеспечение гражданских лечебно-профилактических учреждений было сведено к минимуму и, по оценкам Наркомздрава, составляло 5—6% от фактической потребности[14].

Опубликовав эти цифры, лидеры большевистского здравоохранения официально признали лекарственный голод в стране. В оппозиционных большевикам медицинских изданиях есть немало тому подтверждений и свидетельств масштабов катастрофы. «В результате недостатка продовольствия и медикаментов состояние больных в лечебницах ухудшается, наблюдается повышенная смертность,— сообщали участники эпидемиологической комиссии Пироговского общества в июне 1918 года.— Недостаток продовольствия и медикаментов ведет к свертыванию лечебниц до минимума и даже к закрытию их»[15]. О прекращении работы больниц, не получивших лекарств и медикаментов, писали

[13] *Марухес Е. И.* Лекарственная помощь // Пять лет советской медицины. 1918—1923. М., 1923. С. 189—194; *Левинштейн И. И.* История фармации и организация фармацевтического дела. М.; Л., 1939; *Натрадзе А. Г.* 25 лет медицинской промышленности // Двадцать пять лет советского здравоохранения / Ред. Г. А. Митерев. М., 1944. С. 244—256; *Натрадзе А. Г.* Очерк развития химико-фармацевтической промышленности СССР. М., 1967.

[14] Пять лет советской медицины. 1918—1923. С. 190.

[15] Пироговская эпидемиологическая комиссия // Общественный врач. 1918. № 9—10. С. 86—87.

врачи из Петроградской, Московской, Витебской, Ярославской, Владимирской губерний[16].

В 1919 году большевики пытались решить проблему лекарственного голода такими же средствами, как решали продовольственный голод,— дозированием потребления[17]. На аптекарей была возложена персональная ответственность за отказ выдавать или готовить лекарства, за хранение и предоставление наркотических средств (опий, морфий, кокаин). Тогда же Наркомздрав издал аптекарские таксы с предельными ценами на медикаменты. Судя по ним, репертуар возможностей для медикаментозного лечения даже у москвичей был весьма скудный. В свободной продаже находились 107 наименований лекарственных препаратов, почти все они — травы, настойки, масла.

В отдаленных от московских аптечных складов губерниях ситуация была еще тяжелее. Туда из-за перебоев в транспортном движении не поступали даже те крохи, которые Наркомздрав выделял для лечебных учреждений[18]. «Чувствуется большой недостаток в медикаментах, инвентаре для лабораторий… — писал профессор Костромского университета А. С. Дурново.— Многое нельзя купить ни за какие деньги»[19]. Из-за дефицита дезинфицирующих средств особенно опасное положение сложилось в Петрограде, где перестала подвергаться химической очистке питьевая вода[20].

---

[16] Совещание эпидемиологической комиссии при Обществе русских врачей в память Н. И. Пирогова, с представителями с мест по вопросам борьбы с холерой, 2-го — 4-го июня 1918 г. // Общественный врач. 1918. № 11—12. С. 97.

[17] Циркуляры фармацевтического подотдела // Еженедельник Коллегии городского отдела здравоохранения Московского совета рабочих и крестьянских депутатов. 1919. № 4 (15 октября).

[18] Совещание эпидемиологической комиссии при Обществе русских врачей в память Н. И. Пирогова, с представителями с мест по вопросам борьбы с холерой, 2-го — 4-го июня 1918 г. С. 101—103.

[19] Там же. С. 97.

Судя по свидетельствам медицинской печати, в 1918—1921 годы в большевистской России шел рискованный эксперимент по вакцинированию людей «бактерийными препаратами… приготовленными необычными и не общепризнанными способами»[21]. Конечно, это было обусловлено нищетой здравоохранения. Отсутствие карболовой кислоты восполнялось приготовлением вакцин с лизолом. На его основе вакцины получались мутными, с крупными хлопьями. Однако на запросы с мест относительно годности таких вакцин Центральная сывороточно-вакцинная комиссия давала заключение, что «вакцины можно считать годными, если кроме хлопьев других дефектов нет и если хлопья не… засоряют игл»[22]. Из-за отсутствия дистиллированной воды некоторые вакцины делали с использованием простой кипяченой воды. Также было разрешено продлить до двух и более лет срок использования вакцин, лежавших на складах. И хотя сывороточно-вакцинная комиссия призывала использовать только модифицированные вакцины (то есть прошедшие лабораторные испытания), на деле применяли всё, что было в наличии. И это было своеобразным клиническим испытанием на людях с неизвестными последствиями.

Советское производство лекарств

Что же касается отечественных фармацевтических заводов и фабрик, то они в 1919—1921 годах действительно в 2,5—4 раза увеличили выпуск продукции[23]. В этом отноше-

[20] Там же. С. 97.

[21] Из деятельности центральной сывороточно-вакцинной комиссии за 1920 год // Известия Народного комиссариата здравоохранения. 1921. № 1—4. С. 36—37.

[22] Там же.

[23] *Мазовер Я.* Химико-фармацевтическая промышленность // Русская промышленность в 1923 году. М.; Л., 1924. С. 340—349.

нии советские историки здравоохранения правы. Однако львиную долю промышленного выпуска составляли простейшие галеновы препараты. Пропорция химических препаратов в общем объеме выпуска с каждым годом снижалась: в 1919 году — 21%, в 1920 году — 16,3%, в 1921 году — 17,7% от общего объема выпуска[24]. Скудная (всего несколько наименований) номенклатура химических лекарств определялась слабыми технологическими возможностями заводов. Эта продукция, конечно, не могла удовлетворить даже скромные запросы советского здравоохранения на гиосциамин (алкалоид атропина), кодеин (алкалоид опиума), терпингидрат, салициловый натрий, марганцовокислый калий, перекись водорода, ляпис, ксероформ (антисептик), эфир, неосальварсан, камфора, амигдалин, ланолин и ряд других. К тому же качество выпускавшейся в те годы продукции было настолько низким, что, когда в 1922 году распределительная система в СССР была отменена, продать эти медикаменты на рынке оказалось невозможно[25].

К началу 1920-х годов региональные заводы (Архангельский йодный завод, Сакский бромный завод, заводы Петрограда, Воронежское фармправление и др.) практически прекратили выпуск продукции. Семь основных московских заводов, обеспечивавших 85% лекарственной продукции и объединенных в 1921 году в фармацевтический трест, были на грани разорения. Их производительность к середине 1923 года упала до 20—25% от их былой мощности. Убытки стремительно росли и по всему тресту составляли полмиллиона золотых рублей. При этом план выпуска был выполнен только на 45%, а падение производства по отношению к 1921/22 операционному году составило более 40%[26].

---

[24] *Натрадзе А. Г.* Очерк развития химико-фармацевтической промышленности СССР. С. 100.

[25] *Лурье М. А.* Химико-фармацевтическая промышленность // Промышленность СССР в 1924 году. М., 1925. С. 311.

Основных причин у происходившего было по меньшей мере две. Первая и главная состояла в крайне низкой реализации производившейся продукции. В стране возникла парадоксальная ситуация: слабая реализация фармацевтической продукции в условиях острого лекарственного дефицита. Это объяснимо. Ситуация была следствием инфраструктурного кризиса. Первый удар по фармацевтическим предприятиям нанесло полугодовое запаздывание (по отношению к заводами ВСНХ) перехода подведомственных Наркомздраву торговых учреждений на хозяйственный расчет. Заводы продолжали выпускать продукцию, а у Государственного медицинского торга не было средств, чтобы ее выкупить.

А в 1922 году начался перевод советской системы здравоохранения на локальное финансирование. На государственном бюджете остались только Красная Армия и 117 тысяч коек лечебных учреждений охраны материнства и младенчества, железнодорожного транспорта и медицинских организаций общегосударственного значения (например, больница Кремля)[27]. Изменение финансирования сделало невозможной закупку лекарств для подавляющего большинства лечебно-профилактических учреждений. Попытки компенсировать их за счет розницы не увенчались успехом из-за слабо развитой сети аптек[28], отсутствия у них собственных оборотных средств, а также ошибок аптечных служащих в проведении закупок, оборачивавшихся затовариванием не-

[26] *Мазовер Я.* Химико-фармацевтическая промышленность // Русская промышленность в 1923 году. М.; Л., 1924. С. 340—349.

[27] Пять лет советской медицины. 1918—1923. С. 191.

[28] К 1923 году в России число аптек уменьшилось с 5594 (в 1913 г.) до 3688. 46,4% из них были больничными, 40,7% — внебольничными, 12,9% — смешанными. Частных аптек было только 334 единицы. (Статистические материалы по состоянию народного здравия и организации медицинской помощи в СССР за 1913—1923 гг. М., 1926. С. XXIV).

Таблица 1

Коэффициент увеличения цены на отдельные лекарственные средства в 1923 году по отношению к довоенным ценам 1914 года*

Наименование препарата	Коэффициент увеличения цен	
	на 01.01.1923	на 01.11.1923
Аспирин	2,7	3,4
Салол	3,2	3,9
Кодеин	1,9	2,6
Терпингидрат	4,2	9,0
Сулема	3,2	5,0
Экстракт белладонны	1,9	4,1
Йодная настойка	1,8	2,3

* *Мазовер Я.* Химико-фармацевтическая промышленность. С. 347.

ликвидным товаром. Немаловажную роль сыграл и тот факт, что покупательная способность населения в начале 1920-х годов была крайне низкой, а цены на лекарства постоянно росли (см. табл. 1).

Цены на многие российские лекарства были во много раз выше, чем на импортные, а потому даже в условиях дефицита они не выдерживали конкуренции с зарубежными аналогами (табл. 2).

Второй причиной упадка фармацевтического производства стали перебои с поставками сырья. Импортные субстанции поступали один-два раза в год, а отечественное сырье — не регулярно и было низкого качества[29].

Для спасения отрасли в 1922/23 году ВСНХ принял ряд решений, направленных на кардинальное сокращение расходов, и создал предельную концентрацию производства. В результате к концу 1923 года в структуре московского фармацевтического треста было сохранено только три завода — Фармацевтический завод № 2 (б. Земского союза), являвшийся единственным в стране производителем салициловых

[29] *Мазовер Я.* Химико-фармацевтическая промышленность. С. 340—349.

Таблица 2

Сравнение цен на российские и зарубежные лекарственные средства в 1923/24 операционном году, в рублях за килограмм*

Наименование препарата	Заводская себестоимость отечественных препаратов	Розничная цена импортных препаратов
Салициловый натр	6,28	2,02
Салол	10,1	2,73
Кодеин	446,37	352,5
Эфир	3,22	0,53
Терпингидрат	6,03	2,26

**Лурье М. А.* Химико-фармацевтическая промышленность // Промышленность в СССР в 1925 году. М.; Л., 1926. С. 344.

препаратов; Фармацевтический завод № 4 (б. Акционерного общества Шеринг), на котором было сконцентрировано производство йодных солей и танина, а также самый крупный Фармацевтический завод № 8 имени Карпова (б. Товарищества Феррейн), на котором велось производство всех остальных галеновых и химических препаратов[30]. Следующим шагом стало объединение в 1923/24 году фармацевтического треста ВСНХ и главного торгового органа Наркомздрава — Госмедторга, обеспечивавшего «удовлетворение аптек, больниц, а также других торговых фармацевтических и санитарных объединений химико-фармацевтическими препаратами», в одно акционерное общество «Госмедпромторг»[31].

Нововведением стала либерализация торговли медикаментами. Начиная с 1924 года торговля медицинскими товарами и лекарствами пошла не только через аптеки и аптекарские магазины, но и через магазины потребительской кооперации. Была разрешена даже продажа медикаментов частными лицами[32].

[30] Там же. С. 342.

[31] *Лурье М. А.* Химико-фармацевтическая промышленность // Промышленность в СССР в 1925 году. С. 305.

Эти меры позволили повысить рентабельность производства, сократить убытки, замедлить рост цен на лекарства, а главное — увеличить объемы продаж. Не последнюю роль в увеличении продаж сыграло и расширение ассортимента выпускавшейся продукции. В течение 1923—1925 годов было налажено промышленное производство более трех десятков новых химических лекарственных средств, пользовавшихся потребительским спросом.

Однако кардинально изменить положение дел с лекарственным обеспечением жителей Советской России всё же не удалось. Фармацевтическую отрасль и после 1925 года продолжало лихорадить. Из-за перебоев с поставками сырья, медленного технологического обновления и постоянного выхода из строя изношенного оборудования, недостатка квалифицированных рабочих, различных форс-мажорных обстоятельств (например, большой пожар на алкалоидном заводе) они из года в год не только не выполняли плановых обязательств, но и не удовлетворяли запросы здравоохранения. Например, в 1925/26 году был сорван выпуск 258 наименований лекарственных средств, что составило 30% запланированного объема производства[33].

По оценкам специалистов тех лет, потребность в лекарствах удовлетворялась не более чем на 50—65%[34], а по некоторым наиболее востребованным позициям — йодные, ртутные, салициловые препараты, алкалоиды — сохранялся лекарственный голод[35].

В 1929 году, в период «большого скачка» и реформы советского здравоохранения, началась новая фаза кризиса

[32] *Тенцова А. И., Панченко Е. И., Семенова Т. Д.* Фармация в СССР. М., 1973. С. 31.

[33] *Кравец В.* Химико-фармацевтическая промышленность // Промышленность в СССР в 1925/26 году. М.; Л., 1927. С. 217.

[34] *Лурье М. А.* Химико-фармацевтическая промышленность // Промышленность в СССР в 1925 году. С. 346.

[35] *Кравец В.* Химико-фармацевтическая промышленность. С. 219.

Таблица 3

Сокращение производства отдельных лекарственных препаратов, в тоннах*

Название препарата	Годы			
	1930	1931	1932	1933
Препараты висмута	59,4	53,5	33,3	10,0
Гваяколовые препараты	19,6	36,7	12,4	0,5
Диуретин (сердечное и мочегонное средство)	16,9	11,5	5,2	1,1
Препараты йода	96,3	28,8	41,1	65,0
Кокаин солянокислый (анестетик)	1,05	0,54	0,27	0,085
Новосальварсан (при сифилисе, амебной дизентерии, возвратном тифе, раке)	3,1	1,6	0,3	0,8
Алкалоиды опия	5,6	2,2	4,1	2,6

* *Каминский Г. Н.* Охрана здоровья в Советском Союзе. М., 1935. С. 67.

Таблица 4

Сокращение поставок лекарственных средств в учреждения системы здравоохранения, в тоннах*

Название препарата	Годы		
	1932	1933	1934
Эфир для наркоза	70,8	48,0	49,0
Уротропин	20,5	10,5	11,0
Соли кофеина	11,8	6,2	6,2
Кодеин	0,85	0,19	0,3
Висмут азотнокислый	13,3	4,7	4,5

* Там же. С. 68.

фармацевтической промышленности. Подчинение всех отраслей народного хозяйства и самого здравоохранения задачам форсированной индустриализации привело к переориентации химико-фармацевтических заводов на выпуск технических, фотохимических и прочих товаров для тяжелой промышленности. Объемы выпуска лекарственных средств сократились в несколько раз (табл. 3).

Снижение производства, а также сокращение импорта медикаментов из-за дефицита валютных средств неминуемо привели к снижению лекарственного обеспечения системы здравоохранения.

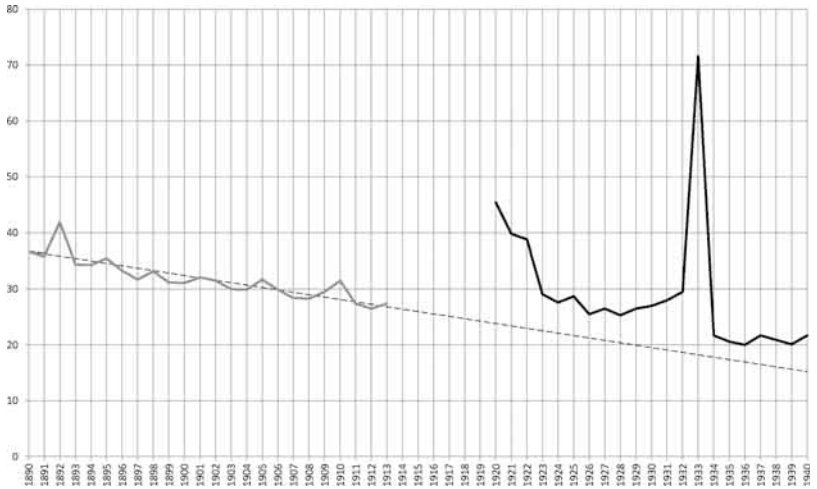

Рис. 1. Смертность населения Российской империи и СССР в 1890—1940 годах, на 1000 населения. Пунктирная линия — линия тренда снижения смертности, сложившегося в Российской империи в 1890—1914 годах.

«По лекарственному снабжению, по целому ряду основных медикаментов мы имеем недопустимое положение,— признавался нарком здравоохранения РСФСР Каминский.— По ртутным препаратам потребность выражается в 126 т., отпущено 7,5 т., по висмуту потребность 54 т., отпущено 8,75 т.»[36]. По данным Наркомздрава, в середине 1930-х годов потребность лечебных учреждений в медикаментах удовлетворялась на 20%[37].

Сколь эффективной могла быть система здравоохранения с такими лекарственными ресурсами: 5—6% от потребности в начале 1920-х годов, 50—65% — в середине 1920-х и 20% — в конце 1920-х — первой половине 1930-х годов? С точки

[36] *Каминский Г. Н.* Задачи советского здравоохранения. М., 1934. С. 33.

[37] *Каминский Г. Н.* Охрана здоровья в Советском Союзе. С. 68.

зрения Конрой и демографических историков, ответ на данный вопрос дают показатели общей смертности населения СССР в этот период. На протяжении всех 1920-х и 1930-х годов они не только превышали аналогичные показатели большинства развитых стран, но и находились существенно выше линии тренда снижения смертности в Российской империи в 1890—1914 годах (рис. 1)[38]. Причем положение дел в начале 1920-х и в первой половине 1930-х годов было особенно тяжелым.

Подкормка лекарствами

Нас не оставляет ощущение, что реконструированная на основе публикаций 1920-х годов ситуация в здравоохранении должна была бы привести к еще худшим последствиям и бóльшим размерам жертв, чем это случилось. Конечно, их сейчас трудно рассчитать. Не отрицая ужасных трагедий и потерь, мы хотели бы высветить оттенки в созданной нашими предшественниками монохромной картине исторической реальности. Судя по данным торговой статистики, самыми «голодными» в истории советского здравоохранения были 1918—1919 годы. Начиная с 1921 года положение дел с лекарствами стало улучшаться. Решающую роль в этом сыграло увеличение импорта медикаментов и фармацевтических субстанций, а также помощь, оказанная Советской России международными благотворительными и медицинскими организациями в связи с наступлением голода 1921—1922 годов.

[38] *Андреев Е., Дарский Л., Харькова Т.* Население Советского Союза. 1922—1991. С. 120; *Вишневский А. Г.* Демография сталинской эпохи // Демоскоп Weekly. 2003. № 103—104. URL: http://www.demoscope.ru/weekly/2003/0103/tema01.php (последнее посещение 20.05.2022).

Согласно статистическому справочнику «Внешняя торговля Союза ССР за 1918—1927/28 годы», торговая блокада не была столь тотальной, как о ней говорили большевики и их противники. В частности, запрет на торговлю не касался лекарств. Пользуясь этой возможностью, РСФСР (а затем СССР) на протяжении всех 1920-х годов закупала на внешнем рынке медикаменты. В 1918 году через советскую таможню шли лекарства, оплаченные еще Временным правительством в первом полугодии 1917 года. Но в 1919 и 1920 годах это были уже советские закупки. Поскольку динамику раннесоветского импорта невозможно оценивать в меняющейся ценовой стоимости, мы приводим данные по массе. В 1919 году импортных лекарств было закуплено и привезено ничтожно мало: хинин — 65 кг, кофеин — 115 кг, бромистый калий и натрий — 82 кг, йодистые препараты — 82 кг, окись висмута — 16 кг, анилин — 16 кг, внтипирин, салипирин и фенацетин — 278 кг, «непоименованные фармацевтические продукты» — 115 кг, готовые лекарственные средства — 328 кг, опий — 9124 кг. Поставщиками значатся Германия, Англия, Франция, Япония и Персия[39].

А вот в 1920 году объем российских закупок импортных препаратов вырос в несколько раз: химических и фармацевтических продуктов — 155 тонн, дозированных препаратов — 149 тонн, стрихнина, теофиллина, вератрина, пилокарпина, кофеина, теобромина, хинина — 262 кг, хлороформа — 100 кг, алкалоидов опия, их производных и смесей, а также атропина, гиосциалина, адреналина — 49 кг[40]. В 1921—1923 годах размер импорта фармацевтической продукции снова вырос: в 1921/22 году — 1373 тонны, дозированных препаратов — 180 тонн; в 1922/23 годах — 1587 и 262 тонны соответственно. Кроме того, каждый год совет-

[39] Внешняя торговля Союза ССР за 1918—1927/28 годы (статистический справочник). Л., 1929. С. 28.

[40] Там же. С. 38—39.

ское правительство приобретало по 33 тонны хинина и другие лекарственные средства[41].

Созданная на основе опубликованных большевиками данных, динамика объемов закупок лекарственных средств и фармацевтических субстанций представлена в табл. 5.

Как видно из таблицы, объем импорта лекарственных средств и фармацевтических субстанций на протяжении первой половины 1930-х годов устойчиво рос.

Лекарственный голод купировали не только импортные закупки советской власти, но и благотворительная помощь зарубежных стран. Самыми внушительными были вливания Американской администрации помощи (American Relief Administration, ARA). Когда его представители в 1921 году оценили масштабы инфекционной заболеваемости, голода и дефицита лекарств в большевистской России, то возглавлявший ARA Г. Гувер добился от Конгресса США разрешения вскрыть стратегические резервы лекарств американской армии[42]. С ноября 1921 по июнь 1923 года Медицинский отдел ARA оказал помощь 5764 больницам, 4123 амбулаториям и аптекам в СССР.

Особенность организации помощи состояла в том, что лекарства, медицинское оборудование и инструменты поставлялись не на склады Наркомздрава, а в амбулатории, больницы и аптеки бывших Казанской, Самарской, Уфимской, Симбирской, Царицынской, Саратовской, Оренбургской губерний, Кубани, Белоруссии, Украины, что объясняется недоверием к советским чиновникам.

Помощь Наркомздрава использовалась только для того, чтобы помочь ARA и ее Медицинскому отделу доставить лекарства вглубь страны. Для этого потребовалось решение

[41] Там же. С. 124.

[42] *Цихелашвили Н. Ш.* Американская помощь народам России в начале 20-х годов XX века. Дисс. … канд. исторических наук. М., 1998. С. 144.

Таблица 5

Объемы поставок некоторых лекарственных средств и фармацевтических субстанций в СССР в 1923—1928 годах, в тоннах*

Лекарственное средство	1923/24	1924/25	1925/26	1926/27	1927/28
Уротропины, аспирин, эфиры салициловой кислоты, бензонафтол	23	83	97	25	6
Фенетидин, фенацетин, феникол и их производные	8,5	13,3	6	16,9	19,4
Фенилпиразолон и его производные	19,6	27,9	20,7	15,4	28,9
Производные салициловой кислоты (кроме упоминавшихся), сульфонал и его гомологи	12,2	20,6	11,9	3,8	11,7
Гваякол и его производные, креазот	37,8	45,8	57,7	47,1	51,3
Терпингидрат	1,13	13,1	19,5	0,6	0,1
Молочный сахар (лактоза)	17	20	0,1	6	21
Соединения таннина с альбумином (таннальбин, таннакол)**	3,6	0,5	0,6	0,02	0,02
Препараты мышьяка: сальварсан, неосальварсан; сухой адреналин	3,1	12,7	13,1	1,4	1,6
Соединения ртути с органическими кислотами	—	—	0,14	12,3	0,8
Органические фармацевтические субстанции	100,6	142,8	298,1	210,8	563,7
Хинин и его соли	98,9	78,4	57,6	70,6	89,1
Стрихнин, теофиллин, вератрин, пилокарпин; кофеин, теобромин; производные хинина	17	14,7	17,7	6,6	47,9
Алкалоиды опия (морфин, кодеин), их производные (диопин, героин, апоморфин), их смеси (пантопон), атропин и гиосциалин, гликозиды, адреналин синтетический	3,4	3,3	8,5	8,6	—
Галеновы препараты	3,2	5,9	2,3	1,7	1,4
Дозированные препараты	7,5	6,1	5,5	2,8	1,9
Органотерапевтические сывороточные и бактериальные препараты (вакцины, туберкулин, лактобацеллин и др.)	0,9	0,4	0,3	1,4	2,7

* Там же. С. 438—445.

** Вяжущее и кровоостанавливающее средство, используют при острых и хронических воспалениях кишечника, при кишечных кровотечениях. Вместе с антимикробными веществами его применяют при инфекционных заболеваниях кишечника, в том числе при токсической и алиментарной диспепсии.

логистических проблем, включая восстановление железных дорог и мостов для санитарных поездов. Общая численность пораженных болезнями и голодом россиян, которым принес спасение Медицинский отдел АРА, составила 70 миллионов человек. Им в общей сложности было доставлено медицин-

ских грузов на 7 миллионов 700 тысяч долларов США[43]. Это 377 видов лекарств, 15 видов дезинфектантов и 5 видов химикатов для очистки воды, 11 типов вакцин, 133 вида лабораторных принадлежностей, 627 видов хирургических инструментов, рентгеновской аппаратуры, стоматологических инструментов.

Среди поставленных в Россию лекарственных средств были: хлороформ (40 тонн), борная кислота (31 тонна), касторовое масло (57 тонн), аспирин (15 тонн), сульфат магния (70 тонн), петролатум[44] (100 тонн), рыбий жир (350 тонн), хинин (60 тысяч фунтов), неосальварсан (700 тысяч тюбиков), сулема (55 тысяч тюбиков). Россияне получили 12 миллионов доз вакцин. Кроме того, им было передано 2,5 миллиона фунтов мыла, 800 тысяч фунтов серы, 200 тысяч фунтов креозола, 200 тысяч фунтов формальдегида, 86 тысяч бутылок коллодия[45], 60 тысяч флаконов карболовой кислоты[46].

Анализ торговых операций и благотворительных поставок лекарств позволяет внести коррективы в выводы наших предшественников. Во-первых, стало ясно, что лекарственный голод не был преодолен после национализации фармацевтических производств. Он продолжался несколько десятилетий и был одной из причин сверхсмертности советских

[43] По данным Помгола, помощь АРА была еще значительнее и в денежном выражении составила восемь с половиной миллионов долларов США (17 миллионов золотых рублей) (Итоги борьбы с голодом в 1921—22 гг. М., 1922. С. 349.).

[44] Петролатум по сегодняшний день широко используется в косметических средствах и средствах личной гигиены. В практической медицине — как средство для защиты кожи, а также в других офтальмологических и аноректальных безрецептурных лекарственных средствах.

[45] Коллодий использовался для фиксирования перевязочного материала в хирургии, как защитное и дезинфицирующее средство при небольших повреждениях кожи.

людей в 1920—1930-е годы. Во-вторых, не подтвердилось равнодушие большевиков в деле лекарственного обеспечения населения. Организаторы советского здравоохранения не смогли запустить фармацевтическое производство, но им удалось снизить дефицит лекарств (и тем самым спасти многих соотечественников) за счет закупок за рубежом и помощи в организации благотворительных поставок медикаментов.

Партийная медицина, 1929—1940

Не прошло и десяти лет после выхода страны Советов из Гражданской войны, продовольственного и лекарственного голода и смертельных пандемий, как на нее обрушилась радикальная реформа здравоохранения.

Летом 1930 года вновь назначенный комиссаром здравоохранения старый большевик, председатель Центральной ревизионной комиссии ВКП(б) Владимирский выступил с докладом на VII съезде здравотделов. До нас этот доклад дошел в виде публикации в журнале «На фронте здравоохранения». «Товарищи! — вопрошал и одновременно обвинял нарком собравшихся в зале медицинских администраторов и врачей из регионов.— А где же ваша пятилетка, где ваши контрольные цифры… нет коренного перелома во всей работе»[47].

[46] Также было поставлено 1300 полностью оборудованных операционных, 250 000 различных хирургических и стоматологических инструментов, 8 миллионов бинтов, 470 000 одеял, 570 000 простыней, 675 000 пижам, 86 000 комплектов одежды для новорожденных, 890 000 полотенец, 155 000 наволочек, 11 000 пузырей для льда, 17 000 тазов, 17 000 урильников, 49 000 плевательниц (*Цихелашвили Н. Ш.* Американская помощь народам России в начале 20-х годов XX века. С. 140—159).

Сегодня начавшиеся после этого съезда реформы выглядят вычурно и парадоксально. На фоне высокопарной риторики о здоровье трудящихся, тревожных высказываний о депопуляции, засекречивании статистики смертности ширились практики массового уничтожения людей[48]. При экспансивном росте числа медицинских кадров, государственных лечебных учреждений и больничных мест, в стране был установлен ограниченный доступ к медицинской помощи для многочисленных групп советских граждан. А «освобождение» женщин и вовлечение их в публичное пространство сопровождалось установлением государственного контроля над их телами (запрет абортов) и требованиями репродукции. Наконец, реализация этой программы осуществлялась командами медицинских политиков, довольно сильно различающихся во взглядах на медицинскую этику и государственные интересы. Во главе их стояли Семашко (1918—1930), Владимирский (1930—1934) и Каминский (1934—1937).

Историография советской медицины и сталинизма не проясняет этих противоречий. В публикациях исследователей сосуществуют взаимоисключающие объяснения: одни считают, что политика, реализуемая в 1930-е годы, была логическим продолжением принципа «партийности» (или «классовости») революционных лет[49]; другие утверждают, что политика народного комиссара Владимирского привела к радикальной трансформации ранее аполитичной и теоретически ориентированной сферы в политизированную и

[47] *Владимирский М. Ф.* Задачи органов здравоохранения и социалистическое строительство. С. 3.

[48] Из аннотации книги Д. Хоффмана. URL: http://www.cornellpress.cornell.edu/book/?GCOI=80140100554300 (последнее посещение 24.02.2019).

[49] *Сорокина Т. С., Морозов А. В.* Отечественное здравоохранение и медицинское образование в первой половине двадцатого века. С. 35.

практическую программу по достижению рационального и модернизированного общества[50].

О «*коренном переломе*» или особости политики 1930-х годов громко и многословно заявляли агитационные брошюры тех лет, но ее протагонисты постарались забыть об этом в более поздние времена. Чем дальше вглубь уходило исследуемое время, тем лаконичнее становились книжные рассказы о нем. Намерения большевистского правительства в годы революции, Гражданской войны и индустриализации слились в единый фронт борьбы с эпидемиями, голодом и заботой о здоровье граждан. В этих летописях славы стёрлись имена и споры комиссаров здравоохранения, а цифры эффективности утратили сомнительность и обрели статус аксиом. В современных российских учебниках по истории для студентов медицинских факультетов 1930-е годы предстают в качестве единой грандиозной стройки, в которую внесли лепту советские врачи[51].

Иную версию прошлого представили читателям исследователи сталинизма, формировавшиеся на философских трактатах Мишеля Фуко. Изучая социальную инженерию и властные практики сталинских сподвижников, они сделали объектом изучения не декларации, а латентные конфликты интересов и противоречия. Л. Энгельстайн, Г. С. Соломон, Р. Девис, а позднее Д. Хоффманн объясняли разрывы в советской политике населения утратой медицинской профессией экспертных функций и растущей закапсулированностью партийной элиты[52]. Поскольку критика действий государства со стороны социальных гигиенистов с земским про-

[50] *Хоффманн Д. Л.* Взращивание масс: Модерное государство и советский социализм. 1914—1939 / Пер. с англ. А. Терещенко. М., 2018. С. 137.

[51] *Лисицын Ю. П., Улумбекова Г. Э.* Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для медицинских вузов; *Лисицын Ю. П.* История медицины: учебник; *Сорокина Т. С.* История медицины: учебник для студентов высших медицинских учебных заведений.

шлым и слабой связью с марксизмом откровенно раздражала партийцев, с конца 1920-х годов «бывших земцев» начали вытеснять из здравоохранения и заменять «красными врачами»[53]. А после отставки социал-гигиениста Семашко построенная по географическому принципу система здравоохранения была радикально перестроена на производственные (здравпункты на заводах и в колхозах) потребности и переориентирована на сохранение и рост производственных ресурсов (рабочих и крестьян).

Очень разные по стилю и концепции исследования Хоффмана и М. А. Колерова[54] указали на общеевропейский тренд того времени подчинять медицину приоритету экономических выгод государства. Советская специфика, считает А. Сампф, состояла лишь в полном исчезновении частной врачебной практики и провальной политике обеспечения

[52] *Field M.* Soviet Socialized Medicine. New York: The Free Press, 1967; *Weissman N. B.* Origins of Soviet Health Administration: Narkomzdrav, 1918—1928 // Health and Society in Revolutionary Russia / Eds G. Solomon and J. F. Hutchinson. Bloomington: Indiana University Press, 1990. P. 97—120; *Solomon G. S.* The Expert and the State in Russian Public Health: Continuities and Changes across the Revolutionary Divide // The History of Public Health and the Modern State / Ed. D. Porter. Amsterdam: Brill, 1994. P. 206—208.

[53] *Ryan M.* Doctors and the State in the Soviet Union. New York: Palgrave MacMillan, 1990; О трансформации этики врача, стремлении большевиков подчинить ее политической рациональности и отказаться от врачебной тайны см.: *Polianski Ig. J.* Das Schweigen der Ärzte: Eine Kulturgeschichte der sowjetischen Medizin und ihrer Ethik (Kulturanamnesen: Schriften zur Geschichte und Philosophie der Medizin und der Naturwissenschaften). Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2015.

[54] *Hoffmann D.* Stalinist Values: The Cultural Norms of Soviet Modernity, 1917—1941. Ithaca: Cornell University Press, 2003; *Hoffmann D.* Cultivating the Masses: Modern State Practices and Soviet Socialism, 1914—1939. Ithaca: Cornell University Press, 2011; *Колеров М. А.* Сталин: от Фихте к Берия. Очерки по истории языка сталинского коммунизма. М., 2017; *Колеров М. А.* Тоталитаризм: русская программа для западной доктрины. М., 2018.

амбициозных проектов партии финансовыми и людскими ресурсами[55]. Этим провалом, а также тем, что к 1934 году ВКП(б) удовлетворилась ликвидацией буржуазных классов и заявила о достижении социализма, Хоффманн объясняет отказ от начатой реформы здравоохранения[56].

В силу сложного доступа к ранее засекреченной медицинской статистике и довольно скудного набора документальных источников, циркулирующих в научном обороте, за пределами исследовательских версий остаются открытые вопросы. В чем (кроме двойного обременения женщин и ограничения доступа к бесплатной медицине) заключалась новая программа здравоохранения? Была ли она действительно иной, то есть произошел ли в 1930-е годы отказ советского государства от социально ориентированной медицины? Почему, несмотря на экстенсивный рост медицинских учреждений и кадров, преемник Владимирского — Каминский — критиковал проводимую политику как провальную? В связи с этим предстоит понять, а чем собственно замеряли качество медицины современники? Была ли эта критика отказом от реформы?

Начало реформы: 1929—1934

Решение партии переключить здравоохранение с обслуживания жителей на сопровождение промышленного производства впервые было озвучено в декабре 1929 года[57].

[55] Sumpf A. Book review: David L. Hoffmann, Cultivating the Massess // Cahiers du Monde Russe. 2011. № 52(4). P. 724—726.

[56] *Хоффманн Д. Л.* Взращивание масс: Модерное государство и советский социализм. 1914—1939. С. 137.

[57] «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян»: постановление ЦК ВКП(б) от 18 декабря 1929 года // Постановления КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. М., 1958. С. 167—169.

Почти сразу же после публикации такого постановления полномочия наркома здравоохранения РСФСР были переданы от социал-гигиениста Семашко в руки профессионального революционера Владимирского. Он не понаслышке знал желания Сталина и воплощал их в программу конкретных действий. На VII Всероссийском съезде здравотделов Владимирский призвал медиков «вклиниться в хозяйственную работу страны», обеспечить повышение производительности труда на производствах, снизить себестоимость выпускаемой промышленностью продукции[58].

Новые цели были объяснены медикам не только на съездах и совещаниях, но и в статьях, опубликованных в партийной и профессиональной прессе[59], в учебных изданиях. Например, автор учебника по гигиене труда 1932 года уверял молодых коллег: «Следует считать установленным, что практическим осуществлением конкретных предложений гигиены труда достигается не только охрана жизни и здоровья рабочих, но и в большой степени оказывается содействие социалистическому строительству, как таковому… Оздоровляя условия труда, а также правильно организуя труд, мы содействуем поднятию производительности труда»[60].

Медицинская помощь государству

Реализация этой программы потребовала не только «работы партии» (как тогда говорили) над сознанием врачей, но и перестройки имевшейся инфраструктуры здравоохранения. Ее скромные ресурсы предполагалось отдать самым

[58] *Владимирский М. Ф.* Задачи органов здравоохранения и социалистическое строительство. С. 8.

[59] *Владимирский М. Ф.* Борьба с заболеваемостью // Правда. 19 августа 1930 года.

[60] *Израэльсон З. И.* Гигиена труда. М.; Л., 1932. С. 4.

важным для производства труженикам. Отказ от принципа общедоступности медицинской помощи и переход к обслуживанию отдельных групп населения (дифференцированных в зависимости от их места в социалистическом строительстве) были радикальным решением. Конечно, старые большевики всегда говорили о классовой медицине и исторической компенсации рабочему классу и крестьянству. Однако в новой биополитике медицинские услуги предоставлялись не абстрактным трудящимся и даже не классу рабочих и крестьян, а конкретным производственным группам, приносящим прибыль государству. И чем выше была польза, тем ценнее с точки зрения партии были жизнь и здоровье таких групп. Кроме того, имело значение то, какими были страховые взносы работодателей.

При советской власти кассы социального страхования формировались за счет отчислений предприятий. А это зависело от уровня заработных плат, численности рабочих и установленных тарифов[61]. Система их сбора и распределения до 1932 года имела территориальную организацию, после — производственно-отраслевую. В течение 1917—1934 годов этими немалыми суммами распоряжались различные ведомства (органы социального обеспечения, профсоюзы, Наркомат труда и республиканские наркомздравы). Из бюджета страховых касс выплачивались пособия по безработице и родам, пенсии, пособия по нетрудоспособности. Сумма отчислений в 1924 году составила 400 миллионов рублей, а в 1932 — 4400 миллионов рублей. В 1932 году эти немалые средства были брошены «в сторону развертывания медпомощи, профилактики» и обобществленных видов и форм обслуживания застрахованных[62].

[61] Гришин В. В. и др. Больничные и страховые кассы (отечественный опыт медицинского страхования). М., 1997.

[62] Социальное страхование // Большая медицинская энциклопедия. Изд. 1-е. Т. 29. М., 1934. Стб. 190.

Самыми привилегированными в этой схеме оказались рабочие химической, горной и металлургической промышленности (так называемые рабочие I группы). Для них был установлен плановый норматив внебольничной помощи в 16,5 амбулаторного посещения в год на одного застрахованного и восемь посещений для каждого члена их семей; стационарной — в 3,6 койко-дня в год или 11,08 койки на 1000 рабочих этой группы, для их иждивенцев — два койко-дня или 6,15 койки на 1000[63]. Следующую категорию пациентов составляли производственные рабочие II группы (пищевики, текстильщики, бумажники, швейники, кожевники). Для них устанавливался плановый норматив внебольничной помощи из расчета 13,5 посещения на одного застрахованного (на членов их семей — 7,4), стационарной — из расчета 3,2 койко-дня или 9,85 койки на 1000 рабочих этой группы (на членов их семей — 1,6 койко-дня или 4,92 койки на 1000)[64].

Прочие застрахованные и приравненные к ним городские жители образовали третью по значимости группу и обеспечивались амбулаторной помощью из расчета 10,2 посещения на одного застрахованного (на членов их семей — 6,8), стационарной — из расчета 1,9 койко-дня или 5,84 койки на 1000 (на членов их семей — 1,3 койко-дня или четыре койки на 1000). Далее следовали рабочие совхозов, которым полагалось по шесть коек на 1000 человек и по шесть амбулаторных посещений. Другие застрахованные труженики колхозов и совхозов могли рассчитывать на четыре койки на 1000 человек и на четыре амбулаторных посещения в год[65].

Собственно, на этом пациенты со свободным доступом к государственной медицинской помощи заканчивались. Не-

[63] Материалы к пятилетнему плану здравоохранения РСФСР. М., 1930. С. 16.

[64] Там же.

[65] Там же. С. 25—26.

застрахованным колхозникам был установлен коечный показатель на уровне одна-две койки на 1000 человек населения, а индивидуальный сектор деревни мог и вовсе рассчитывать лишь на получение «родильной, заразной и неотложной помощи»[66]. То же самое касалось и незастрахованных городских жителей. Бесплатную медицинскую помощь могли получить лишь дети, а взрослые — только в неотложных случаях и при острозаразных заболеваниях (0,7 койко-дня в год или 2,15 койки на 1000). С каждым годом в больницах пропорция пациентов со страховками и без страховок сдвигалась в пользу первых. «В прошлом году,— отчитывались медицинские чиновники в 1931 году,— не больше 45% застрахованных лечилось в наших больницах, в нынешнем году число застрахованных достигло 70%, из коих только рабочих — 50,5%»[67].

Все остальные виды медицинской помощи незастрахованные городские жители могли обрести за собственные средства. У нас нет оснований согласиться с утверждением А. Сампфа об исчезновении в 1930-е годы частной врачебной практики. Поскольку врачей и медицинских учреждений не хватало, то, несмотря на идеологический остракизм, частная практика существовала. Во всяком случае, она не была запрещена. Более того, по постановлению ВЦИК и СНК 1930 года частному врачу полагалась дополнительная комната или площадь в 10 кв. м. в месте его проживания. Для ведения приема он должен был зарегистрироваться в местном органе здравоохранения, завести журнал пациентов (для проверок Наркомздрава) и книгу своих доходов (для проверок Наркомфина). В архиве Наркомздрава этих журналов нет. Вероятно, частнопрактикующие врачи не посылали их и избегали делать прозрачными свои доходы.

---

[66] Там же. С. 26.

[67] *Агеев П. И.* 3-й год пятилетки и задачи органов здравоохранения // Московский медицинский журнал. 1931. № 2. С. 3.

Лицом к производству!

В начале 1930-х годов произошел, как тогда говорили идеологи, «поворот лечебно-профилактических учреждений лицом к производству». Этот оборот речи означал перераспределение ресурсов (основные финансовые ассигнования, капитальные вложения и медицинские кадры были направлены в главные промышленные районы страны) и представительство медиков в производственных комплексах. На предприятиях, машинно-тракторных станциях (МТС), в колхозах и совхозах открылись стационарные и временные пункты здравоохранения («здравпункты»)[68].

На Первом совещании врачей промышленных предприятий РСФСР (октябрь 1930 года) здравпункты были объявлены главным звеном в системе медицинского обслуживания застрахованных[69]. «Аванпосту социалистического строительства — фабрике, заводу, новостройке — должен соответствовать и аванпост советского здравоохранения — пункт здравоохранения»,— неоднократно говорил и писал Владимирский[70]. Наряду с оказанием первой помощи при травмах, внезапных заболеваниях и профессиональных отравлениях производственные врачи были обязаны не менее трети рабочего времени посвящать санитарно-гигиеническим мероприятиям, учить рабочих технике безопасности, оказывать первую доврачебную помощь. Инструкции обязывали врачей заниматься санитарным обучением трудящихся, что в те времена значило поддерживать в них трудовой энтузиазм и дух соревновательности. Кроме того, врач

[68] В течение 1930-х годов было создано в общей сложности 9824 постоянных здравпункта на промышленных предприятиях и бесчисленное число здравпунктов при МТС, в колхозах и совхозах, действовавших во время посевных и уборочных кампаний.

[69] Владимирский М. Ф. Задачи органов здравоохранения и социалистическое строительство. С. 11.

[70] Там же.

отвечал за травматизм на производстве, поэтому в его обязанности входило не только лечить, но и предупреждать травмы[71].

В тандеме со здравпунктами на предприятиях, в колхозах и совхозах должны были работать ясли — комнаты для новорожденных детей. Их роль в индустриализации состояла в том, чтобы обеспечить неограниченное использование женского труда и при этом не лишить государство прироста населения. «Устройство яслей из меры по охране здоровья матери и ребенка становится необходимым условием новой организации труда»,— объяснял Владимирский[72]. Поскольку для новой практики предстояло перестроить сознание не только медиков, но и молодых женщин, в начале тридцатых годов развернулась широкая агитационная кампания с выпуском карикатур, постеров, плакатов, демонстрирующих радость матерей, освобожденных от детей.

В прагматическо-маскулинной логике принимались и последующие решения в области здравоохранения. Для освобождения женщин от ухода за больными детьми, в 1931 году на Первом совещании по охране материнства и младенчества (далее — ОММ) было принято решение обязать ясли обслуживать не только здоровых, но и больных младенцев. Кроме того, предписывалось организовать круглосуточные ясли для детей тех женщин, что работают в ночные смены, и максимально приблизить их к предприятиям для обеспечения грудного вскармливания[73].

Динамика роста ясельных мест в 1930-е годы была стремительной: если в 1928 году в стране насчитывалось 62 054 ясельных места, то в 1932 году их количество было доведено

[71] Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР: 1925—1940. М., 1973. С. 310—311.

[72] *Владимирский М. Ф.* Задачи органов здравоохранения и социалистическое строительство. С. 8.

[73] Сорок лет советского здравоохранения. С. 64.

до 600 178. Кроме того, более 4 миллионов мест было у сезонных яслей, создававшихся в колхозах и совхозах во время посевной и уборочной кампаний[74].

Санитарное законодательство

Наше исследование не подтвердило утверждение, что в ходе реформы 1930-х годов произошел отказ от приоритета социальной гигиены в советском здравоохранении. Напротив, мы обнаружили, что теоретические наработки социал-гигиенистов нашли воплощение в целом ряде принятых тогда законодательных актов.

В футуристических прожектах сотрудников Госплана санитарное благополучие рисовалось как следствие индустриализации, электрификации, машинизации. Но это блаженство ждало лишь выживших счастливчиков. В ближайшей же перспективе улучшение санитарного состояния городов и предприятий было тяжелым бременем для администраторов. Оно требовало финансовых затрат, а значит увеличивало себестоимость продукции и тем самым снижало темпы промышленного роста. А за такое можно было поплатиться свободой.

Региональные власти и директора предприятий старались решить проблему посредством документов. В течение 1929—1941 годов вышло около двадцати постановлений СНК СССР и союзных республик и несколько десятков приказов и инструкций от имени наркоматов здравоохранения. Они вводили жесткие требования к строительству и санитарному благоустройству населенных мест и промышленных предприятий; к санитарной охране чистоты атмосферного воздуха, почвы и водоемов; к предупреждению и ликвидации заразных и массовых заболеваний, охране и развитию зеленых

[74] РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 192. Л. 42.

насаждений[75]. Кроме того, в 1931—1939 годы Наркомздрав РСФСР разрабатывал Санитарный кодекс, призванный кодифицировать все законодательные акты в области санитарии и добиться их выполнения[76].

Созданием Санитарного совета при Наркомздраве РСФСР (1931) было положено начало государственному санитарному надзору. В конце 1933 года в стране появилась Государственная санитарная инспекция с широкими полномочиями. Санитарные инспекторы имели почти диктаторские права. Они могли входить в любые здания, учреждения, предприятия и сооружения; требовать устранения выявленных санитарных нарушений; налагать штрафы и привлекать виновных к административной и судебной ответственности; производить дознание в случаях привлечения к уголовной ответственности и выступать в суде в качестве обвинителей; запрещать использование и даже уничтожать оборудование, вредные для здоровья продукты и напитки; до решения суда закрывать учреждения и предприятия[77].

Активность и творчество советских чиновников в деле разработки санитарных норм позволили решить три задачи: во-первых, убедить современников и особенно историков в неустанной заботе партии и правительства о здоровье граждан[78]; во-вторых, возложить ответственность за санитарное неблагополучие на местные органы власти, хозяйствующие

[75] В числе этих актов наибольшее значение имели Постановление СНК РСФСР от 20 мая 1930 года «О санитарном минимуме», Постановление СНК СССР от 9 сентября 1931 года «О мероприятиях по улучшению санитарного состояния рабочих районов, рабочих общежитий и учреждений общественного питания», Постановление СНК РСФСР от 14 мая 1932 года «Об улучшении санитарного состояния городов и новостроек», Постановление СНК СССР от 23 декабря 1933 года «О государственной санитарной инспекции».

[76] Санитарное законодательство // Большая медицинская энциклопедия. Изд. 1-е. Т. 29. М., 1934. Стб. 618.

[77] Там же. Стб. 620.

субъекты и санитарных врачей; и, в-третьих, действительно улучшить санитарное состояние некоторых предприятий, руководители которых смогли найти средства на выполнение предписаний без ущерба для промфинплана[79].

В старые кадры влить новых людей![80]

Для всех этих планов Советскому государству нужно было огромное количество обученных медиков с правильным «политическим кругозором». Этим была вызвана реформа медицинского образования. Вместо «земского» врача-универсала, обладавшего широкой теоретической и естественнонаучной подготовкой, способного осуществлять весь комплекс лечебно-профилактических мероприятий, школы должны были срочно поставить стране медиков — «организаторов активности широких масс трудящихся»[81].

Для этого в 1930 году все медицинские факультеты были преобразованы в самостоятельные медицинские институты и переданы из подчинения Наркомпроса в Наркомздрав. В структуре вновь создававшихся институтов появилось несколько специализированных факультетов: лечебно-профи-

[78] *Рыбакова Е. О.* Организационно-правовые основы системы советского здравоохранения (1917—1936). Дисс. … канд. юрид. наук. М., 2010; *Голубев А. А.* Правовое регулирование отечественного здравоохранения в 1917—1941 гг. Дисс. … канд. юрид. наук. М., 2010; *Егорова Д. В.* Правовая политика в сфере здравоохранения и правовая охрана здоровья населения в советском государстве (1917—1991 гг.). Дисс. … канд. юрид. наук. Саратов, 2011.

[79] Конкретные примеры см.: *Владимирский М. Ф.* Здравоохранение на пути к производству. М., 1931.

[80] Одноименное название раздела в докладе: *Владимирский М. Ф.* Задачи органов здравоохранения и социалистическое строительство. С. 14.

[81] Резолюции VII Всероссийского съезда здравотделов // На фронте здравоохранения. 1930. № 5—6. С. 137.

лактический, санитарно-гигиенический, охраны материнства, младенчества и детства. Им предстояло готовить врачей для здравпунктов, врачей промышленной санитарии, микро- и макропедиатров, врачей-эпидемиологов, общесанитарных врачей и других узких специалистов.

