

Зима В.Ф. (Москва)

ГОЛОД И МЕДИЦИНА В СССР

В XVIII веке страны Западной Европы избавились от голода благодаря промышленному развитию экономики и сельского хозяйства. В России уровень развития экономики и особенно сельского хозяйства был намного ниже, поэтому голод продолжал периодически повторяться. Для спасения людей от голода создавались государственные хлебные магазины. Годовые запасы хлеба на случай неурожая имелись не только в городах, но и крупных селениях¹. Однако, этого было недостаточно, и остановить это страшное бедствие не удавалось. Во время большого голода 1891–1892 гг. царское правительство закупало хлеб в США².

На почве голода появлялись новые заболевания. В практике лечения людей от голода и вызванных им болезней совершенствовался опыт российской медицины. С 70-х годов XIX века в г. Санкт-Петербурге стали проводиться съезды врачей, на которых обсуждались актуальные проблемы лечения заболеваний, связанных с голодом. На одном из съездов выступил известный биолог М.С. Воронин с докладом на тему: «О “пьяном” хлебе в Южно-Уссурийском крае». Он рассказал, что в конце 1888 г. к нему обратился занимающийся положением переселенцев в Южно-Уссурийском крае с просьбой взяться за исследование причин появления в той местности так называемого «пьяного» хлеба. Хлеб, испеченный из почерневшей ржи, пшеницы или овса, вызывал у людей головную боль, головокружение, озноб, дурноту, рвоту, расстройство зрения³. Домашние животные (собаки, лошади, свиньи) при поедании такого же хлеба испытывали подобные болезненные припадки и впоследствии старательно избегали его⁴. В мае 1889 г. Воронин получил из г. Владивостока пробы, отобранные в Уссурийском крае в течение 1887–1888 гг. Он исследовал полученный материал. При микроскопическом исследовании пораженного зерна были обнаружены споры гриба, который появлялся в сырую погоду в хлебных снопах, оставленных на земле в поле для просушки. Хлеб начинал прорастать, а на колосьях, зернах и даже внутри зерен, вследствие отмирания и начала разложения растительной ткани, развивалась масса сапрофитов (грибов и бактерий, питавшихся остатками растений), делавших хлеб вредным для человека и животных.

В качестве рекомендаций М.С. Воронин предложил жителям Уссурийского края не подвергать сжатый хлеб чрезмерной сырости, не давать ему лежать в поле и гнить на сырой почве. Употреблять для еды и посева только доброкачественное зерно. В заключение ученый подчеркнул, что вопрос о том, какой из сапрофитов, встречающихся на колосьях «пьяного»

хлеба вызывал болезненные явления в человеческом организме, остается открытым. Необходим целый ряд исследований в химических и физических лабораториях⁵.

В 1888 г. врач Эрлих впервые описал подобный случай заболевания женщины с быстро прогрессирующей гипохромной анемией и полным отсутствием в красной крови признаков регенерации, сопровождающейся уменьшением лейкоцитов, тромбоцитов и тяжелыми геморрагическими явлениями. Еще при жизни больной он предположил анатомическую недостаточность костного мозга, что и было подтверждено вскрытием. Заболевание получило название апластической анемии⁶. Сходные заболевания возникали от действия лучей Рентгена и радия на костный мозг.

Дальнейшее изучение вредного воздействия «пьяного» хлеба на организм человека и животных изучали другие ученые. Например, биолог Н.А. Наумов в начале XX века проводил наблюдения за несколькими видами рода *Fusarium* и подготовил о «пьяном» хлебе монографию, которую опубликовал в 1916 г. в г. Петербурге. Он продолжил свое исследование и в советское время⁷. Эти работы стали началом изучения опасной и трудноизлечимой болезни, вызываемой употреблением в пищу перезимовавшего в поле ядовитого зерна. Сначала эта болезнь имела разные названия, затем получила условное наименование – «септическая ангина», а спустя несколько лет более точное и научно-обоснованное – алиментарно-токсическая алейкия (далее – АТА).