Для повышения пропускной способности институтов сроки обучения на лечебно-профилактических факультетах и факультетах ОММ были сокращены до четырех лет, а на санитарно-профилактических — до трех с половиной лет. Порожденное этим решением сужение объема общетеоретической и клинической подготовки следовало компенсировать за счет непрерывной производственной практики и методов массового обучения (бригадно-лабораторный метод, метод проектов, Дальтон-план и др.).

Через рабочие факультеты в медицину пришли промышленные рабочие. Директивно их доля среди студентов-медиков была установлена на уровне 75%[82]. «Через пять лет мы будем иметь врачей, бывших текстильщиков, металлистов и т. п.,— рисовал светлое будущее Владимирский,— они сейчас работают на фабриках, а через пять-шесть лет будут лечить рабочих этих фабрик»[83]. Данная программа была аналогичной проводившейся ранее политике «коренизации» — подготовке специалистов для национальных регионов из коренных народов этой местности. В том и другом случае высшие школы обеспечивали не воспроизводство профессий, а становились местом изготовления специально заточенных «винтиков» для определенных частей государственной машины. Дабы ускорить их изготовление и увеличить выпуск, VII Всероссийский съезд здравотделов (1930) принял реше-

[82] Постановление ЦК ВКП(б) от 1 июня 1931 г. «О медицинских кадрах» // Постановления КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. М., 1958. С. 195.

[83] *Владимирский М. Ф.* Задачи органов здравоохранения и социалистическое строительство. С. 10.

ние открыть в медицинских институтах вечерние отделения и ввести «две смены непрерывного года и два приема в году»[84]. Принципы ускорения и расширения выпускаемой продукции, используемые в индустриализации, применялись и к медицинскому образованию.

Корректировка реформы: 1934—1941

Довольно скоро реализация реформы привела к негативным последствиям для государства и здоровья советских граждан. Перекосы дали о себе знать уже в конце первой пятилетки, когда в жарких спорах и кабинетных интригах рождались «контрольные цифры» для будущего пятилетия. Во многих областях советской жизни атмосфера становилась мрачной и к управлению приходили одиозные политики. Но полной закапсулированности партии еще не произошло, критика была еще возможна. Когда в 1934 году к руководству Наркомздравом Российской республики пришел Каминский, его команда много сделала для выравнивания острых углов реформы.

Имея за плечами два года обучения на медицинском факультете Московского университета, опыт партийного руководства в Туле и Баку, организации сельского хозяйства в условиях нэпа, партийно-хозяйственной работы в Москве и Московской области, Каминский решительно взялся за новый фронт работы. Вероятно, он принадлежал к команде Серго — Г. К. Орджоникидзе, отвечавшего в эпоху индустриализации за подъем тяжелой промышленности. Эта доверительность дала Каминскому некоторые бонусы. Например, он получил согласие на перевод медико-инструментальных заводов из ведомства тяжелой промышленности в Наркомздрав.

[84] Резолюции VII Всероссийского съезда здравотделов. С. 138.

Похоже, что в политической конкуренции с командами госплановцев и членов ВЦИК новый нарком стоял за отраслевые интересы. В выступлениях на совещаниях, в партийной и медицинской прессе, а затем и на пленуме ЦК он яростно обличал шапкозакидательство плановиков и медицинских администраторов, заботящихся о количественных показателях отчетности. Кроме того, комиссар добивался централизации руководства, объяснял партийным лидерам специфику медицинской сферы, ее несводимость к инструментам индустриализации.

Каминскому удалось получить добро на учреждение Наркомздрава СССР, в ведение которого была передана вся сеть территориальных органов здравоохранения, и возглавить эту общегосударственную структуру. При этом он был не противником, а скорее протагонистом начатой реформы. Именно поэтому в течение второй и третьей пятилеток нормативы оказания медицинской помощи по группам рабочих пересматривались, но дифференцированный подход остался прежним[85]. В этом отношении гипотеза Хоффмана о свертывании в 1934 году политизированной программы Владимирского не подтверждается.

Санитария на предприятиях

Несмотря на создание Государственной санитарной инспекции и серию строгих законов, санитарное состояние большинства промышленных предприятий, колхозов и населенных пунктов оставалось удручающим. В условиях при-

[85] За социалистическую реконструкцию здравоохранения. Основные положения второго пятилетнего плана здравоохранения в СССР. М., 1932; Об основных установках плана по здравоохранению на 1937 год. М., 1936; *Гращенков Н. И.* Здравоохранение в третьей сталинской пятилетке. М., 1939.

оритета промфинплана чиновники убеждали врачей либо не замечать санитарные нарушения, либо фиксировать их, но не предпринимать репрессивных мер в отношении нарушителей. В историческом исследовании санитарной инспекции Поддубный привел много документальных свидетельств слабости санитарных ограничений[86]. Кажется, что власть директоров заводов и фабрик тогда была выше авторитета Госсанинспекции.

Похоже, санитарные инспекторы знали, что если они встанут на защиту утвержденных санитарных норм[87], то на защиту нарушителей поднимутся профильные наркоматы, суд и прокуратура. Наркоматы отказывались останавливать предприятия и накладывать дисциплинарные взыскания на своих работников. Они принимали и утверждали отчеты с заведомо невыполненными заданиями в сфере санитарного благоустройства, а также разрешали подведомственным учреждениям переносить устранение выявленных нарушений на более поздние сроки. В свою очередь прокуратура и суды под разными предлогами отказывали инспекторам в возбуждении уголовных дел и судебном преследовании нарушителей санитарного законодательства[88].

[86] *Поддубный М. В.* Санитарная охрана окружающей среды в России и СССР в первой половине XX века. Киев, 1997.

[87] Постановления КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. С. 251.

[88] *Поддубный М. В.* Санитарная охрана окружающей среды в России и СССР в первой половине XX века. С. 29. Исключением из этой практики были лишь предприятия пищевой промышленности, в отношении которых советская власть позволила провести несколько десятков показательных процессов. Так, в 1933 году было закрыто 16, а в 1934 году — 172 пищевых предприятия. Руководители были привлечены к судебной ответственности, директор Самойловского рыбного завода исключен из партии (*Каминский Г. Н.* Охрана здоровья в Советском Союзе. С. 22).

Как свидетельствуют документы в архиве ФСБ, прокуратура не возбуждала санитарные дела по представлениям не только медиков, но даже органов ОГПУ. «На Сталинградском тракторном заводе в бараках, где размещены вновь завербованные рабочие, отсутствуют постели, рабочие спят в верхней одежде, сильно распространена вшивость… — говорилось в одном из спецсообщений секретно-политического отдела ОГПУ.— На заводе „Красный Октябрь“ в бараке № 35 3 декабря температура равнялась нулю. Окна не остеклены, рабочие спят в одежде… На заводе „Баррикады“ баня не работает в течение полутора месяцев вследствие неисправности котла… В бараках, где живут рабочие, скученность, вшивость, вши обнаруживаются даже в столиках… Карантинные бараки при заводе „Баррикады“ не оборудованы. Бараки не отапливаются, отсутствуют койки и матрацы. Материалы были переданы в прокуратуру, но результатов по ним до сих пор нет»[89].

Суммировав данные о таких нарушениях, Каминский добился принятия Постановления XVI съезда Советов «О работе и задачах в области народного здравоохранения» (1935). Документ констатировал «слабость и безвластность санитарного надзора, приводящие к безнаказанности администраторов и хозяйственников, виновных в антисанитарии»[90], призывал усилить санитарию. Но поскольку и это грозное решение не привело к радикальным улучшениям, можно предположить, что санитарное законодательство принималось партийными съездами декларативно. Его реализации мешал приоритет ускоренной индустриализации. Именно поэтому Санитарный кодекс так и не был принят. В 1939 году, когда окончательный вариант текста поступил в СНК, промышленные наркоматы отказались его согласовывать[91].

[89] ЦА ФСБ России. Ф. 2. Оп. 11. Д. 47. Л. 479—480.

[90] Постановления КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. С. 244.

Больницы и ясли: количество и качество

В результате переброски основных финансовых и кадровых ресурсов на практическую реализацию новых приоритетных направлений образовался дефицит ресурсов на других направлениях здравоохранения. Больше всего пострадали больничное строительство и качество стационарной помощи (в том числе промышленным рабочим). И хотя формально число больниц и больничных коек неуклонно росло (в 1928 году было 5700 больниц и 247 тысяч коек, в 1940 — 13 666 больниц и более 790 тысяч коек[92]), о чем с гордостью сообщалось в средствах массовой информации, цифры не должны вводить в заблуждение исследователей. Во-первых, увеличение числа больниц и больничных коек не покрывало потребности страны в стационарной помощи. Так, согласно расчетам Наркомздарва, потребность в больничных койках в 1932 году составляла 8,5 койки на 1000 населения[93]. На деле же даже в 1940 году в СССР имелось всего 4,36 койки на 1000 населения[94]. Во-вторых, этот рост обеспечивался главным образом за счет качества больниц и обслуживания в них. В большинстве случаев новые больницы не строились, а открывались в зданиях, не предусматривавших размещение

[91] *Поддубный М. В.* Санитарная охрана окружающей среды в России и СССР в первой половине XX века. С. 26.

[92] Здравоохранение в СССР. Статистический справочник. Ред. Г. Ф. Константинов. М., 1957. С. 37; Здравоохранение в СССР. Статистический сборник. М., 1960. С. 188; Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966. С. 48—49; РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 192; РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 41. Д. 65. С. 213; Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966. С. 46; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1976. С. 47.

[93] *Попов Г. А.* Вопросы теории и методики планирования здравоохранения. М., 1967; *Жук А. П.* Планирование здравоохранения в СССР.

[94] Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966. С. 48—49.

в них лечебных учреждений (в бараках, избах и других помещениях, передававшихся исполкомами и колхозами)[95]. Их планировка затрудняла, а подчас делала невозможным, развертывание важнейших структурных подразделений лечебных учреждений. Многие из них не имели водопровода, канализации, электроснабжения и нуждались либо в капитальном, либо в текущем ремонте.

Каминский заверял участников совещаний:

«Придите во многие больницы, которые имеют всесоюзные имена… придите туда в качестве больного, и вы рискуете иногда получить добавочную болезнь,— нервную травму только от одного факта помещения вас в эту больницу. Антисанитария, грубость… Больница сразу производит на вас тягостное впечатление: вы видите грязь, грязную простыню: вы накрываетесь одеялом и убеждаетесь, что им уже много раз накрывались другие, оно оплевано; на столик вам ставят чашку, похожую на черт знает что. Когда проходишь по этой больнице, видишь, что на столиках валяются продукты, ползают мухи»[96]. *«Суворовская больница Северокавказского края. Ванна в ней есть, но она неисправна… Запаса дров в больнице нет. Нет дезкамеры, нет автоклава, нет теплых одеял, туфель…— констатировал нарком в статье.— Часто вовсе нет керосина. Больничное здание похоже на казарму. Нет операционной, нет перевязочной, нет даже кабинета врача. <…> Такую больницу лучше закрыть. Она приносит не пользу, а вред, вызывает справедливое недовольство рабочих»*[97].

[95] Об основных установках плана по здравоохранению на 1937 год. М., 1936. С. 7.

[96] Каминский Г. Н. Задачи советского здравоохранения. М., 1936. С. 18.

[97] Каминский Г. Н. Охрана здоровья в Советском Союзе. М., 1935. С. 31.

Проводившиеся по его поручению республиканскими органами проверки выявили антисанитарное состояние не только больничных палат, но и перевязочных, процедурных, операционных.

Конечно, не все больницы были такими. Каминский приводил примеры хорошо устроенных лечебных учреждений и заботливых квалифицированных врачей. Вероятно, именно их видели иностранные наблюдатели, приехавшие в 1930-е годы в СССР, чтобы посмотреть на социальную медицину. В 1931—1932 годах американский фонд Milbank Fund спонсировал исследовательский проект по описанию современных медицинских практик. Получившие от него поддержку исследователи Артур Ньюшолм и Джон Кингсбери отправились летом 1932 года в Советский Союз и опубликовали по результатам длительного путешествия книгу «Красная медицина»[98]. В ней были восторженные отзывы о советском здравоохранении. Впрочем, американские медики отнеслись к этому свидетельству с недоверием. Автор рецензии, Франк Ханкинс из Смит Колледжа, уверял, что книга Кингсбери — это смесь пропагандистских интерпретаций и эмоций от увлекательного путешествия в закрытую страну. Советское здравоохранение, уверял он, представлено на основе данных из советских изданий, которые можно найти в хороших американских библиотеках. Пропагандистские и волюнтаристские данные приправлены литературными впечатлениями, зарисовками, характерными для травелогов[99].

Судя по данным Наркомздрава СССР, благополучные в санитарном отношении больницы в тот период являлись скорее исключением, нежели правилом. Они были следстви-

[98] Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia. By Sir Arthur Newsholme and John Adams Kingsbury. Garden City, New York, 1933; *Kingsbury A.* Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia. London: William Heinemann (Medical Books), 1934.

[99] *Hankins F. H.* Book review: Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia // Social Forces. 1935. Vol. 14. № 1. P. 154—155.

ем самоотверженной работы их главных врачей, да и то могли быть таковыми только тогда, когда администратору удавалось получить дополнительные средства или помощь со стороны колхозов или промышленных предприятий.

Антисанитарные условия пребывания больных в стационарах усугублялись скудным питанием, которое также было следствием хронического недофинансирования. О задержках или отказе в предоставлении заявленного бюджета сообщали руководители больниц из разных регионов. Получив сводные данные по реальному финансированию больниц, участники Третьего пленума Центральной сельской комиссии Наркомздрава резюмировали: «Можно себе представить, как хорошо кормили больного за 20 копеек в день!?» [100].

Тревогу медицинских администраторов вызывала скудная оснащенность больниц лечебно-диагностическим оборудованием и медикаментами. Каминский соглашался с гневом подчиненных и сам упрекал правительство в архаизации здравоохранения: «…многие технические достижения, давно вошедшие в европейскую и американскую практику,— уверял он,— у нас отсутствуют» [101]. По весьма приблизительным данным Наркомздрава, в середине 1930-х годов удовлетворенность потребности лечебных учреждений в медицинском оборудовании составляла около 20% [102], по инструментам — от 5 до 25%, по медикаментам — около 20% [103]. В больницах не было элементарных лекарственных препаратов. При этом купить лекарства в аптеках было практически невозможно. Об этом свидетельствовал В. М. Молотов на сессии ЦИК в январе 1936 года [104].

---

[100] Третий пленум Центральной сельской комиссии Наркомздрава. Воронеж, 1935. С. 21.

[101] Об основных установках плана по здравоохранению на 1937 год. М., 1936. С. 5.

[102] *Каминский Г. Н.* Задачи советского здравоохранения. С. 24.

[103] *Каминский Г. Н.* Охрана здоровья в Советском Союзе. С. 68.

О том, что представляли собой скоропостижно и повсеместно открытые ясли, дают представление отчеты и результаты их проверок. В постановлении ВЦИК и СНК РСФСР (1932) сообщается об их скудном обеспечении, отсутствии санитарного надзора и антисанитарном состоянии[105]. У ясельных воспитателей не было возможности изолировать больных детей, что приводило к вспышкам инфекционных заболеваний в яслях[106]. Каминский получил и озвучил на совещаниях данные о том, что сельские ясли размещаются в домах колхозников: днем там живут младенцы, а вечером — хозяева. Воспитателей, предназначенных для яслей, колхозы использовали на других работах, а за грудничками следили дети и подростки. Проверяющие от Наркомздрава сообщали, что местные партийные работники и председатели колхозов больше переживают за гибель телят, нежели детей[107].

Тем не менее необходимость яслей никто не подвергал сомнению. К 1940 году их число выросло до 854 046, а расходы на содержание яслей и других учреждений системы ОММ достигли 25% от общих расходов на здравоохранение[108].

---

[104] Об основных установках плана по здравоохранению на 1937 год. С. 26.

[105] Постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 20 сентября 1932 г. «О ясельном обслуживании детей в городах, промышленных центрах, совхозах, МТС и колхозах» // СУРП РСФСР. 1932. № 78. Ст. 345. С. 467—468.

[106] Указания и инструкции об организации при яслях карантинных групп и специальных дневных изоляторов, где заболевшие дети находились бы на протяжении рабочего дня, последовали лишь в 1937 году, а типовые строительные проекты детских яслей, родильных домов и детских садов разработаны и утверждены только в 1938 году.

[107] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 24. Д. 1277. Л. 7, 9, 13, 14, 32, 36; *Голубев А. А.* Правовое регулирование отечественного здравоохранения в 1917—1941 гг.

[108] *Ковригина М. Д.* Забота государства о матери и ребенке. М., 1946. С. 18—30.

Распределение врачей

Из-за того, что быстро подготовленных врачей тысячами отправляли на работу в страховые кассы, здравпункты и на санитарную работу, в больницах и амбулаториях сохранялся дефицит кадров. В городах у кабинетов стояли огромные очереди. Когда в 1930 году М. И. Калинин озвучил с трибуны VII Всероссийского съезда здравотделов цифру 50 пациентов на врача в день, участники кричали ему из зала: «100»[109]. Во многих местах вызвать врача на дом можно было только с 7 до 9 утра, после этого времени вызов принимался только на следующий день. «Можно двадцать раз умереть, пока дождешься прихода врача, а если и дождешься, то все равно настоящей помощи не получишь»,— обличал пороки здравоохранения Каминский[110]. Результатом перегруженности системы были слишком поздние госпитализации больных и больничная смертность.

Критичным его состояние было даже в столичных городах. В феврале 1936 года заведующий Ленгорздравотделом Д. Г. Боген направил письмо секретарю Ленинградского обкома и горкома ВКП(б) А. А. Жданову, в котором возмущался решением бюджетной комиссии Ленсовета сократить бюджет здравоохранения на пять миллионов рублей.

«С оборудования больниц приходится снимать 112 рублей с койки,— сообщал Боген.— Это в условиях, когда бельевая ткань после отмены твердых цен вздорожала почти вдвое, и когда в больница, яслях, амбулаториях имеется острый недостаток в самом элементарном оборудовании, в больницах и родильных домах не хватает подкладных простыней, детских пеленок, в амбулаториях халатов для врачей, предметов ухода и др. Снизить норму НКЗ расходов на медика-

[109] М. И. Калинин о здравоохранении и медицине. М., 1962. С. 71.
[110] *Каминский Г. Н.* Охрана здоровья в Советском Союзе. С. 43.

менты с 1 руб на койку в день до 70 коп в условиях, когда не хватает 596.6 т.р. на переливание крови, 300 т.р. на приобретение противокоревой сыворотки, ренгеновских пленок и другого»[111].

Глава ленинградского здравоохранения уверял, что крыши и дома местных больниц давно уже не ремонтировались и пришли в ветхое состояние, не хватает средств на отопление, нет денег на содержание молочных кухонь, оплату молочных пайков и содержание базы грудного молока. Отсюда выросшая детская смертность. Боген убеждал однопартийцев, что сокращение средств на здравоохранение недопустимо, и предлагал экономить не на детях, их матерях и бедных работниках, а на партийной элите и передовиках производства, которые поправляют здоровье в богатых санаториях и домах отдыха.

Концентрация ресурсов на обслуживание промышленных рабочих привела к сокращению медицинской помощи сельчанам. В 1930-е годы показатели обеспеченности сельского населения врачами колебались от 0,7 до 1 врача на 10 000 населения.

«Мы имеем позорные цифры в деревне: 64% участковых амбулаторий совершенно не имеют врачей,— писал Каминский.— Из 3716 участков 2412 без врачей. Особенно тяжелое положение в Дагестане, где не имеют ни одного врача 87% участков; в ДВК — 82%, в Ивановской области — 86%, в Свердловской — 91%, в Башкирии — 82%, в Восточной Сибири — 80%. Четвертая часть сельских больниц не имеет ни одного врача. По Московской области 35% сельских больниц совершенно без врачей, в Ивановской области — 36,7%, Свердловской — 33%. Я не говорю о Якутии, где 70% больниц не имеют ни одного врача. Примерно такое же положение в Бурято-Монголии и ряде других областей»[112].

[111] ЦГАИПД СПБ. Ф. 24. Оп. 2в. Д. 1654. Л. 59—59об.

Получив отчеты республиканских наркомздравов, народный комиссар разоблачал дутые цифры Сектора здравоохранения Госплана. В 1930 году в деревне работало 8280 врачей,— уверял он,— а в 1933 году — 6180. Две тысячи врачей за три года сбежали из деревни[113]. «Мы обслуживаем сейчас только 20% рожениц,— констатировал нарком,— 80% наших колхозниц еще вынуждены пользоваться помощью бабок и повитух или обходиться вообще без всякой родильной помощи»[114].

В конце 1935 года служащие Наркомздрава, проверявшие Саратовский край и Воронежскую область, информировали, что лечение в местных совхозах осуществляется ротными фельдшерами «без всякого врачебного надзора». Причем многие из этих фельдшеров до устройства на работу не практиковали по десять лет. В совхозе «Ударник» в отсутствие фельдшера делала перевязки и выдавала лекарства уборщица[115].

В 1934 году Наркомздрав стал распределять новых выпускников медицинских институтов по запросам местных властей, прежде всего в сельскую местность. Но из 400 направленных на село врачей большинство где-то задержались[116]. В 1936 году к распределению подошли с угрозами уголовных репрессий[117]. Но и это не помогло: из 4500 выпускников, направленных в деревни, на места службы прибыли только 800. По состоянию на 1 января 1937 года

[112] *Каминский Г. Н.* Задачи советского здравоохранения. С. 14.

[113] XVI Всероссийский съезд Советов: 15—23 января 1935 г. [Москва]: стенографический отчет: бюллетени. №№ 1—17. Постановления. М., 1935.

[114] Там же.

[115] Официальный сборник НКЗ РСФСР. 1935. № 23—24. С. 39—40.

[116] VI Всероссийский съезд Советов: 15—23 января 1935 г. [Москва]: стенографический отчет: бюллетени. №№ 1—17. Постановления. М., 1935. С. 25.

[117] Официальный сборник НКЗ РСФСР. 1936. № 2. С. 11—18.

4548 амбулаторий не имели врачей. Хуже всего дела обстояли в Азербайджанской (71% пустующих амбулаторий), Узбекской (64,7%), Белорусской (60%) и Казахской (46%) ССР. В целом неукомплектованность врачебными кадрами на 1 января 1937 года выражалась в следующих цифрах: из 24 827 штатных должностей на селе было занято 16 330 (65,8%), на которых только 11 672 человек были врачами[118].

Качество врачей

В долгосрочную проблему для советского здравоохранения вылилось снижение качества подготовки врачей, обернувшееся беспрецедентным ростом ошибок в диагностике и лечении болезней. По данным министра здравоохранения СССР Смирнова, которые он сообщил в 1947 году на закрытом собрании работников здравоохранения (его доклад обрел гриф «для служебного пользования»), в амбулаториях число ошибочных диагнозов доходило до 65%[119]. В стационарах положение было не многим лучше. Поколение врачей выпуска 1930-х годов училось «на людях», экспериментируя на пациентах.

Министр сообщал посвященным:

«В Москве на патологоанатомических вскрытиях не подтвердились клинические диагнозы: …воспаления легких: в 1-й Градской больнице им. Пирогова в 42,8% случаев, во 2-й Градской больнице — в 20%, в 5-й Советской больнице — в 20% и в Институте им. Склифосовского — в 22% случаев; заболе-

[118] Трагедия советской деревни. Коллективизация и раскулачивание Документы и материалы. Т. 5. 1937—1939. Кн. 1. 1937. М., 2004. С. 528—534.

[119] *Смирнов Е. И.* Очередные задачи Министерства здравоохранения СССР. Доклад на собрании работников здравоохранения. Москва. 21 мая 1947 года. ДСП. М., 1947. С. 9—10.

ваний печени и желчнокаменной болезни: в 1-й Градской больнице им. Пирогова в 33,3% случаев, во 2-й Градской больнице — в 20,5% и в Институте им. Склифосовского — в 25% случаев; туберкулеза легких: в Сокольнической районной больнице — в 10% случаев, в 1-й Градской больнице им. Пирогова в 10% случаев, во 2-й Градской больнице — в 29%, в 5-й Советской больнице — в 14%, в больнице „Соколина гора" — в 24%, в Институте им. Склифосовского — в 20% случаев»[120]. Аналогичная ситуация была по онкологии[121].

Современники боялись врачей с плохими знаниями и широким политическим кругозором. К тому же ставшие интеллигенцией бывшие рабочие и крестьяне вели себя высокомерно по отношению к необразованным пациентам. «Во многих наших организациях наш персонал, в том числе и средний персонал, дошел до состояния распущенности и некультурности»,— возмущался Каминский[122]. В брошюре «Задачи советского здравоохранения» он приводил такой пример. Старый кадровый рабочий свиносовхоза повез свою 12-летнюю дочь в Ингашскую районную больницу (Восточная Сибирь) с воспалением легких. Он приехал в больницу, когда рабочий день закончился. На этом основании дежурный врач отказался осматривать больную. В ту же ночь девочка умерла. Такое поведение молодого медика шокировало выученных в императорских университетах старых большевиков.

Но и пациенты не были для врачей легким бременем — воинственные, требовательные, политически активные. Сатирические плакаты тех лет зафиксировали ситуации, когда в амбулаториях вспыхивали драки врачей и больных. Виновными во вспышках агрессии были обе стороны.

---

[120] Там же. С. 18—19.

[121] Там же.

[122] *Каминский Г. Н.* Задачи советского здравоохранения. С. 18.

В медицинской среде прижился иронический термин для экспериментов красных врачей над больными — «хирургическое хулиганство». В качестве иллюстрации к сказанному приведем выдержку из Приказа по Народному комиссариату здравоохранения РСФСР № 726 от 9 августа 1935 года по Северокавказскому краю:

«Установлены факты, когда врачи без хирургической подготовки и теоретических знаний проводили сложные хирургические операции, повлекшие за собой тяжелые последствия… Врач Гончаренко, заведующий Эльбурганской больницей, окончивший мединститут в 1934 году, проводит серьезные хирургические операции, выявляя при этом полную хирургическую неграмотность, о чем свидетельствуют его же записи в операционном журнале, как-то: …диагноз „холецистит" при явлениях сильной желтухи; врач делает операцию, удаляет пузырь и перевязывает желчный проток. Через 2 дня наступает смерть больного. Из разговоров с врачом выяснилось, что он совершенно не знает топографических особенностей операционного поля и не представляет себе, зачем он перевязал желчный проток и какие возможные последствия от этого… Врач Ляпин, заведующий абортарием РОКК в г. Сулимове, не понимает основных правил антисептики и при проведении операций пользуется фактически нестерильным материалом»[123].

В 1935 году проверявшие больницы Северокавказского края сотрудники Наркомздрава РСФСР докладывали комиссару о том, что врачи без хирургической подготовки и теоретических знаний проводят сложные операции, после которых больные гибнут[124]. И это стало настолько массовым яв-

[123] Третий пленум Центральной сельской комиссии Наркомздрава. С. 73.

[124] Там же. С. 73—74.

лением, что не воспринималось в качестве девиации. Провинившихся врачей отправляли не в тюрьму, а на доучивание.

Каминский уверял партийное руководство, что из наспех созданных советских вузов (высших учебных заведений) здравоохранение получает не врачей, а калек[125]. Причем ссылался он не только на мнение о неофитах старых специалистов и руководителей республиканских наркомздравов, но также на самооценку выпускников медицинских институтов. Комиссар получал письма от молодых медиков, которые просили организовать для них какие-нибудь курсы дополнительной подготовки. «Мы проходили операции уха, горла и носа, не проходя как следует анатомию этих органов,— сообщал выпускник 1931 года.— На всю оперативную хирургию у нас было отведено 30 часов»[126]. Интенсивность и «партийность» в подготовке врачей явно не пошли на пользу советской медицине.

Читавший статьи и слушавший обличительные выступления Каминского, Сталин сначала поддержал его. На XVII съезде ВКП(б) он назвал медицинское образование «недостатком, граничащим с нарушением интересов государства». Такое поощрение позволило наркому приступить к исправлению крайностей реформы. В сентябре 1934 года в медицинские институты был возвращен пятилетний срок обучения, спустя два года были восстановлены вступительные экзамены. Комиссар отменил новаторские педагогические технологии, восстановил прежние объемы естественнонаучных, теоретических и клинических дисциплин, пресек подготовку узких специалистов без обучения общим медицинским наукам.

Эти корректировки не вдруг и не сильно сказались на качестве выпускавшихся специалистов. Государственная установка на удвоение числа медиков сохранилась, а значит —

[125] *Каминский Г. Н.* Задачи советского здравоохранения. С. 27.
[126] *Каминский Г. Н.* Охрана здоровья в Советском Союзе. С. 75.

нужно было выполнять план. В 1928 году в стране было 25 медицинских институтов, а к 1940 году их стало 72. Образовательная экспансия породила острый дефицит преподавателей. В те годы заведующими кафедрами и профессорами становились совсем молодые люди, вчерашние ассистенты. У многих из них не было не только ученых степеней, но и медицинской практики и педагогического опыта. Кроме того, вновь созданные вузы не обладали приспособленными для обучения зданиями, анатомическими театрами, лабораториями, у них не было исследовательской аппаратуры, учебных пособий и научной литературы.

Корректируя очевидные перекосы, Каминский всё же продолжал политику Владимирского на расширение сети здравоохранения. Для ее роста нужны были кадры. В 1930-е годы численность лиц с медицинскими дипломами увеличилась почти вдвое: с 63 219 человек в 1928 году до 122 796 в 1940 году. Очевидно, что при скудных государственных инвестициях в образование этот рост достигался ценой качества врачебной помощи.

Довольно скоро критичность сотрудников Наркомздрава и сотрудничавших с ним руководителей региональных отделений здравоохранения стала восприниматься руководством партии как откровенная оппозиционность. На съездах врачей бесстрашные делегаты говорили о наболевшем: о разрушенных больничных строениях, о затертом и рваном постельном белье, скудном питании для пациентов, об отсутствии воды, электричества, дров на отопление и медикаментов, о наличии клопов, блох, крыс[127]. При этом они критиковали большевистских управленцев за их равнодушие к здравоохранению и жизням граждан. «Отношение местной власти и общественных организаций к работе лечебницы можно охарактеризовать одним словом равнодушие,— пи-

[127] Третий пленум Центральной сельской комиссии Наркомздрава. С. 21.

сал в Наркомздрав руководитель одной из больниц Волков,— …За 17 лет работы ни один председатель уездного исполкома, ни один секретарь райкома… не зашел в лечебницу»[128].

Многочисленные негативные казусы и жалобы аккумулировались в доклады. Все 1920-е годы и даже в начале 1930-х годов можно было писать и говорить о недостатках советского управления. И это говорит о демократичности еще не окрепшей и не ставшей тоталитарной политической системы, а также о профессиональном достоинстве врачебной элиты того поколения. Многие из них поплатились за это жизнями. И это было не по неведению, степень грозящей опасности они осознавали. Решившись на выступление на съезде, Каменский и его жена (практикующий врач) определили малолетнего сына в детский приют. После выступления нарком и его соратники были арестованы почти там же и скоро расстреляны. Администрация Лензравотдела тоже очистилась от критически мыслящих и болеющих за пациентов сотрудников. В 1937 году Боген был исключен из партии и расстрелян.

Результаты реформы

Итак, Каминскому и его команде удалось снизить остроту негативных последствий реформы, но они не изменили ее направления и следствий. Поскольку целью преобразований была прибыль и развитие промышленности, то логика подчинения человеческого здоровья экономическим задачам (человекопотребление) приводила к решениям и мерам, в которых было мало от социалистической справедливости и декларируемой гуманности. Чтобы представить, сколько советских людей оказалось фактически лишено бесплатной

[128] *Каминский Г. Н.* Охрана здоровья в Советском Союзе. С. 36.

специализированной медицинской помощи, имеет смысл соотнести число застрахованных к общей численности населения. К началу 1930 года из 157 миллионов советских граждан застрахованными по полному и частичному[129] страхованию были лишь 10,5 миллиона человек[130]. К 1940 году их число увеличилось до 32 миллионов человек, но и общая численность населения тогда выросла до 192 миллионов.

Реформа даже в откорректированном виде радикально не изменила санитарное состояние страны. Оставаясь тяжелым, оно обеспечивало рост заболеваемости и смертности от инфекционных заболеваний, болезней органов пищеварения и дыхания, усугубившихся в связи с массовой миграцией и насильственными переселениями. Так, если в 1929 году суммарная заболеваемость одиннадцатью основными острозаразными инфекционными заболеваниями (брюшной тиф, сыпной тиф, возвратный тиф, оспа, малярия, скарлатина, корь, коклюш, дифтерия, дизентерия и грипп) составляла 678,7 случая на 10 тысяч населения, то к 1940 году этот показатель вырос до 1060,5 случая на 10 тысяч населения[131] (на 56,3%; рис. 2).

Пики поражения инфекционными болезнями приходятся на 1919—1922 годы и на 1930 — начало 1940-х годов[132]. Их всплеск во время Гражданской войны хорошо известен и

[129] Полностью застрахованные — лица, живущие исключительно наемным трудом. Частично застрахованные — лица, для которых работа по найму является дополнительным источником дохода, а основным источником дохода служит крестьянское хозяйство.

[130] Вопросы труда в цифрах. Статистический справочник за 1927—1930 гг. М., 1930. С. 78.

[131] *Затравкин С. Н., Хабриев Р. У., Щепин В. О., Саркисов А. С.* Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР. Сообщение 1. 1919—1949 годы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018. № 5. С. 350—356.

[132] *Миронова Н.* Великая эпидемия: сырной тиф в России в первые годы советской власти. М., 2020.

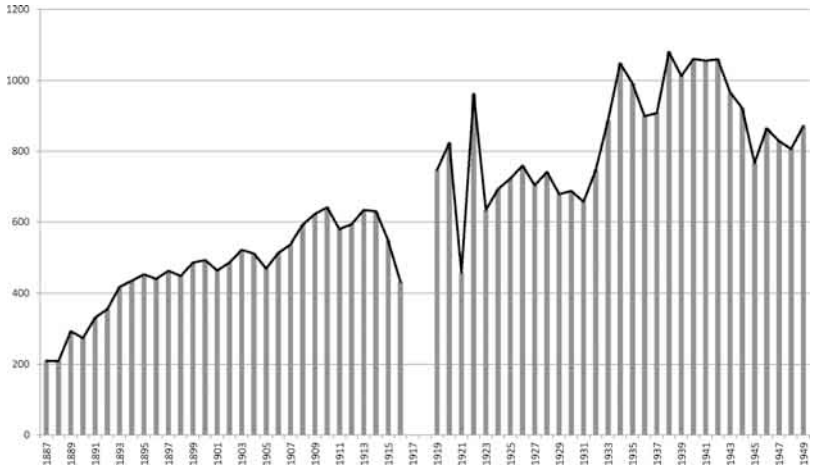

Рис. 2. Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР (11 нозологий) в 1887—1949 годах, на 10 000 населения.

Источники: «Отчеты медицинского департамента Министерства внутренних дел» (за 1876, 1878, 1880—1883, 1885, 1886, 1889, 1891—1895); «Отчеты о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России» (за 1896—1901, 1902—1913); Статистические материалы по состоянию народного здравия и организации медицинской помощи в СССР за 1913—1923 гг. М., 1926; Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966; РГАЭ. Ф. 4372. Оп. 93. Д. 62, 244; РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 169, 232, 251, 277, 331, 358, 419, 420, 465, 509; РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д. 2671, 3140, 3790; РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д. 791, 1452, 2219.

давно уже стал иллюстрацией к трудностям раннесоветской истории. А подъем заболеваемости в эпоху индустриализации в историографии заретуширован, поскольку противоречит тезису советских историков о достижении «стойкого эпидемического благополучия».

В ходе нашей ревизии статистических данных утверждения о падении во второй половине 1920—1930-х годах заболеваемости оспой, сыпным, брюшным и возвратным тифами, дифтерией подтвердились. Однако выяснилось, что эпидемическое благополучие нарушалось стремительным ростом числа больных малярией, гриппом, корью, дизентерией (табл. 6). О масштабах ущерба, наносимого эти-

ми заболеваниями как здоровью населения, так и экономике государства, сообщил руководству страны нарком Каминский: от заболеваний малярией каждый год страна теряла 70 миллионов «рабочих дней» и до 1 миллиарда рублей. Эти цифры сопоставимы со стоимостью строительства ДнепроГЭСа.

Таблица 6

Показатели заболеваемости инфекционными болезнями в Российской империи и СССР в 1887—1949 годах, на 10 тыс. населения

Годы	Заболеваемость на 10 тыс. наседения										
	брюшной тиф	сыпной тиф	возвратный тиф	оспа	малярия	корь	скарлатина	коклюш	дизентерия	дифтерия	грипп
1887	13	5,9	2,8	11,2	114,6	10,1	12,1	14,4	11,3	10,2	3,9
1888	13	5,9	2	11,2	114,6	10,1	12,1	14,4	11,3	10,2	3,9
1889	17	5,3	2,1	8,4	126,3	13,9	14,8	17,7	15,8	9,9	61,6
1890	20	4,9	1,9	8,7	137,7	19,9	12,5	21,1	18,8	10,9	17,4
1891	21	6,3	1,8	11,2	164	13,1	11,5	16,3	22,2	10,1	54
1892	23,9	15,5	1,9	11,8	183,1	15,6	12,8	18,4	30,7	9,4	32,6
1893	18,6	12,4	1,8	9,5	240,8	12,4	12,2	18,1	24,9	10,6	57
1894	16,9	8,7	1,4	6,7	272,4	19	17	9,6	24,6	16,9	42,6
1895	19,1	5,8	1,5	6,2	262	16,7	16,6	21	25,4	19,4	59,9
1896	16,9	3,6	1,7	6,3	255,4	15,2	12,7	23,6	21,2	15,1	69,2
1897	19,3	2,8	1,2	8,2	269,3	21,6	14,5	21	24,6	17,8	63,3
1898	19,3	3	0,9	11,5	237,2	24,1	15,4	21,2	22,1	14,9	79,3
1899	18,7	4,1	1,1	10,7	282,5	18,4	19	21,9	19,7	13,6	77
1900	18,6	3,9	0,8	7,8	256,7	13,9	20,5	25,2	18	13,1	115,6
1901	22,1	3,9	0,9	6,9	240,5	21,4	21,7	22,8	23,6	13,4	87,2
1902	19,7	4,3	1,4	6,6	243,3	24,7	17,7	31,9	18,5	12,5	106,3
1903	24,4	5	1,2	6,3	271,1	15	20,2	28	24,7	15,4	111,6
1904	17,9	3,8	0,9	7,3	254,8	22,6	22,7	21,8	15,4	15	130,3
1905	24,66	5,3	1,2	7,1	208,9	18,82	27,24	25,5	21,69	17,13	112,5
1906	30,6	3,6	1,8	6,7	215,2	17,6	27,9	31,1	23,1	22,7	134
1907	26,7	3,5	3,8	7,3	218,4	21,9	23,8	24	18,9	21,5	167,8
1908	27,5	6,8	8,4	8,4	229,5	23,5	18,8	28,5	20,3	20,3	200,5
1909	32,8	11,6	8,3	9,2	227,9	24,5	26,7	34,2	23,9	29,6	193,9
1910	31,5	8,8	3,9	10,4	229,5	24,7	31,6	30,9	26,8	43,1	199,9
1911	25,7	7,5	2,5	7,4	217,5	19,1	25,8	24,7	28,4	34,7	186,4
1912	22,9	6,2	2,1	4,9	215,7	25,6	21,4	32,33	26,6	26,3	209,8
1913	26,6	7,3	1,9	4,4	216,6	32,9	28,3	31,3	31,4	31,1	222
1914	23,6	5,9	1,1	6,3	219	26	24,3	31,9	26,2	27,9	237,7
1915	20,7	6,3	1,07	9,1	185	24,5	26,9	28,5	22,6	22,7	200
1916	17,7	9,4	3,82	8,2	190,6	13,6	16,9	12,4	16	12,9	131
1919	45	340	40,3	13,6	54,7	14,6	7,3	14,4	30,5	6,1	180
1920	63	339	119	9	100,3	11	9,2	12,6	65,7	4,7	90

Продолжение

Годы	Заболеваемость на 10 тыс. наседения										
	брюшной тиф	сыпной тиф	возвратный тиф	оспа	малярия	корь	скарлатина	коклюш	дизентерия	дифтерия	грипп
1921	51	59,2	69	8,3	153	17,9	9,4	12,1	57	4,3	17,64
1922	28	157,8	171,1	5,1	479	10,6	5,5	8,2	29,7	2,9	64
1923	12,1	18,3	18,9	3,5	424,6	9,3	7,9	14,4	17,9	3,7	103
1924	11,9	9,2	3,6	2,1	445,7	22,1	13,9	14,5	25,2	4,7	140
1925	11,5	5	1,4	1,3	388,8	42,8	18	24,3	21,3	4,8	203,2
1926	9	3,9	1,1	1,2	320,3	29,1	24,2	28,6	16,8	5,3	319,4
1927	10,2	3,8	0,5	0,9	252,7	32,4	24,4	29,2	18,2	5,6	325,7
1928	7,5	2,1	0,3	0,7	222,9	41,1	22	28,9	9,6	5,6	400,4
1929	11,3	2,1	0,2	0,4	197,8	43,1	29,7	26	11,6	6,5	н. д.
1930	12,4	2,4	0,2	0,6	171,9	65,9	40,8	26	8,3	8,9	н. д.
1931	15,9	5	0,1	1,8	194,9	22	20,4	26	8,4	12,2	н. д.
1932	18,4	14,2	0,1	3,6	270	31,1	8,6	26	12,2	12,6	н. д.
1933	12,7	52,2	0,2	2,3	389,3	26,9	5	26	13,2	9	н. д.
1934	12,2	25,8	1	1	558,9	28,6	7,3	26	29,31	7,8	н. д.
1935	8,5	8	0,2	0,2	523,7	35,9	16,7	26	16,18	6,3	н. д.
1936	8,55	5,7	0,2	0,03	406,1	49	34,3	8,1	31,4	5,6	н. д.
1937	7,77	5,5	0,04	0,005	387,3	62,6	31,5	23,3	25,1	5,8	358,4
1938	7,3	4,9	4,3	0,005	225,3	62,9	27,5	25,9	41,1	8,2	672,7
1939	5,3	3,1	3	0,004	145	63,9	21,3	26,8	38,2	9,8	696,1
1940	6,2	2,5	0,5	0,003	163,7	60,5	12,9	23,2	42,6	9,1	739,3
1941	4,4	3,9	0,1	0,002	228	60,8	11,3	18,9	25,6	7,9	550
1942	11,6	37,4	0,02	0,005	228	37,4	10,5	23,4	38,2	15,2	550
1943	9	24,1	0,08	0	235,2	11,1	3,9	14,5	19,1	9,6	511,9
1944	5,96	37,1	0,22	0,009	237,7	60,2	3,9	21,2	10,4	7,5	441,1
1945	5,2	25,2	5,6	0,002	237,2	34,4	12,2	10,3	5,8	5,1	425,1
1946	6,44	7,4	3,2	0,002	197,5	41,8	21,7	6,4	9,4	4,1	566,5
1947	4,86	9,4	5,05	0,002	163,9	44,2	13,5	12,7	12,3	3,9	559,1
1948	4,38	4,91	0,9	0,002	132,2	37,1	21,5	21,2	14,5	5	564,1
1949	3,33	1,58	0,01	0,007	94,5	58,3	29,9	9,2	17,8	4,8	651,8

Сравнение показателей заболеваемости инфекционными болезнями в стране Советов с такими же показателями в экономически благополучных странах Европы и в США высвечивает проблемные зоны. Например, в 1920-е годы показатели заболеваемости дифтерией в СССР оказались на порядок выше, чем в странах Европы, и в два-три раза выше, чем в США — в стране, наиболее соответствовавшей Советскому Союзу по медико-географическим показателям (рис. 3).

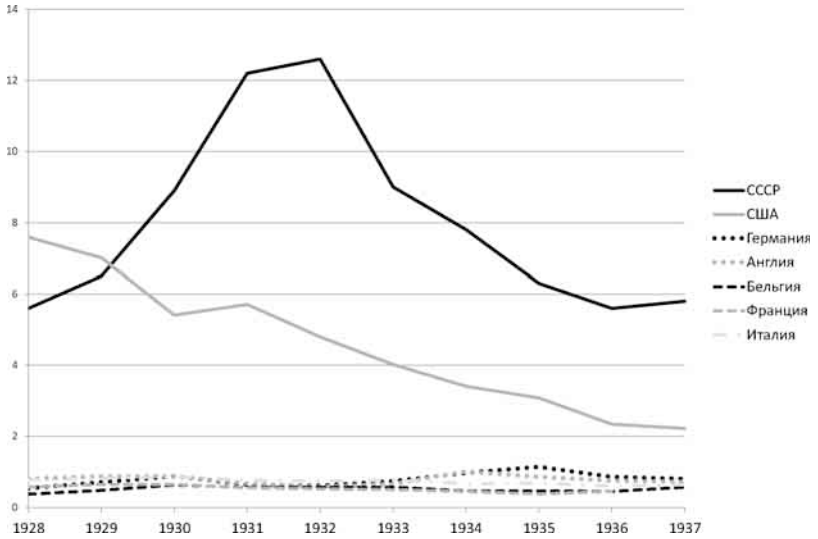

Рис. 3. Заболеваемость дифтерией в СССР, США и странах Европы в 1928—1937 годах, рассчитанная на 10 000 человек

Источник: Weekly epidemiological record. 1939. 23 March. P. 133; Historical statistics of the United States. Colonial times to 1970. Parth 1. U. S. Census Bureau, 1970. P. 77; РГАЭ. Ф. 4372. Оп. 93. Д. 62.

За период с 1935 по 1940 год смертность советских горожан от болезней органов дыхания выросла с 15,9 до 35,9 на 10 000 населения (на 125,8%), от болезней органов пищеварения — с 20,4 до 35,5 на 10 000 населения (на 74%), от инфекционных заболеваний — с 32,8 до 53,9 на 10 000 населения (на 64,3%)[133]. Наибольшую смертность порождали туберкулез легких, корь и дизентерия; среди болезней органов пищеварения — токсическая диспепсия и острый гастроэнтероколит у детей до трех лет; среди болезней органов дыхания — пневмонии[134]. Эти шесть нозологических форм болезней в 1940 году давали более половины смертности[135].

[133] РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 33. Д. 2638.

[134] Там же.

На протяжении всего рассматриваемого периода показатели общей смертности в СССР превышали аналогичные показатели в США более чем в два раза (в СССР — 21,7 на 10 000 населения, в США — 10,8 на 10 000 населения). По показателю младенческой смертности различия между этими странами были еще существеннее: в СССР умирало 184 младенца из 1000 родившихся живыми, в США — 55[136]. Ясли внесли в это свою лепту.

Что же касается выполнения промышленно-финансового плана и увеличения производительности труда, то эти показатели были достигнуты. Коллективизации подверглось 93% крестьянских хозяйств и 99% посевных площадей; было организовано около 237 тысяч колхозов, 4159 совхозов и 7069 МТС. Построено около 9000 крупных промышленных предприятий, созданы новые отрасли промышленности — приборостроение, автомобилестроение, тракторостроение, станкостроение. Промышленное производство росло каждый год на 11—16%, в результате чего к 1940 году по объему выпускавшейся промышленной продукции СССР вышел на второе место в мире, уступая только США. По оценкам Госплана, а также советских и ряда западных исследователей, к 1940 году производительность труда в социалистической промышленности выросла по отношению к 1928 году в 3,4 раза, а объем валового национального продукта (ВНП) — на 60%.

Выделить вклад реформы здравоохранения в достижение этих результатов невозможно, поскольку экономический эффект любого мероприятия аккумулирует множество факторов[137]. Мы можем допустить, что реформы 1930-х годов

[135] Там же.

[136] *Андреев Е. М.* Снижение младенческой смертности в России в 1940—1958 гг. // Развитие населения и демографическая политика. Памяти А. Я. Кваши / Ред. М. Б. Денисенко, В. В. Елизарова; Экономический факультет МГУ им. М. В. Ломоносова. М., 2014. С. 108—128.

имели долгосрочные негативные последствия не только для благополучия и здоровья граждан, но и для экономики страны. Прямые и косвенные потери от роста заболеваемости и смертности в долгосрочной перспективе перекрыли прибыль, обретенную ценой сверхинтенсивного труда советских рабочих и колхозников. Косвенно в пользу этого свидетельствует тот факт, что сразу после войны, в тяжелейших условиях восстановления страны власти всё же решились на дорогостоящую деконструкцию здравоохранительной системы 1930-х годов.

Послевоенная реформа здравоохранения, 1945—1963

Первые публикации с анализом состояния послевоенного здравоохранения появились в СССР во второй половине 1950-х годов[138]. С тех пор рассказы об успешном преодолении разрухи не сходили со страниц медицинской печати вплоть до начала 1990-х годов[139]. Советские историки рисовали идиллическую картину стремительного восстановления лечебно-санитарной инфраструктуры и героической ликвидации последствий войны. Конвенция о восходящем развитии советского здравоохранения вынуждала исследователей не обсуждать противоречащие этому факты или свидетель-

[137] *Попов Г. А.* Экономические проблемы в управлении лечебно-профилактическими учреждениями. М., 1976. С. 63—69.

[138] *Ашурков Е. Д., Барсуков М. И., Морозов Н. Н., Новикова Т. П., Слонимская И. А.* Очерки истории здравоохранения СССР (1917—1956 гг.); *Ашурков Е. Д., Барсуков М. И.* 40 лет советского здравоохранения. М., 1957; *Майстрах К. В.* Советское здравоохранение за сорок лет. М., 1957; Организация здравоохранения в СССР. Пособие для врачей; *Гращенков Н. И., Лисицын Ю. П.* Здравоохранение в СССР и достижения советской медицины. М., 1958.

[139] 60 лет советского здравоохранения; Здравоохранение // Большая медицинская энциклопедия. Изд. 3-е. Т. 8. М., 1978. С. 368—371.

ства. Об их существовании администраторы и историки здравоохранения заговорили только после распада СССР и рассекречивания архивов.

Послевоенная перестройка здравоохранения обстоятельно описана в статье канадского историка Кристофера Бартона[140]. Но он, во-первых, ограничился периодом конца 1940-х — начала 1950-х годов, что сократило перспективу рассмотрения долгосрочных последствий, а во-вторых, внимание исследователя сосредоточено только на социальных изменениях.

Мы стремимся выяснить возможности вновь перестроенного здравоохранения поддерживать здоровье и продлевать жизнь граждан. Аккумулированные из архивных фондов, опубликованных справочников и малотиражных изданий, предназначенных «для служебного пользования», статистические данные позволили нам обнаружить корреляции между административными решениями и показателями заболеваемости/смертности советских людей.