«Септическая ангина» (АТА) во время голода

Первая мировая война, революция и Гражданская война довели Россию до массового голода 1921–1922 гг. На грани голодной смерти оказались жители Поволжья, Южного Урала, Северного Казахстана, Западной Сибири и Юга Украины, всего более 40 млн. человек. По просьбе Советского правительства Американская Администрация оказала помощь голодающим и больным в пораженных голодом районах России. В короткий срок США поставили голодающим продовольствие, одежду и обеспечили им медицинскую помощь. Американцы привлекали местных врачей и добровольцев. Эта помощь спасла от гибели около 18 млн. человек. Всех спасти не удалось, от голода, тифа и гриппа – «испанки» умерло более 5 млн. человек.

В 1922 г. врачи наблюдали случаи «септической ангины», отмечали частые геморрагические явления при очень высоком проценте (от 50 – до 80) смертности во время первой вспышки болезни. Это вызывало мысль о сходности АТА с чумой и ее эпидемическом характере, что впоследствии не подтвердилось. В том же году врач Шульц, исследуя кровь больных АТА, обнаружил агранулоцитоз. Он был идентичен заболеванию лейкопенией,

которое приводило к уменьшению гранулоцитов и сопровождалось некротически-язвенными процессами в зеве⁸.

Сворачивание новой экономической политики и насильственная коллективизация сельского хозяйства в СССР привели к новому массовому голоду 1932–1933 гг. В отличие от 1921–1922 гг. Советское руководство тщательно скрывало наличие голода в стране. Помощь голодающим со стороны государства была недостаточной. Обессилившие от голода колхозники не смогли убрать весь выращенный хлеб, часть урожая ушла под снег. Весной 1933 г. голодные люди выходили в поля собирать неубранное зерно. Размалывали его, пекли хлеб и употребляли в пищу. Возобновились массовые заболевания АТА.

Студентка медицинского института М. Ковригина, ставшая впоследствии министром здравоохранения СССР, в своих воспоминаниях о 1933 г. описала заболевание АТА следующим образом: «Воздух в сельской больнице был пропитан сладковатым, гнилостным запахом. Почти все больные кровили. У многих температура поднималась до 40 градусов по Цельсию и выше... Удалось спасти только 7-летнюю девочку, у которой умерли отец, мать и трое братьев. ...Бледная, худая, обессиленная, в зеве у нее не было ни миндалин, ни дужек, ни маленького язычка. Все некротизировалось, ...отторглось»⁹.

В 30-е годы продолжалось изучение этиологии АТА, в 40-е – патогенез этого заболевания, в 50-е – его микротоксические грибы. Химическая формула яда была открыта в 60-е доцентом Оренбургского мединститута Л.Е. Олифсоном, в 70-е вышла монография Билай В.И., Пидопличко Н.М. по токсинообразующим и микроскопическим грибам, а 1984 г. опубликована брошюра В.В. Ефремова, посвященная эпидемиологии, этиологии, патогенезу, клинике и лечению алиментарно-токсической алейкии¹⁰. На основе этих работ был сделан вывод, что перезимовавшее зерно поражается грибковым мицелием из рода *Fusarium*. Выделяющиеся при их жизнедеятельности токсины подавляют эритро- и миелопоэз. В селезенке и лимфоидной ткани наступает редукция и склероз. В крови развивается лейкопения с нейропенией. Клиническая картина заболевания начинается остро с высокой температурой, интоксикацией, геморрагическим диатезом с кровоизлияниями на коже, слизистых и внутренних органах. Образование некротических язв и кровотечений в большинстве случаев приводило к летальному исходу.

С началом Второй мировой войны материальное положение народа ухудшилось. В июне 1941 г., когда гитлеровская Германия напала на СССР, миллионы мужчин были мобилизованы в армию. Оставшиеся без кормильцев семьи пережили массовый голод в блокированном врагом Ленинграде и советском тылу. Как следствие голода в 1941 г. заболевания АТА появились в Саратовской области, в 1942 г. – в Молотовской, Кировской и Чкаловской областях, в 1943 г. – вновь в Саратовской и в Казахстане, в 1944 г. – снова в Казахстане и в Чкаловской области¹¹.