Перестройка системы

Война застала советское здравоохранение врасплох. Оно не было готово к борьбе с эпидемиями в тылу и к спасению тысяч раненых бойцов на фронте. К имевшимся в довоенные годы проблемам добавились уничтожение и разграбление более 40 тысяч больниц, амбулаторий и других лечебных учреждений; всплеск эпидемической заболеваемости; появление более трех миллионов инвалидов. Санитарное неблагополучие в поселениях усилилось вследствие полного или

[140] *Бартон К.* Здравоохранение в период позднего сталинизма и дух послевоенного государства благоденствия, 1845—1953 годы // Журнал социальной политики. 2007. Т. 5. № 4. С. 541—558.

частичного разрушения 1710 городов и почти 70 тысяч сел и деревень[141].

В 1945 году партия и правительство согласовали деконструкцию прежней и построение новой системы здравоохранения. Ретроспективно можно выделить два главных направления преобразований: инфраструктурное и кадровое.

Первое заключалось в отказе от индустриально-производственного принципа оказания медицинской помощи в пользу участково-территориального. Он позволял вернуть в советское здравоохранение принцип доступности. Вместо врачебных здравпунктов на крупных заводах, фабриках и стройках были созданы медико-санитарные части (лечебно-профилактические учреждения), в которых работали фельдшеры[142]. Высвободившиеся врачебные кадры были направлены на работу в участковые лечебные учреждения и врачебные участки. Если в 1946 году в стране было 10 296 терапевтических участков, то к 1956 году их число достигло 18 836, к 1960 — 24 560, а к 1965 — 29 443, то есть выросло почти в три раза. Число педиатрических участков росло еще быстрее — с 7316 в 1940 году до 31 091 в 1965 году[143].

При этом происходило их разукрупнение. Так, если в 1955 году на один терапевтический участок приходилось в среднем 3900 человек, то уже в 1961 году — 3000. Это позволило не только снизить нагрузку врачей, но и улучшить профилактическую работу и диспансерное наблюдение. Заметно выросла доступность амбулаторной медицинской помощи: с

[141] Организация здравоохранения в СССР. Пособие для врачей. С. 138.

[142] В 1965 году при крупных предприятиях и стройках имелось 1195 медико-санитарных частей, в состав которых входили 960 больниц со 147,3 тыс. коек и 4817 фельдшерских здравпунктов. Врачебных здравпунктов осталось только 516 (Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966. С. 149).

[143] Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966.

7,3 посещения на одного жителя в 1955 году до 9,7 посещения в 1965 году. Почти в два раза выросло количество больничных учреждений: с 13 793 в 1940 году до 26 303 в 1965 году. Примечательно, что 45% больниц были открыты в период между 1946 и 1965 годами. Процент больниц, размещенных в новых специально построенных зданиях, вырос до 43[144]. В 2,8 раза увеличилось число больничных коек — с 790 900 в 1940 году до 2 225 500 в 1965 году. Возросла специализация коечного фонда: по сравнению с 1940 годом число коек для терапевтических больных в 1965 году выросло в 4,2 раза, для хирургических — в 2,9 раза, для гинекологических — в 3,7 раза, для инфекционных — в 1,9 раза, для онкологических — более чем в 20 раз. Общее количество пролеченных госпитальных больных увеличилось до 47 миллионов 289 тысяч человек[145].

Много тогда делалось для обеспечения сельского населения, доля которого в послевоенные годы составляла 61% населения страны. На работу в сельские лечебные учреждения направлялись демобилизованные из армии медицинские работники. Следующим шагом стало увеличение сельских врачебных участков (с 15 000 в 1945 году до 16 835 в 1950 году) и превращение их в больничные участки. В составе каждого из них предписывалось организовать больницу с амбулаторией, аптеку, фельдшерско-акушерский пункт. Уже к концу первой послевоенной пятилетки больницы были открыты в 92,8% сельских районных центров[146].

[144] Там же. С. 149, 152, 156.

[145] Там же. С. 158.

[146] *Ашурков Е. Д., Барсуков М. И.* 40 лет советского здравоохранения. С. 134.

Наконец, в 1947 году было начато[147] и к 1965 году завершено создание трехчастной системы лечебно-профилактических учреждений для села — участковые, районные и областные больницы. Участковые больницы должны были оказывать неотложную и первую медицинскую помощь. На областные больницы возлагалось консультативно-методическое руководство и ведение особо сложных клинических случаев.

Что касается районных больниц, то им предстояло стать основным звеном медико-санитарной организации на селе, обеспечивающим пять основных видов специализированной медицинской помощи. В каждой районной больнице должны были быть клинико-диагностическая лаборатория, рентгеновские и физиотерапевтические кабинеты. Для этого в республиках, краях и областях по распоряжению Совета Министров СССР были созданы централизованные фонды для приобретения дорогостоящей медицинской аппаратуры[148].

В городских районных больницах 25—30 коек выделялись для обслуживания сельских жителей. Для них же были зарезервированы приемы специалистов в городских поликлиниках. К 1965 году сельчане лечились в 11 648 участковых больницах, в 3461 центральных и районных больницах, в 182 областных больницах. Доля больничных коек, обслуживавших сельских пациентов, была доведена до 42% от общего коечного фонда страны[149]. Переформатирование совет-

[147] В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения СССР от 15 сентября 1947 г. «О структуре и нормативах лечебно-профилактических учреждений в сельских центрах и типовых штатах медицинского персонала сельских участковых и районных больниц».

[148] *Фадеев А. В.* Вклад Ефима Ивановича Смирнова в реформирование здравоохранения страны (1947—1952). Автореферат дисс. … канд. мед. наук. М., 2006. С. 13.

[149] Здравоохранение России. XX век / Ред. Ю. Л. Шевченко, В. И. Покровский, О. П. Щепин.

ского здравоохранения обеспечило доступность и повысило качество медицинской помощи для сельчан.

Впрочем, медики никогда не бывают удовлетворены существующей системой здравоохранения, критикуют ее, чтобы сделать лучше. К началу 1960-х годов современники забыли о тотальных дефицитах 1930-х годов, а потому возмущались недоделками и недопоставками. Так, в 1963 году министр здравоохранения С. В. Курашов был обеспокоен тем, что ¾ всех коек в сельских участковых больницах остаются неспециализированными («общими койками»), и тем, что 15% этих больниц не укомплектованы врачами[150].

От врачей «красных» к «советским»

Девизом второго направления реформы могут служить слова идеолога здравоохранения тех лет, соратника Ленина — Семашко: «Теперь, основной задачей ближайших лет является борьба за качество медико-санитарного обслуживания населения»[151]. Вопрос качества был напрямую связан с состоянием медицинского обучения. Для его улучшения в 1945 году последний комиссар (затем были министры) здравоохранения Митерёв провозгласил реформу медицинских школ. Курс обучения в институтах был расширен до шести лет, что сопоставимо с императорскими факультетами[152]. Увеличение длительности учебы повлекло изменение пла-

[150] *Курашов С. В.* Больничная помощь на новом этапе. М., 1963. С. 54.

[151] *Семашко Н. А.* Передовое советское здравоохранение (К тридцатилетию Великого Октября) // Советское здравоохранение. 1947. № 7. С. 4—8.

[152] Институтам, которые были хорошо оснащены клиниками, решением совещания директоров медицинских вузов было дано право использовать шестой год обучения для подготовки субординаторов по всем клиническим дисциплинам, а не только по терапии, хирургии и акушерству.

нов и программ обучения, увеличение учебных помещений, расширение клинической базы, улучшение технического оснащения. Для новой учебной программы срочно создавались и издавались учебники по многим медицинским наукам. А для обеспечения воспроизводства ученых врачей в СССР был разработан и реализован план подготовки 275 докторов, 982 кандидатов наук, более 3000 аспирантов[153].

В плановом хозяйстве СССР всё было подчинено расчетам. В 1948 году был утвержден порядок принудительного распределения молодых специалистов. Медики направлялись в распоряжение руководителей здравотделов, которые решали их судьбу, исходя из интересов государства. Если выпускник предназначался для универсальной работы на сельском врачебном участке, его направляли в районную больницу для обретения практики. Выпускники клинических ординатур также направлялись на стажировки, но уже в областные стационары.

Для повышения профессионального уровня практикующих врачей в 1947—1951 годах по инициативе министра здравоохранения Смирнова было осуществлено объединение больниц и поликлиник. Тогда произошло соединение в единое целое учреждений общего профиля лечения, детских и специализированных клиник, женских консультаций и родильных домов. Врачам объединенных медучреждений предписывалось сочетать работу в стационаре с амбулаторным приемом в поликлинике, обслуживанием больных на дому и проведением санитарно-противоэпидемических мероприятий на участке.

Впоследствии аналитики здравоохранения признали эффективность данной практики[154]. Совместное обсуждение,

[153] Организация здравоохранения в СССР. Пособие для врачей.

[154] В 1962 году поликлиники вновь стали самостоятельными лечебно-профилактическими учреждениями.

практика наблюдений позволили повысить точность диагностики и выработать протоколы лечения. Так, если в 1947 году с псевдодиагнозами «лихорадочное состояние» или «асцит» в стационары направлялось до 45% пациентов, то уже в 1951 году — только 2%. Расхождение поликлинических диагнозов с клиническими сократилось с 20 до 14%[155]. Процент совпадений клинических и патологоанатомических диагнозов к 1955 году вырос до 88,6% в районных больницах и до 89,6% в городских[156].

Улучшилась ситуация с госпитализацией больных с острыми заболеваниями. В первую очередь это касалось детей в возрасте от 0 до 14 лет с пневмониями, уносившими самую большую часть детских жизней. Во вторую очередь это относится к пациентам, нуждавшимся в неотложной хирургической помощи. Так, если в 1949 году таких больных в первые сутки было госпитализировано 38,8%, то в 1952 году — 62,5%. Во многом благодаря этому летальность в городских стационарах снизилась с 2,4% в 1950 году до 1,4% в 1956 году[157].

Рост доступности медицинской помощи и квалификации врачей позволил системе здравоохранения оперативно использовать новые научные и технические открытия[158]. Советские историки утверждали, что антибиотики получили в СССР широкое применение в начале 1950-х годов. Е. В. Шерстнева уточнила это утверждение[159]. Обнаруженные ею архивные документы свидетельствуют о том, что благодаря успехам советской разведки, открывшей технологию изготовления антибиотиков, советская промышленность приступила к производству пенициллина и снабжала

[155] Здравоохранение России. XX век / Ред. Ю. Л. Шевченко, В. И. Покровский, О. П. Щепин.

[156] Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966.

[157] Здравоохранение России. XX век. С. 92—95.

[158] ГАРФ. Ф. П8009. Оп. 2. Д. 821. Л. 2.

ими медицинские учреждения уже в 1947—1949 годах. Их применение позволило резко снизить детскую смертность.

Послевоенные фронты

Заметнее всего реформирование проявилось в санитарно-эпидемиологической области. После войны Министерство здравоохранения приняло судьбоносное решение об объединении функций органов Всесоюзной государственной санитарной инспекции и санитарно-эпидемиологической службы на санитарно-эпидемиологических станциях. Их число к 1956 году почти утроилось (с 1958 в 1940 году до 5230 в 1956 году)[160]. Новые СЭС совмещали работу по предупредительному и текущему санитарному надзору. Совмещение контроля в одних руках повысило его эффективность и позволило добиться успеха в борьбе (выявление, быстрая изоляция, дезинфекция, обследование очагов и др.) с такими острыми инфекционными заболеваниями, как сыпной и возвратный тиф, брюшной тиф и паратифозные заболевания, дифтерия, туляремия, бруцеллез. Впервые с момента Октябрьской революции заболеваемость ими в СССР перестала быть массовой.

В послевоенные годы советская медицина, вооруженная новыми технологиями, развернула войну против социально значимых инфекционных заболеваний — малярии, туберку-

[159] *Шерстнева Е. В.* Государственное регулирование цены на пенициллин в СССР во второй половине 1940-х годов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28. № 4. С. 657—662; *Шерстнева Е. В.* Обеспечение лечебных учреждений пенициллином в СССР во второй половине 1940-х годов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28. № 5. С. 1017—1022.

[160] Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966.

леза и сифилиса. По данным официальной статистики, в 1946 году заболеваемость малярией составляла 197,5 случая на 10 000 населения. Несмотря на кадровый голод, министерство направило сотни врачей на противомалярийные станции, число которых было увеличено. Одновременно с этим проводились масштабные гидротехнические работы для истребления малярийных комаров, расширялось производство и применение инсектицидов (ДДТ, ГХЦГ). И это подействовало. К 1956 году заболеваемость малярией снизилась до 0,65 случая на 10 000 населения (более чем в 300 раз)[161]. На большей части территории СССР она исчезла вовсе.

Большой проблемой был сифилис, заболеваемость которым выросла в военные годы. Финансовые и административные инвестиции государства в борьбу с ним сделали свое дело. Кожно-венерологические диспансеры наладили строгий учет заболевших и выявляли лиц, контактировавших с ним. Они работали в сотрудничестве с кафедрами дерматологии и венерологии медицинских институтов, акушерами-гинекологами, педиатрами. Такое взаимодействие и наличие пенициллина позволили кардинально изменить ситуацию. В 1946—1955 годах заболеваемость первичным сифилисом сократилась почти в 30 раз (с 12,15 до 0,42 случая на 10 000 населения), а в 1965 году она удерживалась на показателе 0,29 случая на 10 000 населения[162].

И наконец, третий фронт — программа борьбы с туберкулезом. В ходе ее реализации к 1965 году общее число фтизиатрических учреждений (диспансеров, кабинетов, пунктов,

[161] *Затравкин С. Н., Хабриев Р. У., Щепин В. О., Саркисов А. С.* Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР: мифы и реальность. Сообщение 1. 1919—1949 годы; *Затравкин С. Н., Хабриев Р. У., Щепин В. О., Саркисов А. С.* Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР: мифы и реальность. Сообщение 2. 1950—1990 годы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018. № 6. С. 465—471.

отделений) выросло с 1687 в 1940 году до 6565 в 1965 году. Без малого в пять раз увеличилось число врачей-фтизиатров — с 2313 до 11 249, более чем в три раза увеличилось число противотуберкулезных диспансеров — с 554 до 1724. Во всех диспансерах были созданы стационарные отделения, а число коек для больных туберкулезом было увеличено в 7,6 раза (с 34 000 в 1940 году до 259 200 в 1965 году) [163].

С 1 января 1949 года в СССР проводилось обязательное прививание новорожденных и детей вакциной БЦЖ. Для ранней диагностики туберкулеза были созданы подвижные рентгено-флюорографические группы и введены обязательные ежегодные обследования на туберкулез всех детей в детских садах и школах, а также работающих с ними взрослых[164]. Министр М. Д. Ковригина добилась увеличения продолжительности стационарного лечения больных туберкулезом. Тогда же была изменена система выдачи пособий по временной трудоспособности сроком до одного года; установлено бесплатное лечение противотуберкулезными препаратами вне зависимости о того, где проходило лечение — в стационаре или на дому. Поставлен и решен вопрос о предоставлении больным туберкулезом льгот в получении жилой площади. В результате к 1965 году первичная заболеваемость туберкулезом снизилась с 78 до 12,7 случая на 10 000 населения[165].

---

[162] *Затравкин С. Н., Хабриев Р. У., Щепин В. О., Саркисов А. С.* Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР: мифы и реальность. Сообщение 1. 1919—1949 годы. С. 350—357; *Затравкин С. Н., Хабриев Р. У., Щепин В. О., Саркисов А. С.* Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР: мифы и реальность. Сообщение 2. 1950—1990 годы. С. 465—471.

[163] Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966.

[164] Здравоохранение России. XX век / Ред. Ю. Л. Шевченко, В. И. Покровский, О. П. Щепин.

Статистика реформы

Помимо упоминавшегося выше снижения эпидемической заболеваемости, главными итогами той огромной работы, которая была проделана во второй половине 1940-х — первой половине 1960-х годов, стало снижение общей, младенческой и детской смертности.

Коэффициент общей смертности снизился с 18,3 на 1000 населения в 1940 году до 9,6 в 1950 году, затем — до 8,2 в 1955 году, и наконец, в 1964 году он достиг значения в 6,9 промилле[166]. Во всей советской эпохе это был лучший показатель, какого не было ни до, ни после. В США тогда показатель общей смертности составлял 9,4 промилле.

Причем смертность в СССР снижалась во всех возрастных группах (табл. 7).

Еще более разительными оказались достижения в отношении младенческой смертности (табл. 8).

Как видно из табл. 8, к 1958 году младенческая смертность снизилась в 5,6 раза. Ключевую роль в этом сыграли эффективная профилактика и лечение пневмоний, острых инфекционных заболеваний, токсической диспепсии и острых гастроэнтероколитов.

Менее значительные, но вполне ощутимые результаты в деле снижения смертности от предотвратимых причин (инфекционных заболеваний, болезней органов дыхания и пищеварения) были достигнуты и в других возрастных группах. В течение 1956—1964 годов стандартизованный коэффициент смертности мужчин от инфекционных болезней снизился в 2,1 раза, а женщин — в три раза: от болезней органов ды-

[165] *Затравкин С. Н., Хабриев Р. У., Щепин В. О., Саркисов А. С.* Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР: мифы и реальность. Сообщение 2. 1950—1990 годы. С. 465—471.

[166] Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966.

Таблица 7

Смертность населения по возрастным группам. Число умерших на 1000 человек населения соответствующей возрастной группы*

Возрастная группа, годы	Годы		
	1938—1939	1960—1961	1964—1965
0—4	75,8	9,9	7,2
5—9	5,5	1,0	0,8
10—14	2,6	0,7	0,6
15—19	3,4	1,2	1,0
20—24	4,4	1,7	1,6
25—29	4,7	2,1	2,0
30—34	5,4	2,7	2,5
35—39	6,8	3,0	3,1
40—44	8,1	3,7	3,8
45—49	10,2	5,4	5,0
50—54	13,8	7,5	7,8
55—59	17,1	10,9	10,8
60—64	24,5	16,7	17,2
65—69	35,1	24,6	24,4
70 и старше	78,9	63,0	64,2

* Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966. С. 33.

Таблица 8

Младенческая смертность в городских поселениях России от основных причин смерти, на 1000 родившихся*

Причины	Годы					
	1940	1946	1950	1952	1955	1958
Все причины	218,1	104,6	100,9	78,1	56,7	38,9
Пневмонии	57,7	30,1	35,4	29,3	20,9	14,1
Токсическая диспепсия и острый гастроэнтероколит	69,7	22,4	16,3	11,7	6,8	3,8
Острые инфекционные заболевания	37,7	15,1	22,5	13,7	9,6	4,8
Врожденная слабость, пороки развития, болезни новорожденных	31,7	21,1	16,1	14,9	13,1	12,1

* *Андреев Е. М.* Снижение младенческой смертности в России в 1940—1958 гг. С. 108—128.

хания — соответственно в 1,6 и 1,7 раза, от болезней органов пищеварения — в 1,5 и 1,3 [167]. По темпу снижения лидировал

туберкулез, смертность от которого уменьшилась более чем в два раза. Эти достижения обеспечили увеличение ожидаемой продолжительности жизни. В 1964—1965 годах она выросла почти до 70 лет (66 лет для мужчин и 74 года для женщин[168]) и максимально приблизилась к показателям ведущих европейских стран и США[169].

Таким образом, аккумулированные нами статистические показатели позволяют утверждать, что реформа здравоохранения, проведенная в послевоенные десятилетия, спасла СССР от миллионных потерь взрослого населения и защитила от смерти послевоенное поколение ослабленных детей. Очевидно, эти успехи были обеспечены изменением в приоритетах государственной политики, переориентировавшейся тогда на сохранение сильно сократившегося населения и обеспечение его восполнения в будущем. Реформа здравоохранения разворачивалась не по пути «улучшения» или «восстановления» довоенной системы (как утверждали политические идеологи тех лет, а вслед за ними — историки медицины). Она шла по пути создания нового здравоохранения для страны победителей. В послевоенном СССР произошел отказ от вульгарно истолкованных принципов советской медицины довоенного времени: производственных сегрегаций пациентов («партийность»); делегирования гражданам ответственности за их здоровье («профилактический характер»); приоритетная ценность экономической инфраструктуры, а не производителей.

---

[167] Демографическая модернизация России: 1900—2000 / Ред. А. В. Вишневский. М., 2006.

[168] Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966. С. 43.

[169] Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в США — 69,4 года, в Англии — 70,6 года, во Франции — 70,21 года.

Состояние здравоохранения в годы застоя, 1964—1991

Состояние системы здравоохранения брежневской эпохи представлено во многих публикациях советского времени. Современники — идеологи, теоретики и руководители здравоохранения — оценивали его весьма позитивно. Представленные в их сочинениях количественные показатели роста лечебно-профилактических, санитарно-эпидемиологических, аптечных, учебных и научно-исследовательских учреждений, а заодно и кадрового потенциала воспроизводились в десятках публикаций. Ими по необходимости в последующем пользовались российские и зарубежные историки медицины[170]. И поскольку динамика экстенсивных показателей советского здравоохранения была впечатляющей, то и вывод был однозначный: бесплатное советское здравоохранение было качественным.

Согласно данным официальной статистики, с 1960 по 1989 год почти утроилось число врачей, что сделало СССР мировым лидером по обеспеченности населения медицинскими кадрами. В 2,4 раза выросло количество медсестер; удвоилось число больничных коек. Причем этот рост был как в абсолютном выражении, так и в расчете на душу населения (табл. 9). Росло число посещений у врачей в амбулаторно-поликлинической сети, количество госпитализаций, выполненных операций и прочих медицинских манипуляций. Согласно этим данным, интенсивно развивалась медицинская промышленность, производящая лекарственные средства и медицинскую технику. Кажется, что здравоохранение заслуженно именовалось в партийных и государствен-

[170] См., например: 60 лет советского здравоохранения; Медицина / Большая медицинская энциклопедия. Т. 14. М., 1980. С. 265—316; *Буренков С. П.* Задачи органов и учреждений здравоохранения по улучшению медицинской помощи населению в свете решений XXVI Съезда КПСС // Советское здравоохранение. 1982. № 3. С. 3—15; *Буренков С. П.* Здравоохранение Союза ССР. С. 5—11.

Таблица 9

Некоторые количественные показатели развития здравоохранения в СССР в 1960—1989 годах*

Годы	Число врачей	Обеспеченность врачами на 10 тыс. нас.	Число среднего мед. перс.	Обеспеченность средним мед. перс. на 10 тыс. нас.	Число больничных коек	Обеспеченность больничными койками на 10 тыс. нас.	Число аптек	Число фармацевтов
1960	432 000	20	1 388 300	61,8	1 739 000	80	н/д**	94 950
1965	554 248	23,9	1 691 800	73,0	2 226 000	96	н/д**	125 600
1970	668 000	27,4	2 123 000	87,1	2 663 300	109,2	н/д**	167 800
1975	835 000	32,6	2 515 000	98,5	3 011 900	118,0	25 426	207 400
1980	997 100	37,5	2 814 300	105,7	3 324 200	124,9	27 328	239 900
1985	1 170 400	42,0	3 158 900	113,5	3 607 700	129,6	29 768	271 300
1989	1 256 000	43,8	3 352 000	116,9	3 763 000	131,3	30 304	307 600

* Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1976; Социальное развитие СССР. Статистический сборник. М., 1990; Охрана здоровья в СССР. Статистический сборник. М., 1990.

** н. д. — нет данных (здесь и далее).

ных документах «крупнейшей отраслью народного хозяйства». Провозглашалось, что оно решает самую важную социальную задачу — заботу о здоровье советских людей [171].

В середине 1980-х годов бравурная риторика стала тише, а после выхода в 1987 году «Основных направлений развития охраны здоровья и здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года» и вовсе пропала, сменившись критикой. На рубеже 1980—1990-х годов с высоких трибун и со страниц печати звучала тревога о «критической ситуации, сложившейся в охране здоровья народа», о «чрезвычайном положении, создавшемся в системе охраны материнства и детства», о «катастрофическом положении» дел в системе здравоохранения. Катастрофы представали результатом каких-то инфернальных посторонних сил, были обезличены, а потому «случались», «создавались», «происходили». Теперь критики игнорировали цифры роста институ-

[171] *Буренков С. П.* Здравоохранение Союза ССР. С. 5—11.

тов здравоохранения и убеждали оппонентов цифровыми свидетельствами упадка, в том числе динамическими рядами демографической статистики.

Сегодня уже есть исследовательская дистанция для анализа этого спора. Расстояние в 60—40 лет позволяет свободнее работать с историческими источниками и смотреть на советское здравоохранение не в качестве судьи или жертвы, а с позиции научной беспристрастности. Нас интересует заложенная в нем логика советской «заботы о здоровье»: как и в чем она должна была проявляться? Чем измерялась? Как корректировалась?

Лечебная сеть

Рост числа врачей, амбулаторий, больничных коек, диспансеров, несомненно, был, но он отставал от рассчитанной теоретиками здравоохранения потребности. На протяжении всего рассматриваемого периода обеспеченность жителей больничными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями была ниже установленных в СССР нормативов, и к концу 1980-х годов дефицит этих учреждений составлял от 6 до 25%. Особенно остро дефицит ощущался в Армении, где обеспеченность койками была в 1,5 раза ниже общесоюзной; в Азербайджане — в 1,3 раза, в Таджикистане — в 1,25 раза, в Грузии и Туркмении — в 1,2 раза. Не хватало и специализированных больничных учреждений. На 3—15% ниже норматива была обеспеченность койками для хирургических и фтизиатрических больных; на 28—34% — для неврологических, дерматовенерологических и психиатрических, на 50—53% — для офтальмологических и оториноларингологических[172].

[172] Социальное развитие СССР. Статистический сборник. М., 1990. С. 6—7.

Таблица 10

Размещение прироста числа больничных коек во врачебных стационарах, включая койки в психоневрологических больницах системы Министерства здравоохранения СССР, в процентах

Годы	Всего	В специально построенных зданиях	В приспособленных зданиях исполкомов и промышленных предприятий	В приспособленных зданиях МЗ СССР	В существующих стационарах	В медицинских учреждениях других ведомств
1960	100	32,3	24,6	19,7	22,0	1,4
1965	100	43,0	14,8	25,1	16,4	0,7
1970	100	52,7	12,1	21,2	13,8	0,2
1975	100	62,6	10,9	19,2	7,3	—
1980	100	57,1	38,5		4,4	—

Особенно показательной была ситуация в Москве. В городе, где почти каждый сотый житель — врач, стояли огромные очереди в поликлиниках, а дефицит больничных коек составлял: по офтальмологии — 60,7%, по дерматовенерологии — 59,1%, по инфекционным заболеваниям — 55,7%, по терапии — 39,5%, по фтизиатрическим заболеваниям — 31,6%[173]. Для историков важным является не только проверка достоверности статистических данных, но и выявление латентных механизмов статистического искажения реальности. Цифры официальной статистики были реальными, однако прирост числа коек происходил главным образом (от 56,3 до 66,3% от общего числа) за счет развертывания их в так называемых приспособленных зданиях (т. е. зданиях, изначально построенных не для стационаров) и за счет уплотнения больничных палат (табл. 10).

В 1970-х годах такой прирост стал гораздо ниже, чем в 1960-е годы, хотя и тогда доля таких коек по-прежнему составляла значительную часть фонда советского здравоохранения — от 37,4 до 42,9%. Даже в 1988 году обычными

[173] *Щепин О. П., Кравченко Н. А.* Состояние здоровья населения и перспективы развития здравоохранения Москвы // Советское здравоохранение. 1989. № 8. С. 3—10.

(60,9%) были палаты на 6—10 человек. А доля палат на одного-двух пациентов составляла 0,2% и значительно уступала доле палат на 20 и более человек — 1,3%[174].

В течение 1960—1980-х годов средняя площадь на одного больного в стационарах сократилась с 3,5 до 2 кв. м. Уплотнение коечного фонда неминуемо вело к нарушениям санитарно-гигиенического режима и способствовало возникновению внутрибольничных инфекций.

Что касается обеспеченности врачами, то здесь имела место географическая асимметрия. В Грузии и Прибалтике численность врачей превышала общесоюзный показатель, а в Узбекской, Туркменской и Таджикской ССР их было меньше средней нормы на 20; 20 и 37,2% соответственно. По всему СССР остро не хватало врачей-специалистов — кардиологов, эндокринологов, травматологов-ортопедов, гастроэнтерологов, пульмонологов. На протяжении всего рассматриваемого периода бедственное положение сохранялось с обеспечением врачами-педиатрами в среднеазиатских республиках, где оно было в два раза ниже, чем в среднем по СССР. Не лучше обстояли дела и с акушерами-гинекологами. Каждый акушер-гинеколог в Таджикской ССР принимал в год родов в четыре раза больше, чем его коллега в Литве[175].

С каждым годом в СССР увеличивался дефицит среднего медицинского персонала. При нормативе в 3,5 медсестры на одного врача в 1975 году в советских медучреждениях было только три, в 1980 — 2,8; в 1985—1988 — 2,7[176]. Это автоматически увеличивало нагрузку врачей и негативно влияло на качество медицинской помощи.

---

[174] Охрана здоровья в СССР. Статистический сборник. М., 1990.

[175] *Баранов А. А.* Охрана материнства и детства на современном этапе: проблемы и пути их решения // Советское здравоохранение. 1989. № 3. С. 3—9.

[176] Социальное развитие СССР. Статистический сборник. М., 1990. С. 251.

Несоответствие лечебной сети и кадровых ресурсов разработанным в СССР нормативным потребностям было настолько выраженным, что в конце 1970-х годов власти официально признали существование этой проблемы. Этому посвящено специальное Постановление ЦК КПСС и Совмина СССР от 22 сентября 1977 года.

Инфраструктурные проблемы

Проверка технического состояния зданий больниц и поликлиник, проведенная в октябре 1988 года, показала, что не нуждалось в ремонте только 17% зданий поликлиник и 15% — больниц; 9% больниц находились в аварийных домах, 14% — требовали незамедлительной реконструкции, а 32% — капитального ремонта. В значительной части зданий отсутствовала необходимая для медицинских учреждений санитарная инфраструктура (табл. 11). При этом из-за дефицита основных фондов (т. е. собственно строительных материалов) из года в год не осваивались средства, выделявшиеся на строительство новых больниц и поликлиник.

Таблица 11

Удельный вес зданий в общем числе зданий, в которых отсутствовала санитарная инфраструктура*

В зданиях отсутствуют	Поликлиники	Больницы
Водопровод	9,2	14,7
Горячее водоснабжение	29,3	48,6
Канализация	14,7	24,2
Центральное отопление	11,6	18,8
Душ (ванная)	51,9	45,3
Электроснабжение	1,4	1,1
Система вентиляции	53,6	63,6

* Там же. С. 258.

Проведенная тогда же ревизия обеспеченности медицинских учреждений лечебно-диагностическим оборудованием

Таблица 12

Обеспеченность медицинским оборудованием больниц и поликлиник системы Министерства здравоохранения СССР (в процентах)*

Испытывают недостаток в оборудовании	Поликлиники	Больницы
Рентгенотерапевтическом	54	56
Флюорографах	52	48
Рентгенодиагностическом	51	43
Лабораторном	45	49
Физиотерапевтическом	42	44
Электрокардиографах	38	35

* Охрана здоровья в СССР. Статистический сборник. М., 1990. С. 151.

выявила слабую оснащенность советских врачей техникой (табл. 12).

В 1988 году только в 2% поликлиник и в 6% больниц пациент мог пройти ультразвуковое исследование. Только в 5% поликлиник и 13% больниц было возможно эндоскопическое исследование. Если в США в середине 1980-х годов функционировало более трех тысяч современных компьютерных томографов, то в СССР их было только 62 на всю страну, и 25 из них — устаревшей конструкции. Даже в Москве обеспеченность учреждений здравоохранения медицинской техникой составляла около 60% от норматива. Более трети оборудования было устаревшим, прослужившим от 10 до 30 лет[177]. Остро не хватало катетеров, одноразовых систем, шприцев, игл, функциональной мебели, кроватей, каталок, постельного белья и даже полотенец.

Оборудование, которое имелось в распоряжении советских медиков, далеко не всегда находилось в рабочем состоянии или отвечало потребностям лечебно-диагностического процесса. Как было признано на совместном заседании Коллегий Министерства приборостроения и Министерства здравоохранения СССР, состоявшемся в 1988 году, боль-

[177] *Щепин О. П., Кравченко Н. А.* Состояние здоровья населения и перспективы развития здравоохранения Москвы. С. 3—10.

шинство изделий, выпускавшихся отечественными заводами, имело «низкие технический уровень и качество, ненадежны в эксплуатации, значительно уступало зарубежным аналогам по функциональным возможностям»[178].

Жалобы врачей вызывало качество приборов и аппаратов для обследования населения: тонометров, эндоскопических аппаратов, лабораторного оборудования, флюорографов, рентгенодиагностических комплексов и др. Хирурги высказывали претензии к инструментам: «Буквально на последнем дыхании работают наркозные аппараты,— говорила на I Всесоюзном съезде врачей детский хирург городской клинической больницы города Курска Л. В. Чеботарева.— Не светят операционные лампы, выходят из строя операционные столы… Мои коллеги — детские хирурги и анестезиологи — просили буквально кричать на съезде о том, что работать с имеющейся аппаратурой уже нельзя. И ждать 5—6 лет… невозможно»[179]. Плохое техническое состояние медицинской техники усугублялось отсутствием запасных частей для ремонта. Заявка Министерства здравоохранения на запасные части в 1987 году была удовлетворена только на 75%[180].

Слабая оснащенность лечебно-диагностическим оборудованием и его низкое качество оказывали негативное влияние на уровень медицинской помощи. Оно было причиной диа-

---

[178] *Пичугин В. Н.* Совместное заседание Коллегий Министерства приборостроения и Минздрава СССР // Советское здравоохранение. 1988. № 2. С. 77—79.

[179] Всесоюзный съезд врачей, Москва, 17—19 октября 1988. М., 1989. С. 131.

[180] Основными причинами такого положения дел на совещании были признаны: полное отсутствие или низкая доступность отечественных комплектующих изделий с высокими функциональными и надежностными показателями; низкий уровень технологического оснащения заводов; недостаточное выделение современного металлообрабатывающего, кузнечно-прессовочного оборудования и литьевых автоматов для переработки пластмасс.

гностических ошибок, запоздалого выявления патологий и невозможности выполнения многих видов медицинских вмешательств. В этом плане показателен пример с хирургическим лечением тяжелых форм ишемической болезни сердца, позволявший существенно продлить жизнь пациентов. В США такие операции, как аортокоронарное шунтирование (АКШ) и баллонная коронарная ангиопластика, выполнялись сотнями тысяч в год на рубеже 1960—1970-х годах. В 1980-е годы начались массовые операции по стентированию коронарных артерий. В СССР баллонная коронарная ангиопластика и стентирование коронарных артерий не делались вовсе. Операции АКШ были редкими. И это при том, что первая в мире операция АКШ была выполнена в 1964 году в СССР профессором В. И. Колесовым.

Аналогичный пример приоритетов дают операции на открытом сердце. В 1987 году в СССР было выполнено 6122 такие операции, а в США — 140 тысяч. Очень медленно внедрялись операции по пересадке почек. В том же 1987 году в СССР было выполнено около 500 трансплантаций, в США — 8 тысяч. При этом обеспеченность диализными местами для больных с почечной недостаточностью в СССР составляла 3,4, в США — 200, в ФРГ — 180[181].

В Советском Союзе не получали применения новые лечебно-диагностические технологии, активно внедрявшиеся в мире и позволявшие повысить качество оказывавшейся медицинской помощи, сокращать сроки дорогостоящего стационарного лечения. В СССР в 1960—1980-х годах средняя продолжительность стационарного лечения выросла с 13,5 до 16 дней, что почти втрое превышало время нахождения больных в стационарах США[182]. Если принять во внимание, что в конце 1980-х годов в стационарах проходили лече-

[181] Всесоюзный съезд врачей, Москва, 17—19 октября 1988. С. 30.

[182] *Венедиктов Д. Д.* Здравоохранение России: кризис и пути преодоления. М., 1999.

ние более 73 миллионов человек в год, то становится очевидным, какое дополнительное давление на систему здравоохранения оказало увеличение сроков стационарного наблюдения[183].

Многие советские семьи испытали стресс от поиска лекарств. Новые зарубежные препараты закупались в ограниченном количестве и внедрялись в лечебную практику чрезвычайно медленно. Особенно острая потребность была в новых антибиотиках, и их отсутствие в СССР служило причиной роста смертности от инфекционных заболеваний и болезней органов дыхания в 1970—1980-х годах. Советское здравоохранение испытывало недостаток не только в новых, но и в традиционных лекарственных средствах, например в инсулине. Медицинской промышленности не хватало мощностей, и она удовлетворяла запросы Министерства здравоохранения лишь на 75—80%. В ассортименте выпускавшейся продукции было много устаревших лекарственных форм. Об уровне обеспеченности населения лекарственными препаратами свидетельствуют цифровые сопоставления: потребление лекарств в сопоставимых ценах на человека в год в СССР составляло 15,7 рубля; в ФРГ — в 5,8 раз больше; в США — в 6,5 раз; в Японии — в 7,5 раз[184]. В 1970—1980-х годах в стране возник и стал развиваться «черный рынок» лекарств. «Мы не можем объяснить больным,— говорили врачи с трибуны I-го Съезда народных депутатов СССР,— почему общество соглашается с этим самым бессердечным из всех дефицитов, определяющим жизнь или смерть»[185].

Низкая эффективность советской системы здравоохранения была обусловлена снизившимся качеством подготовки врачей. На I Всесоюзном съезде врачей 1988 года об этом го-

[183] Всесоюзный съезд врачей, Москва, 17—19 октября 1988.

[184] Там же. С. 164.

[185] *Венедиктов Д. Д.* Здравоохранение России: кризис и пути преодоления.

ворили многие выступавшие — от министра здравоохранения СССР и ректоров медицинских вузов до заведующих отделениями районных больниц и амбулаторий[186]. Они называли разные причины тому: снижение требований к абитуриентам, выпускникам и преподавательскому составу медицинских институтов; несовершенство учебных программ; большая занятость студентов-медиков в работе колхозов, строек и на прочих работах; слабая клиническая база многих медицинских вузов. Результатом стал тот же эффект плохо обученных специалистов. «Молодые врачи напоминают необученных рекрутов,— заявил на I Всесоюзном съезде врачей заведующий кафедрой Вильнюсского государственного университета А. М. Марцинкявичус.— И это несмотря на год интернатуры, после которой мы, казалось бы, имеем подготовленного специалиста… а он боится каждого больного»[187].

Компенсировать издержки массового производства должна была система повышения их квалификации, но она не могла удовлетворить потребности всех нуждавшихся. Исследование, проведенное в 1986 году Всесоюзным НИИ социальной гигиены и организации здравоохранения имени Н. А. Семашко, показало, что из всех опрошенных участковых врачей-педиатров только 2,8% закончили ординатуру, 20% прошли курсы усовершенствования на центральных базах, а у 38,8% врачей срок последнего повышения квалификации превысил пять лет[188]. Как следствие, число врачебных ошибок опять начало расти, и слабая подготовка врачей становилась очевидной даже пациентам.

---

[186] Всесоюзный съезд врачей, Москва, 17—19 октября 1988. С. 35, 47.

[187] Там же. С. 86.

[188] Архив Национального НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко / Отчет о научно-исследовательской работе «Медико-социальные основы развития и совершенствования охраны материнства и детства». М., 1986. С. 152.

По данным социологического опроса, у 53,8 тысяч человек, проведенного органами государственной статистики в октябре 1988 года, более половины респондентов высказывали неудовлетворенность работой амбулаторно-поликлинических, больничных и родовспомогательных учреждений[189]. Люди говорили о разрушенных помещениях, плохих лекарствах, скудном питании, безразличном отношении медицинского персонала и низкой квалификации врачей, грязных палатах и туалетах. Главными причинами низкой оценки работы поликлиник были очереди на прием, отсутствие врачей нужной специализации, качество обслуживания и невнимание врачей к пациентам[190].

Профилактические мероприятия

По меткому выражению будущего министра здравоохранения Е. И. Чазова, профилактика, объявленная одним из основополагающих принципов советского здравоохранения и сыгравшая огромную роль в борьбе с эпидемиями в раннесоветское время, в 1960—1980-х годах «обросла пустыми декларациями, общими лозунгами и благими пожеланиями и на деле перестала быть основным методом активной борьбы за сохранение здоровья народа»[191]. На фоне декларативных заявлений о необходимости всеобщей диспансеризации и «дальнейшего совершенствования первичной медицинской помощи» под постоянным наблюдением состояло только 30% населения[192]. Разовые профилактиче-

[189] Социальное развитие СССР. Статистический сборник. М., 1990. С. 257.

[190] Охрана здоровья в СССР. Статистический сборник. М., 1990. С. 137.

[191] Всесоюзный съезд врачей, Москва, 17—19 октября 1988. С. 24.

[192] В 1984 году — 58 млн человек, в 1988 году — 65,5 млн человек. Социальное развитие СССР. Статистический сборник. М., 1990. С. 260.

ские осмотры затрагивали чуть больше 40%[193]. Более четверти населения СССР годами не посещали врачей. Как следствие, в 1987 году у 28,2% больных злокачественное образование было выявлено в третьей и у 21,4% — в четвертой стадии его развития, когда медицина уже фактически бессильна[194].

Проводимое санитарное просвещение не приносило ощутимого результата. Как свидетельствуют исследования, миллионы прочитанных тогда санитарно-гигиенических лекций находились в противоречии с уровнем медицинских, гигиенических и санитарных знаний населения. Они отсутствовали даже по самым элементарным вопросам. Сексуального воспитания не было вообще. Как следствие, главным средством контрацепции, а также методом планирования семьи был аборт. В 1960—1980-х годах СССР стал мировым лидером по их числу: от 6,8 до 7,3 миллионов операций (от 97,2 до 107,4 на 1000 женщин в возрасте 15—49 лет)[195]. Это почти на миллион превышало количество родов. Наиболее высокие показатели фиксировались в РСФСР — от 122,8 до 126,3.

Профилактикой заболеваемости подростков занимались врачи-пенсионеры или совместители. Их незаинтересованность в работе из-за низкой зарплаты и квалификации, бездейственность отражались на том, что за первые восемь лет школы количество относительно здоровых детей сокращалось в четыре раза. Количество детей с близорукостью вырастало с 3 до 30%, с нервно-психическими расстройствами — с 15 до 40%, с заболеваниями органов пищеварения — вдвое. По данным председателя Государственного комитета

[193] В 1975 году — 107 млн человек, в 1980 году — 113 млн человек, в 1985 году — 123 млн человек, в 1988 году — 125 млн человек. Социальное развитие СССР. Статистический сборник. М., 1990. С. 260.

[194] Всесоюзный съезд врачей, Москва, 17—19 октября 1988. С. 27.

[195] Социальное развитие СССР. Статистический сборник. М., 1990. С. 271.

СССР по народному образованию Г. А. Ягодина, 30—40% выпускников школ имели отклонения в работе сердечно-сосудистой системы[196].

Оплата труда

Среднемесячная заработная плата в сфере здравоохранения в 1970—1980-е годы была на 40—45% ниже, чем в среднем по народному хозяйству (табл. 13). Она была более чем в два раза ниже оплаты труда промышленно-производственных работников[197]. При этом если рабочий выполнял больше нормы в установленное рабочее время, то его зарплата росла, а зарплата врача при любой нагрузке оставалась фиксированной.

Низкая оплата вызывала профессиональную неудовлетворенность врачей, среднего и младшего медицинского персонала своей работой. Она же стимулировала незаконные формы заработков. Получение платы за частный визит врача на дом, за сокращение сроков госпитализации, за проведение обследований и оперативных вмешательств, за ночные дежурства нянь у постелей больных в 1970—1980-е годы стало обыденностью. «Низкая общественная оценка труда врачей… в „период застоя“ обернулась… частной платой за услуги,— справедливо отмечала в 1986 году социолог и экономист академик Т. И. Заславская.— Возникла организованная система поборов, взимаемых по определённой таксе и за госпитализацию больных, и за проведение обследований, операций и пр.»[198]. Еще более жестко о политике своих пред-

[196] Всесоюзный съезд врачей, Москва, 17—19 октября 1988. С. 91.

[197] В 1981 году 53,9% медицинских работников получали менее 120 рублей, а 11,8% — менее 80 рублей.

[198] *Заславская Т. И.* О стратегии социального управления перестройкой // Иного не дано. М., 1988. С. 28.

Таблица 13

Среднемесячная денежная заработная плата*

	1975	1980	1985	1988
Все народное хозяйство	145,8	168,9	190,1	219,8
Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение	102,3	126,8	132,8	152,5

* Социальное развитие СССР. Статистический сборник. М., 1990. С. 93.

шественников высказался новый состав ЦК КПСС и Совета Министров в 1987 году. В медицине,— провозглашало специально выпущенное Постановление,— «получили распространение такие явления, как черствость, бездушие, грубость, безответственное отношение к выполнению профессионального долга, взяточничество, бюрократизм. Нравственные и этические деформации распространились на прием в высшие медицинские учебные заведения, оценку результатов обучения и работы, продвижение по службе. Существовавшая система оплаты труда не стимулировала стремления к улучшению качества работы, овладению знаниями и навыками, повышению квалификации».

По данным Прокуратуры СССР, в 1988 году здравоохранение по общему числу совершенных преступлений занимало восьмое место среди прочих отраслей народного хозяйства, а по числу совершенных должностных преступлений — пятое[199].

Эти проблемы касались всей системы здравоохранения СССР. Они не обошли стороной даже крупные столичные и республиканские больницы, клиники медицинских вузов и научно-исследовательских институтов. Однако их сложности не шли ни в какое сравнение с положением дел в сельском здравоохранении.

[199] Всесоюзный съезд врачей, Москва, 17—19 октября 1988. С. 181.

Сельская медицина

Обеспеченность врачами, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощью сельского населения была примерно в два раза ниже, чем городского. Проведенное в 1970 году комплексное исследование состояния здоровья населения выявило негативы в работе сельского здравоохранения во всех союзных республиках: наличие грубых ошибок в диагностике болезней органов пищеварения, новообразований, болезней женских половых органов, болезней кожи и подкожной клетчатки, врожденных аномалий развития, а также хронических заболеваний в ранних детских возрастах[200]. Последнее стало причиной того, что регистрируемые уровни смертности детей этих возрастов в селах были в 2—2,5 раза выше, чем в городах.

Медицинские осмотры показывали, что примерно четвертая часть хронических заболеваний у мужчин и треть — у женщин являются нераспознанными в сельских лечебно-профилактических учреждениях. Эта доля невыявленной патологии изменила статистику общей повозрастной заболеваемости, рассчитываемой на основе обращаемости к врачам. Максимум заболеваемости, приходившийся на возрастную группу 40—49 лет, при добавлении выявленных данных сместился в возрастную группу 70 лет и старше, а качество медицинского обслуживания лиц этой возрастной группы было признано неудовлетворительным.

Скудной была помощь со стороны сельской травматологической службы. При одинаковых показателях несчастных случаев и травм в городах и селах уровень смертности сельского населения (особенно в стандартизованных показателях) был существенно выше[201]. Многочисленные примеры

[200] Результаты комплексного изучения состояния здоровья населения в связи со Всесоюзной переписью населения 1970 года / Ред. А. А. Роменский. Т. I. М., 1978. С. 152.

такого непрофессионализма и нарушения медицинской этики приведены в книге В. Фефелова «В СССР инвалидов нет!»[202].

Риторически провозглашаемая «охрана здоровья» матери и ребенка воплотилась в показателях младенческой смертности в СССР. В 1988 году стране не хватало 30 тысяч коек для проведения родов и 130 тысяч коек для лечения больных детей. И это при том, что 25 000 имеющихся коек предстояло ликвидировать из-за того, что они размещались в разрушавшихся зданиях[203]. 67% детских санаториев были выстроены до 1940 года и ко времени проведения обследования соответствовали своему предназначению лишь с очень значительными оговорками.

Сейчас в сети Интернет выложены коллекции мемуаров советских женщин, в которых описаны тяжелые условия пребывания рожениц в роддомах в 1970—1980-х годах. Для некоторых из них полученный опыт оказался травмой, которая заставила отказаться от идеи второго ребенка[204]. «Родильные дома, детские поликлиники и стационары, женские консультации из-за неудовлетворительного оснащения, слабой подготовки кадров не обеспечивают современного уровня профилактики, диагностики и лечения,— признали ЦК КПСС и Совет Министров в 1987 году.— В учреждениях родовспоможения, отделениях и палатах для выхаживания недоношенных детей и лечения новорожденных грубо нарушаются санитарно-гигиенические требования». По оценке академика В. И. Кулакова, большинство осложнений и летальных исходов по так называемым акушерским причинам произошли по вине врачей. Это подтвердил и экспертный ана-

[201] Там же.

[202] Фефелов В. «В СССР инвалидов нет!..». London: Overseas Publications Interchange Ltd, 1986.

[203] Всесоюзный съезд врачей, Москва, 17—19 октября 1988. С. 29.

[204] Советские роддома // LiveJournal. URL: https://germanych.livejournal.com/139656.html (последнее посещение 20.05.2022).

лиз, осуществленный в 1990 году. Его приговор гласил: в 51,7% случаев смерть матери можно было предотвратить[205].

Политика партии

Было ли известно описанное положение дел правительству и высшему партийному руководству страны? Сегодня можно уверенно утверждать, что да. Министерство здравоохранения и правительство владели полной информацией. Все статистические свидетельства, приводимые в данной книге, взяты из официальных справочников, которые составлялись и публиковались Министерством здравоохранения.

Ссылаясь на эти сводки, министры Б. В. Петровский и С. П. Буренков подавали в ЦК КПСС докладные записки и просили принять экстренные меры[206]. Став в 1987 году министром, кардиолог Чазов не только писал, но и публично выступал с рассказом о бедах здравоохранения. На XIX партийной конференции и на I съезде народных депутатов его слушателями были генеральный секретарь КПСС и все партийные лидеры. В ЦК КПСС поступали тысячи писем от врачей с описанием катастрофы[207]. Обращаясь к политикам, медики обосновывали необходимость реформы не только гуманитарными соображениями, но и экономической рациональностью. Они сообщали о колоссальных экономических потерях государства из-за роста заболеваемости и преждевременной смертности. Только в 1985 году потери рабочего времени из-за временной нетрудоспособности в десять раз

[205] Акушерско-гинекологическая помощь / Ред. В. И. Кулаков. М., 2000. С. 239—297.

[206] Всесоюзный съезд врачей, Москва, 17—19 октября 1988. С. 14.

[207] Там же.

превысили непроизводительные потери из-за простоев, прогулов, невыхода на работу с разрешения администрации. А пособий по временной нетрудоспособности было выплачено на сумму 7,3 миллиарда рублей, что составило 1,3% ВВП[208].

Никакие аргументы не побудили брежневское правительство обеспокоиться и перейти к политике действий. Высшее политическое руководство страны умиротворяюще предлагало медикам подождать и потерпеть. И как впоследствии вспоминали медицинские администраторы, лидеры «топили суть проблемы в общих рассуждениях, призывах, не подкрепленных конструктивными решениями», разворачивая «сиюминутные пропагандистские кампании»[209]. Единственной ответной реакцией были постановления «о мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья». ЦК КПСС и Совет Министров выпускали их в 1968, 1977 и 1982 годах. Эти бюрократические тексты, по оценке Чазова, «носили настолько общий, декларативный характер, настолько были лишены конструктивизма, новизны мышления, финансовой поддержки, что не могли сколько-нибудь заметно повлиять на существующую в здравоохранении ситуацию»[210].

Финансовых инвестиций в истощенную систему советского здравоохранения не было. Рост (в абсолютных величинах) ассигнований едва покрывал расходы, связанные с ростом населения. А доля расходов государственного бюджета, выделенного на здравоохранение, с каждым годом снижалась: в 1960 году — 6,6%, в 1970 — 6,1%, в 1980 — 5%, а в 1985 — 4,6%. В процентном отношении к ВВП это составляло около 3%, что обеспечивало СССР место в седьмом десятке стран по этому показателю[211]. Подобная же ситуация бы-

[208] *Царегородцев Г. И.* Социальные условия и здоровье населения // Советское здравоохранение. 1987. № 11. С. 3—7.

[209] Всесоюзный съезд врачей, Москва, 17—19 октября 1988. С. 194.

[210] Там же. С. 19.

ла и с охраной окружающей среды, доля расходов на которую в бюджете также не росла и составляла около 1,3%.

Министерство здравоохранения возлагало надежды на принятые в 1987 году «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года». Эту программу отличает не только жесткая критика существовавшего положения дел, но и перечень конкретных мер ее реализации. Руководство страны обещало выделить на здравоохранение дополнительно 190 миллиардов рублей. Но в условиях перестройки всей политической системы и финансового дефолта эти решения были забыты.

Может быть, у советского государства не было финансовых ресурсов для «заботы о здоровье» граждан? Были. На протяжении 1960—1980-х годов темпы роста советской экономики действительно снижались, но ресурсов хватало на космос и вооружение, строительство Байкало-Амурской магистрали. Внешнеэкономическая конъюнктура обеспечила рост цен на энергоресурсы, приток газо- и нефтедолларов. В этих условиях финансирование здравоохранения было вопросом политической воли. По всей видимости, у партийного руководства не возникало желания потратить деньги на больницы и врачей потому, что ухудшение здоровья и ранняя смертность населения не создавали политической проблемы. Они компенсировались естественным приростом населения за счет высокой рождаемости. Единственное, что волновало бюрократов,— это *очевидная* доступность медицинской помощи. В разработанных в СССР теории и истории медицины утверждалось, что бесплатность и доступность — главные достижения и принципы советской медицины. Эти принципы и финансировали.

В годы перестройки торакальный хирург Н. М. Амосов записал в дневнике: «Избыток врачей при постоянном их

[211] Там же. С. 17.

недостатке. 1,3 миллиона — это вдвое больше на душу населения, чем в развитых странах, имеющих как платное, так и государственное здравоохранение. После революции Семашко выторговывал шестичасовой рабочий день, но из него медики половину времени тратят зря, на болтовню или ненужную писанину. Коек — тоже много и тоже не хватает, потому что используются плохо, лечат долго и неэффективно. Да и выписывать больных трудно: условия у многих людей очень плохие. Почему плохо лечат? Первое — нет стимулов, значит, нет ни старания, ни уменья. Второе — мало средств и лекарств»[212].

Благодаря высоким показателям доступа к медицинской помощи правительство считало свои конституционные обязанности выполненными. А очевидная деградация системы здравоохранения, снижение качества медицинской помощи и ухудшение состояния здоровья населения объяснялись нерадивостью отдельных исполнителей (руководителей больниц или плохих врачей). С 1980-х годов в низких показателях здоровья стали обвиняться еще и пациенты, которые якобы не уследили за своим здоровьем, поздно обратились за помощью, занимались самовредительством. Именно в эти годы в медицинской среде родилась печальная шутка: «Если больной поправился, то в этом заслуга врача, а если умер, так он и был больной».

Из сказанного не следует, что в СССР не было хорошо оснащенных амбулаторий, больниц и клиник, в которых работали бы высококвалифицированные врачи, способные оказывать медицинскую помощь на современном уровне. Они, безусловно, были, но, судя по имеющимся и приведен-

[212] *Амосов Н. М.* Книга о счастье и несчастьях. Дневник с воспоминаниями и отступлениями. М., 1990; Цит по: *Амосов Н. М.* Голоса времен // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/653629 (последнее посещение 24.07.2022).

ным выше данным, представляли собой исключение и могли эффективно бороться за здоровье пациентов скорее вопреки системе здравоохранения, чем благодаря ей. А чаще всего их сил и талантов хватало лишь на обслуживание ограниченного числа людей, относившихся главным образом к партийной или культурной элите столичных городов.

Ухудшение здоровья советских людей в эпоху застоя

На страницах научной печати и в средствах массовой информации всплывают контрастные суждения об эффективности охраны здоровья в СССР в 1960—1980-е годы. Мнения распределяются в широком спектре: от признания советской системы охраны здоровья образцом для подражания до констатации ее коллапса. В этой дискуссии эмоций, как правило, значительно больше, чем научных аргументов, которые чаще всего ограничиваются лишь официальными данными о состоянии сети и деятельности системы здравоохранения (количество врачей, коек, госпитализированных пациентов и т. д.) и демографической статистикой. Мы в этой дискуссии пошли от обратного, избрав в качестве основного критерия для оценки эффективности системы здравоохранения изменения в показателях состояния здоровья советских людей.

Статистика здоровья появлялась в публикациях и раньше, но была фрагментарной и без анализа динамических рядов. Это не вина исследователей, а вынужденная необходимость. В 1960—1980-е годы из всей собираемой медицинской статистики в печать проникали лишь данные, которые убеждали читателей в успехах советского государства. Статистика неудач просочилась в медиа в период перестройки, но и тогда она дозировалась «Основными направлениями развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке» (1987). Этот

документ определял политику гласности в области медицины.

Постсоветские российские и зарубежные историки не были стеснены идеологическими ограничениями и даже получили доступ к засекреченным архивным документам. Но новых данных в дебаты о советском здоровье они не привнесли. Во-первых, исследовательский интерес к СССР тогда таял и был перенаправлен в сторону выделившихся государственных образований и их прошлого. Во-вторых, оперируя исключительно демографическими данными, историки тех лет говорили о глобальных проблемах государства и не улавливали в исследовательские сети проблемы советских людей со здоровьем.

Мы аккумулировали доступную на данный момент совокупность статистических данных о здоровье населения СССР за 1960—1980-е годы. Таблицы составлены на основе статистических справочников, которые издавались Министерством здравоохранения СССР ограниченным тиражом для служебного пользования, а также на основе отчетов о проведенных исследовательских проектах Национального НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко.

Показатели физического развития

Они использовались в СССР для демонстрации успехов социалистического строительства, роста благосостояния граждан и улучшения их питания. Действительно, со времени Великой Отечественной войны и вплоть до 1970 года антропометрические показатели (рост, масса тела, окружность груди) выросли во всех возрастных группах и на всей территории Советского Союза. А показатель среднего роста женщин даже превзошел аналогичный показатель в США. Однако в 1970-х годах этот рост замер, а в 1980-х годах началось снижение средних антропометрических показателей совет-

ских детей по росту и массе тела. Причем такое наблюдалось во всех республиках[213]. Проведенные в СССР комплексные оценки уровня физического развития (сопоставление трех основных параметров тела) выявили группы населения, имевшие выраженную дисгармонию физического развития. В частности, было установлено, что в отдельных регионах 14,5—24% жителей имеют дефицит массы тела и недоразвитие груди. При этом до 23,2% лиц имели избыточную массу тела[214]. К концу 1980-х годов жителей с избыточной массой тела стало 30%[215].

Заболеваемость

Важным показателем здоровья населения является заболеваемость. Динамика ее показателей редко анализировалась в исторической литературе.

В изучаемый период сплошной текущий учет заболеваемости осуществлялся лишь по социально значимым болезням («группы заболеваний специального учета»). К ним относились инфекционные заболевания, включая туберкулез и инфекции, передаваемые половым путем, онкологические заболевания, психические расстройства, алкоголизм и нар-

[213] *Brainerd E.* Reassessing the Standard of Living in the Soviet Union: An Analysis Using Archival and Anthropometric Data // The Journal of Economic History. Vol. 70. № 1 (March 2010). P. 83—117.

[214] Наибольшее число лиц с избытком массы тела было выявлено среди женщин в г. Краснодаре, а с дефицитом — среди детей в возрасте 4—5 лет в г. Целинограде. Результаты комплексного изучения состояния здоровья населения в связи со Всесоюзной переписью населения 1970 года. С. 30.

[215] Социальное развитие в СССР. Статистический сборник. М., 1990. С. 6; Союз Советских Социалистических Республик // Краткая медицинская энциклопедия. Т. 3. М., 1990. С. 139.

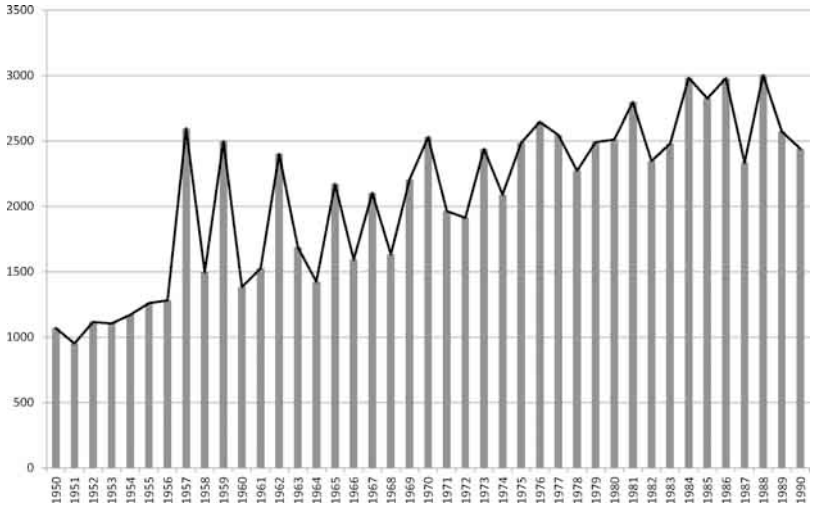

Рис. 4. Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР (25 нозологий) в 1950—1990 годах, на 10 000 населения

Источники: Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966; Инфекционные болезни в СССР. Статистический справочник / Ред. П. Н. Бургасов. М., 1968; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1976; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1981; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1986; *Бургасов П. Н.* Состояние и перспективы дальнейшего снижения инфекционной заболеваемости в СССР. М., 1987; Охрана здоровья в СССР. Статистический сборник. М., 1990; Социальное развитие СССР. Статистический сборник. М., 1990; РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 68. Д. 6852.

комании. Выстроенные нами динамические ряды показали устойчивый рост заболеваемости по всем этим группам.

Перечень инфекционных заболеваний и показатели заболеваемости представлены в табл. 14, а динамика изменений их суммарных значений[216] — на рис. 4.

Первое, что обращает на себя внимание в табл. 14, это значительные успехи советского государства в борьбе с отдельными инфекциями. Была полностью ликвидирована натуральная оспа. До минимальных значений снижена заболеваемость всеми видами тифов, малярией, полиомиелитом,

Показатели заболеваемости инфекционными болезнями

Годы	Заболеваемость											
	брюшной тиф	сыпной тиф	возвратный тиф	оспа	малярия	корь	скарлатина	коклюш	дизентерия	дифтерия	грипп и ИВДП	гонорея
1950	2,7	0,91	0,001	0,0006	43,4	58,1	33,1	17,5	21,7	4,7	715,64	8,16
1951	2,68	0,85	0,0002	0,016	19,17	82,72	33,32	28,65	31,8	4,73	581,7	7,54
1952	2,63	0,8	0	0,004	9,85	63,27	24,18	25,56	34,8	5,34	777,71	6,62
1953	2,79	0,75	0	0	6,11	77,61	23,55	26,68	48,13	5,54	742,01	7,27
1954	3,03	0,6	0	0	3,78	96,21	30	28,01	56,65	6,35	775,54	7,38
1955	3,14	0,5	0	0,003	1,82	92,52	41,89	37,84	50,01	7,63	855,17	7,07
1956	2,73	0,41	0	0,003	0,65	60,24	34,9	28,78	38,48	7,48	946,08	6,38
1957	2,67	0,31	0	0	0,25	106,74	22,84	36,27	48,5	6,18	2112,84	6,5
1958	2,7	0,31	0	0,001	0,12	79	28,5	39,1	37,4	5,9	1028,53	7
1959	2,3	0,27	0	0	0,076	81,6	31	36,8	39,6	4,1	2041,32	6,54
1960	2,2	0,29	0	0,002	0,017	97,2	31,3	25,9	37,52	2,5	925,65	7,4
1961	2,2	0,27	0	0	0,016	90,4	27,5	20,1	32,59	1,14	1103,88	7,3
1962	1,84	0,22	0	0	0,017	96,94	23,81	21,28	32,63	0,69	2006,73	6,8
1963	1,83	0,21	0	0	0,009	73,27	21,93	16,23	36,82	0,4	1312,85	7,24
1964	1,39	0,2	0	0	0,021	89,3	22,3	12,6	24,2	0,3	1046,19	8,34
1965	1,1	0,16	0	0	0,014	92,3	23	8,2	28,2	0,2	1827,66	8,68
1966	1,18	0,14	0	0	0,012	74,95	29,67	6,25	44,07	0,13	1277,17	6,8
1967	1,02	0,14	0	0	0,008	76,19	25,31	4,86	38,7	0,11	1799,27	8,5
1968	0,98	0,13	0	0	0,007	66,29	21,07	5,01	34,24	0,093	1343,4	10,5
1969	0,95	0,12	0	0	0,012	21,22	18,08	2,19	41,83	0,071	1974,93	10,6
1970	0,9	0,11	0	0	0,253	19,42	19,36	1,63	46	0,045	2300,21	10,6
1971	0,77	0,136	0	0	0,172	24,01	20,82	1,74	47,1	0,031	1722,27	11,3
1972	0,79	0,137	0	0	0,039	11,78	12,91	1,4	64,63	0,02	1684,81	11,1
1973	0,8	0,121	0	0	0,041	11,46	12,76	1,21	49,76	0,013	2216,92	11,2
1974	0,92	0,132	0	0	0,021	14,84	14,56	1,23	55,71	0,011	1854,57	11,3
1975	1,02	0,079	0	0	0,017	14,3	14,2	0,59	62,03	0,007	2159,74	10,8
1976	0,82	0,071	0	0	0,017	12,5	14,94	1,29	36,38	0,007	2374,63	10,7
1977	0,88	0,006	0	0	0,014	12,18	11,91	0,87	40,47	0,009	2270,93	14,3
1978	0,69	0,055	0	0	0,017	20,89	11	0,66	19,97	0,01	2032,62	14,9
1979	0,69	0,047	0	0	0,019	14,53	9,33	0,95	30,78	0,01	2219,44	14,7
1980	0,64	0,042	0	0	0,04	13,4	8,7	0,5	17,49	0,013	2276,1	14,79
1981	0,64	0,034	0	0	0,062	12,82	8,48	0,96	28,91	0,021	2539,01	14,3
1982	0,64	0,033	0	0	0,063	17,28	12,04	1	18,38	0,034	2090,82	13,6
1983	0,68	0,027	0	0	0,069	8,59	10,77	0,709	22,33	0,051	2227,89	13
1984	0,685	0,021	0	0	0,085	9,19	9,53	0,945	26,22	0,058	2751,25	12,4
1985	0,63	0,019	0	0	0,1	9,8	10	1,94	22,35	0,055	2592,8	11,3
1986	0,47	0,01	0	0	0,08	5,9	12,8	0,63	33,1	0,041	2738,3	9,46
1987	0,45	0,01	0	0	0,06	6,7	11,7	0,72	34	0,038	2102,5	8,63
1988	0,4	0,01	0	0	0,06	5,8	7,5	1,59	28	0,03	2799,9	9,07
1989	0,33	0,01	0	0	0,05	1,8	7,8	1,29	23,5	0,029	2376,1	10,57
1990	0,3	0,01	0	0	0,02	1,6	6,2	1,16	16,5	0,06	2271,10	9,7

Примечание. ИВДП — инфекции верхних дыхательных путей.

Таблица 14

в СССР в 1950—1990 годах, на 10 000 населения

на 10 000 населения

туберкулез	сифилис	острые кишечные инфекции	вирусный гепатит	паротит	полиомиелит	бруцеллез	туляремия	сибирская язва	ветряная оспа	столбняк	менингит	лептоспироз
56,8	2	36,4	—	н. д.	0,143	2,93	0,363	0,1	н. д.	0,118	0,277	0
53	1,16	36,3	—	н. д.	0,136	2,84	0,16	0,093	н. д.	0,133	0,19	0
49,2	0,71	43,2	4,14	н. д.	0,216	3,05	0,134	0,084	н. д.	0,136	0,155	0
38	0,53	51	7,03	н. д.	0,19	3,02	0,107	0,067	н. д.	0,139	0,121	0,54
29	0,46	65,7	9,84	23,93	0,29	2,65	0,166	0,064	30,46	0,127	0,127	0,22
12,9	0,42	61,8	13,24	35,12	0,885	2,25	0,148	0,066	34,27	0,138	0,124	0,32
18	0,34	55,8	15,18	28,25	0,876	2,25	0,056	0,059	33,35	0,12	0,097	0,17
12,8	0,45	163,3	16,22	25,18	0,934	1,84	0,276	0,063	30,19	0,131	0,087	0,14
18,3	0,62	150	17,89	36,78	1,07	1,72	0,061	0,045	39,69	0,121	0,09	0,16
17,5	0,5	143,9	17,5	32,89	0,65	1,57	0,047	0,048	38,76	0,114	0,068	0,15
17	0,56	127,8	23,95	39,55	0,33	1,38	0,062	0,035	41,42	0,108	0,045	0,22
16,9	0,53	110,9	26,59	41,46	0,17	1,31	0,042	0,04	40,46	0,104	0,036	0,27
9,1	0,36	104,46	20,87	30,24	0,08	1,11	0,032	0,038	41,56	0,098	0,027	0,22
14,7	0,29	102,82	19,3	35,84	0,04	0,96	0,071	0,033	41,4	0,091	0,023	0,31
13,7	0,29	78,13	22,73	52,17	0,02	0,82	0,025	0,027	50,65	0,072	0,022	0,13
12,46	0,29	63	20,39	41,2	0,013	0,67	0,005	0,029	43,36	0,059	0,02	0,16
11,1	0,4	46,4	19,96	26,66	0,012	0,6	0,012	0,04	45,17	0,055	0,021	0,19
8,4	0,52	42	15,8	37,87	0,006	0,51	0,012	0,028	42	0,05	0,05	0,18
8,9	0,76	39	15,58	44,06	0,005	0,4	0,008	0,025	42	0,042	0,1	0,005
8,3	1,1	38	14,1	27,97	0,008	0,35	0,002	0,015	42	0,04	0,15	0,006
7,96	1,43	36,4	15,93	29,36	0,011	0,28	0,001	0,021	39,28	0,03	0,2	0,03
7,59	1,96	24,6	17,16	35,9	0,008	0,243	0,002	0,026	46,17	0,03	0,27	0,105
7,24	2,34	26,1	18,4	30,64	0,007	0,23	0,008	0,022	38,75	0,02	0,54	0,06
6,97	2,22	23,9	21,68	31,67	0,007	0,22	0,005	0,016	46	0,02	0,5	0,04
6,7	1,98	24,5	20,91	35,84	0,006	0,24	0,005	0,018	45,01	0,02	0,36	0,042
6,32	1,06	101,88	27,63	36,76	0,005	0,229	0,006	0,021	47,39	0,02	0,32	0,04
5,9	2,1	70,02	25,42	36,5	0,004	0,226	0,002	0,015	52,92	0,02	0,31	0,02
5,6	2,1	78,35	25,15	32,74	0,01	0,217	0,005	0,014	48,15	0,02	0,29	0,027
5,3	2,3	53,86	22,55	31,3	0,006	0,202	0,019	0,011	54,47	0,01	0,26	0,025
5,1	2,1	67,51	28,49	42,12	0,008	0,111	0,012	0,016	53,97	0,02	0,25	0,023
5,01	1,97	49,9	30,2	38,7	0,006	0,131	0,004	0,011	51,39	0,01	0,3	0,03
4,95	1,6	66,61	31,53	33,3	0,011	0,14	0,024	0,01	53,59	0,01	0,29	0,067
4,77	1,4	52,5	35,29	38,49	0,009	0,173	0,006	0,008	58,04	0,01	0,31	0,041
4,69	1,2	58,56	43,03	29,44	0,006	0,168	0,011	0,009	57,52	0,01	0,31	0,087
4,64	1,05	63,32	32,24	15,91	0,004	0,18	0,017	0,009	54,48	0,01	0,31	0,054
4,57	0,96	57,8	33,7	17,7	0,004	0,185	0,004	0,006	59,34	0,01	0,29	0,058
4,48	0,76	59,4	30,1	19,5	0,006	0,19	0,005	0,006	64	0,009	0,22	0,005
4,37	0,56	60,2	30,5	12,7	0,006	0,19	0,005	0,006	60,5	0,007	0,21	0,005
4,2	0,44	63,8	25,1	7	0,006	0,18	0,005	0,006	49,9	0,007	0,19	0,005
4	0,41	51,1	31,7	5,8	0,003	0,19	0,005	0,007	55,7	0,007	0,16	0,005
3,6	0,3	44,3	31,7	4,7	0	0,19	0,01	0,01	46,63	0,01	0,16	0,01

лептоспирозом, сибирской язвой. Во много раз снижена заболеваемость такими инфекционными болезнями, как корь, скарлатина, коклюш, дифтерия, туберкулез, сифилис, полиомиелит, лептоспироз, сибирская язва.

Однако, как и в течение предыдущего периода, снижение заболеваемости одними болезнями существенно перекрывалось ростом заболеваемости другими. Общий уровень инфекционной заболеваемости сохранял неутешительную тенденцию к росту. Суммарная заболеваемость двадцатью пятью наиболее распространенными инфекционными заболеваниями за период с 1960 по 1988 год выросла более чем в два раза — с 1382,5 до 3003,2 случаев на 10 000 человек[217].

Этот рост обеспечивался увеличением числа случаев заболевания гриппом и инфекциями верхних дыхательных путей (рис. 5). Советская система охраны здоровья оказалась не готова к вызовам, которые создали новые штаммы гриппа, зафиксированные в 1957 году. Как следствие, ежегодно гриппом и инфекциями верхних дыхательных путей в СССР болели от 35 до 75 миллионов человек, а государство несло экономические потери, оценивавшиеся от трех до пяти миллиардов рублей. Эта сумма составляла около четверти расходов на медицину.

Руководители советского здравоохранения оправдывали неспособность побороть рост заболеваемости социальными обстоятельствами — усилением урбанизации и миграции населения; ростом затрат на оплату больничных листов; улучшением медицинского обслуживания населения, благо-

[216] В отношении ветряной оспы и паротита нам не удалось обнаружить точных данных за 1950—1953 годы, и для формирования суммарных значений инфекционной заболеваемости мы использовали средние показатели заболеваемости этими нозологическими формами за 10 лет.

[217] *Затравкин С. Н., Хабриев Р. У., Щепин В. О., Саркисов А. С.* Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР: мифы и реальность. Сообщение 2. 1950—1990 годы. С. 466.

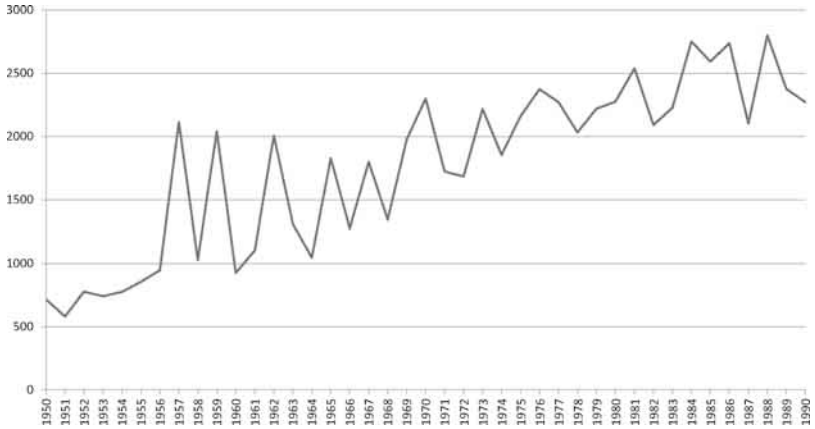

Рис. 5. Заболеваемость гриппом и инфекциями верхних дыхательных путей в СССР в 1950—1990 годах, на 10 000 населения

даря которому выявляются почти все заболевшие. Однако сравнительный анализ заболеваемости гриппом в СССР и ряде стран Северной, Центральной и Южной Европы (рис. 6), в которых урбанизация, миграция и качество медицинского обслуживания не уступали советским, не позволяет нам принять эти объяснения.

Видимо, ведущую роль в росте заболеваемости гриппом и инфекциями верхних дыхательных путей играли не социальные факторы, а качество профилактических мероприятий. Приведем только один факт. В СССР отказались от применения хорошо зарекомендовавших себя на Западе инактивированных вакцин подкожного или внутримышечного введения, а использовали живые гриппозные вакцины, вводившиеся в верхние дыхательные пути и обладавшие высокой реактогенностью. Это не позволяло иммунизировать детей в возрасте до 16 лет.

Кроме того, рост заболеваемости инфекционными болезнями был связан не только с эпидемиями гриппа. Росла заболеваемость гепатитами, острыми кишечными инфекция-

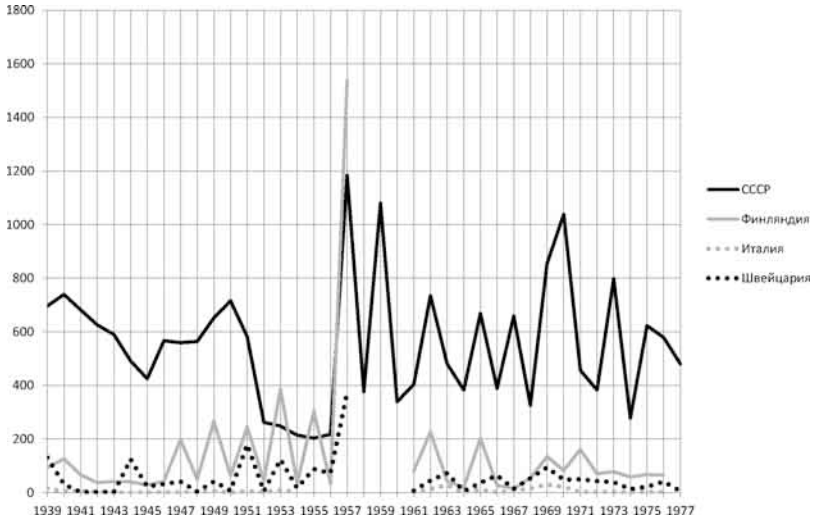

Рис. 6. Заболеваемость гриппом в СССР, Финляндии, Швейцарии, Италии в 1939—1977 годах, на 10 000 населения

Источники: Annual epidemiological and vital statistics. 1939—1946. Parth I. Vital statistics and causes of death. Geneve, 1951. P. 250—253; Epidemiological and vital statistics report. Geneve, 1950—1967; World health statistics report. Geneve, 1968—1978.

ми, дизентерией (см. табл. 14). Причем, как видно на рис. 7, показатели заболеваемости дизентерией в 1968—1976 годах были выше показателей 1930-х годов.

В 1950—1990-е годы произошел резкий рост заболеваемости (с 30 до 60 на 10 000 населения) ветряной оспой (табл. 15) и паротитом, что было связано с отсутствием средств специфической профилактики. Массовая вакцинация против паротита началась только в 1980 году. Это быстро отразилось на показателях заболеваемости, которая уже к 1985 году снизилась в два-три раза, а ко времени распада СССР — в пять-шесть раз (см. табл. 14)

Проведенное сравнение заболеваемости отдельными инфекционными болезнями в СССР и США выявило существенное превышение заболеваемости в Советском Союзе по

Рис. 7. Заболеваемость дизентерией в 1887—1949 годах, на 10 000 населения

большинству нозологических форм: гепатиту, дизентерии, кори, паротиту, туберкулезу (см. табл. 15). СССР мог гордиться только статистикой заболеваемости, связанной с инфекциями, передаваемыми половым путем (см. табл. 15). Здесь проявились последствия сексуальной революции в США.

Руководителям партии и правительства были известны эти показатели и невыгодное сравнение. Для успокоения в официальной печати различия объяснялись «неполнотой регистрации инфекционных заболеваний в ряде капиталистических стран». Утверждалось, что в США и ряде стран Европы нет обязательной регистрации инфекций, мало медиков и лечебных учреждений, а главное — платные услуги врачей, которые «резко ограничивают обращаемость населения за медицинской помощью».

Еще более тревожной, чем инфекционная, была статистика психической заболеваемости советских граждан (табл. 16, 17). Материалы справочников, издававшихся Министерством

Таблица 15

Показатели заболеваемости отдельными инфекционными болезнями в СССР и США, на 10 000 населения

Год	Вирусный гепатит		Дизентерия		Корь		Паротит		Туберкулез		Гонорея		Сифилис	
	СССР	США	СССР	США	СССР	США	СССР	США	СССР	США	СССР	США	СССР	США
1950			21,7	1,53	58,1	21,01			56,8	8,04	8,16	20,4	2	15,42
1951			31,8	2,08	82,72	34,56				7,73	7,54	17,95	1,16	13,18
1952	4,14	1,11	34,8	1,47	63,27	43,85			49,2	7,05	6,62	16,13	0,71	11,08
1953	7,03	2,10	48,13	1,03	77,61	28,37			38	5,3	7,27	15,74	0,53	10,08
1954	9,84	3,07	56,65	0,85	96,21	42,35			29	4,93	7,38	15,2	0,46	8,75
1955	13,24	1,93	50,01	0,84	92,52	33,79			12,9	4,69	7,07	14,92	0,42	7,6
1956	15,18	1,14	38,48	0,61	60,24	36,59			18	4,16	6,38	14,24	0,34	7,71
1957	16,22	0,87	48,5	0,57	106,74	28,59			12,8	3,92	6,5	12,98	0,45	7,83
1958	17,89	0,93	37,4	0,68	79	44,05			18,3	3,65	7	12,93	0,62	6,85
1959	17,5	1,33	39,6	0,72	81,6	23,01			17,5	3,25	6,54	13,71	0,5	6,93
1960	23,95	2,31	37,52	0,69	97,2	24,54			17	3,08	7,4	13,96	0,56	6,8
1961	26,59	3,96	32,59	0,68	90,4	23,16			16,9	2,94	7,3	14,78	0,53	6,97
1962	20,87	2,84	32,63	0,67	96,94	25,9			9,1	2,87	6,8	14,28	0,36	6,81
1963	19,3	2,27	36,82	0,69	73,27	20,42			14,7	2,87	7,24	14,57	0,29	6,93
1964	22,73	1,97	24,2	0,68	89,3	23,94			13,7	2,66	8,34	15,45	0,29	6,29
1965	20,39	1,74	28,2	0,57	92,3	13,51			12,46	2,53	8,68	16,38	0,29	5,97
1966	19,96	1,75	44,07	0,60	74,95	10,42			11,1	2,44	6,8	17,36	0,4	5,71
1967	15,8	2,08	38,7	0,68	76,19	3,17			8,4	2,31	8,5	19,3	0,52	5,32
1968	15,58	2,53	34,24	0,61	66,29	1,11	44,06	7,11	8,9	2,13	10,5	21,92	0,76	4,99
1969	14,1	2,68	41,83	0,59	21,22	1,28	27,97	4,01	8,3	1,94	10,6	24,59	1,1	4,81
1970	15,93	3,18	46	0,68	19,42	2,32	29,36	4,73	7,96	1,83	10,6	29,42	1,43	4,48
1971	17,16	3,33	47,1	0,78	24,01	3,64	35,9	5,50	7,59	1,71	11,3	32,41	1,96	4,64
1972	18,4	3,02	64,63	0,96	11,78	1,54	30,64	3,13	7,24	1,58	11,1	36,66	2,34	4,36
1973	21,68	2,79	49,76	1,07	11,46	1,26	31,67	2,96	6,97	1,48	11,2	39,87	2,22	4,14
1974	20,91	2,77	55,71	1,06	14,84	1,04	35,84	2,57	6,7	1,42	11,3	42,47	1,98	3,93
1975	27,63	2,60	62,03	0,77	14,3	1,13	36,76	2,67	6,32	1,59	10,8	46,41	1,06	3,73
1976	25,42	2,56	36,38	0,60	12,5	1,89	36,5	1,73	5,9	1,5	10,7	46,06	2,1	3,3
1977	25,15	2,57	40,47	0,73	12,18	2,61	32,74	0,88	5,6	1,39	14,3	45,61	2,1	2,94
1978	22,55	2,39	19,97	0,88	20,89	1,21	31,3	0,71	5,3	1,31	14,9	45,63	2,3	2,92
1979	28,49	2,51	30,78	0,89	14,53	0,61	42,12	0,61	5,1	1,26	14,7	44,71	2,1	2,99
1980	30,2	2,64	17,49	0,84	13,4	0,59	38,7	0,36	5,01	1,23	14,79	44,19	1,97	3,03
1981	31,53	2,52	28,91	0,87	12,82	0,14	33,3	0,19	4,95	1,19	14,3	43,18	1,6	3,17
1982	35,29	2,34	18,38	0,78	17,28	0,07	38,49	0,22	4,77	1,1	13,6	41,47	1,4	3,26
1983	43,03	2,42	22,33	0,84	8,59	0,06	29,44	0,14	4,69	1,02	13	38,51	1,2	3,19
1984	32,24	2,44	26,22	0,74	9,19	0,11	15,91	0,12	4,64	0,94	12,4	37,25	1,05	2,96
1985	33,7	2,50	22,35	0,72	9,8	0,12	17,7	0,12	4,57	0,93	11,3	38,31	0,96	2,84
1986	30,1	2,38	33,1	0,71	5,9	0,26	19,5	0,22	4,48	0,94	9,46	37,52	0,76	2,84
1987	30,5	2,36	34	0,98	6,7	0,15	12,7	0,45	4,37	0,93	8,63	32,23	0,56	3,57
1988	25,1	2,32	28	1,25	5,8	0,14	7	0,19	4,2	0,91	9,07	29,87	0,44	4,24
1989	31,7	2,60	23,5	1,01	1,8	0,73	5,8	0,22	4	0,95	10,57	29,74	0,41	4,49
1990	31,7	2,28	16,5	1,09	1,6	1,12	4,7	0,18	3,6	1,03	9,7	27,66	0,3	5,38

Таблица 16

Контингенты больных психическими расстройствами, на 100 000 человек*

Годы	Всего	Алкоголизм	Неврозы и психические расстройства не психотического характера**	Эпилепсия без психоза и слабоумия	Шизофрения и психозы, включая алкогольные***	Умственная отсталость	Наркомания и токсикомания
1963	835,3	н/д	130,6	80,3	н. д.	91,15	8,2
1964	923,1	н/д	143,3	87,3	н. д.	103,5	9,5
1971	1647,3	н/д	273	103,1	509,5	312,2	10,5
1973	1925,1	513,6	368,8	113,3	552,4	365,5	11,5
1975	2260,5	679,5	429,2	121,6	599,1	417,6	12,7
1980	3029,6	1197,9	576,1	123,4	672	446,6	13,6
1985	3551,2	1589,9	630,3	117,0	687,9	511,2	14,9

* Медицинское обслуживание населения СССР в 1963—1964 гг. Статистические материалы. ДСП. М., 1965. С. 354; Медицинская помощь населению СССР в 1971—1972 годах. Статистические материалы. ДСП. Ч. II. М., 1974. С. 536—537; Медицинская помощь населению СССР в 1973—1974 годах. Статистические материалы. ДСП. Ч. II. М., 1976. С. 578—579, 594—595; Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1976; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1981; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1986.

** Неврозы, психопатии, расстройства непсихотического характера, возникающие в результате соматических заболеваний.

*** Сенильная и пресенильная деменция, психозы в результате прогрессивного паралича и других проявлений сифилиса ЦНС, психозы в результате атеросклероза мозга и других сосудистых поражений мозга, психозы или слабоумие в результате эпилепсии, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и другие аффективные психозы, реактивные психозы.

Таблица 17

Число больных с впервые установленным диагнозом психического расстройства, на 100 000 человек*

Годы	Всего	Алкоголизм	Неврозы и психические расстройства не психотического характера	Эпилепсия	Шизофрения и все психозы	Умственная отсталость	Наркомания и токсикомания
1973	287,4	97,8	67,9	12,1	61,6	46,2	1,8
1975	328,0	121,4	77,5	11,5	67,6	47,9	2,0
1980	389,8	184,1	89,5	8,8	69,9	36,2	1,3
1985	426,3	203,8	108,3	8,1	62,5	40,1	3,5

* Медицинская помощь населению СССР в 1973—1974 годах. Статистические материалы. ДСП. Ч. II. М., 1976. С. 578—579, 594—595; Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1976; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1981; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1986.

Таблица 18

Число больных с впервые установленным диагнозом психического расстройства, на 100 000 человек детей в возрасте 0—14 лет*

Годы	Всего	Алкоголизм	Неврозы и психические расстройства не психотического характера	Эпилепсия	Шизофрения и психозы	Умственная отсталость	Наркомания и токсикомания
1971	211,0	0	43,9	14,4	8,2	107,2	0
1973	243,9	0,003	98,9	15,4	8,9	120,7	0,02
1975	261,4	0,05	107,5	14,5	9,0	130,4	0,01
1980	288,2	н. д.	176,9	11,3	8,8	91,2	н. д.
1985	330,6	н. д.	210,0	10,9	7,8	101,9	н. д.

* Медицинская помощь населению СССР в 1971—1972 годах. Статистические материалы. ДСП. Ч. II. М., 1974. С. 536—537; Медицинская помощь населению СССР в 1973—1974 годах. Статистические материалы. ДСП. Ч. II. М., 1976. С. 578—579, 594—595; Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1976; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1981; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1986.

здравоохранения ограниченными тиражами и предназначенных для служебного пользования, свидетельствуют о серьезном ухудшении психического здоровья населения. В период с 1959 по 1985 год число больных с расстройствами психики росло ежегодно. В 1985 году их было зарегистрировано без малого в полтора раза больше, чем в 1973 году, а общее число больных психическими расстройствами достигло 9,8 миллиона человек.

Быстро росла заболеваемость алкоголизмом, шизофренией и разными видами психозов. Аналогичная картина была по неврозам и психическим расстройствам непсихотического характера, возникавшим в результате соматических заболеваний. И так было даже в возрастной группе до 14 лет, то есть у детей (табл. 18).

Положение немного улучшилось в 1985—1987 годы, когда вследствие антиалкогольной кампании упали показатели алкоголизма и алкогольных психозов. А вот более позднюю динамику оценить трудно, поскольку в 1987 году в СССР

Таблица 19

Число самоубийств, на 100 000 населения*

	1956	1960	1962	1970	1975	1980	1990
Самоубийства	10,08	13,03	14,18	23,23	25,94	26,98	21,06

* Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1976; *Блюм А.* Родиться, жить и умереть в СССР. С. 106.

были изменены критерии постановки на диспансерный учет больных с психическими расстройствами: была выделена категория пациентов, наблюдаемых консультативно. Их перестали включать в статистику[218].

Исходя из вышеизложенного, неудивительно, что в СССР был высокий уровень суицида. К 1980 году он поднялся более чем в два с половиной раза по сравнению с 1956 годом (табл. 19). В 1980 году счеты с жизнью свели 71 353 человека[219]. И вновь — рост самоубийств остановился в годы проведения антиалкогольной кампании.

В изучаемый период выросла онкологическая заболеваемость. В два с четвертью раза (с 10,6 на 10 000 населения в 1958 году до 23,7 в 1988 году) увеличилось число больных с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования. А общая численность онкологических больных поднялась с 28,2 до 102,5 пациента на 10 000 населения[220].

Что касается общей заболеваемости, то до 1989 года ее сплошной текущий учет не осуществлялся. Установление параметров проводилось на основании выборочных исследований по отдельным территориям или населенным пунктам. В связи с этим выстроить динамические ряды заболеваемо-

[218] Охрана здоровья в СССР. Статистический сборник. М., 1990. С. 43.

[219] *Блюм А.* Родиться, жить и умереть в СССР. С. 106.

[220] Медицинское обслуживание населения СССР в 1963—1964 гг. Статистические материалы. ДСП. М., 1965. С. 354; Охрана здоровья в СССР. Статистический сборник. М., 1990. С. 34.

сти невозможно. Однако собранные нами результаты выборочных исследований, проведенных в 1958, 1967, 1970, 1977 и 1980 годах, позволяют зафиксировать рост числа болезней органов дыхания, а также сердечно-сосудистых и эндокринных болезней. Их доля в структуре общей заболеваемости неуклонно увеличивалась[221]. Так, распространенность болезней органов кровообращения в середине 1980-х годов составляла 300—350 случаев на 1000 населения[222]. В ходе комплексного исследования состояния здоровья населения, проведенного в 1970 году в связи со всесоюзной переписью, было установлено, что доля здоровых людей составляет менее половины населения: среди мужчин — 40—55%, а среди женщин — 30—47%[223].

При этом показатели инвалидности не поднимались. Ежегодно инвалидами признавались более 600 тысяч человек, причем каждый третий — моложе 45 лет. Но общее число инвалидов оставалось неизменным и колебалось между 6,3 и 6,5 миллиона человек[224]. Статистический парадокс объясняется следующим образом. Во-первых, это было связано с действовавшими правилами признания инвалидности. Со-

[221] Труды института и кафедр организации здравоохранения медицинских институтов / Ред. А. М. Мерков. М., 1961; *Бедный М. С., Саввин С. И., Стягов Г. И.* Социально-гигиеническая характеристика заболеваемости городского и сельского населения. М., 1975; *Жуковский Г. С., Максимова Т. М., Роменский А. Л.* Общая заболеваемость населения. 1977 год / РГАНТД. Ф. 177. Оп. 2—1. Ед. хр. 871. 120 л.; *Белицкая Е. Я., Елизаров В. А., Коловский Л. Я.* Некоторые итоги углубленного изучения здоровья населения // Советское здравоохранение. 1980. № 9. С. 15—20.

[222] Союз Советских Социалистических Республик // Краткая медицинская энциклопедия. Т. 3. М., 1990. С. 137.

[223] Результаты комплексного изучения состояния здоровья населения в связи со Всесоюзной переписью населения 1970 года / Ред. А. А. Роменский. Т. I. М., 1978. С. 153.

[224] Социальное развитие в СССР. Статистический сборник. М., 1990. С. 106.

гласно инструкции Минздрава от 4 августа 1956 года инвалидностью считалось стойкое нарушение (снижение или утрата) общей или профессиональной трудоспособности вследствие заболевания или травмы. Такая формулировка исключала возможность предоставления статуса инвалида детям до 16 лет и всем неработающим. Понятие «дети-инвалиды» появилось только в 1979 году[225]. Во-вторых, в СССР трудно было получить признание инвалидности, а при первой же возможности этот статус и социальные льготы отбирались.

Смертность

Особенности и динамика смертности изучаемого времени изучены демографами и демографическими историками достаточно тщательно. Это позволяет нам остановиться только на двух моментах. В 1964 году произошел разворот начавшейся во время Второй мировой войны тенденции к снижению общей смертности населения. В первые годы брежневского правления движение демографического процесса развернулось в обратную сторону. С 1964 по 1984 год коэффициент смертности вырос на 57% — с 6,9 до 10,8 случая на 10 000 населения[226]. Этот рост временно остановился и даже немного снизился только во второй половине 1980-х годов (до 10,0 — в 1989 году) в результате всё той же антиалкогольной кампании[227].

Исследователи здравоохранения объясняли негативную динамику отставкой Хрущева и переменами в политической жизни страны. Мы полагаем, что это довольно случайное совпадение. У роста смертности в позднем СССР есть иное

[225] Здравоохранение России. XX век. С. 41

[226] В этот же период в США общая смертность снизилась с 9,4 в 1964 году до 8,6 на 1000 населения в 1984 году.

объяснение, более тесно связанное с историей медицины. До 1960-х годов снижение смертности от большинства острых инфекционных и паразитарных заболеваний, туберкулеза, пневмоний и ряда заболеваний органов пищеварения достигалось широким применением антибиотиков. Во второй половине 1960-х годов статистика смертности изменила внутреннюю структуру. В 1965 году смертность от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также от внешних причин — несчастных случаев, травм и отравлений впервые перекрыла цифры снизившейся смертности от инфекционных заболеваний. Тогда же выросла смертность от болезней органов дыхания (с 67,04 на 10 000 населения в 1964 году до 115,7 — в 1976 году)[228]. А в 1973 году к этому добавилось возвратное движение — рост смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний (с 17,03 на 10 000 населения в 1973 году до 29,98 в 1982 году)[229].

Итак, в 1970-е годы в СССР медицинские статистики наблюдали гибридную структуру растущих показателей смертности. В ней были свойственные второй половине XX века показатели смерти от эндогенных причин, связанных с естественным старением организма. Но особенностью нашей

[227] Источники: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 33. Д. 2638; Статистический сборник. ДСП. М., 1966; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1976; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1981; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1986.

[228] Источники: Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1976; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1981; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1986.; Медико-социальные закономерности демографических процессов в СССР и союзных республиках // Архив НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко. Оп. 4. Ед. хр. 1490.

Таблица 20

Смертность населения СССР от основных классов причин смерти, на 100 000 населения

Годы	Инфекционные и паразитарные заболевания	БСК	БОД	БОП	Внешние причины	Онкология	Всего
1959	69,8	255,5	99,0	34,7	69,3	119,5	762,3
1964	39,8	282,9	68,8	24,7	77,3	124,4	694,2
1975	23,2	458,7	115,2	28,6	116,8	137,0	929,0
1980	23,3	540,5	109,2	30,0	132,8	139,5	1029,3
1985	23,3	584,7	95,8	30,2	112,3	149,9	1057,1

Примечание. БСК — болезни системы кровообращения, БОД — болезни органов дыхания, БОП — болезни органов пищеварения.

страны стали высокие показатели смертности от экзогенных причин, что обычно соответствует странам с неразвитой системой эпидемиологической защиты. Это обстоятельство заставило демографических историков заявить о незавершенности эпидемиологического перехода в СССР[230].

Анализ показателей смертности, взятых в региональном аспекте, показал, что хуже всего ситуация была в России. За ней следовали Украина, Молдавия, Туркмения, Прибалтика. От онкологии сильнее всего страдали жители Украины, Белоруссии, Казахстана и Прибалтики; от болезней органов дыхания — население Казахстана, Азербайджана, Туркме-

[229] *Аргутина Т. П.* Смертность и летальность инфекционных болезней в СССР в 1957—1967 гг. ДСП // Дисс. … канд. мед. наук. М., 1971; *Шахнина И. Л., Ивлиева О. М., Наркевич М. И.* Смертность от инфекционных болезней в СССР // ЖМЭИ. 1990. № 8. С. 54; Медико-социальные закономерности демографических процессов в СССР и союзных республиках // Архив НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Оп. 4. Ед. хр. 1490.

[230] *Захарова О. Д.* Демографическая ситуация в СССР в 80-е годы // Социологические исследования. 1991. № 4. С. 43—52; *Андреев Е. М., Дарский Л. Е., Харькова Т. Л.* Население Советского Союза: 1922—1991; Демографическая модернизация России: 1900—2000.

нии и Таджикистана; от инфекционных и паразитарных заболеваний — жители Средней Азии[231].

Советские теоретики здравоохранения объясняли рост общей смертности естественным старением населения. Тогда им никто не возражал и контраргументов выставить не мог. Сейчас же простое распределение статистических данных по возрастным группам показывает, что рост смертности был не только среди старых людей (табл. 21).

Более того, эти сравнения побуждают заметить тенденцию к «омоложению» смертности от многих заболеваний. Самыми «молодыми» стали смерти от инфекционных и паразитарных болезней и болезней органов дыхания (табл. 22). Затем идут смерти от болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований. Так, если в 1975 году доля умерших от заболеваний системы кровообращения в возрастной группе 35—39 лет составляла 15,5%, то в 1980 году она выросла до 19,4%.

«Постарели» лишь травмы и отравления, при этом они были основной причиной смерти мужчин в трудоспособном возрасте (15—59 лет). В 1985 году они составляли 34,5% от всех причин смерти мужчин и существенно превышали долю смертей от болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований, занявших второе и третье места с показателями 28,6 и 17,2% соответственно[232]. Это обстоятельство дало в 1978—1985 годах гигантский разрыв в продолжительности жизни по полу. Он достиг невероятного для европейских стран показателя в 10 лет и более[233].

---

[231] Смертность населения СССР и Союзных республик, 1975, 1983, 1984 годы. Статистические материалы к Коллегии Министерства здравоохранения. ДСП. М., 1986.

[232] Архив Национального НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Оп. 4. Ед. хр. 1490. *Максимова Т. М., Овчаров В. К., Русакова В. П.* Медико-социальные закономерности демографических процессов в СССР и Союзных республиках. М., 1987. С. 112.

Таблица 21

Число умерших мужчин в СССР в среднем за год на 1000 населения соответствующей возрастной группы*

Годы	Возрастная группа, годы																		
	всего	до 5	5—9	10—14	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60—64	65—69	70—74	75—79	80—84	более 85
1969—1970	8,8	7,6	0,8	0,7	1,5	2,3	3,4	4,3	5,6	7,1	9,4	13,7	18,8	28,1	41,2	61,1	87,2	130,8	205,7
1975—1976	10,1	9,4	0,8	0,6	1,4	2,6	3,3	4,7	5,9	8,1	10,5	14,6	20,8	30,2	43,3	64,1	95,0	141,0	205,7
1980—1981	11,1	9,0	0,8	0,7	1,5	2,7	3,7	4,7	6,8	8,7	12,1	16,3	22,4	32,9	46,0	66,8	96,1	142,4	220,3
1988	10,2	7,8	0,8	0,7	1,2	2,0	2,5	3,3	4,3	5,8	9,7	13,3	20,8	30,2	42,7	65,7	94,2	135,0	204,7

* Здоровье населения СССР и деятельность учреждений здравоохранения в 1989 году (статистические материалы). М., 1990. С. 84.

Таблица 22

Средний возраст смерти в СССР в 1973 и 1984 годах, годы*

Пол	Инфекционные и паразитарные болезни		Злокачественные новообразования		БСК		БОД		Травмы и отравления	
	1973	1984	1973	1984	1973	1984	1973	1984	1973	1984
М	54,0	36,8	64,4	63,8	74,6	72,3	61,9	57,8	43,1	43,6
Ж	48,9	25,6	65,8	65,8	80,2	79,8	67,4	61,5	50,4	50,8

* Архив Национального НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Оп. 4. Ед. хр. 1490; *Максимова Т. М., Овчаров В. К., Русакова В. П.* Медико-социальные закономерности демографических процессов в СССР и Союзных республиках. М., 1987. С. 135.