В докладной записке начальника отдела ЗАГСов на имя заместителя Наркома внутренних дел СССР С.Н. Круглова имеется пояснение о том, что одной из причин, оказавших влияние на рост смертности населения, являлось массовое распространение весной и летом 1944 г. заболевания людей АТА с высокой степенью летальных исходов. За 9 месяцев 1944 г. в Башкирии умерло от АТА 14 351 человек, в Татарской АССР – 6 815 и Чкаловской области 3 850 человек как местных жителей, так и беженцев из западных районов России¹².

В годы войны московские медики активизировали работу по исследованию крови у больных АТА и трупов. Они обнаружили, что совершенно обязательным и самым ранним признаком этой болезни являлось значительное уменьшение белых кровяных телец в периферической крови, т. е. лейкопения, сопровождавшаяся почти полным исчезновением зернистых клеток, следовательно, агранулоцитозом¹³.

Таким образом, очаги эпидемии АТА возродились в годы войны. Ученые-медики изучали особенности этого заболевания, методы лечения и профилактики. Опыты проводились на добровольцах, обеспеченных хорошим питанием. После употребления в пищу зерна, изъятого из очагов заболевания в Ульяновской области, у этих людей развивалась АТА. Данное заболевание в июле 1943 г. на пленуме Ученого медицинского совета Народного комиссариата здравоохранения РСФСР получило название алиментарно-токсической алейкии.

Медики-исследователи занимались изучением причин и путей распространения АТА, что позволило выработать ряд мер по предупреждению и борьбе с этим заболеванием. Эти мероприятия были отражены в резолюции Республиканской конференции по вопросам АТА, созванной Наркомздравом в Москве 15–17 ноября 1944 г. Содержание мероприятий было изложено в соответствующих указаниях Наркомздрава СССР и РСФСР. В них предлагалось проводить широкую санитарную агитацию среди населения о вреде употребления в пищу продуктов, изготовляемых из перезимовавшего в поле зерна; до начала таяния снега предлагалось взять на учет поля с остатками и большими потерями осеннего урожая, а после таяния снега перепахивать такие поля; установить охрану полей с целью недопущения сбора населением перезимовавшего зерна; организовать сбор такого зерна и сдачу его на специальные обменные пункты. До начала таяния снега медики должны были выявить больных дистрофией, авитаминозом и нуждающихся в дополнительном питании. По инициативе колхозов для этих лиц следовало развернуть питательные пункты через систему потребительской кооперации. С этой целью выдавать ей специальные пайки, дополнительно выделяемые правительством.

Далее в указаниях Наркомздрава СССР и РСФСР говорилось, что яд, образующийся в перезимовавших в поле злаках, еще недостаточно изучен. Поэтому невозможно специфическое антитоксическое лечение.

Применяя имевшиеся в то время симптоматические средства, врачи ставили своей задачей:

1. Поднять общую сопротивляемость организма больного за счет полного лечебного поливитаминного питания – лечение собственной и донорской кровью, антиретиккулярной цитотоксической сывороткой Богомольца (АЦС).

2. Ликвидировать кровоточивость переливанием крови, витаминами «К» и «С», хлористым кальцием, сыворотками.

3. Уничтожить прорвавшуюся инфекцию и уменьшить интоксикацию сульфидином, стрептоцидом, уротропином, пенициллином.

4. Восстановить кроветворение путем улучшения питания, применяя витамины «В» и «С» и переливания крови и т. д. Курс лечения был подробно расписан на 3 периода¹⁴.

В 1944 г. Кировский областной отдел здравоохранения опубликовал брошюру о «септической ангине», предназначенную в помощь участковому врачу. В ней автор – врач М. Нахапетов в сжатой форме изложил патогенез АТА, ее основные клинические симптомы, патологическую анатомию и терапию¹⁵.