В эти же годы в странах Западной Европы и в США динамика смертности имела иную структуру. Обрыв жизни из-за инфекционных заболеваний, болезней органов дыхания, травм и отравлений становился все более редким явлением, а смертность от болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний сдвигалась в старшие возрастные группы[234].

Разительный контраст с общемировыми показателями давала и статистика младенческой смертности. В 1960-х годах ее коэффициент в СССР был на 30—40% выше. К 1980-м годам разрыв в показателях вырос и стал доходить до 150% (табл. 23 и 24).

Такова нерадужная картина, созданная официальной статистикой. Понятно, что ее настройка (система сбора, рассчитываемые показатели) смягчала реальное положение дел. Например, в СССР действовали отличные от других стран признаки живорождения. Они позволяли не учитывать смерть детей, появившихся на свет с массой тела менее

[233] *Захарова О. Д.* Демографическая ситуация в СССР в 80-е годы. С. 43—52.

[234] Андреев Е. М. Ожидаемая продолжительность жизни 70 лет, или deja vu отечественной демографии // Демоскоп Weekly. 2011. № 487—488. С. 1—15.

Таблица 23

Коэффициенты младенческой смертности в СССР и США в 1960—1988 годах, на 1000 родившихся живыми*

Страна	1960	1962	1964	1966	1968	1970	1972	1974	1976	1978	1980	1982	1984	1986	1988
СССР	35,0	32,0	29,0	26,1	26,4	24,7	24,7	27,9	31,4	29,7	27,3	25,7	25,9	25,4	24,7
США	25,9	24,9	23,8	22,7	21,3	19,9	18,3	16,7	15,2	13,8	12,6	11,6	10,9	10,4	9,9

* Mortality rate, infant (per 1,000 live births) United States // Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNICEF, WHO, World Bank, UN DESA Population Division) URL: childmortality.org (последнее посещение 20.05.2022); Смертность населения СССР и союзных республик. 1988 год. ДСП. М., 1990.

Таблица 24

Коэффициенты младенческой смертности в СССР и ряде стран Западной Европы и Японии в 1968 году, на 1000 родившихся живыми*

	СССР	Франция	ФРГ	Англия и Уэльс	Япония
Коэффициент	29,7	20,4	22,8	18,3	15,3

* *Баранов А. А., Альбицкий В. Ю.* Младенческая смертность: уроки истории и перспективы снижения // Казанский медицинский журнал. 2011. № 5. С. 690—694.

1000 граммов и не проживших 168 часов (7 суток). Если пересчитать советскую статистику по европейским нормам определения живородившегося, то придется добавить к официальным данным младенческой смертности еще 30—50%[235].

С точки зрения исторической демографии, в первой половине 1970-х годов в СССР разразилась катастрофа. Тогда коэффициент младенческой смертности вырос сразу на 37% — с 22,9 в 1971 году до 31,4 в 1976 году. Затем показатели стали снижаться, но к уровню 1971 года советское здравоохранение вернулось только в 1989 году. Управленцы и партийные идеологи объясняли гибель младенцев усовершен-

[235] *Андреев Е. М.* Снижение младенческой смертности в России в 1940—1958 гг. С. 108—128.

ствованием регистрации смертности в азиатских республиках. Предложенное тогда оправдание и сейчас появляется в исследовательской литературе[236].

Демографическая катастрофа в СССР воскресила в США и Европе старые дебаты о «человеческом лице» социализма. Сторонники левых взглядов использовали данные о послевоенном снижении младенческой смертности для доказательства преимуществ социализма. Сторонники правых взглядов не верили в советскую статистику. Узнав данные о резком взлете младенческой смертности, «левые» приняли официальную версию улучшения регистрации[237]. Правые же утверждали, что теперь всё правильно, что так было и раньше и эти показатели являются следствием высокого уровня загрязнения окружающей среды и низкого уровня советского здравоохранения[238]. Естественно, что ни у тех, ни у других не было возможности проверить свои предположения количественными измерениями.

Причины катастрофы стали известны лишь накануне распада СССР, когда были рассекречены архивные фонды. Тогда выяснилось, что улучшение регистрации смертей в среднеазиатских республиках дало четверть прироста, остальные смерти были результатом инфекционных заболеваний (в первую очередь от гриппа и кишечных инфекций), а также болезней органов дыхания и пищеварения[239] (табл. 25).

---

[236] *Баранов А. А., Альбицкий В. Ю.* Младенческая смертность: уроки истории и перспективы снижения. С. 690—694.

[237] *Davis C., Feshbach M.* Rising Infant Mortality in the U.S.S.R. in the 1970's. US Bureau of the Census. Series P-95, 1980. № 74. Washington D. C. 74 p.

[238] *Jones E., Grupp F.* Infant mortality trends in the Soviet Union // Population and Development Review. 1983. Vol. 9. № 2. P. 213—246.

[239] *Авдеев А.* Младенческая смертность и история охраны материнства и детства в России и СССР // Историческая демография: сборник статей / Ред. М. Б. Денисенко, И. А. Троицкая. М., 2010. 2-е изд. С. 13—72.

Таблица 25

Смертность детей до 1 года по причинам смерти, на 10 000 родившихся в СССР и США*

Причины	Годы								
	1970	1973	1974	1975	1979	1980	1984	1985	1976
	СССР								США
Инфекционных и паразитарных болезней + болезней органов пищеварения	27,1	15,2 + 15,6	18,6 + 17,2	43,6	34,2 + 14,9	48,3	47,7	44,5	7,0 + 2,5
из них от сепсиса	5,6	8,4	9,6	12,5	14,6	14,9	9,6	8,4	
Болезней органов дыхания	119,8	129,8	134,0	152,0	124,1	122,4	96,5	92,3	8,3
из них от острых пневмоний	104,9	114,4	120,1	133,1	104,3	101,6	69,0	63,8	6,1
из них от гриппа		8,0	4,4		2,8				0,1
Врожденных аномалий	27,9	29,4	31,9	32,9	31,7	32,3	32,0	33,2	26,3
Состояний, возникающих в перинатальном периоде (родовых травм, асфиксии и ателектаза, гемолитической болезни новорожденного и др.)	47,6	50,2	52,2	50,6	45,8	46,3	61,4	68,3	78,2
Несчастных случаев, отравлений и травм	9,3	9,5	10,2	10,9	11,3	11,0	10,1	9,6	4,8
Всего…	247,1	263,7	279,5	306,4	274,2	272,6	259,1	259,7	152,4

* Здравоохранение в СССР ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966; Медико-социальные закономерности демографических процессов в СССР и союзных республиках. Архив НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Оп. 4. Ед. хр. 1490; Смертность населения СССР и союзных республик. 1988 год. ДСП. М., 1990.

Всплеск младенческой смертности в 1970-е годы, рост и омоложение общей смертности, особенно у мужчин, отразились на показателях ожидаемой средней продолжительности жизни. У мужчин показатель, достигший в 1964 году 66,1 года, остановился и дальше стал колебаться в более низком регистре. Самый высокий показатель из этого регистра (в 1987 году) был 65,1, а самый низкий — 58 лет для мужчин-сельчан — был установлен в 1978 году. Это антирекорд среди европейских стран.

Ожидалось, что продолжительность жизни женщин окажется больше. После затяжного сокращения с 1964 года (73,8 года) по 1981 год (72,5 года) этот показатель начал неуверенно расти. В 1987 году он повторил значение 1964 года, а в 1989 году даже превысил его (74 года)[240]. Однако из-за чрезвычайно короткой для развитых стран продолжительности жизни мужчин СССР во второй половине 1960—1980-х годах так и не смог вернуться в когорту стран с продолжительностью жизни населения 70+.

Причины

Поскольку причины ухудшений в состоянии здоровья советских людей много обсуждались в текущей и исторической литературе, у нас есть возможность не воспроизводить их, а дополнить обоснованными гипотезами.

Очевидно, ведущую роль в ухудшении здоровья населения сыграла разрушенная за годы варварской индустриализации и коллективизации экология. Исследования медиков и экологов показали, что несколько месяцев жизни в условиях запыленного воздуха приводят к росту смертности на 0,5—1%, а несколько лет жизни в таких условиях увеличива-

[240] Население СССР. 1988. Статистический ежегодник.М., 1989. С. 493; Демографический ежегодник СССР. 1990. М., 1990. С. 390.

ют смертность на 10—15%. Отказываются работать не столько органы дыхания, сколько сердечно-сосудистая система[241].

Между тем, по официальным данным, в промышленных центрах Советского Союза был критический уровень загрязнения атмосферы не только пылью, но и тысячами тонн химически активных веществ (таких как сернистый ангидрид, окислы азота и др.). В этих районах проживало более 50 миллионов человек, то есть каждый пятый житель страны[242]. Эколог А. В. Яблоков был категоричен. По его мнению, республики Средней Азии, Молдавия, промышленные центры Европейской части России и в Сибири, а также ряд районов Украины — это «регионы экологического бедствия»[243]. Во всяком случае, указанная им локация совпадает с картографией высокой смертности.

Отчеты Министерства здравоохранения уверяли правительственных чиновников, что экологическая катастрофа приводит к росту заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в Макеевке, Мончегорске, Оренбурге и Ереване; от гипертонической болезни в Гомеле, Рустави, Душанбе; от ишемической болезни сердца в Лисичанске, Челябинске, Ульяновске; от болезней органов дыхания в Макеевке, Магнитогорске, Черкассах[244]. Исследования, проведенные Институтом общей и коммунальной гигиены имени А. Н. Сысина, побуждали чиновников действовать. Если снизить загрязнение атмосферного воздуха в промышлен-

[241] *Brook R. D. et al.* Particulate matter air pollution and cardiovascular disease an update to the scientific statement from the American Heart Association // Circulation. 2010. Vol. 121. № 21. P. 2331—2378.

[242] Социальное развитие СССР. Статистический сборник. М., 1990. С. 6.

[243] *Яблоков А. В.* Экологическое невежество и экологический авантюризм. Завалы на пути перестройки // Иного не дано. М., 1988. С. 240.

[244] Социальное развитие СССР. Статистический сборник. М., 1990. С. 6.

ных городах на 25—30%,— уверяли исследователи,— то заболеваемость там сократится на 8—10%[245].

Второй фактор — питьевая вода. С 1985 по 1988 год сброс промышленных отходов в водоемы вырос почти на 80% и составил в 1988 году 28,6 миллиарда кубометров[246]. От общего объема сточных вод доля очищенных составляла 30% по всей территории СССР и 16% — по РСФСР[247]. Растущие города выливали в водоемы канализационные отходы в объеме 2,5 миллиарда кубических метров. Один только Ленинград сбросил в 1985 году в Финский залив более 627 миллионов кубометров неочищенных сточных вод.

Проведенная в 1988 году проверка качества воды в поверхностных водоемах в местах водопользования показала, что 27% проб не соответствовали санитарным нормам по бактериологическим показателям и 27,8% проб — по химическим показателям[248]. Ситуацию усугубляли нарушения при строительстве и эксплуатации систем водоснабжения и канализации, расположение водозаборов внутри населенных пунктов и плохое обеззараживание воды. И совсем непитьевой была вода, которую потребляли жители Средней Азии. В Туркмении только 13% сельских жителей пользовались центральным водоснабжением. Остальные брали воду из грязных хаузов и арыков. В связи с этим легко объяснить рост заболеваемости там кишечными инфекциями, гепатитами и дизентерией[249].

---

[245] *Царегородцев Г. И.* Социальные условия и здоровье населения. С. 3—7.

[246] Социальное развитие СССР. Статистический сборник. М., 1990. С. 351.

[247] Там же. С. 353.

[248] Охрана здоровья в СССР. Статистический сборник. М., 1990. С. 179.

[249] Другой причиной роста была инфицированная продукция предприятий пищевой промышленности, общественного питания, детских, оздоровительных и дошкольных учреждений.

Сильный удар по экологии нанесла глобальная химизация сельского хозяйства. Обильное применение пестицидов и минеральных удобрений в Молдавии, Литве, Туркмении приняло в 1970—1980-е годы характер экологической катастрофы. Особенно тяжелая ситуация сложилась в Молдавии, на поля которой пестицидов привозилось в 15 раз больше, чем в другие регионы страны. Следствием этого стал резкий рост смертности молдаван от цирроза печени, которая была в семь раз выше, чем в среднем по СССР[250]. Обильное применение пестицидов и химических удобрений привело к выраженному отставанию физиологического и психического развития молдавских детей. В Литве на фоне перенасыщения почвы, воды и продуктов химикатами генетики фиксировали семикратное увеличение мутаций, которые порождали спонтанные аборты, мертворождения, врожденные аномалии развития и онкологические заболевания[251].

Настоящим бедствием для людей, живших в эти годы в Советском Союзе, был алкоголизм. От него страдали и те, кто болел, и члены их семей, и соседи. Ореол ухудшения качества жизни у социального окружения алкоголика был широким. Рост этого социального заболевания был создан ценовой и физической доступностью крепких алкогольных напитков. По данным официальной статистики, в 1960—1980-е годы потребление алкоголя выросло на 127%: с 4,6 литра в 1960 году до 10,5 литра в 1984 году. Вычисления велись в расчете абсолютного алкоголя на душу населения в год, включая младенцев и глубоких стариков. Эти цифры не учитывали самогон, то есть спирт домашнего производства, распространяемый вне торговой сети. Произведенные в первой половине 1980-х годов Госкомстатом расчеты производства самогона (на основе изучения семейных бюджетов и

[250] Всесоюзный съезд врачей, Москва, 17—19 октября 1988. С. 71.
[251] Там же. С. 86.

объема закупок сахара) показали, что объем его потребления достигал 13,5—13,8 литра. Данные независимых исследователей (А. В. Немцов[252], В. Тремл[253]), выполненные по другим методикам, дали еще более высокую цифру — 14,5 литра. СССР стал лидером Европы в потреблении алкоголя. При этом более половины потребляемых напитков составляла водка, содержание спирта в которой колебалось от 40 до 56 градусов.

О пагубном влиянии алкоголя на здоровье медики знали с древних времен. А вот количественное измерение влияния удалось получить лишь в середине 1980-х годов, в ходе проведения антиалкогольной кампании. Резкое снижение смертности россиян[254] позволило более или менее точно рассчитать вклад алкоголя (для потребления сверх 8 литров) в смертность от основных причин. Выяснилось, что в 1984 году доля алкогользависимой смертности в смертности от сердечно-сосудистых заболеваний составила у мужчин 17,5%, у женщин — 13,7%; от внешних причин — 65,5 и 49,7%; от болезней органов дыхания — 41,1 и 39,4%; от болезней органов пищеварения — 31,4 и 13,9%[255]. Иными словами, в первой половине 1980-х годов алкоголь каждый год уносил жизни более одного миллиона советских людей[256]. А

[252] *Немцов А. В.* Снова об алкоголе // Демоскоп Weekly. 2013. № 567—568.

[253] *Treml V. G.* Soviet and Russian statistics of alcohol consumption and abuse // Premature Death in the New Independent States / Eds L. Bobadilla, C. A. Costello, F. Mitchell. Washington: National Academy Press, 1997.

[254] В результате двухлетней антиалкогольной кампании (июнь 1985 — июль 1987) только в России не умерло приблизительно 700 тысяч человек!

[255] *Немцов А. В.* Тенденции потребления алкоголя и обусловленные алкоголем потери здоровья и жизни в России в 1946—1996 гг. // Алкоголь и здоровье населения России / Ред. А. К. Демин. М., 1998. С. 98—107.

[256] *Шихирев П. Н.* Жить без алкоголя? Социально-психологические проблемы пьянства и алкоголизма / Ред. Ю. А. Замошкин. М., 1988.

каждый литр выпитого алкоголя сокращал продолжительность жизни мужчин на 9,5 месяца, в женщин — на 4,1 месяца[257].

Сейчас в заслугу руководителям Советского Союза эпохи застоя ставятся заселение ранее неосвоенных территорий Сибири и Дальнего Востока, возведение здесь новых городов и заводов, освоение арктических пространств, казахской целины и строительство Байкало-Амурской магистрали. В результате этой политики, по подсчетам Е. М. Андреева, численность населения Ханты-Мансийского автономного округа с 1959 по 1979 год выросла в 3,6 раза, Чукотского автономного округа — в 1,8 раза, Ямало-Ненецкого автономного округа — в 1,6 раза. Тогда же население Магаданской области выросло на 76%, Якутии — на 72%, Камчатской области — на 71%[258]. Все эти масштабные проекты имеют свою цену, заплаченную человеческими жизнями. Массовая миграция молодых людей на тяжелые по условиям работы стройки в зоны с контрастным климатом привела к омоложению смертности. Медицинские географы, исследовавшие эти территории, уверяли, что для адаптации даже молодых организмов в экстремальных условиях потребуются государственные инвестиции в развитие инфраструктуры и качества жизни. Однако распределяющие государственный бюджет чиновники предпочитали экономить на здоровье энтузиастов.

Соединившись вместе, указанные причины породили комплексный удар по жизням и здоровью советских людей в эпоху застоя. Для большинства из них «застой» был наполнен борьбой с бытовыми и финансовыми дефицитами, был

[257] *Немцов А. В.* Тенденции потребления алкоголя и обусловленные алкоголем потери здоровья и жизни в России в 1946—1996 гг. С. 98—107.

[258] *Андреев Е. М.* Ожидаемая продолжительность жизни 70 лет, или deja vu отечественной демографии. С. 1—15.

временем многих болезней и коротких жизней. «Жизнь тяжела, но, к счастью, коротка»,— приговаривали обитатели «гетто».

Академик, президент Сибирского филиала (затем — отделения) Академии медицинских наук Казначеев опубликовал в 1980—1990-е годы целый пул книг и статей, в которых показывал в цифрах, что советская биополитика поставила советский народ на грань самоуничтожения. В Сибири, которую руководство страны воспринимает как источник ресурсов, загрязняет ядерными и химическими взрывами и отходами,— уверял он,— происходит истощение популяции, нарушена эпигеномо-генетическая, биологическая связь поколений, все виды преемственности[259]. Он и его сотрудники предсказывали взрыв социальной агрессии в качестве защитного механизма от расточительной биополитики.

[259] *Казначеев В. П.* Здоровье нации. Просвещение. Образование. Москва; Кострома, 1996. С. 82.

Глава 3

«КЛУБ», ИЛИ МЕДИЦИНА ДЛЯ КОНТИНГЕНТА

Слабый государственный интерес к здоровью граждан был очевиден не только врачам и политикам, но, кажется, всем образованным людям в СССР. Советский геолог, поэт-любитель Борис Иванович Вронский[1] 17 июля 1975 года сделал следующую дневниковую запись: «„Стыковка Союза и Аполлона — новый рубеж в деле завоевания Космоса…“ „Историческое событие“… „Новая страница в деле разрядки напряженности“. Газеты всего мира, радио — все сейчас подчинены этой теме. Все это так. А с другой стороны, миллиардные затраты на космические исследования отнимают эти средства от крайне необходимых для человечества нужд на питание, жилье, образование, медицинское обслуживание и прочее»[2].

Упадочное состояние здравоохранения сокращало жизнь советских граждан, но они, как правило, даже не подозревали об этом. И только крайняя нужда и отчаяние заставляли их жаловаться на условия в больницах, на дефицит лекарств и грубое отношение врачей. Кажется, партийное руковод-

[1] Вронский Борис Иванович (1898—1980) — геолог, исследователь Тунгусского метеорита, писатель и поэт.

[2] *Вронский Б. И.* Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/293675 (последнее посещение 22.04.2022).

ство раздражали «стоны» пациентов из лечебных «казематов». Коммуникационный парадокс ситуации заключался в том, что отчаявшиеся советские граждане взывали к тем, кто по определению не мог проникнуться их бедами хотя бы в силу того, что проживал на далекой «другой планете». И эта планета называлась «кремлевская медицина».

Сейчас память о кремлевском оазисе благополучия является основой для идеализации *всей* советской медицины и советского образа жизни в целом. В социальных сетях и масс-медиа циркулируют утверждения о мировых научных достижениях советских медиков, о бесплатных лекарствах, здоровом питании и высококачественной лечебной помощи[3]. А о продолжительности жизни советских граждан их потомки судят по партийным долгожителям, которые справлялись с управлением огромным государством, будучи 70—80-летними старцами.

Но вряд выдающиеся кейсы партийных лидеров можно экстраполировать на жизни рядовых советских людей. «Пациенты, состоящие на обслуживании в системе Кремлевской медицины, как правило, живут примерно на 20 лет дольше своих сверстников»,— признавался глава элитного здравоохранения С. П. Миронов[4]. Это признание сделано в 2010 году, когда кремлевская медицина взялась за оказание платных услуг для «новых русских». Тогда такая репрезентация казалась выигрышным маркетинговым ходом. А вот с точки зрения истории медицины это свидетельство имеет иной смысл: это не о достижениях, а о дефицитах. Служит ли контраст между большой продолжительностью жизни лидеров

[3] Про советские аптеки… // Назад в СССР. URL: https://back-in-ussr.com/2015/11/pro-sovetskie-apteki.html (последнее посещение 23.01.2021).

[4] *Миронов С. П.* Кремлевская медицина: история, современность, перспективы. URL: https://studylib.ru/doc/2120714/kremlevskaya-medicina--istoriya--sovremennost._--perspektivy (последнее посещение 15.05.2022).

Журнал «Крокодил». 1925 год. Номер 18.

государства и слишком короткой жизнью граждан аргументом в пользу качества и справедливости государственного здравоохранения? Соответственно, наше исследование —

это не о показательных витринах и гордости, а о проблемах и искажениях памяти.

Аберрации памяти

Кремлевская медицина появилась в России почти одновременно с советским государством и является неотъемлемой частью его истории. У нее богатое и драматическое прошлое, и у нее есть мемуарная и даже своя (ведомственная) письменная история. Этот нарратив фрагментирован политическими поворотами, сменой лидеров государства и партии, а внутренняя хронология состоит из именных отрезков («правление Егорова», «времена Маркова», «эпоха Чазова»). Миронов называл кремлевскую медицину «правительственной» и считал ее близкой к идеальному здравоохранению («настоящей советской медицине»). В историческом очерке он противопоставил кремлевскую медицину остальным частям советского здравоохранения, которые были вечно голодными и недоразвитыми.

В течение семидесяти лет инфраструктура кремлевской медицины разрасталась и усложнялась: от маленькой больницы под стенами Кремля до всесоюзной сети медицинских учреждений. В последние десятилетия СССР этот сегмент здравоохранения располагал роскошными по советским меркам финансовыми, техническими и административными ресурсами, имел доступ к западным медикаментам и технике, новейшей научной литературе. Официально он назывался IV Главное управление Министерства здравоохранения СССР. Союзные республики имели в составе своих правительств аналогичные медицинские структуры для обслуживания местных элит.

Обладая эксклюзивными человеческими и инфраструктурными ресурсами, это управление в годы холодной войны сохраняло привилегию иметь каналы (или быть каналом)

научного трансфера[5] между медициной социалистического и капиталистического блока[6]. Благодаря дозволенной, хотя и лимитированной, свободе кремлевская медицина представляла собой «гуманитарный коридор» между противоборствующими сторонами. И было у нее еще одно уникальное свойство: с годами она трансформировалась из обслуги политиков в «мягкую власть»[7], оказывающую влияние на расстановку лидеров в мировой системе.

Всё это можно увидеть в синхронных текстах самоописания кремлевской медицины — в прошениях пациентов в международный отдел и в секретариат ЦК КПСС, в обоснованиях закупок импортных товаров и медикаментов для кремлевских больниц, в распоряжениях партии и правительства. Нередко эти тексты требуют раскодирования и перевода. У советского делопроизводства, даже медицинского, был весьма специфический язык описания действительности. В архивных документах содержатся медико-биологические обоснования сегментации советского общества, иерархии льгот на медицинские услуги. При этом они камуфлируют это расслоение риторическими фразами и призывами, используют элементы советского новояза[8]. Например, партийные бюрократы называли пациентов кремлевской медицины «контингентом», а остальных советских пациентов именовали «населением». И если «населению» оказывалась «медицинская помощь» только в случае нужды, то «контин-

[5] Культурный трансфер в версии Michel Espagne: *Эспань М.* Теория цивилизаций как культурный трансфер / Пер. с фр. Е. Е. Дмитриева. М., 2018.

[6] *Longgring A. J.* Soviet Science and the Closed Society // The World Today. 1972. Vol. 28. № 5 (May). P. 216—228.

[7] О значении термина см.: *Nye J. S.* Soft Power // Foreign Policy. 1990. № 80. P. 153—171; Nye J. S. Soft Power: The Means to the Success in the World Politics. New York: Public Affairs, 2004.

[8] *Бартов А.* «Новояз» в литературе и в жизни: к 60-летию выхода романа Дж. Оруэлла «1984» // Нева. 2009. № 3. С. 159—165.

«БОЛЬНОЙ»: — Вот что, гражданин доктор, одно из двух: или я болен — или вам не поздоровится!

Журнал «Крокодил». 1926 год. Номер 24.

генту» гарантировались пожизненные забота и «медицинское обслуживание». Часть документов по истории кремлевской медицины были засекречены в качестве свидетельств о состоянии здоровья партийной элиты. Но сейчас почти все они доступны для изучения историками.

Источниковый комплекс данного исследования образован тремя видами свидетельств.

1. Документы по развитию инфраструктуры. Они хранятся в фондах Российского государственного архива экономики (далее — РГАЭ). По отношению к ним мы применяем методы анализа, разработанные в рамках антропологии инфраструктур[9]. Сейчас эти методы используются не только применительно к урбанистике и экономике (например, идеальные и инклюзивные модели строительства инфраструктур), но и для изучения социального порядка, в том числе «материальной основы здоровья». Мы не тестируем ее на качество и не считаем ее количество, но спрашиваем: какое здравоохранение было возможно на основе имеющейся инфраструктуры, как оно отличалось от априорных политических намерений и деклараций? В интересах кого она функционирует в существующем виде? Почему одни люди предпочитают максимум удобств в больнице, а другие готовы этим пренебречь? Чего ждут врачи, политики, пациенты от инфраструктуры и почему их надежды не оправдываются? Для ответов на эти вопросы важны не статистика и отчеты, а дневники и мемуары, беседы с людьми. Нас интересовало, что на самом деле делали кремлевские больницы, поликлиники и санатории: кого лечили, кого соединяли, кого игнорировали, какие возможности предоставляли, какие отношения порождали.

2. Социальная история кремлевской медицины зафиксирована в письмах и прошениях пациентов, хранящихся в Российском государственном архиве новейшей истории (да-

[9] *Larkin B.* The Politics and Poetics of Infrastructure // Annual Review of Anthropology. 2013. № 42. P. 327—343.

лее — РГАНИ)[10]. Один комплекс посланий во власть посвящен жалобам на здравоохранение, а второй — обоснованию права на доступ к привилегированной кремлевской медицине. Там же хранятся «номенклатуры» — своего рода реестры учреждений и должностей, обладатели которых автоматически попадали в обойму счастливчиков[11]. По этим спискам историки могут изучать структуру партийных и правительственных органов СССР, сегментацию общества. В эти номенклатуры включены не только действующие, но и бывшие государственные служащие, то есть вышедшие на пенсию политические деятели, их вдовы и члены семей, а также лидеры компартий и правительств «стран народных демократий».

3. Многие деятели науки, культуры, политики оставили дневниковые записи или воспоминания об их оздоровительном отдыхе в «кремлевке» (так в эго-текстах называются лечебные учреждения IV Управления). И если подавляющее большинство советских людей не знало о существовании заповедного уголка, то культурная элита не только претендовала на получение элитных медицинских услуг, но и своими текстами разгерметизировала осведомленность об этой жизни. Выявить такого рода дневниковые записи и мемуарные свидетельства позволяет коллекция эго-документов, а также поисковая система к ним на сайте «Прожито» Европейского университета в Санкт-Петербурге. Их прочтение побудило нас примерить к пациентам кремлевской медицины понятие «биологическое гражданство». Его успешно использовала

[10] Жалобы пациентов на государственное здравоохранение: РГАНИ. Ф. 5. Оп. 30. Д. 186. Часть писем опубликованы на: «Сил больше нет молчать о том тяжелом положении, в котором живут наши советские люди»: Документы РГАНИ о социальном кризисе в СССР в середине 1950-х гг. // Архив Александра Н. Яковлева. URL: http://alexanderyakovlev.org/almanah/inside/almanah-doc/1007607 (последнее посещение 12.05.2022).

[11] РГАНИ. Ф. 3. Оп. 29. Д. 27. Л. 51—65.

Журнал «Крокодил». 1926 год. Номер 43.

Адриана Петрина в книге, посвященной жертвам аварии на Чернобыльской АЭС[12]. Автор показала, как борьба за жизнь и лечение создала сообщество (сетевое и эмоциональное)

жертв аварии, породила практики их саморепрезентации и защиты. Это хороший ракурс для изучения кремлевских пациентов. Их воспоминания включают рассказы об объединениях, о взаимопомощи в деле поиска нужного специалиста или в добывании лекарств, о дружбе избранников.

Уникальный информационный материал и глористический рассказ о кремлевской медицине содержится в мемуарах многолетнего ее руководителя, кардиолога по специальности Евгения Ивановича Чазова (1929—2021). Он работал в кремлевской больнице лечащим врачом в 1957 году и стал руководителем IV Главного управления Минздрава СССР в 1966 году, а в 1987 году был назначен министром здравоохранения. О нем написано много почетных статей, его имя упоминается во многих мемуарах. Статус талантливого кардиолога и хорошего руководителя делал его высказывания чрезвычайно внушительными, порождал доверие у читателей.

Впрочем, представители советского андеграунда и правозащитники считали Чазова обласканным и умным царедворцем. В 1985 году Нобелевская премия Мира была присуждена организации «Врачи за мир». Жена академика А. Д. Сахарова записала в дневнике: «*Тогда советскую делегацию возглавлял доктор Чазов. На одной из пресс-конференций на вопрос о Е. Боннэр*[13] *он сказал, что в СССР операцию на открытом сердце делают в каждой районной больнице. А шесть лет спустя на 1-м (послеперестроечном) съезде кардиологов он же говорил, что СССР безнадежно отстал в кардиохирургии, что в СССР сделано всего 800 операций*»[14]. Ве-

[12] *Petryna A.* Life Exposed. Biological Citizens after Chernobyl. Princeton: Princeton University Press, 2003.

[13] Боннэр Елена Георгиевна (1923—2011) — советская правозащитница, диссидентка, публицист.

[14] *Сахаров А. Д.* Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/112082 (последнее посещение 17.04.2022).

роятно, речь в данном случае идет не о лжесвидетельствах, а об иллюзорном представлении руководителя кремлевской медицины о возможностях и состоянии советского здравоохранения.

Когда он возглавил здравоохранение страны, то обнаружил руинированную систему и впервые столкнулся с критикой соотечественников. Тогда и работа в кремлевской медицине была поставлена ему в упрек. «Вечером допоздна смотрели трансляцию заседания сессии Верховного Совета СССР, утверждение министров СССР,— писал в дневнике 1989 года художник и писатель Владимир Александрович Десятников[15],— Леонову понравилось выступление министра МВД В. В. Бакатина и очень не понравился минздрав Е. И. Чазов. Леонов про него сказал, что это типичный прислужник власть имущих и что о здоровье народа он заботится меньше, чем о своей карьере»[16].

Уйдя с Олимпа власти и погрузившись в академическую жизнь, Чазов, кажется, испытывал ностальгию по славному прошлому. В каждом выступлении он прославлял достижения советской медицины, которую представлял в духе принципов Семашко — доступная, бесплатная и качественная[17]. Видимо, именно такой она и была, но только в Кремле. Слушавший его выступление на сцене Кремлевского дворца съездов в 2004 году, писатель Сергей Николаевич Есин[18] записал по памяти слова Чазова: «Всю жизнь,— провозглашал

[15] Десятников Владимир Александрович (1931) — художник, искусствовед, писатель

[16] *Десятников В. А.* Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/742857 (последнее посещение 12.04.2022).

[17] *Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А.* Принципы советской медицины: история создания // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28 (3). С. 491—498.

[18] Есин Сергей Николаевич (1935—2017) — советский писатель, преподаватель, член Правления Союза писателей.

Журнал «Крокодил». 1927 год. Номер 41.

награжденный орденом академик,— я отстаивал принципы земской и советской медицины, которые в 50-е годы стали эталонными во всем мире. Это вселяло надежды, и я надеюсь, что вы, господин президент, сохраните эти принципы бесплатного здравоохранения»[19].

Очевидно, для написания мемуаров, которые впервые вышли в свет в 1992 году, а затем выдержали переиздание, автор использовал дневниковые записи или сверял их с архивными документами[20]. Его книга читается как рассказ политического руководителя страны о выполнении миссии: в нем есть «герои»-врачи и есть спасаемые «народы»-пациенты. Конечно, было много трудностей и преград, но героизм и мужество, знания и содружество позволили преодолеть их. Что важно — в книге показаны специфические отношения врачей и пациентов, повседневная жизнь кремлевских больниц.

Изучение комплексов этих текстов позволило сформулировать несколько рабочих гипотез, от которых мы отталкиваемся. Мы полагаем, что кремлевская медицина выполняла по крайней мере пять функций: 1) защищала здоровье и продлевала жизнь партократов; 2) служила глянцевой репрезентацией научного уровня советской медицины; 3) была многоканальным трансфером медицинских знаний и участвовала в их производстве; 4) добивалась лояльности советских интеллектуалов в обмен на качественное обслуживание в больницах; 5) служила инструментом политического давления СССР на социалистические и развивающиеся страны.

---

[19] *Есин С. Н.* Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/290300 (последнее посещение 16.04.2022).

[20] Чазов Е. И. Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». М., 1992. 224 с.

Особенности инфраструктуры

Больницы и врачи

В 1918 году в страдающей от продовольственного и лекарственного голода стране Советов в Потешном дворце была открыта небольшая амбулатория для «населения Кремля» и его гостей. После учреждения в 1919 году Санитарного управления Кремля она стала частью кремлевской больницы. В ней работало пять человек: терапевт, два фельдшера, сиделка и санитар. Для тех членов правительства, кто работал за пределами Кремля, были созданы медицинские пункты в Первом, Втором, Третьем, Четвертом и Пятом домах ВЦИК (гостиница Националь, Метрополь, ул. Садово-Каретная, ул. Воздвиженка и ул. Грановского). В 1921/22 годах появилось Положение о Санитарном управлении Кремля, в котором определялся круг пациентов, имеющих право на обслуживание в его лечебных учреждениях.

Видимо, качество диагностики и лечения в этой больнице были невысокими, а условия некомфортабельными. Во всяком случае, близкий к большевикам журналист Н. В. Вольский вспоминал, что Ленин как-то, рассуждая о врачах-коммунистах, уверял: «Возможно, что они умеют написать прокламацию и произнести речь на митинге, но медицинских знаний у них, конечно, нет никаких. Откуда им быть у них, когда они их не приобретали, практики не имели, а занимались политикой? Я хочу иметь дело с настоящими врачами, специалистами, а не с невеждами»[21]. Поэтому вождь революции рекомендовал сотоварищам лечиться в Германии и даже добился выделения на это средств из государственного бюджета[22].

[21] Цит. по: *Гимпельсон Е. Г.* Советские управленцы: 20-е годы (руководящие кадры государственного аппарата СССР). М., 2001. С. 61.

— Сегодня, сестрица, мы будем делать операцию не под хлороформом, а под естественным замораживанием...

Журнал «Крокодил». 1930 год. Номер 35.

В 1925 году больницу из Кремля вывели за его пределы и начали укрупнять, соединяя с остальными медицинскими учреждениями. Даже в первые годы советской власти она снабжалась приоритетно и лучше, чем учреждения Наркомздрава. На эти средства была расширена вместимость кремлевской больницы и ее амбулатории, созданы аналитическая лаборатория, физиотерапевтическая лечебница, рентгеновский кабинет, введены штатные позиции для врачей-педиатров и консультантов-профессоров.

[22] *Жирнов Е.* «Помощь в экстренных случаях запаздывает и поставлена небрежно». Отчего Сталин перестал доверять кремлевской медицине // Коммерсант-Власть. 2017. 21 января.

В 1928 году Сануправление Кремля было переименовано в Лечебно-санитарное управление Кремля (далее — Лечсанупр или ЛСУ Кремля). В его ведение поступили разросшаяся кремлевская больница, ее отделения — специальные палаты в больнице имени С. П. Боткина, Центральная поликлиника, поликлиники № 1 и № 2, специализированные детская и стоматологическая поликлиники, кремлевская аптека, отделы помощи на дому и неотложной помощи, амбулатория в Кремле, санатории «Байрам-Али», имени Цюрюпы, медицинские части домов отдыха Центрального исполнительного комитета СССР и Совета народных комиссаров СССР.

От работавших там врачей требовались хорошие профессиональные знания и опыт — не менее 10—15 лет успешной практической работы. Лечащих врачей большевики хвалили, но ни квалификация, ни заслуги, ни близость к телу власти не оградили их от репрессий 1930-х годов. А в 1937 году был арестован и затем расстрелян начальник Лечсануправа Кремля — Иосиф Исаевич Ходоровский[23].

В годы войны кремлевские медики и клиники были эвакуированы в Куйбышев, где продолжали работу. А после их возвращения (1945) в разрушенной Москве началось строительство пятиэтажного Дворца здоровья в Сивцевом Вражеке. Для оформления его интерьеров в Риге изготовлялись дубовые двери и панели для стен, паркет, мебель, бронзовые светильники и фурнитура. В 1947 году в структуре кремлевки был создан Институт главных врачей. И снова — несмотря на щедрое финансирование, на заслуги перед партией и личные связи с ее лидерами — представители правительственной медицины подверглись репрессиям. Среди них бы-

[23] Ходоровский Иосиф Исаевич (1885—1938) — профессиональный революционер и управленец, участник Гражданской войны. После революции возглавлял областные и городские комитеты партии, с 1934 года — начальник Лечебно-санитарного управления Кремля. Арестован в 1937 году и через год расстрелян.

Журнал «Крокодил». 1931 год. Номер 18.

ли личный врач Сталина — профессор Петр Иванович Егоров[24] и завкабинетом функциональной диагностики С. Е. Карпай. В январе 1953 года уже десятки врачей кремлевских больниц и клиник были арестованы по «делу врачей» и выжили только потому, что Сталин неожиданно умер.

При новом правителе и в годы разоблачения культа личности ЛСУ Кремля было демократизировано и вошло в со-

[24] Егоров Петр Иванович — советский терапевт, член-корреспондент АМН СССР, генерал-майор медицинской службы. С 1939 по 1941 год — профессор, заместитель начальника кафедры факультетской терапии Военно-медицинской академии. В годы Великой Отечественной войны — главный терапевт Западного (1941—1943), Ленинградского (1944—1945) фронтов и одновременно с 1943 год заместитель главного терапевта Красной Армии. В 1947—1953 — начальник Лечебно-санитарного управления Кремля (IV главного управления МЗ СССР). Будучи ведущим врачом И. В. Сталина, был арестован по «делу врачей». В 1953—1964 — заведующий кафедрой терапии Центрального института усовершенствования врачей. С 1964 — заведующий сектором Института медико-биологических проблем МЗ СССР.

став Министерства здравоохранения. Оно скромно и неброско называлось Четвертое (далее — IV) Главное управление Минздрава[25]. В 1956 году неизменного руководителя, профессора Егорова, сменил профессор Александр Михайлович Марков[26]. В последующем у начальника Управления было четыре заместителя. Один курировал отдел лечебно-профилактической помощи и медицинскую библиотеку, второй — отдел санаториев и домов отдыха, центральную аптеку и санитарно-эпидемиологическую станцию. Третий, он же начальник отдела кадров, руководил планово-финансовым отделом и штабом МПВО. Четвертый — начальник капитального строительства — управлял бухгалтерией и административным отделом.

В годы оттепели кремлевских пациентов лечили более 10 тысяч медиков и служащих больниц, домов отдыха и санаториев, обслуживали водители нескольких сотен машин. Каждый из них проходил проверку в органах КГБ или в отделах кадров своих учреждений. К высшим партийным работникам прикреплялись персональные врачи, которые сопровождали их во время поездок по стране и за границу. Учитывая траты на обслуживание избалованного льготами контингента и высокие должностные оклады медиков (заместители начальника Управления получали по 6000 рублей в год[27]), это ведомство уносило из союзного бюджета большие деньги. Для сравнения — начальники отделов в министерстве здравоохранения получали тогда по 1600—2000 рублей[28]. Сократив, как планировалось в январе 1959 года, 603 служащих, Управление получило бы экономию в 4,3 милли-

[25] РГАНИ. Ф. 3. Оп. 29. Д. 27. Л. 1.

[26] Марков Александр Михайлович (1901—1982) — медик, профессор, главный врач санатория «Красная Москва» в Сочи. До войны работал в Воронеже. В годы Великой Отечественной войны — фронтовой врач. После войны — главный врач поликлиники № 1 в Москве.

[27] РГАНИ. Ф. 3. Оп. 29. Д. 27. Л. 42, 78.

[28] Там же. Л. 87.

Журнал «Крокодил». 1932 год. Номер 29.

она рублей в год. Кроме того, предполагалось сократить персональные оклады администраторов, с сохранением зарплаты больничным работникам. Однако после долгих согласований и заступничества со стороны партийных протеже было решено официальные оклады кремлевским медикам дей-

ствительно уменьшить, но компенсировать им потери за счет персональных надбавок. Обычное лукавство советских бюрократов.

Количественное соотношение врач—пациенты в заповедной зоне советского здравоохранения было роскошным. В 1959 году секретная комиссия при ЦК КПСС признала, что партийные санатории стоят полупустые. Например, в 1958 году в санатории «Барвиха» на Рублёвском шоссе лечилось по 30—50 человек в месяц. А обслуживали их 142 медицинских и 227 административно-хозяйственных работника[29]. Такое соотношение делало себестоимость путевки равной 11 109 рублей, в то время как продажная цена устанавливалась в 1600 рублей. Норма расходов на питание в кремлевских больницах составляла 25 рублей, а в той же «Барвихе» — 35 рублей в сутки[30]. Эти цифры побудили хрущевское правительство потребовать передачи циковских санаториев профсоюзам и местным органам власти, что было воспринято в ЦК КПСС как очередная угроза здоровью партийных лидеров и членов их семей. Через несколько лет брежневские правители назвали эти решения Хрущева популизмом и безрассудностью.

В брежневские времена политической элите Советского Союза были обещаны несменяемость и стабильность. Стареющие лидеры партии и правительства стали ценить прелести буржуазной жизни и хорошей медицины. От руководителя IV Управления Генеральный секретарь партии и его соратники ждали не только лояльности и единоверия, но и медицинского профессионализма. Спустя годы Чазов признался: «4-е управление — очень важный участок: здесь хранятся самые сокровенные тайны руководства страны и его окружения — состояние их здоровья, прогноз на будущее, которые при определенных условиях могут стать оружием в

[29] Там же. Л. 42.
[30] Там же. Л. 76.

Журнал «Крокодил». 1933 год. Номер 25.

борьбе за власть»[31]. Опытный врач считал, что в ходе борьбы за пост генерального секретаря партии Брежнев предпочел иметь во главе кремлевской медицины «нейтрального, малоизвестного человека, ученого и врача, лишенного политических симпатий и амбиций». Может быть, Чазов был таковым до назначения, но, возглавив кремлевские больницы, он стал крупной политической фигурой, получил ресурсы власти.

В годы застоя в деле сохранения жизни и здоровья себя и своих близких советских партократов не смущали заимство-

[31] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». М., 1992. С. 17.

вания и ориентация на «прогнивший Запад». То, что пресекалось среди населения и каралось в области культуры, допускалось в заповедной зоне кремлевских клиник. «Вскоре после моего назначения,— вспоминал Чазов,— я начал создавать по поручению Брежнева концепцию принципиально новой системы, которая, вобрав все лучшее, что есть в мировой медицинской науке и практике, могла бы обеспечить сохранение здоровья определенной группе населения. Кстати, такие системы разрабатывались и существовали за рубежом, в частности в США, в виде, например, специальных клубов для лиц, располагающих солидным капиталом и положением. Их материалы помогли и мне в формировании новых подходов» [32].

Чазов уверял, что до брежневского правления уровень лечебной помощи в кремлевских заведениях был низким. Очевидно, он имел в виду какой-то идеальный мировой уровень здравоохранения, а явно не советскую медицину в целом. Материальная инфраструктура кремлевской медицины была ослаблена хрущевскими демократизациями партийной жизни, но еще больше ее ослабили сталинские репрессии. «Мой учитель А. Л. Мясников [33],— вспоминал Чазов,— который терпеть не мог это Управление и не любил там консультировать (может быть, из-за воспоминаний о последних днях Сталина, в лечении которого он участвовал), с ехидцей говаривал: „Там полы паркетные, а врачи анкетные“. Он намекал, что при приеме на работу отдавалось предпочтение не квалификации, а показной верности идеалам партии, политической болтовне и демагогии» [34]. Редкие советские специа-

[32] Там же. С. 19.

[33] Мясников Александр Леонидович (1899—1965) — академик АМН СССР (1948), создатель терапевтической школы (Е. И. Чазов, И. К. Шхвацабая, З. С. Волынский, А. С. Логинов, Х. Э. Гаджиев, В. С. Смоленский и др.).

[34] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть: воспоминания «кремлевского врача». С. 17.

Журнал «Крокодил». 1934 год. Номер 23.

листы скептически относились к профессиональному уровню основной массы советских врачей. Экстренно взращенные в 1930-е годы, многие из них были «политически подкованными» (по крайней мере, лояльными), но уступали своим предшественникам в знаниях и ответственности.

На контрасте «было и стало» Чазов показывал изменения в инфраструктуре и в качестве кремлевской медицины. «Мы,— писал он,— профессионалы, и профессионально делали свое дело. И не прекрасной материально-технической базой определялись наши успехи. В США, Англии, Франции

я видел больницы и клиники, оснащение которых и условия работы были лучше, чем у нас. Суть в создании коллектива ответственных и квалифицированных специалистов, суть в решении организационных вопросов»[35]. В мемуарах он называл имена академиков П. Е. Лукомского, Е. М. Тареева, В. Х. Василенко, Е. В. Шмидта, профессоров В. С. Маят, А. Я. Абрамяна, И. Л. Тагера, М. Л. Краснова, А. Е. Рабухина. Получить их и сотни хорошо обученных рядовых врачей Чазов смог не только благодаря административным ресурсам (возможности отбирать и забирать лучших врачей в IV Управление), но и благодаря реформам в медицинском образовании 1950-х годов. Учить тогда стали дольше и лучше.

Организационные новаторства Чазова и его команды довольно часто рождались после зарубежных поездок и изучения мировой научной литературы, к которой у кремлевцев был доступ. Специалистам IV Управления позволялось ездить на международные конгрессы, даже в США. Помощник генерального секретаря ЦК КПСС Анатолий Сергеевич Черняев[36] оставил в дневнике запись о заседании Политбюро в апреле 1981 года: «Последним был вопрос о встрече врачей в США, посвященный анализу ужасных последствий ядерной катастрофы. Чазов бойко доложил (Б. Н. потом по телефону откомментировал: мол, что ему тушеваться-то, он всех знает, всех лечит, его все знают, им дорожат). Сам-то вопрос не заслуживает того, чтоб быть на ПБ (политбюро.— *Авторы*). Его и слушали-то, потому что — Чазов»[37]. На консультации к высокопоставленным и особо дорогим пациентам пригла-

[35] Там же. С. 24.

[36] Черняев Анатолий Сергеевич (1921—2017) — советский историк и партийный деятель, помощник Генерального секретаря ЦК КПСС, затем — президента СССР по международным делам (1986—1991).

[37] Черняев А. С. Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/61616 (последнее посещение 22.04.2022).

шали ведущих мировых онкологов. Когда в конце 1960-х годов обнаружили рак у жены А. Н. Косыгина[38], то для нее в кремлевку были приглашены специалисты из Франции[39].

Журнал «Крокодил». 1934 год. Номер 26.

Другое дело, что многие сделанные за рубежом наблюдения невозможно было перенести на советскую почву механически. Чазовская команда всё время адаптировала их к экспериментальной зоне кремлевской медицины, а ресурсы и относительная свобода позволяли им придумывать инновационные вещи. «Сочетание института семейных врачей с работой высококвалифицированных профессоров и специально созданных клиник, позволявшее не на бумаге, а на деле внедрить систему диспансеризации, составляло успех нашей работы,— уверял он,— В рамках этой системы

[38] Косыгин Алексей Николаевич (1904—1980) — советский государственный и партийный деятель, председатель Совета Министров СССР. Дважды Герой Социалистического Труда. Член партии с 1927 года, член ЦК ВКП, КПСС, кандидат в члены Политбюро ЦК ВКП, Президиума ЦК КПСС, член Президиума, Политбюро ЦК КПСС. Депутат Верховного Совета СССР.

[39] *Лакшин В. Я.* Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/79052 (последнее посещение 14.05.2022).

были впервые в мировой медицинской практике разработаны и внедрены принципы восстановительной терапии и реабилитации, которые лишь позднее начали обсуждаться на международных конгрессах и международных конференциях»[40]. Судя по мемуарам Чазова, врачебная элита Кремля претендовала на соответствие своего профессионального уровня и качества работы мировой медицине, на равноправное участие в производстве научных знаний.

Оснащение кремлевки

В условиях изменения структуры смертности в мире (доминирование сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний над инфекционными), не только врачи, но прежде всего высокотехнологичное диагностическое оборудование и современные лекарственные препараты стали недосягаемыми преимуществами кремлевской медицины. Всё это либо впервые поступало туда, либо вообще было возможно только там. Первый антибиотик, американский пенициллин, появился в Лечсанупре Кремля уже зимой 1941—1942 года, тогда, когда о нем еще мало кто в мире знал[41].

Если в СССР в конце 1950-х годов часть общегражданских лечебных учреждений работала без воды, канализации, а иногда без электричества, то в Лечсанупре не могли даже помыслить об открытии поликлиники без импортного рентгенаппарата. «В конце октября месяца должна войти в эксплуатацию новая поликлиника Лечебно-санитарного управления Кремля,— предупреждал в 1950 году начальник ЛСУ

[40] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть: воспоминания «кремлевского врача». С. 24.

[41] *Шерстнева Е. В.* В памяти такая скрыта мощь // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. № 6. С. 1619—1623.

Журнал «Крокодил». 1940 год. Номер 11.

П. И. Егоров,— Открытие ее может задержаться из-за отсутствия в ней диагностических рентгеноаппаратов типа Ауто-Гелиофос венгерской фирмы „Электроимпекс“, последние должны были быть поставлены Разноэкспорту в 1950 году»[42].

И ладно бы только медицинское оборудование, но Егоров хотел еще и импортные лимоны, апельсины[43], пылесосы, по-

[42] РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. хр. 7683. Л. 14.
[43] Там же. Л. 25.