Голод 1946–1947 гг. и рост заболеваемости людей

Объективными причинами голода 1946–1947 гг. являлись тяжелые последствия Второй мировой войны, засуха и неурожай 1946 г. Основной субъективной причиной был государственный фактор. Он выразился в том, что по указанию Правительства СССР в 1946г. из колхозов и совхозов было вывезено более 50% хлеба и других продуктов на государственные заготовительные пункты. Не только жители деревень, но и городов оказались на голодном пайке. В этом смысле голод 1946–1947гг. не был похожим на голод 1932–1933 гг. К тому же его отличие состояло в том, что голодом были охвачены более обширные территории России, Украины, Молдавии. В тяжелом продовольственном положении находились и другие республики. При остром дефиците продовольствия и карточной системе его распределения, хроническое недоедание испытывали примерно 60 млн. человек.

Слабые попытки Советского Правительства оказать продовольственную помощь голодающим, провести медицинскую экспертизу голодной заболеваемости и смертности людей сыграли отрицательную роль. Слово «голод» в то время было под строгим запретом и не использовалось даже в самых секретных донесениях. То же самое можно сказать и о секретной документации Министерства здравоохранения СССР, в обязанности которого

входило оказание первой медицинской помощи пострадавшим от голода. В архивных фондах по советской медицине мы не обнаружили сведений о специальной подготовке врачей-экспертов по обследованию и лечению голодной дистрофии. Несомненно, опытные врачи хорошо знали, как оказывать первую помощь. Известно народное средство помощи: постельный режим, строго нормированное питание куриным бульоном, молоком и молочными продуктами. В соответствии с инструкциями смертность от голода врачи маскировали под следующими диагнозами: алиментарная дистрофия, авитаминоз, пеллагра, «септическая ангина», снижение веса, физическое истощение, вялость и др.

Известно, что слово «dis-trophe» в переводе с латинского означает болезненное состояние, вследствие длительного недоедания (голодания), при отсутствии пищи. Врачи подразделяли алиментарную дистрофию на три степени – I-я, II-я и III-я, которые сопровождалась белковыми и безбелковыми отеками. По их мнению, третья степень дистрофии, как самая тяжелая, считалась неизлечимой. Она часто осложнялась пневмонией, туберкулезом, дизентерией и другими инфекционными заболеваниями, поэтому чаще всего приводила к летальному исходу. Бывало и в случае заболевания дистрофией I-ой или II-ой степени без медицинской помощи человек умирал в результате физического истощения и нервно-психического расстройства.

Всего в 1946–1947 гг. вследствие голода переболели дистрофией I-й степени около 10 млн., II-й – 5 млн. и III-й – до 2 млн. человек, большинство последних не выжили.

Руководство СССР во главе с И. Сталиным недостаточно внимания уделяло здоровью народа и неадекватно реагировало на сигналы из регионов об угрозе распространения голода. Продолжался экспорт хлеба за рубеж, слабо использовались имевшиеся государственные резервы. Медицинская помощь пострадавшим от голода и болезней людям могла быть более эффективной и значительно сократить количество жертв.

20 марта 1947 г. заместителю председателя Совета министров СССР А. Косыгину поступило совершенно секретное донесение от председателя Совета министров РСФСР М. Родионова. В нем говорилось, что по сообщениям руководства Воронежской, Курской, Тамбовской, Саратовской, Горьковской, Костромской, Псковской, Орловской, Читинской областей, Башкирской, Мордовской, Татарской автономных республик во многих сельских районах имели место заболевания населения алиментарной дистрофией. Многие сельские жители находились в тяжелом состоянии, требовавшем немедленной госпитализации. Слабая сеть лечебных учреждений, существовавшая в то время, не могла обеспечить прием всех больных. Советская медицина столкнулась с тем, что не хватало медикаментов, питания, оборудования и т. д. Родионов просил оказать срочную медицинскую и продовольственную помощь больным дистрофией в России, в том числе:

1. Разрешить открыть временные стационары на 16,5 тыс. коек и организовать лечение на дому 27 тыс. больных сроком на 4 месяца.

2. Выделить на указанные цели дополнительно к рыночным фондам 2088 т муки, 417 т крупы и макаронных изделий, 469 т мяса и рыбы, 191 т жиров, 174 т сахара и кондитерских изделий, 522 т молока, 3 625 ящиков яиц, 2 088 т картофеля и 522 т овощей.

3. Отпустить 1 млн. 130 тыс. руб. на оплату питания и медикаментов¹⁶.