лонатерочные машины и электрические галандры. По его запросам Совет Министров решал на заседаниях, где и у кого их заказать. Конечно, для этого нужно было обосновать необходимость этих приборов и почему кремлевке не подходят советские аналоги. «Для нового здания Центральной поликлиники Лечебно-санитарного управления Кремля, где имеется много лепных украшений, ковров, портьер и т. п.,— писал в докладной записке начальник ЛСУ,— требуются специальные приспособления для поддержания всех помещений поликлиники на высоком санитарном, *культурном* уровне»[44]. Подходящих российских приборов для этого не было[45].

После смерти Сталина к ЛСУ Кремля перешли санаторий «Барвиха», санаторий «Сосны», столовая лечебного питания, партийные дома отдыха «Рижское взморье» и «Гагра», санаторий имени Герцена, еще детские санатории в Подмосковье, детские сады и ясли, пионерские лагеря, огромные автопарки с сотнями автомобилей в столицах союзных республик и в Москве. В 1957—1967 годах был введен в эксплуатацию огромный больничный комплекс IV Управления в Кунцево, который поражал современников технологичностью.

В 1968 году в системе кремлевской медицины появилась Центральная научно-исследовательская лаборатория (ЦНИЛ) и было открыто семь специализированных клиник в Центральной клинической больнице (ЦКБ) и в городской больнице № 51. В лаборатории проводились исследования биохимии миокарда, в результате чего была разработана мембранная концепция патогенеза гипертонической болезни. В середине 1960-х годов специализированные лечебные учреждения IV Управления оказались единственными в стране местами, где можно было сделать реографию, фонографию, векторокардиографию, биопсийную гастроскопию,

[44] Там же. Л. 16.

[45] Там же.

электрокимографию, лимфографию, инфузионную урографию. Такие возможности были также следствием импортных закупок.

Журнал «Крокодил». 1940 год. Номер 12.

В 1970-е годы кремлевская медицина получила медицинское оборудование ведущих зарубежных фирм для ультразвуковой диагностики, мониторного наблюдения за больными, эндоскопических исследований, лазерную аппаратуру для хирургических вмешательств и лазеротерапии, приборы радиоизотопной диагностики. В 1978 году в Центральной клинической больнице начал работать первый в СССР компьютерный томограф, в 1981 году — установка эмиссионной компьютерной томографии. На основе такой инфраструктуры кремлевка соединила научные исследования и лечебную практику и стала ведущим мировым центром по целому ряду научных направлений.

Пациенты кремлевских больниц могли не только пройти диагностическое обследование по последнему слову науки, но и получить суперсовременное лечение.

В IV Управлении было много эксклюзивного, например искусственные почки для трансплантации. Журналист Марк Александрович Поповский[46] записал в 1976 году содержание беседы с доктором медицинских наук Ефимом Бенционови-

[46] Поповский Марк Александрович (1922, Одесса — 2004, США) — журналист, писатель, правозащитник, диссидент.

чем Горбовицким: «Да и сейчас, 20 лет спустя после начала разработки „почек“, в стране остро не хватает аппаратов для хроников. В то время как в США — несколько сот почечных центров, в Европе более 700, у нас, по словам Е. Г., число центров умещается на пальцах одной руки. Огромное число людей, нуждающихся в такого рода помощи (40 чел. на каждый миллион, т. е. примерно 10 тысяч больных) идут в могилу ежегодно из-за того, что страна не желает тратиться на открытие почечных центров. Тот центр для хроников, что имеется в Москве, насчитывает 13 аппаратов. Такой же другой центр есть в Кремлевской больнице „для узкого круга“» [47].

Для контингента кремлевки правительство ежегодно выделяло валюту на закупку новейших лекарств. «Вечером навестил Раппопорта,— писал в июне 1975 года геолог и поэт Вронский.— Выглядит он очень плохо. Его мучат аденома и сердечная недостаточность, а также развивающаяся катаракта в правом глазу. Левым он почти не видит. Врачи выписывают ему лекарства, которые почти невозможно достать, они имеются в Кремлевской больнице, и обыкновенным гражданам недоступны» [48]. Приобретенными на Западе лекарствами кремлевские врачи снабжали не только внутренний контингент, но и «друзей» из стран социалистического лагеря. Советский посол в Эквадоре И. Марчук писал в июле 1974 года, что местные коммунисты просят прислать лекарства, которыми в Москве лечили члена Исполкома ЦК КПЭ Мильтона Хихона. За год до этого он прибыл в кремлевку с отслоением сетчатки правого глаза. Тогда ему рекомендовали делать курсы уколов экстракта алоэ и Aevitum и принимать таблет-

[47] Поповский М. А. Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/460237 (последнее посещение 07.04.2022).

[48] Вронский Б. И. Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/293675 (последнее посещение 22.04.2022).

Журнал «Крокодил». 1941 год. Номер 3.

ки Difrarel и Complamin[49]. Год спустя этот курс пациенту нужно было повторить. Лекарства были высланы из Москвы в Эквадор.

Кремлевка сохраняла объем финансирования и могла развивать свою инфраструктуру даже в тяжелые для советского здравоохранения 1980-е годы. Тогда бюджет Мини-

[49] РГАНИ. Ф. 5. Оп. 67. Д. 841. Л. 82.

стерства здравоохранения сократился до минимума, как считают ведомственные историки, «из-за слабой проработки ряда государственных программ»[50]. Но в IV Управление и тогда закупалось дорогостоящее импортное оборудование, в частности для радиоиммунологической и автоматизированных биохимических лабораторий.

Инфраструктурные богатства кремлевки были беспрецедентны. Они порождали не только у элитных пациентов веру в неограниченность своих политических и физических возможностей, а также в эффективное управление страной, но и у работавших там специалистов рождали иллюзию преуспевания всей советской медицины. Казалось, что ее недостатки и преимущества зависят только от воли и желаний исполнителей, что для хорошей медицины нужны лишь правильная организация здравоохранения и профессионализм врачей.

Заняв пост министра здравоохранения (1987—1990), Чазов преисполнился намерениями улучшить состояние медицинской помощи в стране по образцу кремлевской медицины: начал повсеместно вводить институт семейного врача, сеть реабилитационных и диагностических центров, добиваться ежегодной диспансеризации всего населения СССР. «Однако все начинания,— сокрушался он,— рушились одно за другим из-за отсутствия финансовой поддержки правительства, слабой материально-технической базы здравоохранения и недостаточной квалификации основной массы врачей»[51]. Масштабировать кремлевскую медицину, то есть перевести из экспериментальной зоны в общее здравоохранение не удавалось.

---

[50] *Зотова Т.* Кремлёвская и общероссийская медицина: 410 лет вместе // Федеральный специализированный журнал «Кто есть Кто в медицине». 2010. № 5 (48).

[51] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть: воспоминания «кремлевского врача». С. 25.

Кремлевские избранники

Лучшие советские граждане

В написанных после распада СССР мемуарах Чазов стремился обосновать социальную легитимность кремлевской медицины. «Сегодня, когда система 4-го управления разрушена, я могу сказать,— писал он,— что подобной системы не было и, вероятно, не будет не только в нашей стране, но и в мировой медицинской практике. Она позволяла сохранять не только жизнь, но и работоспособность тысячам пациентов, которые входили в орбиту ее деятельности»[52]. В этих словах ретроспективно звучит социальная ответственность кремлевских медиков, доступность их услуг, которые синхронные тексты не зафиксировали. В делопроизводстве и в дневниках современников звучит скорее тема исключительности.

На жизненно важном пятачке теплой кремлевской медицины обитали избранники, которые в позднесоветские времена исчислялись действительно тысячами. В 1934 году все учреждения и институции ЛСУ Кремля обслуживали 24,3 тысячи человек, в 1945 году — 28 тысяч человек, а в 1959 году IV Управление заботилось более чем о 46 тысячах пациентов, в 1960-х годах — чуть более чем о 50 тысячах[53]. Советские партократы старались сдерживать стремительное разрастание элитного круга и даже проводили довольно радикальные его секвестирования. В годы оттепели, в 1959 году, по инициативе заместителя председателя Комиссии советского контроля Василия Гавриловича Жаворонкова, занимавшегося проверкой расходов, кремлевских избранников решили оптимизировать[54]. Тогда советские учреждения

[52] Там же.
[53] РГАНИ. Ф. 3. Оп. 29. Д. 27. Л. 40.
[54] Там же. Л. 38.

Журнал «Крокодил». 1941 год. Номер 4.

отвечали на призыв Хрущева бороться с излишествами, поэтому планировалось сократить расходы не только на врачей кремлевского здравоохранения, но и на его пациентов. Документ «О штатно-финансовых излишествах в системе Четвертого Главного управления при Министерстве здравоохранения СССР» имеет гриф «строго секретно». В нем утверждалось, что система льготного обслуживания создана только для руководящих работников, но с годами контингент разросся. На тот момент 24 тысячи элитных пациентов обслуживались «первой системой» (первая поликлиника), остальные 22,3 тысячи — «второй системой» (вторая поликлиника). Во вторую систему входили также сотрудники самого IV Управления и члены их семей.

В 1960 году было решено сократить контингент элитных пациентов на 40%, то есть довести его до 30 тысяч человек. Этого предполагалось достичь посредством пересмотра номенклатуры советских учреждений, чьи служащие и члены

их семей обладали правом на кремлевскую медицину. Тогда инициатива партии и правительства породила отчаянное сопротивление высшего эшелона власти, что сказалось на политической позиции Хрущева.

Если в конце хрущевской оттепели в круг пациентов-избранников входили только представители партийно-государственной номенклатуры, обслуживающий их персонал и их ближайшие родственники, то в 1960—1980-е годы его расширили за счет действительных членов Академии наук и представителей творческой интеллигенции — звезд балета, прославленных в СССР писателей и художников. Со ссылкой на ведомственные архивы, Миронов уверял, что «в 70—80-е годы поликлиническая помощь, оказываемая прикреплённому контингенту, составляла свыше 1,5 млн посещений в год, коечный фонд стационаров — более 1,5 тыс. коек»[55].

Попасть в число счастливчиков хотели многие советские люди, конечно, из тех, кто знал об этом месте и кто считал свое здоровье государственной ценностью (по советским критериям). Бюрократический формуляр пропуска на «заповедный остров» был таким: «Комиссия по контингенту, обслуживаемому лечебными учреждениями IV Главного управления при Минздраве СССР, рассмотрела просьбы (далее шло указание ведомства, которое ходатайствовало об этом) и приняла решение принять на медицинское обслуживание (далее в документе указывались социальный и профессиональный статус счастливчика и его фамилия)». Таких документов в фонде «IV Главное управление Минздрава СССР» в архиве Центрального комитета Коммунистической партии Советского Союза (Российский государственный архив новейшей истории, Москва), действительно, сотни.

[55] *Зотова Т.* Кремлёвская и общероссийская медицина: 410 лет вместе.

Журнал «Крокодил». 1946 год. Номер 8.

Контингентом «первой системы» являлись собственно партийно-государственные лидеры — высшие должностные лица партийно-государственного аппарата и общественных организаций, утверждавшиеся и назначавшиеся непосредственно Политбюро ЦК КПСС, Секретариатом и отделами ЦК КПСС. К ним относились сами члены и кандидаты в члены ЦК КПСС, члены ревизионной комиссии ЦК, сотрудники аппарата ЦК, секретари ЦК КПСС союзных республик, первые секретари обкомов и крайкомов, первые лица ЦК ВКЛКСМ.

В эту же суперэлитную группу пациентов входили депутаты Верховного Совета СССР и сотрудники аппарата его Президиума; председатель и заместители председателя Совета Министров СССР, сотрудники аппарата, комиссий и так называемых центральных учреждений (ТАСС, Госарбитраж и др.) Совета Министров СССР, руководство Госплана СССР, все председатели госкомитетов; все министры, заместители министров, члены коллегий и начальники главков всех министерств; маршалы СССР и родов войск, адмиралы флота; председатели и заместители председателей Госбанка и ЦСУ СССР; председатель и члены Верховного суда, руководители Прокуратуры СССР, ВЦСПС, Центросоюза, СЭВ; президент, вице-президенты и члены Президиума Академии наук СССР и президенты отраслевых академий; руководители самого IV Главного управления; представители коммунистических и рабочих партий зарубежных стран. Отдельную категорию составляли бойцы идеологического фронта — главные редакторы (и их заместители) ведущих периодических изданий и издательств: газет «Правда», «Советская Россия», «Комсомольская правда», «Труд», «Гудок», «Известия»; журналов «Коммунист», «Партийная жизнь», «Агитатор», «В помощь политическому самообразованию», «Огонек»; руководители Большой советской энциклопедии, издательства «Правда», Академии общественных наук и Высшей партийной школы при ЦК КПСС; руководство Института марксиз-

Журнал «Крокодил». 1954 год. Номер 1.

ма-ленинизма, Дома-музея В. И. Ленина, Государственной библиотеки имени В. И. Ленина.

Далее в номенклатуре следуют аналогичные руководящие должности в РСФСР и Москве. Отличие состояло лишь в том, что по РСФСР и Москве к лечебно-профилактическим учреждениям прикреплялось меньшее число сотрудников управленческих аппаратов — преимущественно только первые лица и их заместители. Большинство этих лиц обслуживалось IV Управлением вместе с их ближайшими родственниками.

Наконец, в отдельный список были выделены «персонально прикрепленные решением комиссии» — старые большевики с 50-летним и более стажем и их вдовы, бывшие работники Президиума Верховного Совета СССР, ЦК КПСС, Совета Министров СССР, Госплана СССР, министерств и ведомств; артисты, писатели и ученые; главные конструкторы Госкомитетов по авиатехнике и оборонной технике; бывшие министры, заместители министров, члены

коллегий министерств СССР и РСФСР, заведующие отделами ЦК КПСС, ушедшие на пенсию с этих должностей.

Контингент «второй системы» формировался главным образом из управленцев среднего звена и обслуживающего персонала первых лиц государства. К нему относились заведующие группами и секторами, помощники, счетные работники, секретари, стенографистки, машинистки, архивариусы, экспедиторы, переплетчики, фотолаборанты, буфетчицы, уборщицы аппарата ЦК КПСС; консультанты журналов ЦК КПСС; заместители заведующих отделами ЦК ВЛКСМ; старшие научные сотрудники Института марксизма-ленинизма; технические работники аппарата Президиума Верховного совета СССР, аппарата Управления делами и хозяйственного управления Совета Министров СССР; помощники и заместители начальников подотделов Госплана СССР, начальники отделов Госкомитетов СССР; сотрудники самого IV Управления и т. д.[56].

В 1970-е годы советское государство и общество усложнились. Тогда круг признаваемых элит расширился за счет не партийных профессиональных групп. Их представители обращались к самому Л. И. Брежневу и членам Президиума ЦК КПСС с просьбами сделать для них исключение и включить в привилегированный контингент для медицинского обслуживания. Так доступ к элитной медицине получили советские ученые. Поскольку они не имели настоящего «права» на особую защиту их здоровья, какое было у партийных и правительственных чиновников, их включение обосновывалось государственными заслугами, мировой известностью и правительственными наградами. «Академик Семенов Н. Н.,— объяснял бюрократам Комиссии по контингенту исполняющий обязанности президента Академии наук В. А. Котельников,— выдающийся советский ученый, дваж-

[56] Номенклатуры: РГАНИ. Ф. 3. Оп. 29. Д. 27. Л. 56—122.

Журнал «Крокодил». 1957 год. Номер 16.

ды Герой Социалистического Труда, лауреат Ленинской и Нобелевской премий, член Президиума АН СССР»[57].

Обрести доступ к кремлевской медицине пытались также люди по наследственному праву. В частности, такие просьбы к председателю ЦК КПСС направляли внуки Сталина и внучатые племянники Ленина. Потомки советских вождей уверяли, что специальное медицинское обслуживание — это часть их родовых заслуг или прав. В результате ЦК составлял практически «боярские списки»: «В беседе,— гласит секретный партийный протокол,— т. Бурдонский А. В. и Сталина Н. В. просили в какой-то мере приравнять их к двоюродным брату и сестре (тоже внукам И. В. Сталина) — Алли-

[57] РГАНИ. Ф. 5. Оп. 69. Д. 520. Л. 9.

луеву Иосифу Григорьевичу и Ждановой Екатерине Юрьевне»[58]. Что и было сделано.

Кремлевская медицина позиционировала себя как вариант медицины профессии («для руководителей»), но после окончания службы и выхода на пенсию никто из бывших циковцев и цековцев уходить из-под опеки IV Управления добровольно не хотел. Его архив наполнен многочисленными обращениями, увещеваниями и ходатайствами о сохранении этой привилегии. Для историков интересны не столько кейсы и личности, сколько обоснования для сохранения льгот и аргументы для отказа. Их анализ позволяет выявлять механизмы включения в привилегированную группу и исключения из нее.

Многие бывшие работники аппарата партии и правительства в старости обретали синекуру в тихих коридорах академических институций. В таких случаях они также стремились сохранить партийные привилегии и прежде всего — право на долгую активную жизнь. «Из-за тяжелой болезни, перенесенной в прошлом — полиомиелита, я вынужден систематически проходить амбулаторные курсы лечения под наблюдением врачей»,— писал в 1970 году переведенный с должности инструктора Отдела пропаганды ЦК КПСС на должность заместителя директора ИНИОН в АН СССР Л. С. Кюзаджян[59]. Но ссылки на болезни здесь не работали. Важна была не личная история, а социальный статус в партийной иерархии или патрон-клиентские связи, дарующие блага. Кинокритик В. Д. Сурков тоже лишился медицинских привилегий, перейдя на должность главного редактора журнала «Искусство кино». Ходатайства комитета по кинематографии не помогли ему обрести гарантию долгожительства.

В 1980-е годы отборочный Комитет стал мягче, а ходатайств и телефонных звонков в него стало больше. Самое

[58] РГАНИ. Ф. 100. Оп. 6. Д. 775. Л. 1.
[59] РГАНИ. Ф. 5. Оп. 64. Д. 704. Л. 99—100.

Журнал «Крокодил». 1957 год. Номер 33.

верное средство обрести блага было получить заступничество секретаря ЦК КПСС М. А. Суслова. У него был имидж влиятельного и небезразличного человека. Большинство просителей писали прямо ему. «Зная Ваше внимание к теоретическим кадрам,— просил бывший проректор Академии общественных наук Г. Е. Глезерман,— решаюсь обратиться к Вам по личному вопросу»[60]. После инфаркта он решил перейти на должность профессора марксизма-ленинизма, но хотел сохранить для себя и жены («она больной человек») доступ к кремлевской медицине.

Продолжение обслуживания в IV Управлении рассматривалось как награда, которая ценилась больше грамот, медалей и орденов. Министры добивались этой привилегии для особо ценных (то есть верных) сотрудников. В 1975 году министр иностранных дел А. А. Громыко направил в ЦК КПСС ходатайство сохранить право обслуживаться кремлевской медициной «в порядке исключения» вышедшему в

[60] РГАНИ. Ф. 5. Оп. 68. Д. 555. Л. 10.

отставку советнику-посланнику в Алжире и Франции В. Л. Кизиченко. В прошении нет аргументов медико-биологического характера. Очевидно, Громыко понимал, что интереса и сочувствия к болезням его подопечного у довольно пожилых членов Центрального комитета не будет. А вот заслуги и долгая верная служба могут быть оценены. Кизиченко проявил себя,— уверял министр,— «с самой положительной стороны»[61]. Впрочем, решающее влияние на принятие положительного решения имели всё же не аргументы, а настойчивость и партийное влияние патрона. Кажется, что в данном случае Громыко не подчеркнул в письме свою личную заинтересованность и ограничился стандартными фразами, поэтому медицинское обслуживание для Кизиченко было сохранено только на год. Судя по благодарностям, просители воспринимали возможность временно остаться в кремлевке как дарование дополнительного года жизни.

На включение в медицинский оазис претендовала и творческая интеллигенция. По материалам архива видны ее интервенции. В 1977 году Большой театр подал списки солистов и главных дирижеров главного театра страны. Партийный актив отказал им в медицинском обслуживании[62]. Однако после вмешательства Суслова, которого об этом лично просил П. Н. Демичев, к Первой поликлинике прикрепили «в порядке исключения» В. В. Васильева, Н. И. Бессмертнову, Е. С. Максимову и Ю. Н. Григоровича[63]. В то же время главному дирижеру театра, Е. Ф. Светланову, в элитном медицинском обслуживании было отказано. Видимо, сбережению подвергались представители национального бренда — солисты русского балета.

[61] РГАНИ. Ф. 5. Оп. 68. Д. 1875. Л. 2.
[62] РГАНИ. Ф. 5. Оп. 73. Д. 425. Л. 6.
[63] Там же. Л. 9.

— Вы, кажется, выдернули мне здоровый зуб.
— Не беспокойтесь: доберемся и до больного...

Журнал «Крокодил». 1958 год. Номер 1.

Итак, избранниками для медицинского обслуживания в кремлевском оазисе были партийные и государственные руководители «высшего звена», как называли их в советское время (или «топ-менеджеры», как сказали бы сегодня), а также привилегированный слой советской интеллигенции. Этот контингент был ранжирован так, чтобы верх и низ не пересекались в пространстве одних и тех же поликлиник, больниц и санаториев. Политические лидеры обитали во Дворце здоровья или в санаториях «Барвиха» в Подмосковье или же в Крыму. Гипотетически можно представить ситуацию, что, получив доступ к благам кремлевской медицины, человек никогда к ней не обращался. Но это скорее редкое исключение. Практически все избранники рано или поздно появлялись в коридорах кремлевки. Они не видели друг друга, но их всех видели (или могли видеть) медицинские администраторы кремлевки. Соответственно, только Чазов и команда доверенных специалистов хорошо знали, кто определяет жизнь в СССР, и могли объяснить неожиданные виражи в политике.

Главный пациент

Главным пациентом кремлевки всегда был «Генеральный». Он был и хозяином, и больным одновременно. Кремлевские врачи лечили Сталина, Хрущева, а потом Брежнева. «Хозяин» определял, какой должна быть его придворная здравница, кто будет его лечить, кому он доверяет и кого будет карать, если что-то пойдет не так.

В данном случае нас больше всего интересует эпоха застоя, сформированная Брежневым. Уже написаны о нем биографические книги[64]. При всём том мемуары Чазова остаются основным источником знаний о здоровье Брежнева, о его страхах. «Надо наконец ответить на вопрос,— писал мемуарист,— что же произошло с Генеральным секретарем ЦК КПСС, когда он из активного, общительного, в определенной степени обаятельного человека, политика, быстро ориентирующегося в ситуации и принимающего соответствующие решения, за 10 лет превратился в дряхлого, „склерозированного“ старика?»[65] Глава кремлевской медицины описал Брежнева так, как описывает домашний врач стареющего и становящегося немощным барина, жалея и оправдывая.

Написавшая основательную биографию Брежнева Сюзанна Шаттенберг посвятила его зависимости от снотворных лекарств, успокоительных и транквилизаторов специальный раздел книги. Генеральный секретарь попал в порочный круг: чем больше он принимал лекарств, тем труднее ему было быть активным днем и спать по ночам. Его личный врач путешествовал вместе с ним с «черным ящичком» с медикаментами[66]. При этом Брежнев был тщеславен и гордился со-

[64] *Шатенберг С.* Леонид Брежнев: Величие и трагедия человека и страны. Биография. М., 2018.

[65] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». С. 74.

Журнал «Крокодил». 1959 год. Номер 24.

стоянием своего тела, любил демонстрировать быструю езду на машине и охотиться.

Сам Чазов не считал изменения в ментальном здоровье своего пациента определяющими для развития страны. Попытки объяснить беды позднего СССР болезнями генерального секретаря он считал спекуляциями. Кремлевский врач винил в состоянии страны коррумпированное и нечестное окружение лидера Компартии. В итоге при жизни Брежнева Чазову приходилось быть хранителем его тайн и защищать его имидж, а после его смерти он продолжал это делать в своей памяти. В мемуарах он сообщал читателям, что Политбюро знало о состоянии генерального секретаря, но не име-

[66] *Schattenberg S.* Leonid Breschnew. Staatsmann und Schauspieler im Schatten Stalin. Eine Biographie. Köln: Böhlau Verlag, 2017. S. 585.

ло никакой политической воли и смелости освободить его от бремени власти.

С точки зрения медицины, то есть биологии и физиологии, всё у Брежнева было банально. Свой единственный инфаркт миокарда он перенес в 1950-е годы, когда был секретарем Центрального комитета компартии Молдавии. В последующем у него не было ни инсультов, ни инфарктов — верных спутников старости, а было прогрессирующее склеротическое изменение сосудов и сопровождающая это заболевание деменция — старческое слабоумие. При отсутствии тогда статинов[67] противодействием деменции служили диета, физическая активность, тренировка мозга, то есть работа над собой. Но в ситуации всевластия именно этого Брежнев не делал.

Страницу за страницей Чазов описывал погружение в пучину склероза и деменции некогда гибкого и хитрого политика, который в 1960-е годы смог захватить власть и избавиться от конкурентов, выстроить систему «разделяй и властвуй». В 1970-е годы он много времени проводил в больнице и принимал там близких людей и доверенных партократов. Этот досуг назывался «больничные чаепития»[68]. У главного пациента быстро исчезала критичность и росли потребность в грубой лести, любовь к ювелирным и воинским украшениям. Он целовал политиков в губы, любил обниматься, трогать людей. Ему нравились дорогие «игрушки». «Однажды, когда внешне все как будто бы оставалось по-старому,— диагностировал Чазов это разрушение,— у него на руке появилось массивное золотое кольцо с печаткой. Любуясь им, он сказал: „Правда, красивое кольцо и мне идет?“ Я удивился… Посмотрев на меня почти с сожалени-

[67] *Сергиенко И. В.* История появления статинов // Атеросклероз и дислипидемии. 2011. № 1. С. 57—66.

[68] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». С. 84.

— Вы же хотели, чтобы на вывеске был показан инструмент, который чаще всего бывает в руках у врача...

Журнал «Крокодил». 1960 год. Номер 17.

ем, что я такой недалекий, он ответил, что ничего я не понимаю и все его товарищи, все окружающие сказали, что кольцо очень здорово смотрится и что надо его носить»[69].

Заинтересованные в сохранении или получении льгот, люди из окружения Брежнева убеждали его, что ему нет замены, что без него всё в СССР развалится, а в мире начнется война и цивилизация погибнет. Он по-детски в это верил, жаждал слышать такие слова, поощрял их веселым настроением, подарками для льстецов. Чем хуже становилось состояние его коронарных сосудов, тем более величественным и любимым он себя ощущал. Какова доля в этой ментальной деградации болезни, и какова — слишком долгой власти? Этого не смог определить даже такой опытный в геронтологии врач, как Чазов.

С середины 1970-х годов Брежнев работал всё меньше и меньше, подписывал готовые решения. Если приходилось изредка появляться на людях и выступать, то он читал (всё хуже и хуже) приготовленные для него речи, не вникая в смысл сказанного.

В силу придворного положения кремлевские медики охраняли не только покой своих царственных пациентов, но

[69] Там же. С. 85.

и здоровье коллективного тела — Политбюро. Когда в 1968 году у Брежнева впервые произошли нарушения речи во время переговоров, перепуганный Косыгин настаивал на госпитализации. Тогда Чазов успокоил его и других участников встречи, заверив, что это избыточная и даже извращенная реакция переутомленного организма на снотворные препараты. В таких непроверенных заверениях был риск для здоровья Брежнева, поскольку выданный на глазок диагноз мог оказаться ошибочным. Тогда было бы упущено время. «Но что если бы на нашем месте были „перестраховщики“,— оправдывал себя Чазов,— они бы увезли Брежнева в больницу, дня два обследовали, да еще, ничего не найдя, придумали бы диагноз либо нейродистонического криза, либо динамического нарушения мозгового кровообращения. А главное, без необходимости создали бы напряженную обстановку в партии, ЦК, Политбюро»[70]. Кажется, Чазов чувствовал себя главным врачом этих политических органов.

После смерти Брежнева Чазов получал письма возмущенных трудящихся с обвинениями. Обвиняли в том, что не уберегли и не спасли жизнь гаранта мира, пламенного патриота, выдающегося революционера, борца за коммунизм. В перестройку Брежнев стал виновником застоя в экономике, гонки вооружений, коррупции государственного аппарата, обнищания советских людей, гарантом тиранических режимов в мире. И снова Чазов получал негодующие письма: как медики допустили, чтобы страной управлял больной, выживший из ума старик? Почему не поставили в известность Политбюро? Почему не запретили ему руководить партией и людьми?[71] Видимо, советские люди верили либо в лечебное всесилие кремлевской медицины, либо в политическую силу ее представителей.

[70] Там же. С. 75—76.
[71] Там же. С. 71—72.

Добрый доктор Айболит!
Он под деревом сидит...

Журнал «Крокодил». 1961 год. Номер 17.

Но не только Брежнев определял жизнь кремлевской медицины. У нее был более активный, хоть и менее очевидный управляющий, чем генсекретарь,— это председатель КГБ Юрий Андропов. «На одном из первых заседаний Политбюро Л. И. Брежнев четко заявил,— вспоминал Чазов,— что начальник 4-го управления находится в его подчинении и подотчетен только ему, а для решения возникающих оперативных ситуаций Управление должно контактировать с Ю. В. Андроповым. Такое заявление не только утвердило мое положение, но и позволило держаться с определенной степенью независимости»[72].

Вся страна жила в страхе от всевидящего ока Комитета государственной безопасности. Советские граждане учили детей с детства молчать, не рассказывать политические анекдоты и не смеяться над шамкающим Брежневым. По всему

[72] Там же. С. 35—36.

пространству СССР люди боялись появления у себя на службе вежливых агентов и кураторов от КГБ, подозревали у себя дома прослушивание частных разговоров. А Чазов вспоминал об ушедшем из жизни Андропове не как о создателе этой тоталитарной паутины, а как о честном и дружественном человеке. По его свидетельству, он был бесконечно предан Брежневу и тщательно охранял его власть и старость. Руководитель кремлевки признался, что несколько раз обсуждал с Андроповым здоровье генерального секретаря и каждый раз убеждался, что председатель КГБ намерен защищать Брежнева от любых посягательств и направляет бесконечные ресурсы своей власти на сокрытие немощи руководителя страны[73].

Имя Андропова появляется на страницах мемуаров как бы вскользь: он присутствовал всегда, как только у кремлевки возникали проблемы с именитыми пациентами или когда врачи отправлялись в зарубежные страны, он давал советы Чазову, как вести себя с разными верховными партократами и даже с их женами. Из этой россыпи упоминаний складывается уверенность, что Андропов пристально следил за деятельностью правительственной медицины и даже направлял ее, возможно, даже в каких-то случаях определял экспертные заключения врачей. И, видимо, именно поэтому его отношение к независимости и объективности медицинского знания было весьма скептичным.

Так же как Брежнев и другие члены Политбюро, Андропов использовал уникальные возможности кремлевского здравоохранения для отдыха и профилактики. Его помощник И. Е. Синицин вспоминал, что в конце 1970-х и в 1980-е годы его коллега возил срочные документы в Кунцево: «Когда Андропов два раза в год по две недели — весной и зимой — находился на медицинской профилактике в Центральной кунцевской больнице или главной „кремлевке“ на

[73] Там же. С. 82.

Журнал «Крокодил». 1962 год. Номер 20.

улице Калинина»[74]. Приспособленные для приемов и даже небольших коллективных встреч, помещения кремлевских больниц были идеальны не только для отдыха, но и для работы партийных и правительственных лидеров. Однако в серьезных случаях Андропов кремлевских врачей опасался и не доверял им. Скорее всего, он вообще никому не доверял. Во всяком случае, когда он оказался в больнице с тяжелейшим приступом почечной колики и нужно было решить, делать или не делать рискованную в его случае операцию, председатель КГБ и его ближайшие соратники потребовали от Чазова поиска и приглашения зарубежного медицинского светила[75].

Конечно, можно предположить, что он, подобно Ленину, был уверен в низкой квалификации «врачей-товарищей» и в отсутствии в Москве необходимой аппаратуры для лечения[76]. Но Андропов, как никто другой, был осведомлен об эксклюзивной оснащенности кремлевки и о мировом признании научных заслуг и профессионализма работавших там врачей. Дело, видимо, было в другом. Скорее всего, опасения у главы КГБ порождали личные знакомства и связи кремлев-

[74] *Синицин И. Е.* Андропов вблизи: воспоминания о временах оттепели и застоя. М., 2015. Цит. по: *Синицин И. Е.* Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/682859 (последнее посещение 01.08.2022).

[75] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». С. 107.

ских врачей с его партийными конкурентами, страх быть убранным тихо и без свидетельств.

Вероятно, за годы совместной работы Чазов вошел в близкий и доверенный круг Андропова и по отношению к нему организатор внутренней полиции был заботливым покровителем. Возможно, он помнил о том, как в 1960-е годы едва не был свергнут с партийного Олимпа из-за неконтролируемых приступов гипертонии. Тогда медицинская команда Чазова вернула его в политическую жизнь, поставив довольно редкий тогда диагноз и назначив лечение новейшими гормональными препаратами[77]. Впоследствии, судя по воспоминаниям Чазова, руководители КГБ и IV Управления хорошо ладили между собой.

Интересно, что два первых лица Советского государства, ровесники и люди со сходным опытом политической жизни, так диаметрально по-разному ощущали себя в палатах кремлевского Дворца здоровья. Возможно, это потому, что председатель КГБ мог обеспечить генсеку неприкосновенность и безопасность, а Брежнев Андропова защитить не мог. И, судя по воспоминаниям руководителя IV Управления, Андропов был куратором кремлевской медицины, а Брежнев — скорее ее главным пациентом.

---

[76] «Дорогой Алексей Максимыч! Известие о том, что Вас лечит новым способом „большевик", хотя и бывший, меня ей-ей обеспокоило. Упаси боже от врачей-товарищей вообще, врачей-большевиков в частности! Право же, в 99 случаях из 100 врачи-товарищи — „ослы", как мне раз сказал один хороший врач. Уверяю Вас, что лечиться (кроме мелочных случаев) надо только у первоклассных знаменитостей. Пробовать на себе изобретения большевика — это ужасно!!» (Ленин В. И. Полное собрание сочинений. Изд. 5. Т. 48. С. 224. М., 1970. С. 224.).

[77] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». С. 18.

Зарубежные друзья ЦК КПСС

Политическая сторона деятельности кремлевской медицины не упоминается на корпоративных сайтах и в ведомственных историях. Она впервые ярко высветилась в мемуарах Чазова[78]. Мы бы даже сказали, что в его рассказе на первом плане оказались не медико-биологические заботы врачей, а дипломатические вопросы. Благодаря этому стало понятно, что медики всех уровней, а также клиники и санатории IV Управления использовались советским руководством как инструмент управления миром. Чазов приписывал авторство этой идеи Андропову. Вроде бы он некогда подсказал Брежневу, что «друзей можно приобретать, не только поставляя им оружие и продовольствие, но и заботясь об их здоровье, их работоспособности»[79].

Впрочем, судя по документам из Российского государственного архива экономики, зарубежные пациенты лечились в кремлевке даже при Сталине. «Кремлевская больница и клинический санаторий „Барвиха“ Лечсанупра Кремля,— напоминал его руководитель Егоров в 1950 году,— обслуживают руководящих работников партии и правительства Советского Союза, а также ответственных представителей стран народной демократии и коммунистических партий других стран»[80]. Среди лечившихся тогда в кремлевке был лидер Французской коммунистической парии Морис Торез[81]. В 1952 году для иностранных гостей в кремлевском здравоохранении было создано специальное диспансерное отделение № 2[82].

Трудно сказать, почему Чазов считал это новшеством брежневских времен. Возможно, в правление Хрущева прак-

[78] Чазов Е. И. Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача».

[79] Там же. С. 37.

[80] РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. хр. 7683. Л. 25.

— Кто не согласен с докладом главного врача?

Журнал «Крокодил». 1964 год. Номер 35.

тика медицинской помощи зарубежным странам прервалась. В любом случае, в 1970-е годы предоставление медицинских услуг иностранным политикам стало регулярным и практиковалось в широких масштабах. И поскольку товары на экспорт по своему качеству должны были быть мирового уровня (иначе их никто не стал бы использовать), брежневское правительство щедро вливало в кремлевку денежные инвестиции и требовало от привилегированных врачей первоклассного лечения.

[81] Торез Морис (1900—1964) — руководитель французского и международного рабочего и коммунистического движения, вел антифашистская деятельность, во время войны бежал в СССР, оттуда призывал организовать Сопротивление, генеральный секретарь Французской компартии (1930—1964). В октябре 1950 года перенес инсульт, долгое время находился на лечении в СССР. В 1953 году вернулся во Францию, и только в мае 1964 года, ослабленный болезнью, он передал управление ФКП Вальдеку Роше.

[82] История поликлиники // Поликлиника № 1. URL: vipmed.ru/stranica/istoriya-polikliniki (последнее посещение 16.05.2022).

Сотрудники международного отдела ЦК КПСС ежегодно посылали руководителям компартий и в правительства зависимых от СССР стран приглашения на диспансеризацию (обследование), отдых и лечение. По этим приглашениям в Москву прибывали семьи политиков или отдельные пациенты. В 1970-е годы их число достигало нескольких тысяч, признавался Чазов.

Видимо, лидеры социалистических стран воспринимали приглашения как мягкий приказ и ежегодно бывали в Москве «по медицинским показаниям». Кроме того, «приезжало много гостей из развивающихся стран, стран так называемого третьего мира»,— вспоминал глава IV Управления. Естественно, что медицинский туризм подразумевал политические встречи, обсуждения и заключение договоров. Зарубежным гостям обслуживание в кремлевке предоставлялось по «квотам» (количество мест на страну) бесплатно. За полученные услуги пациенты расплачивались благодарностью, податливостью, лояльностью. В этом отношении кремлевка имела все признаки колониальной медицины.

Для того, чтобы воспользоваться квотой, потенциальный пациент должен был обратиться в центральный комитет своей партии или в правительство с заявлением. Они определяли, насколько он достоин такой награды или реально нуждается в лечении, и после решения направляли в международный отдел ЦК КПСС прошения. В этих письмах указывались имена пациентов и сроки их пребывания.

Обычно прошения или заявки на обслуживание были в виде коротких деловых обращений. Переводчики делали с них русскоязычную копию. Среди стереотипных текстов иногда встречаются развернутые повествования с обоснованием заслуг направляемых пациентов или с благодарениями. В любом случае в эти тексты проникали язык общения и риторика членов компартий. Так, секретарь президиума Коммунистической партии Германии Карл Хайнц Шрёдер[83] благодарил за медицинское обслуживание своих соратников,

которое оценивал как проявление партийной солидарности[84]. Итальянская компартия заверяла, что «ведет ответственную и решительную борьбу в защиту национальной независимости и разрядки напряженности»[85]. А центральный комитет Национального фронта заверял, что болезнь их лидера в условиях Йемена неизлечима[86].

Журнал «Крокодил». 1965 год. Номер 8.

Международный отдел ЦК КПСС принимал письма от руководителей компартий, краткие биографии и медицинские документы гостей[87]. Для анализа состава пациентов мы взяли документацию международного отдела ЦК за 1974 год. Заместителем заведующего международным отделом ЦК КПСС в тот год был Е. Кусков, завсектором — Н. Пухлов[88]. В Москву должен был приехать по квоте от Коммунистической партии Эквадора Луис Санчес[89]. Из Германии собирались прибыть трое членов партийного аппарата из Дюссель-

[83] Шрёдер Карл Хайнц (1929—2008) — издатель и партийный функционер Компартии Германии. Организатор Международного фестиваля молодежи и студентов. В качестве секретаря и председателя президиума КПГ он с 1969 года отвечал за международные связи компартии.

[84] РГАНИ. Ф. 5. Оп. 67. Д. 841. Л. 56.

[85] Там же. Л. 115.

[86] Там же. Л. 128.

[87] Там же. Л. 31.

[88] Там же. Л. 85.

[89] Там же. Л. 80.

дорфа — председатель компартии Герберт Мис, его заместитель Герман Готье и члены президиума правления Курт Бахман и Макс Рейман с семьями. Правда, незадолго до назначенной даты произошли замены: вместо Готье полетела семья ветерана партии Отто Нибергала, а вместо Бахмана — семья Эриха Майера[90]. В этом же году посол СССР в Йемене (Аден) передал в Москву просьбу отдела внешних сношений секретариата ЦК НФ организовать в Москве лечение Мохаммеда Абдель Гани эль-Гамаси[91]. Итальянская компартия направила на отдых и лечение Марио Луонго[92]. Секретарь ЦК Компартии Финляндии Аарне Сааринен направлял в кремлевку на медицинскую экспертизу документы рядовых членов партии и просил провести операцию Ааро Саркелю[93]. Посол в Бангладеш просил взять на лечение сверх установленной квоты шесть «ответственных работников» Национальной народной партии. По просьбе генерального секретаря ЦК КП Эквадора в Москву был направлен на лечение Мигель Эрмидил Эриас[94].

Все ехали с женами, иногда с детьми и обязательно с медицинскими документами: либо с выписками, либо с полными историями болезней. Если именитый пациент не мог прибыть в Москву, то в кремлевку присылали историю его болезни. Так, в июле 1974 года через посольство СССР в Эквадоре в кремлевку была передана история болезни Сессарио Вальверде. Консилиум либо определял стратегию лечения, либо посылал «на дом» к пациенту специалиста. Так было в 1968 году, когда Чазов и его сотрудники лечили Насера в Египте, а в 1971 году он с командой вылетал в Берлин, чтобы оценить состояние руко-

[90] Там же. Л. 56.
[91] Там же. Л. 128.
[92] Там же. Л. 115.
[93] Там же. Л. 2.
[94] Там же. Л. 18.

водителя ГДР и успокоить лидеров СЕПГ.

К некоторым пациентам — например, к тому же египетскому лидеру Гамаль Абделю Насеру,— кремлевские врачи испытывали симпатию и соответственно сочувствовали его политической борьбе за объединение арабов и противостоянию с Израилем. Кажется, при этом они не руководствовались политическими знаниями и убеждениями, но только отношением к своему именитому пациенту, обаянием его личности и самоотверженностью. «Президент Египта „сгорел“ в политической борьбе»,— писал Чазов о его смерти от сердечной недостаточности[95]. Он работал без отдыха и с большим нервным и физическим напряжением.

В мемуарах Чазов осмыслял контроль над здоровьем политических союзников как «участие в сложной медико-политической ситуации, где сугубо медицинские пробле-

— Скажите, здесь подбирают очки?
— Нет. Здесь подбирают человека к единственным очкам.

Журнал «Крокодил». 1966 год. Номер 4.

[95] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». С. 55.

мы тесно переплетались с решением политических вопросов»[96]. Он упоминал о внезапной смерти от трудно диагностируемой болезни Хуари Бумедьена[97], которая породила столько обвинений в адрес кремлевской медицины; об экспертизе на пригодность к руководству страной или партией в отношении онкологически больного Антонио Нето[98], страдающего атеросклерозом и потерявшего память Юмжагийна Цеденбала[99], парализованного Луиджи Лонго[100], умиравшего от рака печени Бабрака Кармаля[101], вьетнамского диктатора Ле Зуана[102] и бирманского дипломата в ООН У Тана[103]. По просьбе Андропова кремлевские врачи проводили диагностику здоровья Мао Цзэдуна[104] и Чжао Эньлая[105, 106].

Страны, с которыми дружил СССР, были разными, и разными людьми были их руководители — иностранные пациенты кремлевки. Приведем два контрастных примера.

[96] Там же.

[97] Бумедьен Хуари (1932—1978) — алжирский государственный, военный и политический деятель, полковник, один из лидеров антиколониальной борьбы алжирского народа. Используя ресурсы СССР и Франции, он провел в стране индустриализацию, аграрную реформу. Национализировал нефтяную отрасль. При нем Алжир претендовал на роль лидера арабского мира и даже Африки. В 1976 году Алжир объявлен социалистическим государством, а Бумедьен стал его президентом.

[98] Нето Антонио Агостиньо (1922—1979) — выпускник медицинского факультета, практикующий врач, политик, поэт и первый президент Народной Республики Ангола (1975—1979), председатель Народного движения за освобождение Анголы. Держал курс на строительство социализма. На территории Анголы шла борьба двух политических групп, одну из которых поддерживали СССР, Югославия и Куба, а вторую — США и Китай. В мае 1977 года против правительства Нето была совершена попытка государственного переворота. Мятеж «фракционеров» был подавлен с помощью кубинских войск. В ходе последовавшей партийной чистки и массовых репрессий DISA погибли тысячи ангольцев. Умер в Москве в сентябре 1979 года после онкологической операции.

Журнал «Крокодил». 1977 год. Номер 26.

В 1970 году разгорелась борьба в руководстве Французской коммунистической партии. Боролись за власть две группи-

[99] Цеденбал Юмжагийн (1916—1991) — лидер Монгольской Народной Республики, генеральный секретарь народно-революционной партии, маршал (1979). Учился в 1930-е годы в Иркутске. Проводил коллективизацию и индустриализацию Монголии. Видную роль в его правлении играла русская жена Анастасия Ивановна Цеденбал-Филатова. В августе 1984 года освобожден от должности Генерального секретаря ЦК МНРП, Председателя Президиума Великого Народного Хурала и отправлен в Москву вместе с женой на лечение.

[100] Лонго Луиджи (1900—1980) — итальянский коммунист, политический деятель, участник антифашистского движения, один из руководителей партизанских отрядов, В 1964 году избран генеральным секретарем КП Италии, в 1969 году перенес инсульт. В 1972 году лидером партии стал Энрико Берлингуэр, а Лонго занимал пост председателя ИКП.

ровки: молодые коммунисты-реформаторы во главе с Жоржем Марше[107] и старые сподвижники Тореза. Первые требовали отстранения от руководства старого и больного Вальдека Роше[108], вторые хотели его сохранения. Москва хотела иметь прежнего проверенного партнера. В этой ситуации советские врачи должны были соблюсти интересы пациента и своего руководства. Для экспертизы состояния генерального секретаря в Париж вылетели три академика — Чазов, Василенко и А. В. Снежнецкий. Но, кажется, они не были беспристрастными наблюдателями. Спустя годы Чазов признался, что накануне осмотра Роше с ним встречался Жак Дюкло[109], который ранее лечился в кремлевке, и доверительно просил принять правильное решение в пользу Роше. Руководитель советской делегации давно испытывал симпатию к Дюкло, которого считал настоящим французом и настоящим коммунистом[110]. Заключение советских экспертов помогло Роше оставаться номинальным главой французской компартии еще некоторое время.

[101] Кармаль Бабрак (1929—1996) — политический лидер Афганистана. Один из основателей Народно-демократической партии Афганистана. В период советского военного присутствия в Афганистане — Генеральный секретарь ЦК НДПА, Председатель Революционного совета (глава государства) Демократической Республики Афганистан (1979—1986), Председатель Совета министров ДРА (1979—1981).

[102] Зуан Ле (1907—1986) — основатель Коммунистической партии Индокитая, лидер Социалистической Республики Вьетнам, участник коммунистического народного движения. После смерти Хо Ши Мина в 1969 году он стал единоличным лидером Компартии и страны (1960—1986). Эти годы были трудными, и режим Ле Зуана пользовался сталинскими методами. Ле Зуан не щадил никого, в том числе членов своей семьи, репрессии стали для Вьетнама того периода обычным делом. Под его руководством Вьетнам боролся с режимом Пол Пота в Камбодже.

[103] У Тан (1909—1974) — бирманский дипломат, Генеральный секретарь ООН (1962—1971).

Журнал «Крокодил». 1980 год. Номер 4.

Среди друзей Советского Союза и пациентов кремлевки были не только европейские политики-интеллектуалы. Тогда же, в конце 1960-х — начале 1970-х годов в Москве привечали президента, а затем императора Центральноафриканского государства. Спустя двадцать лет о нем узнал весь мир: он был осужден за геноцид собственного народа и людоедство. Мировую прессу буквально взорвали сообщения о том, как он готовил на торжественные приемы тела своих министров и любовниц, как

[104] Цзэдун Мао (1893—1976) — китайский революционер, государственный деятель. После образования Китайской Народной Республики в 1949 году он был бессменным руководителем страны, председателем компартии. Провел реформы в Китае, в том числе «Большой скачок» и Культурную революцию (1966—1976). С 1971 года Цзэдун страдал от болезни Паркинсона, в 1976 году перенес два тяжелых инфаркта.

[105] Эньлай Чжао (1898—1976) — первый глава Госсовета КНР с 1949 по 1976 год, видный дипломат, министр иностранных дел. В 1972 году у него диагностирован рак мочевого пузыря, но Мао Цзэдун не дал разрешения на то, чтобы сообщить результаты обследования Эньлаю, и на его лечение. Оно началось только в 1974 году и было уже безуспешным.

[106] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». С. 106.

[107] Марше Жорж Луи Рене (1920—1997) — французский политик-коммунист, Генеральный секретарь ФКП с 1972 по 1994 год. Депутат Национального собрания Франции с 1973 по 1997 год. Участвовал в президентских выборах 1981 года. В 1970 году он был избран заместителем секретаря ФКП, а в 1972 году — генеральным секретарем. Отказался от теории социалистической революции и диктатуры пролетариата в пользу передовой демократии.

умерщвлял сотни детей[111]. А в 1973 году Жан Бедель Бокасса прибыл в Москву в качестве друга партии на гастроэнтерологическое лечение. По воспоминаниям Чазова, он был улыбчивым и застенчивым[112].

Декларируемая во всех распорядительных текстах задача кремлевской медицины состояла в том, чтобы максимально продлить работоспособность важных для политики Советского Союза партийных, государственных и военных деятелей. Но эта задача имела и оборотную сторону, поскольку питала подозрения политиков из враждебного лагеря о возможности кремлевки тихо устранять неугодных соратников. Этим слухам и подозрениям способствовали закрытость и тайны кремлевки, а также поведение первых лиц Советского государства. Во всяком случае, когда в кремлевку поступила жена Суслова, он захотел для нее иностранного специалиста.

В 1990-е годы, после распада СССР, в печати появилось несколько публикаций о потрясающем романе дочери вьетнамского лидера, всесильного Ле Зуана с московским профессором математики (а в 1990-е годы уже академиком) Виктором Павловичем Масловым. Это были повествования о том, как влюбленные боялись кары диктатора, как прятались от него и от советского КГБ со своими двумя детьми на

[108] Роше Вальдек (1905—1993) — лидер ФКП с 1964 по 1972 год. Проблема, с которой столкнулся Вальдек Роше в качестве генерального секретаря, заключалась в балансе между необходимым обновлением структуры ФКП и поддержанием ортодоксальной марксистско-ленинской идеологии. Как следствие, он публично заявил об осуждении левого движения в мае 1968 года («Красный май»). Позже в том же году он перенёс стресс, связанный с подавлением Пражской весны в Чехословакии, которое осуждал. Эти события сильно сказались на здоровье Роше. В 1970 году, когда состояние Роше ухудшилось, Жорж Марше стал фактическим лидером партии. После экспертизы кремлевских медиков Роше формально оставался генеральным секретарем до 1972 года, а затем почетным президентом до 1979 года.