Под руководством Родионова был подготовлен проект распоряжения Совета министров СССР из расчета потребности продовольствия и средств. В приложении к нему был дан план развертывания временных стационаров, и лечения больных дистрофией на дому в течение марта, апреля, мая и июня 1947г.¹⁷. (См. табл. 1).

Таблица 1

Области и автономные республики РСФСР	Количество стационарных коек	Лечение больных на дому
1. Воронежская обл.	4000	6000
2. Курская обл.	3000	5000
3. Тамбовская обл.	2000	4000
4. Орловская обл.	1000	2000
5. Горьковская обл.	1000	2000
6. Саратовская обл.	1000	1500
7. Читинская обл.	1000	1000
8. Костромская обл.	500	1000
9. Псковская обл.	500	1000
10. Башкирская АССР	1000	1000
11. Мордовская АССР	500	1000
12. Хакасская автономная область	500	1000
13. Бурят-Монгольская АССР	500	500
ИТОГО:	16500	27000

Как увидим далее, не все области, края и республики, пострадавшие от голода, были включены в указанный список. Больше всего стационарных коек для лечения больных дистрофией предполагалось развернуть в 4-х областях Центрального Черноземья, которые сильнее других районов пострадали от засухи и голода. По данным таблицы можно легко определить, что основную медицинскую помощь планировалось оказывать прямо на дому.

Кроме того, в приложение проекта о помощи была включена ведомость продовольственных товаров, которые планировалось выделить в тот же период для питания больных дистрофией (в т; яйца в ящиках)¹⁸. (См. табл. 2).

Таблица 2

Области и автономные республики РСФСР	Мука	Крупа и макаронные изд.	Мясо, рыба	Жиры животные	Сахар, кондитер. изд.	Молоко	Яйца	Картофель	Овощи
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Воронежская	480	96,0	108,0	44,0	40	120	833	480	120
.Курская	384	76,8	86,4	35,2	32	96	667	384	96
3. Тамбовская	288	57,6	64,8	26,4	24	72	500	288	72
4. Орловская	144	28,8	32,4	13,2	12	36	250	144	36
5. Горьковская	144	28,8	32,4	13,2	12	36	250	144	36
6. Саратовская	120	24,0	27,0	11	10	30	208	120	30
7. Читинская	96	19,2	21,6	8,8	8	24	167	96	24
8. Костромская	72	14,4	16,2	6,6	6	18	125	72	18
9. Псковская	72	14,4	16,2	6,6	6	18	125	72	18
10. Башкирская АССР	96	19,2	21,6	8,8	8	24	167	96	24
11. Мордовская АССР	721	4,4	16,2	6,6	6	18	125	72	18
12. Хакасская автономная область	72	14,4	16,2	6,6	6	18	125	72	18
13. Бурят-Монгольская АССР	48	9,6	10,8	4,4	4	12	83	48	12
ИТОГО:	2088	417,6	469,8	191,4	174	522	3625	2088	522

Правительство РСФСР не смогло получить от Союзного Правительства разрешения на получение в полном объеме указанных в заявке продуктов. По указанию сверху, значительную часть продовольствия местные власти должны были изыскать из отпущенных им ранее фондов, которые к тому времени были уже израсходованы.

Помощь была запоздалая и недостаточная. Из доклада, представленного Министром здравоохранения СССР Е. Смирновым секретарю ЦК ВКП(б) А. Жданову видно, что численность заболеваний дистрофией продолжала расти. На 23 апреля 1947 г. в России было зарегистрировано около 400 тыс. больных алиментарной дистрофией. Региональное сравнение в распространении голода дает нам следующую картину: более всего заболеваний было учтено в Воронежской, Курской, Орловской и Тамбовской областях, Башкирской АССР и Красноярском крае. В апреле–мае 1947 г. для госпитализации больных дистрофией в России было развернуто всего 2,5 тыс. временных коек. Министерство здравоохранения отправило в районы голода 129 тыс. м хлопчатобумажных тканей, 12 т рыбьего жира, более 4 т разных медикаментов и витаминов, 6 т дрожжей. В докладе Смирнова говорилось, что для проведения

необходимых мероприятий по снижению заболеваний алиментарной дистрофией требовалась дополнительная продовольственная и медицинская помощь¹⁹.

Голод затронул не только провинциальные города Европейского центра СССР, но и крупнейшие административные мегаполисы. В зону голода снова попал г. Ленинград, переживший блокаду и голод 1941–1943 гг. В 1946–1947 гг. на крупнейших ленинградских заводах работала медицинская служба. Она проводила обследование состояния здоровья рабочих. В марте 1947 г. на предприятиях города медицинской экспертизой было установлено, что заболеваемость алиментарной дистрофией и авитаминозом превышала 30%²⁰.

В 1946 г. Организация Объединенных Наций через Администрацию Помощи и Восстановления (ЮНРРА) оказывала материальную помощь гражданам Украинской и Белорусской ССР. По договоренности с Правительством СССР миссия ЮНРРА поставила Украине товаров на сумму 189 млн., а Белоруссии – на сумму 61 млн. американских долларов. В поставки входили продукты питания, семена, сырье для мыловарения, промтовары и медицинское оборудование²¹. Зарубежная помощь имела важное значение для спасения больных дистрофией.

По причине неполного учета органами здравоохранения заболеваемости дистрофией, а также несвоевременной и недостаточной медицинской и продовольственной помощи имела место высокая смертность людей. По нашим расчетам, число умерших от дистрофии в России составило около 0,5 млн. человек²².

Нередко заболевания дистрофией вызывали у людей психические расстройства, влиявшие на их поведение. У некоторых из них появлялись раздражительность и агрессия, иногда доходившая до потери рассудка и приводившая к преступлениям. Хищения продовольствия (в основном хлеба, картофеля, овощей) возросли в несколько раз. По неполным данным, осенью 1946 г. 53 тыс. человек было осуждено за хищения хлеба, из них 36 тыс. были приговорены к лишению свободы. В том же году по закону от 7 августа 1932 г., называемому в народе «законом о пяти колосках», было осуждено 1 146 человек, из них 35 человек было приговорено к расстрелу²³.

Полное и длительное отсутствие питания доводило голодавших до поедания трупов и даже убийства родных и соседей с целью людоедства. Матери, потерявшие от голода рассудок, убивали своих малолетних детей, затем сами кончали жизнь самоубийством. Случаи исчезновения людей участились, особенно детей и подростков. В городах одинокие граждане, потерявшие хлебные карточки, не получали никакой поддержки со стороны властей и иногда вынуждены были идти на самоубийство.

Каннибализм, распространившийся во время голода 1946–1947 гг., строго преследовался законом. На основе данных уголовного розыска, 1 марта 1947 г. министр внутренних дел Союза ССР С. Круглов секретной почтой разослал письма Сталину, Молотову и Берии с описанием фактов людоедства среди

населения на почве длительного голодания²⁴. Виновные подвергались аресту и суду как опасные преступники.

В сельской местности наблюдались отравления людей вследствие употребления в пищу мяса павшего скота, протравленного семенного зерна, разного рода пищевых отходов, жмыхов, барды, сбрасываемых в сточные ямы заводами по переработке подсолнечника и сахарной свеклы. При этом смертные случаи от отравлений были обычным явлением, в связи с отсутствием срочной медицинской помощи.

Эпидемия «септической ангины» во время голода 1946–1947 гг.

В начале 1946 г. новая вспышка АТА переросла в эпидемию. 13 февраля того же года было принято первое постановление Правительства СССР «О мерах по предупреждению заболеваний септической ангиной». По мнению руководства, данное постановление в основном было выполнено. В ряде угрожаемых по этому заболеванию районов было предотвращено распространение септической ангины. Только в Костромской, Молотовской областях и Удмуртской АССР, где вышеуказанное постановление не было выполнено достаточно четко, заболеваемость септической ангиной дала некоторый подъем²⁵.