НА ПРИЕМЕ У ОКУЛИСТА

Журнал «Крокодил». 1980 год. Номер 34.

[109] Дюкло Жак (1896—1975) — руководитель Французской коммунистической партии, сподвижник и фактический преемник Мориса Тореза. С 1936 года — идеолог партии, проводник линии Сталина. Участник Коминтерна и Коминформа. Идеологический консультант республиканцев на испанской Гражданской войне. Один из руководителей Движения Сопротивления, координировал деятельность подпольной ФКП в годы оккупации. В 1950—1953 годах — и. о. генерального секретаря ЦК ФКП. С 1959 года — сенатор, руководитель фракции ФКП в Сенате. В 1960-х годах — активный критик экономической и социальной программы голлизма. Кандидат в президенты Франции на выборах 1969 года, занял третье место после Помпиду и Поэра.

[110] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». С. 56.

[111] Бокасса: людоед и убийца // Дилетант. URL: https://diletant.media/articles/26017590/ (последнее посещение 16.05.2022).

подмосковных дачах. Дав жизнь еще одному ребенку, тридцатилетняя Ле Ву Ань умерла в родах в клинике IV Управления. Хотя как дочь Ле Зуана она имела право на обслуживание в кремлевке, Ань избегала туда обращаться. Однако в момент родов не оказалось свободных мест в других больницах. Впоследствии ее муж считал, что кровотечение можно было остановить, но «никто из врачей не решился на операцию: а вдруг Ле Зуан захочет иметь других внуков. Маслов считает,— уверял один из журналистов,— что и кровотечение и нерешительность врачей были не случайны. Слишком много случайных совпадений. И слишком влиятельным людям мешал их брак»[113].

Администраторы элитного здравоохранения гордились цифрами низкой больничной смертности в кремлевке. 2,5% — это «было одним из лучших показателей в мире», уверял журналистов Миронов. Судя по воспоминаниям, эти показатели достигались не только успешным лечением, но и выпиской безнадежных больных на дом. В случаях неизбежности даже самых высокопоставленных пациентов старались отправить домой или даже отвезти на далекую родину.

Политическое руководство страны боялось подозрений и обвинений. И всё же они случались. Так произошло с президентом Алжира Бумедьеном. Во время визита в СССР он внезапно заболел (Чазов уверял, что он прилетел больным) и был госпитализирован в клинику IV Управления. Болезнь не поддавалась лечению, и, как свидетельствуют советские

[112] Бокасса Жан Бедель (или Салах эд-Дин Ахмед Бокасса I) (1921—1996) — президент Центральноафриканской республики с 1966 по 1976 год, затем император Центральноафриканской империи с 1976 по 1979, маршал. Один из самых эксцентричных диктаторов XX века, 19 жен, 40 детей. Впоследствии Чазов и его современники узнали, что повар привозил с собой человеческое мясо для диктатора-канибалла.

[113] *Васильков И.* Жестокий роман // Огонек. 1998. URL: https://www.kommersant.ru/doc/2286094 (последнее посещение 19.05.2022).

Журнал «Крокодил». 1987 год. Номер 33.

источники, больной Бумедьен настоял на возвращении домой. По прилете он впал в кому. Все это время его лечила прилетевшая вместе с ним бригада кремлевских врачей во главе с гематологом А. И. Воробьевым. У Бумедьена предполагали редкое заболевание крови — макроглобулинемию Вальденстрёма. За четыре года до этого от него умер президент Франции Жорж Помпиду. Среди современных политиков циркулировали слухи, что алжирский лидер арабов был отравлен так же, как в свое время Помпиду. Основным синдромом, с которым он умирал, был иммунокомплексный синдром, который тогда только был описан и никто не умел его лечить. В Алжире советские медики были участниками международных консилиумов у постели больного, доказывали зарубежным коллегам свою профессиональную компетентность. Чазов писал о бессилии тогдашней медицины спасти пациентов с таким заболеванием. Но из-за близости и патронажа КГБ кремлевскую медицину не только желали, но и боялись, а следовательно, подозревали.

Этнография и антропология клубных отношений

Информированное согласие

Этнографический подход позволяет сделать странное (например, ритуалы) знакомым и знакомое («мы все так делаем») странным — уверяет исследователь медицинских практик Аннмари Мол[114]. В дополнение к этому намерению, антропологический подход нацеливал нас видеть и объяснять уникальное в отношениях кремлевских администраторов, врачей и пациентов.

Современных понятий «доказательная медицина» и «информированное согласие» не было в системе отношений советских врачей и пациентов, их не использовали юристы. Больным людям не объясняли, почему их так лечат, не просчитывали последствия лечебных практик для качества их последующей жизни. Пациенты и врачи не подписывали юридических соглашений с декларациями прав и ответственности участников лечебного процесса. Советское здравоохранение было пространством неписанных правил, страхов и власти, в котором господствовали неизбежность, дефицит и невольная вера друг в друга. У ограниченных в ресурсах врача и пациента не было иной альтернативы, как просто довериться Богу и специалисту, а также поверить в способность/желание больного сотрудничать. Но часто нерегулируемого формальными процедурами желания помогать оказывалось недостаточно. Судя по жалобам советских граждан, в поликлиниках и больницах «для населения» они встречали грубость, получали приказы и угрозы или сталкивались с равнодушием врачей к их боли и проблемам.

[114] *Мол А.* Множественное тело: антология в медицинской практике. Пермь, 2017. С. 13; *Mol A.* The body multiple. Ontology in medical practice. Durcham and London: Duke University Press, 2002.

Журнал «Крокодил». 1988 год. Номер 1.

Самые смелые или отчаявшиеся писали в партийные или правительственные учреждения письма. В них описаны похожие кейсы. «Два года тому назад он заболел,— сообщала в декабре 1956 года в ЦК КПСС дочь 49-летнего инвалида войны,— обратились к врачу-невропатологу т. Меламедовой, она сказала, что он притворяется. В настоящее время у него сильные боли в голове, лежит в постели. Он обратился к врачу Меламедовой, она ответила, что болезнь перешла в хроническую и вылечить ее невозможно»[115]. Но и в тех случаях, когда пациенты попадали в больницы, им предстояло испытать на себе грубую власть медицинского персонала, замученного бессонными ночами.

Поскольку в СССР наряду с судебными органами жалобами граждан занимались обкомы партии и ЦК КПСС, в их фондах отложились письма во власть советских пациентов. Из них явствует, что больницы были переполнены, страдали от перебоев с подачей электричества и воды, были руинированы, а врачи нередко усугубляли страдания больных. В больницах и поликлиниках с пациентами говорили в приказном тоне, раздраженно. У перегруженного хозяйственны-

[115] РГАНИ. Ф. 5. Оп. 30. Д. 186. Л. 178—183; «Сил больше нет молчать о том тяжелом положении, в котором живут наши советские люди»: Документы РГАНИ о социальном кризисе в СССР в середине 1950-х гг. // Архив Александра Н. Яковлева. URL: http://alexanderyakovlev.org/almanah/inside/almanah-doc/1007607 (последнее посещение 12.05.2022).

ми проблемами, озабоченного дефицитом лекарств и собственным неблагополучием советского медика не было ни желания, ни времени общаться с пациентом, рассказывать и объяснять ему его проблемы, вникать в историю его заболевания. Больных в стране было слишком много.

Судя по отчетам IV Управления и воспоминаниям советских граждан, в кремлевке царили забота и внимание. Врачи терпеливо выслушивали пациента, объясняли, что с ним, как надо при этом заболевании жить, как можно выздороветь. Они сочувствовали и вникали во все проблемы. Здесь больных было мало, и каждый врач мог посвятить пациентам много времени. Чиновники кремлевского здравоохранения оправдывали невероятное соотношение врачей и пациентов тем, что здесь служба медика была сопряжена с особыми навыками общения с государственными лидерами и интеллектуалами. Всем требовалось сочувствие и неторопливое внимание.

Высокопоставленные пациенты даже в старости требовали статусного обращения с собой. Чазов вспоминал про последние дни маршала Ворошилова: «Когда мы в последний раз увозили его в тяжелом состоянии с дачи в Кунцевскую больницу, я предложил, чтобы транспортировка осуществлялась машиной скорой помощи, на носилках. Ворошилов категорически отказался, заявив, что маршалов на „дурацких“ носилках еще не таскали. Вызвал из Верховного Совета „Чайку“, сел на откидное кресло, на котором обычно ездил „для сохранения осанки“, и только так поехал в больницу» [116]. Вряд ли это было хорошо с медицинской точки зрения, однако в таких случаях медицинская власть отступала перед властью политической.

Санаторно-курортное обслуживание контингента также было сопряжено с «непомерными требованиями обслужива-

[116] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». С. 32.

Журнал «Крокодил». 1988 год. Номер 5.

емых»: многие правительственные чиновники и их жены капризничали и требовали определенную комнату в санатории или конкретную дачу. Многим долго живущим в партийном «пузыре» деятелям не нравилось отдыхать среди «населения», то есть в санаториях смешанного типа. Получив направление туда, они устраивали врачам скандалы. Эти санатории сделали очевидными для непосвященных льготы партийной аристократии. «Контингент или вовсе не платит за путевки, или платит малую часть их стоимости,— с удивлением записал в дневнике Юрий Нагибин,— ему представлено множество преимуществ, о которых знает обслуживающий персонал. „Контингенту“ замглавврача ставит на обложке курортной книжки крошечную букву „к“. Отмеченным этой буковкой полагается общий массаж, всем остальным — местный. Им даются лучшие, дефицитные лекарства, лучшие часы на процедуры, в бассейн и в сауну; им — повышенное внимание врачей и сестер, право капризничать в столовой. Им все обязаны улыбаться, как бы они себя ни вели. На них запрещено жаловаться, но Боже спаси сестру и даже врача, если пожалуется „контингент“»[117]. В позднесоветские годы не входящие в контингент гости санаториев могли получить аналогичные услуги, либо заплатив главному врачу большую сум-

[117] *Нагибин Ю.* Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/16451_(последнее посещение 01.08.2022).

му, либо оплачивая дополнительные услуги специалистам. Только делалось это неофициально, «в карман» белого халата. Поскольку с точки зрения уголовного права оплата медицинских услуг расценивалась как дача и получение взятки, то вручение денег было сопряжено с ритуалом убеждения врачей, что это не взятка, а практически устная благодарность.

Врачи в кремлевке решали сложные коммуникативные проблемы. Они были иные, нежели в обычных поликлиниках. Например, если главным препятствием для проведения ежегодных диспансеризаций населения было отсутствие необходимых для этого профессиональных сил и инфраструктурных средств, то трудность ежегодных осмотров в клиниках IV Управления состояла в сопротивлении строптивых пациентов. Иногда вопрос о необходимости подвергнуться медицинской проверке решался на уровне Президиума ЦК КПСС.

Привыкшие позволять себе многое, партийные лидеры брежневских времен в кремлевке вели себя расслабленно, как дома. Некоторые хотели еды от своего повара, кто-то желал курить в палате, а кто-то принимал гостей и позволял себе разгульный отдых. И тут всё зависело от партийного статуса больного. В таких случаях пациент и руководство кремлевки мерились друг с другом ресурсами власти. В тех ситуациях, когда они были больше у медиков, поведенческая вольность оборачивалась для пациента тяжелыми последствиями. «Наш первый секретарь ГК (городского комитета КПСС.— *Авторы*) Иван Васильевич Новиков[118],— записал в дневнике 1979 года Николай Семенович Работнов[119],— ле-

[118] Новиков Иван Васильевич (1923—1994) — советский партийный деятель, первый секретарь Обнинского горкома КПСС (1968—1983), инвалид Великой Отечественной войны, ампутирована левая рука.

[119] Работнов Николай Семенович (1936—2006) — российский ученый, физик-ядерщик, профессор, автор сборников «Физики шутят» и «Физики продолжают шутить».

Журнал «Крокодил». 1988 год. Номер 5.

жал в кремлёвской больнице и повторил там то, что регулярно проделывал здесь и в МСЧ (медицинско-санитарная часть — комплекс медицинских учреждений на советских предприятиях.— *Авторы*) и в ИМРе: напивался до бесчувствия. Начальник ОРСа (отдел рабочего снабжения, то есть предприятие розничной торговли в СССР.— *Авторы*) Раенко приехал навестить с икрой и коньяком»[120]. Администрация больницы применила к пациенту меры партийного дисциплинирования. В пьяном виде и в замусоренной больничной палате он был сфотографирован в разных видах, и фото были направлены в Центральный комитет КПСС. Судя по дневнику его сослуживца, протрезвевшему секретарю горкома грозили отлучение от партийных благ и работа во главе Дома просвещения. «В народе это называется „Иван Васильевич меняет профессию“»,— иронизировал Работнов[121].

[120] Работнов Н. С. Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/18889 (последнее посещение 01.08.2022).

[121] Там же.

В деле лечения кремлевские врачи преодолевали сопротивление своих именитых пациентов, которые были убеждены в государственном значении собственного здоровья. Эта уверенность побуждала защищать себя не столько от болезней, сколько от конкурентов и нанятых ими врачей. Отлученный от власти, Хрущев был болезненно подозрительным, боялся за собственную жизнь и не подпускал к себе никого из медиков, кроме хорошо знакомого врача. Обиженный политик уверял, что не хочет, чтобы «вся эта свора (Политбюро) знала о его состоянии и обсуждала, долго он еще протянет или нет,— свидетельствовал Чазов,— подкрепляя, конечно, это заявление теми крепкими выражениями, которые он умел преподносить окружающим»[122]. В таких случаях для консультаций и лечения больного в кремлевку приглашали медиков, которым пациент доверял, старались снизить у него напряжение.

Благодаря медицинским знаниям у кремлевских врачей была большая власть над судьбами взятых на обслуживание политиков. Были ситуации, когда врачи добивались от пациента согласия на отставку. Так, в 1971 году, несмотря на прогрессирующий склероз и головокружения, 78-летний Вальтер Ульбрихт[123] пытался удержать управление компартией ГДР[124]. Вылетевшие к нему московские врачи убедили старого марксиста передать правление Эриху Хоннекеру[125].

[122] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». С. 33.

[123] Ульбрихт Вальтер Эрнст Пауль (1893—1973) — коммунист, создатель и лидер Социалистической единой партии Германии (1950—1971), инициатор отделения ГДР от ФРГ и строительства Берлинской стены, руководитель ГДР

[124] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». С. 40.

[125] Хонеккер Эрих Эрнст Пауль (1912—1994) — немецкий государственный и политический деятель. В течение 18 лет (1971—1989) возглавлял Социалистическую единую партию Германии.

А в 1984 году Чазов и его команда убеждали Политбюро Монгольской народно-демократической партии и особенно жену руководителя этой партии Цеденбала, что он недееспособен и не может более руководить никем[126]. Всё это делалось с одобрения или по поручению правящего круга партийных лидеров, сопровождалось долгими совещаниями с Андроповым.

Журнал «Крокодил». 1988 год. Номер 25.

Но были ситуации и зоны, когда кремлевские медики действовали довольно независимо или даже вопреки желанию генсека. Так, они поддерживали в качестве пациентов отставных или попавших в опалу партократов, которые испытывали дефицит внимания. Видимо, в брежневские времена медицинская элита могла позволить себе некоторую автономию и говорить в интересах пациентов. «Я считал и считаю сейчас, что врач должен оставаться врачом, независимо от того, какое положение в данном случае занимает его пациент и каково отношение к нему столь изменчивого общественного мнения,— утверждал в мемуарах Чазов.— А ситуации, подобные ситуации с Ворошиловым, возникали не раз: будь то лечение Н. С. Хрущева, которого наблюдали близкие мне академик П. Е. Лукомский[127] и профессор В. Г. Беззубик, с которыми я познакомился и подружился еще в период моей работы в Кремлевской больнице в

[126] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». С. 60.

[127] Лукомский Павел Евгеньевич (1899—1974) — советский терапевт, кардиолог, педагог, академик АМН (1963).

1957 году; лечение Г. К. Жукова[128] после его отставки и других пациентов, находившихся, мягко говоря, не в ладах с официальной линией или с определенными деятелями партии и руководства страны»[129].

Врачи и администраторы кремлевки общались не только с российскими (то есть русскоязычными) пациентами. Диспансеризация и лечение руководителей и членов компартий других стран делало их посредниками советской империи. В этом помогал штат переводчиков, но всё же от врачей и медицинского персонала требовались дипломатические навыки и некоторая политическая осведомленность. Например, когда в августе 1973 года в кремлевку положили на обследование и лечение печально знаменитого Жана Беделя Бокассу, он привез с собой повара и врача, которые хотели поддерживать привычный для него экзотический режим питания и жизни. Чазов лично убеждал африканского лидера довериться профессионализму советских врачей и оздоровительному питанию в лечебной столовой, объяснял ему физиологию и стратегию лечения[130].

После успешного лечения африканский президент, он же император и обладатель многих иных титулов, захотел находиться под постоянным наблюдением советского врача у себя на родине. По его желанию в Африку отправился добровольцем доктор Ф. К. Яровой. Через пару месяцев Бокасса обвинил этого пожилого уже специалиста в том, что он склонял к сожительству одного из его охранников — огромного чернокожего полицейского. Врач был срочно депортирован в Москву. Так что служба кремлевского врача была сопряжена с разными сложными ситуациями.

---

[128] Жуков Георгий Константинович (1896—1974) — советский полководец, маршал Советского Союза, герой Великой Отечественной войны.

[129] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». С. 33.

[130] Там же. С. 38.

Журнал «Крокодил». 1988 год. Номер 34.

Лечение не всегда бывает успешным. Чазов вспоминал о случаях, когда смерть или ухудшение состояния политических лидеров становилось основанием для политических обвинений Советского Союза и врачебной критики в адрес качества советской (то есть кремлевской) медицины[131]. Так произошло, например, в уже упомянутой нами ситуации с лечением президента Алжира Бумедьена.

Несмотря на статусное положение, комфортные условия и хорошее обеспечение кремлевских врачей, они не имели профессиональной автономии и социальной защиты от государства. В тоталитарной системе никому не гарантировались достоинство и права на отдых, свободу высказывания. В том, что лично Чазову, по его словам и словам партийных работников, дозволялось дистанцироваться от цековских ритуалов, не было признания автономии врачебной профессии. Положение руководителя кремлевской медицины было сходным с положением умного визиря при правителе, независимость которого обеспечена патронажем.

Впрочем, независимость в советской политии — это нечто иное, чем в несоциалистическом пространстве. Например, в системе культурных координат СССР никто не счи-

[131] Там же. С. 68.

тался с приватностью, личным временем или академическими занятиями даже именитого врача. «Из каких только мест меня не вывозили,— вспоминал Чазов.— Дважды вертолетами меня снимали с гор Северного Кавказа, куда я любил подниматься, имея несколько свободных дней. Однажды уже через два с половиной часа я был в Крыму у Брежнева, у которого начиналось воспаление легких, а второй раз прямо с гор приехал в Москву к Пельше[132], у которого возник инфаркт миокарда. А ведь кроме работы в Управлении была еще и научная, и лечебная деятельность, которую я не оставлял ни на один день. Я мечтал о времени, когда не будет ночных вызовов и звонков, когда можно будет распоряжаться не только своим временем, но и самим собой»[133]. Увы, визирь не принадлежит себе, а его жизнь зависит от прихотей правителя.

Привилегированное биосообщество

В позднем СССР больные люди сидели в длинных очередях на прием к терапевту, а потом в еще более длинных очередях, чтобы попасть к специалисту в районных поликлиниках. Наличие таких же, как они сами, страждущих в коридорах медицинских учреждений не делало их сообществом сострадающих друг другу и объединенных общими проблемами и эмоциями людей (исключение составляли особо общительные пожилые пациенты — «пенсионеры»). Все напряженно следили друг за другом и за дверью кабинета, ругались, если кто-то пытался проникнуть туда без очереди.

[132] Пельше Арвид Янович (1899—1983) — советский латвийский партийный и государственный деятель, историк, в 1966—1983 годах — председатель Комитета партийного контроля при ЦК КПСС.

[133] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». С. 23.

В остальное время люди сосредоточенно и тяжело молчали. Конечно, если они оказывались в одной больничной палате и проживали в ней 10—14 дней (положенный в советском здравоохранении срок для лечения широкого круга заболеваний), то разговаривали друг с другом и узнавали многое о соседях по несчастью. Но, как правило, за рамками этого больничного общежительства отношений друг с другом они не поддерживали. Их письма с жалобами во власть тоже не были продуктом коллективных взаимодействий.

Журнал «Крокодил». 1989 год. Номер 14.

Иной была ситуация в кремлевских поликлиниках, больницах и санаториях. «Оказывается,— записал Нагибин в дневнике в мае 1977 года, впервые побывав в санатории IV Управления,— „контингент“ — это те, кто прикреплен к главной Кремлевской больнице, люди высшего сорта, люди со знаком качества»[134]. Люди одного социального круга, одних привилегий, обладающие сетью влиятельных знакомств и связей, они приходили к врачу не в качестве жертвы. У кремлевского врача было время побеседовать с каждым, а у пациентов были силы и настроение побеседовать друг с другом. Благо в коридоре обычно не скапливалось много

[134] *Нагибин Ю.* Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/16451_(последнее посещение 01.08.2022).

людей. У дверей врачебного кабинета здесь либо не было никого, либо один-два пациента. И в просторных холлах клиник в Сивцевом Вражеке, и на улице Фрунзенской работали буфеты с дефицитными в Советском Союзе кофе и бутербродами с копченой колбасой или икрой.

Представители контингента неспешно знакомились друг с другом, обедали в прекрасной столовой лечебного питания, при этом рассказывали о семьях и собственных увлечениях, искали общих знакомых, обменивались адресами нужных людей и номерами телефонов, расширяя таким образом свои социальные сети. Но создали ли они, подобно чернобыльцам, биогражданство? Скорее нет, ведь им не приходилось коллективно сражаться за общие интересы, формулировать их, создавать негосударственные союзы. Каждый из представителей контингента добивался доступа к медицинским ресурсам индивидуально или через ведомственные (партийные) каналы. Личная дружба в этой высоко конкурентной среде встречалась не часто. В этом отношении они были не гражданством, а сообществом элитных пациентов.

Советские люди воспринимали партократов и членов их семей в качестве новых аристократов. Диссиденты разоблачали их лицемерие. Но каким бы ни было отношение к партийной когорте, все люди из «гетто» хотели их возможностей лечиться и безбедно жить. Это желание поддерживало партийный карьеризм и породило феномен советского самозванства. Примечательна в этом отношении история, зафиксированная в том же дневнике Нагибина. В мае 1977 года он отдыхал в санатории «Русское поле» (недалеко от города Чехов) и там познакомился с дамой, которая выдавала себя за представительницу контингента. Для убедительности она делилась с ним результатами доступа к кремлевскому лечебному питанию (бутерброд с «великолепной зернистой икрой») и проявляла осведомленность о частной жизни представителей контингента среднего уровня — ведущих ар-

хитекторов, маршалов, адмиралов, писателей, музыкантов, поэтов и одного министра.

Журнал «Крокодил». 1989 год. Номер 19.

Кремлевские санатории и больницы были тем социальным пространством, где, пусть и ограниченно, но всё же встречались правители страны с привилегированной интеллигенцией, а в некоторых домах отдыха еще и с технической и вузовской интеллигенцией. Приобщение к благам буржуазной жизни делало их соучастниками и своего рода элитарным (в смысле жизненных благ) сообществом. Партийные боссы и правительственные чиновники могли (если хотели) общаться с интересными собеседниками («народом»), а представители советских культурных элит имели редкую возможность обзавестись полезными знакомствами. Следы этого знакомства (записка, телефон, совместная фотография) были настоящим капиталом, который мог быть пропуском в заповедный мир или оберегом в трудных ситуациях.

Именно поэтому впервые допущенный к благам кремлевской медицины Нагибин оказался так очарован вниманием к себе осведомленной самозванки и был так возмущен открытием обмана. Показательно, что выяснил он ее реальный статус по аналогичной цепочке привилегированных пациентов, которые знали друг друга, встречались, обменивались телефонными номерами и бывали друг у друга на дачах.

Здоровье партии и правительства

В начале своего существования кремлевская медицина позиционировалась не как элитная, а как специализирующаяся на лечении заболеваний и гигиене административного труда. Врачам кремлевских больниц действительно приходилось решать специфические проблемы, связанные с особенностями политической жизни в СССР. Негативными последствиями экстремально стрессовой жизни (после Первой мировой войны, революции, Гражданской войны, эпидемий) была не только усталость руководителей партии и правительства. В середине 1920-х годов буквально бедствием для кремлевских медиков стала волна самоубийств довольно молодых управленцев. Физически и психически истощенные, разочарованные, одинокие, часто неустроенные материально, они легко прощались с жизнью или впадали в депрессию[135]. В те годы советское правительство пошло даже на то, чтобы выделять специальные средства на лечение здоровья заслуженных членов партии за границей, прежде всего в Германии.

Такие поездки прекратились в 1930-е годы в связи с обострением отношений СССР с Германией и подозрительности к зарубежным контактам членов КПСС. Но тогда же началось расширение кремлевской медицины и строительство Дворца здоровья в центре Москвы. Правда, довольно скоро доверие к работавшим там «красным» врачам с правильными анкетными данными и часто низкой профессиональной квалификацией было подорвано чередой преждевременных смертей руководящих работников партии. Среди них был министр угольной промышленности В. В. Вахрушев. Причинами стали сверхинтенсивная работа, приводившая к заболеваниям сердца, сосудов и нервной системы нестарых еще

[135] *Тяжельникова В. С.* Самоубийства коммунистов в 1920-е годы // Отечественная история. 1998. № 6. С. 158—173.

людей, а также врачебные ошибки. То и другое стало предметом обсуждения на заседаниях ЦК КПСС.

Журнал «Крокодил». 1990 год. Номер 22.

Физиолог, академик Л. С. Штерн просила Сталина ввести нормативы труда для руководителей партии и государства, «рационализировать их труд и быт»[136]. В 1947 году для них был введен особый режим работы: ограниченная двенадцатью часами длительность трудового дня (с 13:00 до 01:00), запрет работать в выходные и праздничные дни, временные лимиты на продолжительность совещаний, запрет на курение во время них, обязательность обедов и отпусков. Что касается качества лечения в Лечсанупре, то в том же году Сталин направил его руководителю Смирнову письмо с обвинениями в плохой организации работы, частых ошибках в диагностике и лечении. Письмо завершалось резюме: пренебрежительное отношение кремлевских врачей приводит к преждевременной гибели ценнейших работников партии и государства.

Во времена оттепели и застоя кремлевская медицина заботливо и профессионально относилась к своим особым пациентам. Продление их работоспособности, молодости и жизни было главной задачей правительственных медиков. На это были направлены не только медицинские знания и оборудование, но и дискурсивная работа лидеров здравоох-

[136] Цит по: *Жирнов Е.* «Помощь в экстренных случаях запаздывает и поставлена небрежно». Отчего Сталин перестал доверять кремлевской медицине.

ранения. «Состояние здоровья наших руководителей,— уверяли в 1959 году в письме в ЦК КПСС представители медицинской элиты (профессора В. Н. Виноградов, Василенко, Петровский, Лукомский, Н. К. Боголепов, Тагер и назначенный в 1953 году на место Егорова начальник IV Главного управления профессор Марков),— является не только их личным делом, но и общегосударственным делом. Профессора и врачи готовы отдать все свои силы, знания и опыт для укрепления и сохранения здоровья наших руководителей»[137]. С одной стороны, эта риторика характерна для советских деклараций и воззваний (народ должен беречь и защищать своих лидеров), а с другой — важно было заверить партократов во врачебной любви и преданности.

Но даже сквозь риторическую паутину в делопроизводственных текстах просвечивает озабоченность врачей новыми проблемами в здоровье партии — нарастанием геронтологических заболеваний. Это обстоятельство перепрофилировало работу кремлевки. «Большинство членов Президиума и кандидатов в члены Президиума ЦК КПСС и другие руководящие партийные и советские работники имеют возраст свыше 50 лет, а некоторые товарищи свыше 60. Не все являются вполне здоровыми, у многих имеются различные хронические заболевания, в частности атеросклероз, гипертоническая болезнь, а некоторые перенесли инфаркт миокарда»[138]. Врачи констатировали, что диспансерное обследование 1954 года выявило большую долю пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Эту информацию сразу же засекретили[139].

Врачам предстояло предложить власти удобную интерпретацию для складывающейся проблемы. Ставить под сомнение кадровую политику Кремля они, конечно, не могли,

[137] РГАНИ. Ф. 3. Оп. 29. Д. 27. Л. 34.
[138] Там же. Л. 32.
[139] Там же. Л.16

Журнал «Крокодил». 1991 год. Номер 2.

а потому объясняли возрастные заболевания в терминах гигиены труда. Соответственно, сердечно-сосудистые заболевания партийной и правительственной элиты представали не результатом старости, а следствием тяжелого ненормированного труда: высшие чиновники задерживаются после работы, работают в выходные дни и во время отпуска, отказываются от лечения, ездят в длительные командировки, в том числе в места с тяжелым климатом. «Так, например, во время последней командировки в Индию,— уверяли руководители кремлевской медицины,— все члены делегации и обслуживающий персонал переболели кишечными заболеваниями, а тов. А. А. Андреев[140], страдающий гипертонической болезнью, очень тяжело переносил условия поездки»[141]. И во время поездки Брежнева кто-то из его сопровождения умер от инфаркта. Партийную элиту медики приписывали к работникам особого риска для здоровья. И так же как в отношении индустриальных рабочих, здесь ставилась задача сохранить трудоспособность контингента.

[140] Андреев Андрей Андреевич (1895—1971) — революционер, советский партийный и государственный деятель сталинской эпохи, с 1953 по 1962 год член Президиума Верховного Совета РСФСР.

[141] РГАНИ. Ф. 3. Оп. 29. Д. 27. Л. 33.

Министр здравоохранения Ковригина[142] дважды обращалась в Президиум с докладными записками, приводила неутешительную статистику заболеваемости высших должностных лиц страны. Она просила обязать хотя бы членов, кандидатов в члены Президиума и Секретарей ЦК КПСС два раза в год проходить диспансерное обследование (рентгендиагностику органов грудной клетки и желудочно-кишечного тракта, биохимическое исследование крови) и не реже одного раза в месяц показываться прикрепленному врачу для осмотра[143]. В качестве решающего аргумента в пользу диспансеризации ведущие врачи IV Главного управления и министр здравоохранения попытались использовать слова и соответствующие указания Ленина, который якобы «требовал строгого и неуклонного выполнения назначений лечащего врача»[144] и обязал «основную группу руководителей… проходить периодические обследования и показываться врачам раз в 7—10 дней»[145]. Однако, судя по документам, даже это не помогло решить проблему. Представители контингента предпочитали обращаться к врачам для решения явных проблем и тогда уж передавать свое здоровье им в ответственность, а не заботиться о нем самим.

В 1980-е годы руководство СССР и КПСС постарело еще сильнее. Теперь речь шла не о 50-летних, а о 70—80-летних пациентах. «Повсюду,— писал в дневнике 1975 года сотрудник международного отдела ЦК Черняев[146],— чуть ли не на улице пахнет ожиданием чего-то. В открытую говорят о „дряхлости правительства“. В самом деле, такого старого „контингента“ в правительстве не знало, по-видимому, ни

[142] Ковригина Мария Дмитриевна (1910—1995) — врач, доктор медицинских наук, профессор (1950), министр здравоохранения РСФСР (1950—1953) и СССР (1954—1959).

[143] РГАНИ. Ф. 3. Оп. 29. Д. 27. Л. 8—10.

[144] Там же. Л. 33.

[145] Там же. Л. 9.

одно цивилизованное государство за всю историю человечества»[147].

Кремлевские врачи имели дело с действующими и отставными правительственными старцами, видели героев революции, Гражданской войны, старых большевиков и партийных лидеров в немощи и забвении. «Когда я с ним встретился,— писал Чазов о легендарном Ворошилове,— это уже был дряхлый, но пытавшийся себя сохранить одинокий старик, у которого страдала память, и который иногда терял даже ориентацию. Странно было видеть эту одинокую, оторванную от общества фигуру в огромной, сталинского типа даче, своеобразие которой заключалось в больших комнатах, определенном аскетизме обстановки и преобладании в интерьере натурального дерева. У него была одна удивительная

Журнал «Крокодил». 1991 год. Номер 22.

[146] Черняев Анатолий Сергеевич (1921—2017) — кандидат исторических наук, участник Великой Отечественной войны, заведующий кафедрой новой и новейшей истории в МГУ (1951—1952), в 1961—1986 годах работал в международном отделе ЦК КПСС, в 1986—1991 годах — помощник генерального секретаря ЦК КПСС, а затем президента СССР М. С. Горбачева по международным делам.

[147] *Черняев А. С.* Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/61367 (последнее посещение 22.04.2022)

особенность, которая больше, чем что-либо, говорила о том, что ему, видимо, пришлось пережить в период сталинизма. Когда вечером он уходил в спальню, то запирал изнутри все запоры: на окнах, на дверях, а под подушкой держал оружие»[148].

Конечно, физическое состояние у всех пациентов было разное. Например, в отличие от многих своих сверстников и соратников, Косыгин активно занимался гимнастикой, ходьбой и академической греблей. «Его отличала прекрасная память,— вспоминал Чазов,— тщательный анализ ситуации, глубокая продуманность принимаемых решений и твердость в их проведении»[149]. В 1970 году Косыгин, которому тогда было 66 лет, решил совместно с 70-летним президентом Финляндии У. Кекконеном сделать переход через Кавказский перевал[150]. Безусловно, для дорогих гостей были проложены новые дороги, вызваны спасатели, созданы условия для отдыха и транспортировки багажа, но ведь их физическая форма позволила решиться на такое восхождение и совершить его.

Поликлиники, больницы и санатории IV Управления наполнялись пожилыми людьми с тяжелыми характерами и сложными болезнями. Становились слабыми даже те, кто долго поддерживал себя в хорошей физической форме. В 1977 году тот же Черняев записал еще несколько высказываний своего осведомленного собеседника о циковской и цековской геронтократии: «Это вообще большая проблема! (Слова „возраст“ не произнес). Посмотрите, Мазуров давно уже вышел из строя. Да, еще какие-то лекарства ему, должно быть, дают. Он выглядит совсем ненормальным, когда появляется. А работать он не может уже полгода. Подгорный то-

[148] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». С. 30.

[149] Там же. С. 76.

[150] Там же. С. 27.

же совсем больной, почки или печень, точно не знаю. Косыгин давно сдал, а тут еще летом чуть не утонул, после этого два месяца отлеживался. Да и все другие. Это большой вопрос, Анатолий Сергеевич!»[151]

Канцелярия ЦК КПСС получала пачки писем с ходатайствами оставить на кремлевском лечении бывших партийных руководителей. «За последнее время состояние его здоровья серьезно ухудшилось.— сообщал в таком послании директор Института марксизма-ленинизма об одном из заведующих отделом,— Он страдает атеросклерозом коронарных артерий и сосудов головного мозга, стенокардией и аблетирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей»[152]. Вероятно, что таких сотрудников из числа бывших председателей обкомов и горкомов партии в академических институтах было много.

Помимо специализации врачей кремлевки на определенных заболеваниях, все медики в силу особенностей их пациентов становились «по совместительству» геронтологами и знатоками возрастных болезней (деменция, Альцгеймер, Паркинсон, инфаркты и инсульты, онкология). Это требовало от врача иного поведения с пациентом. Чазов вспоминал, как общался в 1957 году с умирающим от онкологии Константином Рокоссовским[153]. Онкологи запретили ему пребывание на солнце, но старик просил дать ему возможность пожить напоследок в хороших бытовых условиях в санатории в Крыму. Это была дилемма. Чазов решил ее в пользу качества оставшейся жизни, а не в пользу ее продления.

---

[151] Черняев А. С. Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/61431 (последнее посещение 22.04.2022).

[152] РГАНИ. Ф. 5. Оп. 67. Л. 3.

[153] Рокоссовский Константин Константинович (1896—1968) — советский и польский военачальник, маршал, один из полководцев Второй мировой войны.

Перед врачами кремлевки революционные герои и наводящие на современников страх деятели представали без форменных кителей и орденов, теряли властность и величие, превращались в несчастных старцев, хотели ласки и внимания. В отношениях с легендарным Ворошиловым[154], который страдал атеросклерозом, недостаточностью сердечной деятельности, часто болел воспалением легких, Чазов использовал прием «поглаживания по руке». «После бокала шампанского,— вспоминал Чазов,— исчезла его [Ворошилова] „маршальская“ чопорность, он стал вспоминать свою молодость, шахтерскую Горловку, украинские песни, которые тут же предложил исполнить под своим руководством. Слуха у него не было. Но подпевая его многочисленным украинским, в том числе и петлюровского характера, песням, я еще больше проникся жалостью к этому, в принципе несчастному в старости человеку, у которого все осталось в прошлом»[155].

В силу семейной организации медицинского обслуживания кремлевские врачи многое знали о приватной жизни своих пациентов. Заглянуть в дома и семьи партократов, годами наблюдать за их личной жизнью могли только медики. И они не были безучастными наблюдателями. Об отношении Ворошилова к его жене ходили легенды в медицинской среде. Когда в 1957 году Чазов работал в кремлевке лечащим врачом, он застал уход из жизни супруги легендарного полководца, Екатерины Давидовны Горбман[156]. «Почти через

[154] Ворошилов Климент Ефремович (1881—1969) — советский военный и государственный деятель, нарком по военным и морским делам СССР (1934—1940), председатель РВС СССР (1925—1934), маршал (1935).

[155] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». С. 31.

[156] Ворошилова Екатерина Давидовна (1887—1959) — Гитля или Голда Горбман — российская революционерка, советский политический деятель.

день можно было видеть в больнице Ворошилова,— писал он,— идущего к больной жене с букетом цветов. Работавшие со сталинских времен врачи, знающие, как известно, больше, чем кто-либо, рассказывали, что во времена Сталина, когда арестовывали жен-евреек руководителей партии и государства и когда Молотов и Калинин безропотно отдали своих жен на заклание Берии, Ворошилов с пистолетом в руках встал на пути его посланников и не позволил забрать на Лубянку свою жену. Возможно, что это была только легенда, но все равно Ворошилов вырастал в наших глазах»[157]. Своими устными рассказами и мемуарами медики соучаствовали в творении памяти о советских лидерах.

Став десять лет спустя руководителем IV Управления, Чазов старался облегчить последние дни жены Косыгина, умиравшей от метастазов. «Никогда не забуду прощание Алексея Николаевича с женой,— вспоминал кремлевский врач,— Она специально пригласила его для последнего разговора, причем попросила и меня присутствовать при этом. Трудно было поверить, с какой нежностью и заботой о будущем своего мужа и семьи говорила резкая в выражениях и взглядах не только в обычной жизни, но даже и при самом Сталине К. А. Косыгина… Умерла она в день Первомая. А. Н. Косыгин срочно покинул трибуну Мавзолея, но так и не успел застать жену в живых»[158]. После ее смерти советская медицина получила неожиданные дотации. Косыгин субсидировал строительство крупнейшего в мире онкологического центра, передав на это деньги, заработанные участниками ленинского субботника — волонтерской работы в масштабах всей страны.

Реанимационное отделение кремлевки не справлялось со старостью и изношенностью пациентов. Природа брала

[157] *Чазов Е. И.* Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». С. 30.

[158] Там же. С. 27.

свое. К тому же кремлевские врачи настолько опасались власти своих пациентов, что в трудных случаях не решались на срочные меры, проводили консилиумы, долго совещались. Иногда эта осторожность приводила к потере драгоценного времени и спасти пациента не могли. В 1980-е годы смертей именитых пациентов стало больше, и вот тогда среди современников кремлевские клиники стали обретать имидж «комфортабельных домов смерти».

Итак, в контраст советскому здравоохранению для населения, кремлевская медицина была богатой, научной, политически влиятельной, направленной на раннюю диагностику и продление до бесконечности активности пациентов-долгожителей. Именно там развивались элементы доказательной медицины и отношения разделенной ответственности и информированного согласия врачей и пациентов. Имея возможности научного трансфера, кремлевская медицина впитывала достижения мировой науки и использовала в своей практике высокоточное и наукоемкое диагностическое оборудование и лечебные препараты.

Другое дело, что в масштабах всей страны эти прекрасные инфраструктурные возможности были лабораторными. Они были закрыты и защищены от глаз и посещения основного населения. Сначала застенчиво, затем секретно, а после — откровенно и обоснованно большевики и наследовавшие им партократы представляли кремлевскую медицину как привилегию для особенных людей, которым «за верность идеалам партии и правительства» должна быть обеспечена достойная старость, хороший медицинский уход и бессмертие. Красивые и броские постулаты о качественном и доступном медицинском обслуживании, обветшалые в пространстве общественного здоровья, были воплощены в жизнь для узкого слоя партийных, государственных и культурных элит.

Эксклюзивные знания, а также вовлеченность в большую политику делали кремлевскую медицину не только лечебным, но и политическим инструментом. У правителей стра-

ны был большой соблазн использовать ее возможности и даже саму ее привлекательность для решения вопросов мировой политики и лояльности. Только в минуты опасности для собственного здоровья они (как и прочие советские граждане) лишались альтернатив и тогда становились беспомощными заложниками своей комфортабельной медико-политической структуры.

Поскольку кремлевская медицина стала сбывшейся мечтой старых и новых коммунистов о профилактической медицине, основанной на союзе науки и практики, то совершилась аберрация памяти — рассуждая о советском здравоохранении, члены контингента в устных рассказах и в мемуарах вспоминали о прекрасных условиях своего лечения в кремлевке. Эти свидетельства клубного меньшинства явно доминируют в современном коммуникативном пространстве. Мало кто из современников заглядывает в архивы, наполненные письмами с жалобами в ЦК КПСС. Их не публикуют, к тому же их авторы не считали свое здоровье особой общественной и государственной ценностью, поэтому не оставили мемуаров о пережитых в советских больницах «для населения» психологических травмах. Как историкам медицины, нам видно, что, когда о прелестях советской медицины тоскуют нынешние политики и связанные с ними масс-медиа, они имеют в виду кремлевский «клуб», а не советское «гетто».

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ВЗГЛЯД

Демографические данные о высокой смертности и временами сверхкороткой ожидаемой продолжительности жизни советских людей побуждают представителей разных наук искать причины этого в советской истории и культуре[1]. Автор единственной книги, посвященной советской биополитике, Сергей Прозоров заподозрил истоки низкой ценности человеческой жизни в самой идее социализма, в заложенном в ней пафосе социальной инженерии и конструктивизма[2]. Создание советской цивилизации подразумевало не только устройство нового государства, но и взращивание совершенных людей для этого государства (сверхлюди, homo creators) средствами конструктивистских социальных наук, но также посредством идеологического и физического принуждения. Соответствовать идеалу должны были не только мысли и души, но и тела. Временами пафос отрицания несовершенной реальности достигал в СССР крайностей уничтожения. Этим Прозоров объясняет волну террора сталинского времени[3].

Наше исследование советского здравоохранения встроено в изучение медицинской биополитики, и в этом качестве оно выявило более сложную картину исторической реальности. Мы не увидели в ней детерминизма. Разгерметизировав исторический нарратив советской медицины и реконструи-

[1] Важная для этой темы книга: *Малышева С. Ю.* На миру красна: инструментализация смерти в Советской России. М., 2019.

[2] *Prozorov S.* The Biopolitics of Stalinism: The Ideology and Life in Soviet Socialism. Edinburg: Edinburd University Press, 2017.

[3] Ibid. P. 274.

ровав историю производства статистики здравоохранения, мы обнаружили под зонтичным понятием «советская медицина» несколько сменявших друг друга или существовавших параллельно государственных систем медицинской помощи населению. Их условно можно обозначить так: «красная медицина» 1920-х годов; «классовая медицина» 1930-х годов; «общее здравоохранение» и «кремлевская медицина» 1940—1980-х годов. Каждая из этих систем руководствовалась своими собственными принципами, которые не передавались по наследству и, следовательно, не были универсальными.

Если выделенные нами системы здравоохранения рассматривать и сравнивать в большой ретроспекции, то легко заметить дрейф в намерениях советской власти: от желания обеспечить медицинской помощью все социальные группы, от имени которых большевики делали революцию, к обоснованию ограничений в помощи — только ресурсоемким слоям населения (прежде всего рабочим тяжелой промышленности), и далее — к обеспечению доступной и бесплатной, но весьма скромной помощи советскому народу и высококачественной помощи советским элитам. Логика этих трансформаций определялась сочетанием разных факторов: скудостью финансовых ресурсов, ускоренной подготовкой к войне, зигзагами в социальной политике, приоритетами обороноспособности и освоения космоса, представлениями об иерархии опасностей от патологий и многих других.

По счастью, а иногда несчастью, политические курсы партии не были прямолинейны и последовательны. Системы здравоохранения и проводимые биополитики имели бреши и отступления: красная медицина временно забыла о классовой ненависти и обращалась за помощью к непримиримым врагам для остановки эпидемий. Благотворительная помощь международных организаций и закупки лекарств в европейских странах позволили остановить стремительный рост смертности от инфекционных заболеваний в начале 1920-х годов. Стимулированная Госпланом политика классовой ме-

дицины 1930-х годов не стала тотальной, поскольку подвергалась критике сотрудников Наркомздрава. Благодаря их сопротивлению советские крестьяне получили хоть какую-то медицинскую помощь, а обучение врачей перестало быть таким скоропалительным и смертельно опасным для пациентов. В годы Холодной войны в закрытую страну проникали новейшие медицинские знания, а также оборудование и лекарства через приоткрытые «форточки» кремлевской медицины и от нее (пусть небольшим кругом) расходились по общему здравоохранению.

Конечно, советское здравоохранение изменялось, и менялась его оценка современниками, степень их удовлетворенности. Если рассматривать эту систему как автаркию (что делали советские историки), то за 70 лет улучшения были очевидны, особенно в том, что касается доступности, то есть в количестве врачей, больниц, медицинских пунктов. Экстенсивное развитие не остановила даже разрушительная для инфраструктуры здравоохранения война 1941—1945 годов. А в послевоенные годы правительство было реально озабочено проблемой увеличения работоспособного населения страны и ради решения демографических проблем направило в систему общего здравоохранения значительные инвестиции. Благодаря этому были получены хорошие результаты по укреплению общественного здоровья: произошло существенное снижение эпидемической заболеваемости, общей, младенческой и детской смертности; стремительно и до рекордных значений выросла ожидаемая продолжительность жизни.

Расширившиеся в 1950—1960-е годы возможности лечиться воспринимались советскими людьми как рост благосостояния. Они сравнивали современную медицину со скудным здравоохранением периода своего детства или с воспоминаниями родителей о разрухе периода Гражданской войны. Но уже в 1970—1980-е годы мало кто из современников (исключая политические элиты) мог сказать хорошее об

опыте лечения в советских поликлиниках и больницах. Благодарили конкретных врачей, медсестер, нянечек (все они были альтруистами, поскольку много работали и имели очень скромные доходы), но всегда как о травматическом опыте пациенты вспоминали о пребывании в стенах лечебных заведений, об усилиях найти необходимые лекарства в аптеках или пройти диагностику в поликлиниках.

Мы полагаем, что в годы застоя только представители политических и культурных элит могли представить, до какой степени отсталой была советская медицина — особенно если сравнивать ее не с тяготами Гражданской войны, а с современными зарубежными системами здравоохранения. Знали потому, что, прежде чем стать партократами или выдающимися деятелями культуры, советские люди обретали опыт реальной жизни (может быть, только у «золотой молодежи», то есть детей советских элит, его не было совсем), а в зрелые годы они имели возможность сопоставить эти впечатления с опытом лечения в кремлевских больницах или в зарубежных поездках.

Мы даже предполагаем, что не будь в СССР «кремлевки» (в 1970-е годы Кунцево стало настоящим медицинским городком — спутником Москвы и своего рода «медицинским зарубежьем»), то советские политики были бы больше заинтересованы в улучшении общего здравоохранения (если не для себя лично, то для своих родных и близких). О необходимости таких мер члены правительства и ЦК КПСС много говорили, поскольку регулярно получали сообщения о кризисных явлениях от администраторов здравоохранения. Но политические приоритеты удерживали партию от трат на здоровье рядовых ее членов и тем более — беспартийцев.

В этом исследовании для нас была важна не только история принятия политических и административных решений, но и история инфраструктурных возможностей, а также последствий функционирования той или иной системы здравоохранения. Поэтому речь в книге идет не только о жизни

государства и о строительстве здравоохранения, но и о том, чем реально мог воспользоваться советский гражданин в случае необходимости, что могло предоставить ему государство за его труд, налоги и альтруизм, а также как он распоряжался собственным здоровьем и жизнью. Таким образом, мы выявляли, как советская биополитика отразилась на состоянии здоровья и продолжительности жизни советских граждан.

Совокупность санитарно-статистических данных свидетельствует, что дело не в войнах. Даже спокойные годы застоя не были благополучными для здравоохранения: выросла заболеваемость по большинству классов болезней; начался быстрый рост смертности как от эндогенных, связанных с естественным старением организма, так и экзогенных причин; произошел рост младенческой смертности, снизилась средняя ожидаемая продолжительность жизни.

Эти данные были известны членам Политбюро. Они побудили их камуфлировать последствия ультрадефицитной системы здравоохранения. В 1960—1980-е годы были приняты постановления об усилении пропаганды позитивного образа советского здравоохранения и советской медицины (например, обязательные документальные фильмы о медицинских достижениях перед просмотром художественных фильмов в кинотеатрах или публичные лекции Всесоюзного общества «Знание»). И поскольку властям опять понадобилась утопия, то сталинский нарратив (неизданный учебник) о превосходстве советской медицины был оставлен на службе для новых хозяев. Верой и правдой он ограждал их от критики и лишних трат.

В выпускаемых «научной фабрикой» массовых публикациях о советской медицине воспроизводилась и обрастала всё новыми подробностями картина благополучия, плановости, продуманности, научности, обеспеченности, общедоступности и прогресса. Закапсулированный и отшлифованный нарратив транслировался с университетских кафедр, че-

рез энциклопедии, руководства, учебники и учебные программы, фильмы. Дискурсивный контроль над циркуляцией знаний был настолько тотальным, что смог внушить советским людям веру в благополучие и качество здравоохранения. Именно поэтому они получали психологические травмы от столкновения с реальностью. Они зафиксированы в их гневных обращениях в газеты и в ЦК КПСС, отправленные после выхода из больницы или потери близкого человека.

Стремление внушить соотечественникам утопическое представление о реальности побуждало советские медиа прятать не только проблемы, но и достижения советского здравоохранения. Иначе их пришлось бы объяснять на контрасте «было — стало». Так, историки заретушировали послевоенную реформу здравоохранения (1945—1965). В тени внимания и в зоне умолчания оказалась также кремлевская медицина для избранных. Она создавала ненужный контраст для сравнения с дефицитным здравоохранением для населения. В кремлевских больницах было всё — лучшие врачи, самое современное оборудование, любые медикаменты и даже бутерброды с икрой (советский символ благополучия). И хотя она обслуживала лишь несколько десятков тысяч человек в год, составлявших номенклатурную элиту и «нужных» СССР иностранцев, она делала это на пике современных медицинских возможностей. Попадание в «клуб счастливчиков» добавляло десяток лет жизни кремлевским пациентам.

Таким образом, «клуб» советского здравоохранения процветал, будучи закрытым для журналистских и научных описаний; а что бы ни происходило внутри «гетто», его заборы раскрашивались советскими медиа в радужные краски. И только карикатуристы оставили на этих стенах сатирические свидетельства о проблемах советского здравоохранения. Именно поэтому их ирония и образы сопровождают наше повествование.

УКАЗАТЕЛЬ ИМЕН

Абрамян А. Я. 252
Авдеев А. 220
Агеев П. И. 132
Аден 286
Аллилуев И. Г. 268
Альбицкий В. Ю. 219, 220
Амосов Н. М. 196, 197
Андреев А. А. 313
Андреев Е. М. 43, 46, 48, 119, 162, 175, 215, 218, 219, 227
Андропов Ю. В. 278, 279, 280, 281, 282, 288, 303
Аничков Н. Н. 73
Анохин П. К. 68
Аргутина Т. П. 215
Ашурков Е. Д. 59, 60, 61, 163, 166
Бокасса Ж. Б. 292, 293, 294, 304
Бакатин В. В. 239
Банщиков В. М. 72, 73
Баранов А. А. 181, 219, 220
Барсуков М. И. 25, 27, 28, 30, 33, 38, 41, 51, 52, 59, 60, 61, 62, 70, 72, 73, 84, 90, 91, 163, 166
Бартов А. 233
Бартон К. 164
Барыкин В. А. 101
Баткис Г. А. 36
Бах А. Н. 101
Бахман К. 286
Бедный М. С. 212
Беззубик В. Г. 303
Белицкая Е. Я. 96, 212
Белкин Р. И. 69, 70, 71, 72, 73
Бериташвили И. С. 68
Берия Л. П. 319
Бернар К. 92
Бессмертнова Н. И. 271
Бессмертный Б. С. 71
Блюм А. 14, 43, 46, 54, 211
Боген Д. Г. 148, 149, 156
Боголепов Н. К. 312
Боннэр Е. 238
Бородулин Ф. Р. 71, 72, 73, 74, 75, 79, 80, 81, 82, 87, 88
Боткин С. П. 92
Брежнев Л. И. 62, 249, 250, 267, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 281, 282, 306, 313
Брусиловский Л. Я. 33
Бумедьен Х. 288, 294, 295, 305
Бургасов П. Н. 201
Бурдонский А. В. 268
Бурдьё П. 9
Буренков С. П. 41, 177, 178, 194
Вальверде С. 286
Василенко В. Х. 252, 290, 312
Васильев В. В. 271
Васильков И. 294
Вахрушев В. В. 310
Вейсман А. 68
Венедиктов Д. Д. 185, 186
Веселовский А. 81
Виноградов В. Н. 312
Виноградов Н. А. 38, 76, 77, 81, 82

Вирхов Р. 92
Вишленкова Е. А. 13, 100, 239
Вишневский А. В. 176
Вишневский А. Г. 43, 119
Владимирский М. Ф. 34, 35, 36, 50, 124, 125, 128, 129, 133, 134, 137, 138, 140, 155,
Волков (руководитель одной из больниц) 156
Вольский Н. В. 242
Воробьев А. И. 295
Воробьев В. А. 101
Ворошилов К. Е. 298, 303, 315, 318, 319
Восленский М. (Voslensky M.) 11
Вронский Б. И. 229, 258
Глезерман Г. Е. 270
Гойя Ф. 16
Голубев А. А. 137, 147
Горбман Е. Д. 318
Горбовицкий Е. Б. 258
Горфин Д.В. 51, 61
Гражуль В. С. 51, 71
Гращенков Н. И. 55, 56, 57, 140, 163
Григорович Ю. Н. 271
Гринько И. 15
Громбах С. М. 71
Громыко А. А. 270, 271
Гувер Г. 121
Гуревич 54
Дали С. 16
Дарский Л. 44, 46, 48, 119, 215
Девис Р. 126
Демичев П. Н. 271
Десятников В. А. 239
Дженнер Э. 86
Диатроптов П. Н. 100
Дурново А. С. 110
Дэвид-Фокс М. 42
Дэвис Кр. (Davis Ch. M.) 44, 50
Дэвис Р. У. 43, 44
Дюкло Ж. 290, 293
Егоров П. И. 232, 245, 246, 255, 282, 312
Егорова Д. В. 137
Елизаров В. А. 212
Елкин И. И. 57
Есин С. Н. 239, 241
Жаворонков В. Г. 261
Жданов А. А. 148
Жданова Е. К. 269
Жирмунский В. 81
Жук А. П. 51, 52, 61, 62, 143
Жуков Г. К. 304
Жуковский Г. С. 212
Заблудовский П. Е. 65, 66, 68, 69, 71, 74, 82
Заславская Т. И. 190
Затравкин С. Н. 13, 100, 157, 172, 173, 174, 204, 239
Захарова О. Д. 215, 218
Зотова Т. 260, 263
Ивлиева О. М. 215
Израэльсон З. И. 129
Каганов В. М. 71
Казначеев В.П. 5, 6, 18, 228
Калинин М. И. 148, 319
Каминский Г. Н. 50, 51, 52, 53, 54, 55, 62, 117, 118, 125, 128, 139, 140, 141,142, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 154, 155, 156, 159
Кангелари 54
Кармаль Б. 288, 290
Карпай С. Е. 245
Кекконен У. 316
Кизиченко В. Л. 271
Кингсбери Дж. (Kingsbury J. A.) 145

Клюева Н. 67
Ковригина М. Д. 147, 173, 314
Козеллек Р. 21
Колеров М. А. 127
Колесов В. И. 185
Коловский Л. Я. 212
Конрой М. Ш. (Conroy M. S.) 104, 105, 108, 119
Косыгин А. Н. 253, 277, 316, 317, 319
Косыгина К. А. 319
Котельников В. А. 267
Кох Р. 92
Кравец В. 116
Кравченко Н. А. 180, 183
Краснов М. Л. 252
Кулаков В. И. 193, 194
Курашов С. В. 168
Кусков Е. 285
Кюзаджян Л. С. 269
Лаврова И. Г. 40
Лакшин В. Я. 253
Ламарк Ж.-Б. 86
Ле Ву Ань 294
Ле Зуан 288, 290, 292, 294
Лебедева В. П. 33, 81
Левинштейн И. И. 108, 109
Левит В. С. 70
Ленин В. И. 20, 26, 40, 41, 58, 81, 168, 242, 268, 280, 281, 314
Леонов 239
Линдов Г. В. 26, 27
Лисицын Ю. П. 95, 98, 126, 163
Ломоносов М. 85
Лонго Л. 288, 289
Лукомский П. Е. 252, 303, 312
Луонго М. 286
Лурье М. А. 112, 115, 116
Мазовер Я. 111, 113, 114
Мазуров К. Т. 316
Майер Э. 286
Майстрах К. В. 40, 70, 163
Максимова Е. С. 271
Максимова Т. М. 212, 216, 218
Малышева С. Ю. 322
Марков А. М. 232, 246, 312
Маркс К. 40, 41, 81
Марухес Е. И. 109
Марцинкявичус А. М. 187
Марциновский Е. И. 100
Марчук И. 258
Марше Ж. 290, 291, 292
Маслов В. П. 292, 294
Маят В. С. 252
Меламедова 257
Мельникова Е. Н. 17
Мечников И. И. 82, 92, 100
Миронов С. П. 230, 232, 263, 294
Миронова Н. 157
Мис Г. 286
Митерев Г. А. 55, 58
Мол А. (Mol A.) 296
Молотов В. М. 146, 319
Морган Т. 68
Морозов А. В. 21, 98, 125
Морозов Н. Н. 59, 61, 163
Мюллер И. 92
Мясников А. Л. 250
Нагибин Ю. 299, 307, 308, 309
Наркевич М. И. 215
Насер М. А. Г. 286, 287
Натрадзе А. Г. 109, 112
Немцов А. В. 226, 227
Нето А. А. 288
Нибергал О. 286
Никритин С. 101
Новиков И. В. 300
Новикова Т. П. 20, 59, 61
Ньюшолм А. 145
Овчаров В. К. 216, 217

Оганесян 79
Огнев В. А. 66, 84
Огрызко Е. В. 45
Орбели А. Л. 68
Орджоникидзе С. 139
Павленко С. М. 69
Павлов И. П. 68, 76, 80
Панченко Е. И. 116
Паре А. 86
Пастер Л. 86
Пельше А. Я. 306
Петрина А. (Petryna A.) 237, 238
Петров Б. Д. 70, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 83, 84, 88, 89, 90, 94
Петров П. Т. 66, 83, 84
Петрова З. П. 66, 84
Петровский Б. В. 194, 311
Пичугин В. Н. 184
Поддубный М. В. 15, 141, 143
Полунин А. И. 92
Помпиду Ж. 293, 295
Попов Г. А. 61, 143, 163
Поповский М. А. 257, 258
Прозоров С. (Prozorov S.) 322
Пухлов Н. 285
Работнов Н. С. 300, 301
Рабухин А. Е. 252
Радкин 61
Раенко 301
Раппопорт 258
Рейман М. 286
Рейн Г. 58
Розенберг 79
Рокоссовский К. 317
Роменский А. Л. 212
Роскин Г. 67
Российский Д. М. 70, 84, 88
Роше В. 283, 290, 291
Рубакин 61
Русаков И. В. 27
Русакова В. П. 216, 217
Рыбакова Е. О. 137
Сааринен А. 286
Саввин С. И. 212
Сампф А. (Sumpf A.) 127, 128, 132
Санчес Л. 285
Саркель А. 286
Саркисов А. С. 157, 172, 173, 174, 204
Сахаров А. Д. 238
Светланов Е. Ф. 271
Семашко Н. А. 21, 22, 26, 30, 32, 33, 34, 36, 38, 41, 56, 69, 70, 74, 81, 82, 102, 125, 127, 129, 168, 197, 239
Семенов Н. Н. 267
Семенова Т. Д. 116
Сергиенко И. В. 275
Сеченов И. М. 92
Сигал Б. С. 83, 86
Синицин Е. И. 279, 280
Склярский 83, 86
Слонимская И. А. 20, 59, 60, 61, 90, 163
Смирнов Е. И. 69, 71, 79, 151, 167, 169, 311
Смирнов И. 73
Смулевич Б. Я. 51, 61, 90
Снежнецкий А. В. 290
Соловьев З. П. 21, 22, 25, 27, 36, 38, 41, 62, 72, 79
Соломон Г. С. (Solomon G. S.) 126, 127
Сорокина Т. С. 21, 98, 125, 126
Сперанский А. Д. 68
Сталин И. В. 34, 38, 40, 47, 58, 77, 79, 91, 94, 96, 127, 129, 154, 243, 245, 250, 256, 268, 273, 282, 311, 319

Сталина Н. В. 268
Сточик А. М. 102, 103
Страшун И. Д. 33, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 79, 83, 84, 87
Стягов Г. И. 212
Сурков В. Д. 269
Суслов М. А. 220, 271, 292
Тагер И. Л. 252, 312
Тан У 288, 290
Тарасевич Л. А. 100, 107
Тареев Е. М. 252
Тенцова А. И. 116
Торез М. 282, 283
Толман У. Х. 42
Траубе Л. 92
Тремл В. (Treml V. G.) 226
Тяжельникова В. С. 310
Улумбекова Г. Э. 98, 126
Ульбрихт В. 302
Фадеев А. В. 167
Факторович П. М. 81, 82
Фефелов В. 193
Фрейдлин С. Я. 39
Хабриев Р. У. 157, 172, 173, 174, 204
Хархордин О. В. 79
Харькова Т. 119, 215
Хвайя Б. (Khwaja B.) 107
Хихон М. 258
Ходоровский И. И. 244
Хоннекер Э. 302
Хоффманн Д. Л. (Hoffmann D.) 125, 126, 127, 128, 140
Христенко Д. 13
Хрущев Н. С. 91, 213, 248, 262, 263, 273, 282, 302, 303
Царегородцев Г. И. 195
Цеденбал Ю. 288, 289, 303
Цзэдун М. 288, 291
Цихелашвили Н. Ш. 121, 124
Чазов Е. И. 9, 188, 194, 195, 232, 238, 239, 241, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 260, 261, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 284, 286, 287, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 298, 302, 303, 304, 305, 306, 315, 316, 317, 318, 319
Чеботарева Л. В. 184
Черняев А. С. 252, 314, 316, 317
Шатерников Н. М. 101
Шаттенберг С. (Schattenberg S.) 273, 274
Шахнина И. Л. 215
Шварцман А. 82
Шевцова А. 15
Шерстнева Е. В. 170, 171, 254
Шихирев П. Н. 226
Шмидт Е. В. 252
Шрёдер К. Х. 284, 285
Штерн Л. С. 68, 311
Щепин В. О. 157, 172, 173, 174, 204
Щепин О. П. 180, 183
Энгельстайн Л. 126
Эньлай Ч. 288, 291
Эпштейн Т. Д. 83, 85
Эриас Э. 286
Эрп Э. Л. 42
Эспань М. 233
Эфендиев И. К. 73, 74, 75, 79, 80, 81, 82, 87, 88
Яблоков А. В. 223
Ягодин Г. А. 190
Яровой Ф. К. 304

Baar M. 73
Bashkuev V. Y. 59
Becher T. 64

Brainerd E. 200
Brook R. D. 223
Conroy M. S. 104, 105, 108, 119
Davis C. 220
Davis Ch. M. 44, 50
Feshbach M. 220
Field M. 127
Foster G. M. 30
Goodson I. F. 64
Hankins F. H. 145
Hoffmann D. 125, 126, 127, 128, 140
Joravsky D. 68
Khwaja B. 107
Kingsbury J. A. 145
Knorr-Cetina K. D. 64
Larkin B. 235
Longgring A. J. 233
Mol A. 296
Nye J. S. 233
Petryna A. 237, 238
Polianski Ig. J. 127
Prozorov S. 322
Ryan M. 127
Schattenberg S. 273, 274
Solomon G. S. 126, 127
Starks T. A. 15
Sumpf A. 127, 128, 132
Treml V. G. 226
Trowler P. 64
Voslensky M. 11
Weissman N. B. 127

АРХИВЫ

Архив Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко

Архив РАМН — архив Российской академии медицинских наук

РГАНДТ — Российский государственный архив научно-технической документации

РГАНИ — Российский государственный архив новейшей истории

РГАЭ — Российский государственный архив экономики

ЦА ФСБ России — Центральный архив Федеральной службы безопасности России

ЦГАИПД СПБ — Центральный государственный архив историко-политических документов Санкт-Петербурга

ЛИТЕРАТУРА

60 лет советского здравоохранения. М., 1977. 416 с.

XVI Всероссийский съезд Советов: 15—23 января 1935 г., [Москва]: стенографический отчет: бюллетени. №№ 1—17. Постановления. М., 1935. 708 с.

Авдеев А. Младенческая смертность и история охраны материнства и детства в России и СССР // Историческая демография: сборник статей / Ред. М. Б. Денисенко, И. А. Троицкая. М., 2010. 2-е изд. С. 13—72.

Агеев П. И. 3-й год пятилетки и задачи органов здравоохранения // Московский медицинский журнал. 1931. № 2. С. 1—7.

Академик Влаиль Казначеев: «Стремление людей к наживе ведет к искажениям в здоровье» // Еженедельник «Аргументы и Факты». URL: https://aif.ru/society/19242 (последнее обращение 24.02.2021).

Акушерско-гинекологическая помощь / Ред. В. И. Кулаков. М., 2000. 512 с.

Амосов Н. М. Голоса времен // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/653629 (последнее посещение 24.07.2022).

Амосов Н. М. Книга о счастье и несчастьях. Дневник с воспоминаниями и отступлениями. М., 1990. 238 с.

Андреев Е. М. Ожидаемая продолжительность жизни 70 лет, или deja vu отечественной демографии // Демоскоп Weekly. 2011. № 487—488. С. 1—15.

Андреев Е. М. Снижение младенческой смертности в России в 1940—1958 гг. // Развитие населения и демографическая политика. Памяти А. Я. Кваши / Ред. М. Б. Денисенко, В. В. Елизарова; Экономический факультет МГУ им. М. В. Ломоносова. М., 2014. С. 108—128.

Андреев Е., Дарский Л., Харькова Т. Население Советского Союза. 1922—1991. М., 1993. 143 с.

Аргутина Т. П. Смертность и летальность инфекционных болезней в СССР в 1957—1967 гг. ДСП. Дисс. … канд. мед. наук. М., 1971.

Ашурков Е. Д., Барсуков М. И. 40 лет советского здравоохранения. М., 1957. 41 с.

Ашурков Е. Д., Барсуков М. И., Морозов Н. Н., Новикова Т. П., Слонимская И. А. Очерки истории здравоохранения СССР (1917—1956 гг.) / Ред. М. И. Барсуков. М., 1957. 211 с.

Баранов А. А. Охрана материнства и детства на современном этапе: проблемы и пути их решения // Советское здравоохранение. 1989. № 3. С. 3—9.

Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Младенческая смертность: уроки истории и перспективы снижения // Казанский медицинский журнал. 2011. № 5. С. 690—694.

Барсуков М. И. Великая Октябрьская Социалистическая революция и организация советского здравоохранения (октябрь 1917 — июль 1918). М., 1951. 313 с.

Барсуков М. И. Первые шаги советской медицины // Известия советской медицины. 1918. № 1. С. 7.

Барсуков М. И., Жук А. П. За социалистическую реконструкцию здравоохранения: Основные положения второго пятилетнего плана здравоохранения в СССР. М., 1932. 65 с.

Бартов А. «Новояз» в литературе и в жизни: к 60-летию выхода романа Дж. Оруэлла «1984» // Нева. 2009. № 3. С. 159—165.

Бартон К. Здравоохранение в период позднего сталинизма и дух послевоенного государства благоденствия, 1845—1953 годы // Журнал социальной политики. 2007. Т. 5. № 4. С. 541—558.

Баткис Г. А. Организация здравоохранения: учебник. М., 1948. 146 с.

Бедный М. С., Саввин С. И., Стягов Г. И. Социально-гигиеническая характеристика заболеваемости городского и сельского населения. М., 1975. 256 с.

Белицкая Е. Я. Санитарная статистика // История медицины СССР / Институт организации здравоохранения и истории медицины им. Н. А. Семашко / Ред. Б. Д. Петров. М., 1964. С. 587—602.

Белицкая Е. Я., Елизаров В. А., Коловский Л. Я. Некоторые итоги углубленного изучения здоровья населения // Советское здравоохранение. 1980. № 9. С. 15—20.

Блюм А. Родиться, жить и умереть в СССР. М., 2005. 172 с.

Бокасса: людоед и убийца // Дилетант. URL: https://diletant.media/articles/26017590/ (последнее посещение 16.05.2022).

Большая медицинская энциклопедия. Проспект. М., 1927.

Брусиловский Л. Я. Как создавалась Большая медицинская энциклопедия. М.; Л., 1936. 138 с.

Бургасов П. Н. Состояние и перспективы дальнейшего снижения инфекционной заболеваемости в СССР. М., 1987. 112 с.

Бурдьё П. Физическое и социальное пространства: проникновение и присвоение // Социология политики / Пер. с фр. Н. А. Шматко. М., 1993. С. 33—52.

Буренков С. П. Задачи органов и учреждений здравоохранения по улучшению медицинской помощи населению в свете решений XXVI Съезда КПСС // Советское здравоохранение. 1982. № 3. С. 3—15.

Буренков С. П. Здравоохранение Союза ССР // Советское здравоохранение. 1982. № 12. С. 5—14.

Васильков И. Жестокий роман // Огонек. 1998. URL: https://www.kommersant.ru/doc/2286094 (последнее посещение 19.05.2022).

Венедиктов Д. Д. Здравоохранение России: кризис и пути преодоления. М., 1999. 198 с.

Вишневский А. Г. Демография сталинской эпохи // Демоскоп Weekly. 2003. № 103—104. URL: http://www.demoscope.ru/weekly/2003/0103/tema01.php (последнее посещение 20.05.2022).

Владимирский М. Ф. Борьба с заболеваемостью // Правда. 19 августа 1930 года.

Владимирский М. Ф. Задачи органов здравоохранения и социалистическое строительство // На фронте здравоохранения. 1930. № 5—6. С. 3—15.

Владимирский М. Ф. Здравоохранение на пути к производству. М., 1931. 30 с.

Внешняя торговля Союза ССР за 1918—1927/28 годы (статистический справочник). Л., 1929. 847 с.

Вопросы труда в цифрах. Статистический справочник за 1927—1930 гг. М., 1930. 72 с.

Восленский М. Номенклатура. Господствующий класс Советского Союза. М.: Захаров, 2005. 640 с.

Вронский Б. И. Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/293675 (последнее посещение 22.04.2022).

Всесоюзный съезд врачей, Москва, 17—19 октября 1988. М., 1989. 204 с.

Гимпельсон Е. Г. Советские управленцы: 20-е годы (руководящие кадры государственного аппарата СССР). М., 2001. 225 с.

Голубев А. А. Правовое регулирование отечественного здравоохранения в 1917—1941 гг. Дисс … канд. юрид. наук. М., 2010. 214 с.

Гращенков Н. И. Высшие медицинские кадры (анализ наличных кадров и подготовка их в третьей пятилетке) // Советский врачебный журнал. 1939. № 7. С. 385—392.

Гращенков Н. И. Здравоохранение в третьей сталинской пятилетке. М., 1939. 96 с.

Гращенков Н. И., Лисицын Ю. П. Здравоохранение в СССР и достижения советской медицины. М., 1958. 124 с.

Двадцать пять лет советского здравоохранения / Ред. Г. А. Митерев. М., 1944. 294 с.

Демографическая модернизация России: 1900—2000 / Ред. А. В. Вишневский. М., 2006. 608 с.

Демографический ежегодник СССР. 1990. М., 1990. 639 с.

Десятников В. А. Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/742857 (последнее посещение 12.04.2022).

Докладная записка заместителя начальника сектора переписи населения и здравоохранения ЦУНХУ Госплана СССР М. В. Курмана // Исторические материалы. URL: http://istmat.info/node/43693 (последнее посещение 26.01.2019).

Дэвид-Фокс М. Модерность как воображаемое, модерность как инструмент: есть ли движение вперед? // Новое литературное обозрение. 2016. № 4. С. 79—91.

Дэвис Р. У. Великобритания и Соединенные Штаты: анализ развития советской экономики в межвоенный период // Россия XIX—XX вв. Взгляд зарубежных историков. М., 1996. URL: http://annales.info/rus/small/ekonomzap.htm (последнее посещение 23.11.2020).

Егорова Д. В. Правовая политика в сфере здравоохранения и правовая охрана здоровья населения в советском государстве (1917—1991 гг.). Дисс … канд. юрид. наук. Саратов, 2011. 181 с.

Елкин И. И. Противоэпидемическая работа и задачи лечебно-профилактических учреждений // Советский врачебный журнал. 1939. № 11. С. 1591—1597.

Есин С. Н. Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/290300 (последнее посещение 16.04.2022).

Жирнов Е. «Помощь в экстренных случаях запаздывает и поставлена небрежно». Отчего Сталин перестал доверять кремлевской медицине // Коммерсант-Власть. 2017. 21 января.

Жук А. П. Планирование здравоохранения в СССР. М., 1968. 343 с.

Заславская Т. И. О стратегии социального управления перестройкой // Иного не дано. М., 1988. С. 9—50.

Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. О сельском здравоохранении в СССР, или О качестве истории медицины // Quaestio Rossica. 2022. № 2. С. 646—656.

Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. Принципы советской медицины: история создания // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28 (3). С. 491—498.

Затравкин С. Н., Хабриев Р. У., Щепин В. О., Саркисов А. С. Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР. Сообщение 1. 1919—1949 годы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018. № 5. С. 350—356.

Затравкин С. Н., Хабриев Р. У., Щепин В. О., Саркисов А. С. Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР: мифы и реальность. Сообщение 2. 1950—1990 годы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018. № 6. С. 465—471.

Захарова О. Д. Демографическая ситуация в СССР в 80-е годы // Социологические исследования. 1991. № 4. С. 43—52.

Здоровье населения СССР и деятельность учреждений здравоохранения в 1989 году (статистические материалы). М., 1990. 230 с.

Здравоохранение // Большая медицинская энциклопедия. Изд. 1-е. Т. 10. М., 1929. С. 568—659.

Здравоохранение // Большая медицинская энциклопедия. Изд. 3-е. Т. 8. М., 1978. С. 368—371.

Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР: 1925—1940. М., 1973. 328 с.

Здравоохранение в СССР. Статистический сборник. М., 1960. 272 с.

Здравоохранение в СССР. Статистический справочник / Ред. Г. Ф. Константинов. М., 1957. 179 с.

Здравоохранение в СССР. ЦСУ при Совете Министров СССР. ДСП. М., 1966. 448 с.

Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1976. 592 с.

Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1981. 440 с.

Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М., 1986. 296 с.

Здравоохранение России. XX век / Ред. Ю. Л. Шевченко, В. И. Покровский, О. П. Щепин. М., 2001. 320 с.

Зотова Т. Кремлёвская и общероссийская медицина: 410 лет вместе // Федеральный специализированный журнал «Кто есть Кто в медицине». 2010. № 5 (48).

Из деятельности центральной сывороточно-вакцинной комиссии за 1920 год // Известия Народного комиссариата здравоохранения. 1921. № 1—4. С. 36—37.

Израэльсон З. И. Гигиена труда. М.; Л., 1932. 32 с.

Инфекционные болезни в СССР. Статистический справочник / Ред. П. Н. Бургасов. М., 1968. 38 с.

История медицины СССР / Институт организации здравоохранения и истории медицины им. Н. А. Семашко. Ред. Б. Д. Петров. М., 1964. 282 с.

История медицины. Материалы к курсу истории медицины. Том 1 / Институт организации здравоохранения и истории медицины им. Н. А. Семашко АМН; Ред. Б. Д. Петров. М., 1954. 282 с.

История медицины и медицинской географии в Российской империи / Под ред. Е. А. Вишленковой и А. Реннера. М.: Шико, 2021.

История поликлиники // Поликлиника № 1. URL: vipmed.ru/stranica/istoriya-polikliniki (последнее посещение 16.05.2022).

Итоги борьбы с голодом в 1921—22 гг. М., 1922. 499 с.

Казначеев В. П. Здоровье нации. Просвещение. Образование. Москва; Кострома, 1996. 248 с.

Каминский Г. Н. Задачи советского здравоохранения. М., 1934. 164 с.

Каминский Г. Н. Охрана здоровья в Советском Союзе. М., 1935. 118 с.

Ковригина М. Д. Забота государства о матери и ребенке. М., 1946. 32 с.

Козеллек Р. Метод // Словарь основных исторических понятий. М., 2014. С. 33—40.

Колеров М. А. Сталин: от Фихте к Берия. Очерки по истории языка сталинского коммунизма. М., 2017. 638 с.

Колеров М. А. Тоталитаризм: русская программа для западной доктрины. М., 2018. 152 с.

Кравец В. Химико-фармацевтическая промышленность // Промышленность в СССР в 1925/26 году. М.; Л., 1927. С. 215—220.

Курашов С. В. Больничная помощь на новом этапе. М., 1963. 80 с.

Лакшин В. Я. Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/79052 (последнее посещение 14.05.2022).

Левинштейн И. И. История фармации и организация фармацевтического дела. М.; Л., 1939.

Левинштейн И. И. Фармацевтическая химия // Большая медицинская энциклопедия. Изд. 1-е. Т. 33. М., 1936. Стб. 535.

Ленин В. И. Полное собрание сочинений. Изд. 5. Т. 48. М., 1970. 543 с.

Линдов Г. В. Положения доклада «Общественная и страховая медицина» // Известия советской медицины. 1918. № 5—6. С. 16—17.

Линдов Г. В. Советская медицина и страховая медицина // Известия советской медицины. 1918. № 5—6. С. 5—7.

Лисицын Ю. П. Важнейшие направления и особенности развития медицины в СССР // История медицины СССР / Институт организации здравоохранения и истории медицины им. Н. А. Семашко; Ред. Б. Д. Петров. М., 1964. С. 5—30.

Лисицын Ю. П. История медицины: учебник. 2-е изд. М., 2008. 400 с.

Лисицын Ю. П., Улумбекова Г. Э. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для медицинских вузов. 3-е изд. М., 2015. 544 с.

Лурье М. А. Химико-фармацевтическая промышленность // Промышленность СССР в 1924 году. М., 1925. С. 305—312.

Лурье М. А. Химико-фармацевтическая промышленность // Промышленность в СССР в 1925 году. М.; Л., 1926. С. 338—348.

М. И. Калинин о здравоохранении и медицине. М., 1962. 172 с.

Мазовер Я. Химико-фармацевтическая промышленность // Русская промышленность в 1923 году. М.; Л., 1924. С. 340—349.

Майстрах К. В. Советское здравоохранение за сорок лет. М., 1957. 80 с.

Майстрах К. В., Лаврова И. Г. Основы социальной гигиены и организации здравоохранения. М., 1974. 280 с.

Малышева С. Ю. На миру красна: инструментализацияя смерти в Советской России. М., 2019. 464 с.

Марухес Е. И. Лекарственная помощь // Пять лет советской медицины. 1918—1923. М., 1923. С. 189—194.

Материалы к пятилетнему плану здравоохранения РСФСР. М., 1930. 92 с.

Медицина // Большая медицинская энциклопедия. Т. 14. М., 1980. С. 265—316.

Медицинская помощь населению СССР в 1971—1972 годах. Статистические материалы. Для служебного пользования. Ч. II. М., 1974. 582 с.

Медицинская помощь населению СССР в 1973—1974 годах. Статистические материалы. Для служебного пользования. Ч. II. М., 1976. 628 с.

Медицинское обслуживание населения СССР в 1963—1964 гг. Статистические материалы. Для служебного пользования. М., 1965. 400 с.

Мельникова Е. Н. К юбилею академика В. П. Казначеева: Его до сих пор в России не понимают… // Общественный центр информации. URL: https://zen.yandex.ru/media/id/5e274bc843863f00acd7ed97/k-iubileiu-akademika-vpkaznacheeva-ego-do-sih-por-v-rossii-ne-ponimaiut-melnikova-en-5e90a3077ba2935da05d17c4 (последнее посещение 24.02.2021).

Миронов С. П. Кремлевская медицина: история, современность, перспективы. URL: https://studylib.ru/doc/2120714/kremlevskaya-medicina--istoriya--sovremennost._--perspektivy (последнее посещение 15.05.2022).

Миронова Н. Великая эпидемия: сыпной тиф в России в первые годы советской власти. М., 2020. 320 с.

Митерев Г. А. Народное здравоохранение за 25 лет Советской власти. М., 1942. 96 с.

Мол А. Множественное тело: антология в медицинской практике. Пермь, 2017. 254 с.

Нагибин Ю. Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/16451 (последнее посещение 01.08.2022).

Население СССР. 1988. Статистический ежегодник. М., 1989. 704 с.

Натрадзе А. Г. 25 лет медицинской промышленности // Двадцать пять лет советского здравоохранения / Ред. Г. А. Митерев. М., 1944. С. 244—256.

Натрадзе А. Г. Очерк развития химико-фармацевтической промышленности СССР. М., 1967. 328 с.

Немцов А. В. Снова об алкоголе // Демоскоп Weekly. 2013. № 567—568. С. 1—37.

Немцов А. В. Тенденции потребления алкоголя и обусловленные алкоголем потери здоровья и жизни в России в 1946—1996 гг. // Алкоголь и здоровье населения России / Ред. А. К. Демин. М., 1998. С. 98—107.

Об основных установках плана по здравоохранению на 1937 год. М., 1936. 28 с.

Огрызко Е. В. Состояние и основные направления формирования медицинской статистики в Российской Федерации. Дисс. … доктора мед. наук. Т. 1. М., 2011. 515 с.

«О медицинском обслуживании рабочих и крестьян»: постановление ЦК ВКП(б) от 18 декабря 1929 года // Постановления КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. М., 1958. С. 167—169.

Организация здравоохранения в СССР: Пособие для врачей / Ред. Н. А. Виноградов. Т. 1. М., 1958. 519 с.

От старого к новому // Известия советской медицины. 1918. № 1. С. 3—4.

Официальный сборник НКЗ РСФСР. 1935. № 23—24. С. 39—40.

Официальный сборник НКЗ РСФСР. 1936. № 2. С. 11—18.

Охрана здоровья в СССР. Статистический сборник. М., 1990. 238 с.

Петрова З. П., Огнев В. А. Харьковский историк медицины П. Т. Петров (К 120-летию со дня рождения) // Міжнародний медичний журнал. 2016. № 4. С. 94—96.

Пироговская эпидемиологическая комиссия // Общественный врач. 1918. № 9—10. С. 86—87.

Пичугин В. Н. Совместное заседание Коллегий Министерства приборостроения и Минздрава СССР // Советское здравоохранение. 1988. № 2. С. 77—79.

Поддубный М. В. Санитарная охрана окружающей среды в России и СССР в первой половине XX века. Киев, 1997. 11 с.

Попов Г. А. Вопросы теории и методики планирования здравоохранения. М., 1967. 367 с.

Попов Г. А. Экономические проблемы в управлении лечебно-профилактическими учреждениями. М., 1976. 248 с.

Поповский М. А. Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/460237 (последнее посещение 07.04.2022).

Постановление I-го Всероссийского съезда медико-санитарных отделов (15—18 июня 1918 года) // *Барсуков М. И.* Великая Октябрьская Социалистическая революция и организация советского здравоохранения (октябрь 1917 — июль 1918). М., 1951. С. 300—308.

Постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 20 сентября 1932 г. «О ясельном обслуживании детей в городах, промышленных центрах,

совхозах, МТС и колхозах» // СУРП РСФСР. 1932. № 78. Ст. 345. С. 467—468.

Постановление ЦК ВКП(б) от 1 июня 1931 г. «О медицинских кадрах» // Постановления КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. М., 1958. С. 195.

Постановления КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. М., 1958. 338 с.

Похороны земской медицины // Общественный врач. 1918. № 13—14. С. 116—117.

Про советские аптеки… // Назад в СССР. URL: https://back-in-ussr.com/2015/11/pro-sovetskie-apteki.html (последнее посещение 23.01.2021).

Программа Коммунистической партии Советского Союза. Госполитиздат, 1962. 308 с.

Пчелкина Л. Текст и иллюстрации: кто такие проекционисты и как они делали музей будущего // Арзамас. URL: https://arzamas.academy/materials/1793 (последнее посещение 26.05.2022).

Пять лет советской медицины: 1918—1923. М., 1923. 259 с.

Работнов Н. С. Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/18889 (последнее посещение 01.08.2022).

Резолюции VII Всероссийского съезда здравотделов // На фронте здравоохранения. 1930. № 5—6. С. 134—140.

Результаты комплексного изучения состояния здоровья населения в связи со Всесоюзной переписью населения 1970 года / Ред. А. А. Роменский. Т. I. М., 1978. 156 с.

Русаков И. В. Положения доклада «О соотношении государственной и страховой медицины» // Известия советской медицины. 1918. № 5—6. С. 17.

Рыбакова Е. О. Организационно-правовые основы системы советского здравоохранения (1917—1936). Дисс. … канд. юрид. наук. М., 2010. 149 с.

Санитарное законодательство // Большая медицинская энциклопедия. Изд. 1-е. Т. 29. М., 1934. Стб. 618—620.

Сахаров А. Д. Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито».

Семашко Н. А. Передовое советское здравоохранение (К тридцатилетию Великого Октября) // Советское здравоохранение. 1947. № 7. С. 4—8.

Сергиенко И. В. История появления статинов // Атеросклероз и дислипидемии. 2011. № 1. С. 57—66.

«Сил больше нет молчать о том тяжелом положении, в котором живут наши советские люди»: Документы РГАНИ о социальном кризисе в СССР в середине 1950-х гг. // Архив Александра Н. Яковлева. URL: http://alexanderyakovlev.org/almanah/inside/almanah-doc/1007607 (последнее посещение 12.05.2022).

Синицин И. Е. Андропов вблизи: воспоминания о временах оттепели и застоя. М., 2015. 512 с.

Синицин И. Е. Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/682859 (последнее посещение 01.08.2022).

Смертность // Большая медицинская энциклопедия. Изд. 1-е. Т. 31. М., 1935. Стб. 13—14.

Смертность населения СССР и Союзных республик, 1975, 1983, 1984 годы. Статистические материалы к Коллегии Министерства здравоохранения. ДСП. М., 1986. 248 с.

Смертность населения СССР и союзных республик. 1988 год. ДСП. М., 1990. 248 с.

Смирнов Е. И. Очередные задачи Министерства здравоохранения СССР. Доклад на собрании работников здравоохранения. Москва. 21 мая 1947 года. ДСП. М., 1947. 56 с.

Смирнов И., Эфендиев И. Против фальсификации истории медицины // Медицинский работник. 25 мая 1949 г. № 21 (833). С. 2.

Советские роддома // LiveJournal. URL: https://germanych.livejournal.com/139656.html (последнее посещение 20.05.2022).

Совещание эпидемиологической комиссии при Обществе русских врачей в память Н. И. Пирогова, с представителями с мест по вопросам борьбы с холерой, 2-го — 4-го июня 1918 г. // Общественный врач. 1918. № 11—12. С. 92—107.

Сорок лет советского здравоохранения. М., 1957. 662 с.

Сорокина Т. С. История медицины: в 2 т.: учебник для студентов учреждений высшего медицинского образования. Т. 2. 13-е изд., переработ. и доп. М., 2018. 352 с.

Сорокина Т. С., Морозов А. В. Отечественное здравоохранение и медицинское образование в первой половине двадцатого века. М., 2017. 55 с.

Социалистическое строительство в СССР. Статистический ежегодник. М., 1936. 699 с.

Социальное развитие СССР. Статистический сборник. М., 1990. 416 с.
Социальное страхование // Большая медицинская энциклопедия. Изд. 1-е. Т. 29. М., 1934. Стб. 190.
Союз Советских Социалистических Республик // Краткая медицинская энциклопедия. Т. 3. М., 1990. С. 107—158.
Статистические материалы по состоянию народного здравия и организации медицинской помощи в СССР за 1913—1923 гг. М., 1926. 378 с.
Сточик А. М. Сельское здравоохранение в первой половине 20-х годов // Советское здравоохранение. 1988. № 8. С. 60—64.
Сточик А. М. Сельское здравоохранение в первой половине 20-х годов // Советское здравоохранение. 1988. № 9. С. 65—71.
Тарасевич Л. А. Эпидемии последних лет в России // Общественный врач. 1922. № 1. С. 43—50.
Тенцова А. И., Панченко Е. И., Семенова Т. Д. Фармация в СССР. М., 1973. С. 31.
Трагедия советской деревни. Коллективизация и раскулачивание Документы и материалы. Т. 5. 1937—1939. Кн. 1. 1937. М., 2004. 648 с.
Третий пленум Центральной сельской комиссии Наркомздрава. Воронеж, 1935. 86 с.
Труды института и кафедр организации здравоохранения медицинских институтов / Ред. А. М. Мерков. М., 1961. 124 с.
Тяжельникова В. С. Самоубийства коммунистов в 1920-е годы // Отечественная история. 1998. № 6. С. 158—173.
Фадеев А. В. Вклад Ефима Ивановича Смирнова в реформирование здравоохранения страны (1947—1952). Автореферат дисс. … канд. мед. наук. М., 2006. 24 с.
Фефелов В. «В СССР инвалидов нет!..». London: Overseas Publications Interchange Ltd, 1986. 163 с.
Фрейдлин С. Я. Курс лекций по организации здравоохранения. Л., 1963. 408 с.
Хархордин О. В. Обличать и лицемерить: генеалогия российской личности. СПб., 2002. 511 с.
Хлевнюк О. В., Дэвис Р. У. Вторая пятилетка: механизм смены экономической политики // Российская история. 1994. № 3. С. 92—108.
Хоффманн Д. Л. Взращивание масс: Модерное государство и советский социализм. 1914—1939 / Пер. с англ. А. Терещенко. М., 2018. 424 с.
Царегородцев Г. И. Социальные условия и здоровье населения // Советское здравоохранение. 1987. № 11. С. 3—7.

Циркуляры фармацевтического подотдела // Еженедельник Коллегии городского отдела здравоохранения Московского совета рабочих и крестьянских депутатов. 1919. № 4 (15 октября).

Цихелашвили Н. Ш. Американская помощь народам России в начале 20-х годов XX века. Дисс. … канд. исторических наук. М., 1998. 304 с.

Чазов Е. И. Здоровье и власть. Воспоминания «кремлевского врача». М., 1992. 224 с.

Черняев А. С. Дневник // Сайт Европейского университета в Санкт-Петербурге «Прожито». URL: https://prozhito.org/note/61616 (последнее посещение 22.04.2022).

Шатенберг С. Леонид Брежнев: Величие и трагедия человека и страны. Биография. М., 2018. 623 с.

Шахнина И. Л., Ивлиева О. М., Наркевич М. И. Смертность от инфекционных болезней в СССР // ЖМЭИ. 1990. № 8. С. 53—57.

Шевцова А., Гринько И. Клятва Айболита: иконография медика в советской карикатуре // Этнодиалоги. 2020. № 2 (60). С. 203—233.

Шерстнева Е. В. В памяти такая скрыта мощь // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. № 6. С. 1619—1623.

Шерстнева Е. В. Государственное регулирование цены на пенициллин в СССР во второй половине 1940-х годов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28. № 4. С. 657—662.

Шерстнева Е. В. Из истории распространения гигиенических и медицинских знаний: русский лубок о здоровье соотечественников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. № 3. С. 59—63.

Шерстнева Е. В. История медицинского плаката в России (1921—1931). Дисс. … канд. ист. наук. М., 1997. 197 с.

Шерстнева Е. В. Обеспечение лечебных учреждений пенициллином в СССР во второй половине 1940-х годов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28. № 5. С. 1017—1022.

Шерстнева Е. В. Отдел истории медицины: создание и основные направления деятельности на начальном этапе (1944 — начало 1950-х гг.) // История науки и техники. 2014. № 11. С. 129—136.

Шерстнева Е. В., Поддубный М. В. Санитарно-просветительный плакат 20-х годов в деле санитарного просвещения населения // Про-

блемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. № 3. С. 61—64.

Шихирев П. Н. Жить без алкоголя? Социально-психологические проблемы пьянства и алкоголизма / Ред. Ю. А. Замошкин. М., 1988. 160 с.

Щепин О. П., Кравченко Н. А. Состояние здоровья населения и перспективы развития здравоохранения Москвы // Советское здравоохранение. 1989. № 8. С. 3—10.

Эспань М. Теория цивилизаций как культурный трансфер / Пер. с фр. Е. Е. Дмитриева. М., 2018. 816 с.

Эфендиев И. К. История медицины в Азербайджане с древнейших времен до наших дней / Ред. проф. Э. Ф. Эфендиев, М. С. Султанов. Баку, 1964. 280 с.

Яблоков А. В. Экологическое невежество и экологический авантюризм. Завалы на пути перестройки // Иного не дано. М., 1988. С. 238—253.

Annual epidemiological and vital statistics. 1939—1946. Parth I. Vital statistics and causes of death. Geneve, 1951.

Baar M. Of Communism, Compromise and Central Europe: the Scholarly Persona under Authoritarianism // How to Be a Historian: Scholarly Personae in Historical Studies, 1800—2000 / Ed. H. Paul. Manchester: Manchester University Press, 2019. P. 164—181.

Bashkuev V. Y. Silencing the shame: forgetting of the 1920s syphilis epidemic as a strategy of post-Soviet identity construction // Jefferson Journal of Science and Culture. 2013. № 3. P. 110—132.

Becher T., Trowler P. Academic Tribes and Territories: Intellectual Enquiry and the Cultures of Disciplines. 2nd ed. Buckingham: Open University Press, 2001. 238 p.

Brainerd E. Reassessing the Standard of Living in the Soviet Union: An Analysis Using Archival and Anthropometric Data // The Journal of Economic History. Vol. 70. № 1 (March 2010). P. 83—117.

Brook R. D. et al. Particulate matter air pollution and cardiovascular disease an update to the scientific statement from the American Heart Association // Circulation. 2010. Vol. 121. № 21. P. 2331—2378.

Conroy M. S. Europe — Our Common Home? Russian-European Pharmaceutical Relations during the 1920s // Globalization and Regionalization in Socialist and Post Socialist-Economies: Common Economic Spaces of Europe / Ed. J. Pickles. Basingstoke: Palgrave Macmillan London, 2008. P. 40—71.

Conroy M. S. In Health and in Sickness: Pharmacy, Pharmacists and the Pharmaceutical Industry in Late Imperial and Early Soviet Russia. Boulder: East European Monographs, 1994. 703 p.

Conroy M. S. The Soviet Pharmaceutical Business during Its First Two Decades (1917—1937). New York: Peter Lang, 2006. 377 p.

Davis C., Feshbach M. Rising Infant Mortality in the U.S.S.R. in the 1970's. US Bureau of the Census. Series P-95, 1980. № 74. Washington D. C. 74 p.

Davis Ch. M. Economic problems of the Soviet health service: 1917—1930 // Soviet Studies. 1983. Vol. 35. № 3. P. 343—361.

Davis Ch. M. Economics of Soviet Public Health, 1928—1932: Development strategy, resource constraints, and Health Plans // Health and Society in Revolutionary Russia / Eds G. S. Solomon and J. F. Hutchinson. Bloomington: Indiana University Press, 1990. P. 146—172.

Epidemiological and vital statistics report. Geneve, 1950—1967.

Field M. Soviet Socialized Medicine. New York: The Free Press, 1967. 231 p.

Foster G. M. The Demands of Humanity: Army Medical Disaster Relief. Washington, D.C.: Center of Military History, United States Army, 1983. 188 p.

Goodson I. F. School Subjects and Curriculum Change. Case Studies in Curriculum History. London: The Falmer Press, 1987. 228 p.

Hankins F. H. Book review: Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia // Social Forces. 1935. Vol. 14. № 1. P. 154—155.

Hoffmann D. Cultivating the Masses: Modern State Practices and Soviet Socialism, 1914—1939. Ithaca: Cornell University Press, 2011. 344 p.

Hoffmann D. Stalinist Values: The Cultural Norms of Soviet Modernity, 1917—1941. Ithaca: Cornell University Press, 2003. 264 p.

Jones E., Grupp F. Infant mortality trends in the Soviet Union // Population and Development Review. 1983. Vol. 9. № 2. P. 213—246.

Joravsky D. The Lysenko Affair. Chicago: University of Chicago Press, 1970. 474 p.

Khwaja B. Health Reform in Revolutionary Russia // Socialist Health Association. URL: https://www.sochealth.co.uk/2017/05/26/health-reform-revolutionary-russia/ (последнее посещение 30.05.2022).

Kingsbury A. Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia. London: William Heinemann (Medical Books), 1934. 324 p.

Knorr-Cetina K. D. The Manufacture of Knowledge: An Essay on the Constructivist and Contextual Nature of Science. Oxford: Pergamon Press, 1981. 189 p.

Larkin B. The Politics and Poetics of Infrastructure // Annual Review of Anthropology. 2013. № 42. P. 327—343.

Longgring A. J. Soviet Science and the Closed Society // The World Today. 1972. Vol. 28. № 5 (May). P. 216—228.

Mol A. The body multiple. Ontology in medical practice. Durcham and London: Duke University Press, 2002. 216 p.

Mortality rate, infant (per 1,000 live births) United States // Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNICEF, WHO, World Bank, UN DESA Population Division). URL: childmortality.org (последнее посещение 20.05.2022).

Nye J. S. Soft Power // Foreign Policy. 1990. № 80. P. 153—171.

Nye J. S. Soft Power: The Means to the Success in the World Politics. New York: Public Affairs, 2004. 191 p.

Petryna A. Life Exposed. Biological Citizens after Chernobyl. Princeton: Princeton University Press, 2003. 264 p.

Polianski Ig. J. Das Schweigen der Ärzte: Eine Kulturgeschichte der sowjetischen Medizin und ihrer Ethik (Kulturanamnesen: Schriften zur Geschichte und Philosophie der Medizin und der Naturwissenschaften) Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2015. 439 s.

Prozorov S. The Biopolitics of Stalinism: The Ideology and Life in Soviet Socialism. Edinburg: Edinburd University Press, 2017. 352 p.

Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia. By Sir Arthur Newsholme and John Adams Kingsbury. Garden City, New York, 1933.

Ryan M. Doctors and the State in the Soviet Union. New York: Palgrave MacMillan, 1990. 205 p.

Schattenberg S. Leonid Breschnew. Staatsmann und Schauspieler im Schatten Stalin. Eine Biographie. Köln: Böhlau Verlag, 2017. 661 s.

Solomon G. S. The Expert and the State in Russian Public Health: Continuities and Changes across the Revolutionary Divide // The History of Public Health and the Modern State / Ed. D. Porter. Amsterdam: Brill, 1994. P. 183—223.

Starks T. A. Propagandizing the Healthy, Bolschevik Life in the Early USSR // American Journal of Public Health. 2017. № 107 (11). P. 1718—1724.

Sumpf A. Book review: David L. Hoffmann, Cultivating the Massess // Cahiers du Monde Russe. 2011. № 52(4). P. 724—726.

The Formation of School Subjects. The Struggle for Creating an American Institution / Ed. T. S. Popkewitz. London: The Falmer Press, 1987. 310 p.

Treml V. G. Soviet and Russian statistics of alcohol consumption and abuse // Premature Death in the New Independent States / Eds L. Bobadilla,

C. A. Costello, F. Mitchell. Washington: National Academy Press, 1997. P. 220—238.

Voslensky M. Nomenklatura. Die herrschende Klasse der Sowjetunion. Wien: Verlag Fritz Molden, 1980. 550 s.

Weekly epidemiological record. 1939. 23 March. P. 133; Historical statistics of the United States. Colonial times to 1970. Parth 1. U. S. Census Bureau, 1970. 659 p.

Weissman N. B. Origins of Soviet Health Administration: Narkomzdrav, 1918—1928 // Health and Society in Revolutionary Russia / Eds G. Solomon and J. F. Hutchinson. Bloomington: Indiana University Press, 1990. P. 97—120.

World health statistics report. Geneve, 1968—1978.

Монография

Затравкин Сергей Наркизович
Вишленкова Елена Анатольевна

«КЛУБЫ» И «ГЕТТО» СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Научный редактор: *О. К. Охотникова*
Корректор: *И. И. Жданюк*
Верстка: *А. В. Чирков*
Дизайн обложки: *К. О. Толстобокова*
Карикатуры на форзацах: *О. С. Чалова*

Подписано в печать 20.08.2022. Формат 60×90/16. Бумага офсетная № 1. Печать офсетная. Усл. печ. л. 22. Тираж 300 экз.

Издательство АО «Шико». 109028, г. Москва, Хохловский пер., 10-100

Чеховский печатный двор
Московская область, г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1