По данным органов здравоохранения, в декабре 1946 г. положение вновь ухудшилось в связи с тем, что в 21 области России осталось более 166 тыс. га с необранным или убранным с потерями урожаем зерновых. Голодание людей, необеспеченных хлебом в колхозах и совхозах, стало возрастать, что толкало их к сбору необранного и находившегося в поле под снегом зерна. В начале 1947 г. массовые заболевания АТА были отмечены в 30 областях, краях и республиках России и в ряде пограничных областей Казахстана. Десятки тысяч больных были учтены в Горьковской, Куйбышевской, Курганской, Челябинской, Новосибирской, Саратовской, Чкаловской, Ярославской областях, Башкирской и Удмуртской автономных республиках²⁶. Из справки председателя Совета Министров РСФСР видно, что в 1947 г. по сравнению с 1946 г. заболеваемость и смертность от АТА возросла в 3–4 раза. В 1947 г. заболело 2 857 человек, умерло 224²⁷. Конечно, эти сведения были неполными из-за низкого уровня учета.

Для того, чтобы остановить распространение заболеваний, вызванных голоданием, 1 марта 1947 г. было принято секретное постановление Совета Министров СССР №400-164 «О мерах предупреждения заболеваний септической ангиной», подписанное его председателем И. Сталиным. В нем конкретно были названы 36 республик, краев и областей СССР, население которых было подвержено заболеванию АТА. Из центрального региона в список вошли: Калининская, Костромская, Рязанская, Смоленская и Ярославская области. На северо-западе – Ленинградская, Вологодская, Кировская. В Среднем и Нижнем Поволжье –

Горьковская, Пензенская, Ульяновская, Куйбышевская, Саратовская, Сталинградская. В Центральном Черноземье – Воронежская, Тамбовская. На Урале – Молотовская, Свердловская, Челябинская, Чкаловская. В Западной Сибири – Новосибирская, Томская, Курганская области и Алтайский край. В Восточной Сибири – Красноярский край, Омская, Тюменская, Иркутская и Кемеровская области. Автономные республики – Башкирская, Марийская, Мордовская, Татарская, Удмуртская и Чувашская. Не избежали АТА северные области Казахстана.

Первое, о чем говорилось в сталинском постановлении, – это о необходимости вести разъяснительную работу среди населения о смертельной опасности употребления в пищу зерна, перезимовавшего в поле под снегом, а также продуктов, приготовленных из него. В случае необходимости следовало развернуть дополнительные койки для госпитализации больных и лечебно-питательные пункты для нуждавшегося населения. При возникновении очагов заболевания АТА требовалось запрещать продажу ядовитого зерна, крупы, а также изделий из них в сельской местности, городах и на железнодорожных станциях. В апреле–мае 1947 г. постановление запрещало принимать от населения зерно для помола на мельницах без справок о его качестве, заверенных правлениями колхозов.

Постановление не предусматривало конкретной помощи районам, охваченным АТА. Его задача состояла в том, чтобы локализовать очаги заболеваемости, уберечь от них центральные регионы. Фактически районы бедствия сами должны были позаботиться о помощи больным. Местным властям предлагалось организовать через заготовительные пункты и систему потребкооперации обмен населению непригодного к употреблению в пищу зерна на доброкачественное. Создавать запас продовольствия и отпускать его для указанных целей по решениям Правительства СССР.

В конце постановления ответственность возлагалась на Министра здравоохранения СССР Е. Смирнова. Он получил задание создать до 1 апреля 1947 г. запас медикаментов для распределения их по республикам, краям и областям, в марте того же года издать массовым тиражом и разослать на места популярную литературу по АТА (листовки, лозунги, плакаты)²⁸.

Последствия голода 1946–1947 гг. в виде эпидемий тифа и борьба с ними

Следом за алиментарной дистрофией и септической ангиной пошли эпидемии тифа. Миграция населения, вследствие голода начавшаяся весной 1947 г., была основной причиной распространения эпидемии тифа по всей территории Союза ССР. Еще в конце XIX века эпидемии голодного или сыпного тифа определил известный врач и писатель А.П. Чехов. В то время медицина в борьбе с тифом была практически бессильна.

В 1946–1947 гг. в СССР не было антибактериальных препаратов, способных подавлять рост болезнетворных микробов. Другой причиной быстрого распространения сыпного тифа являлся низкий уровень санитарии, переполненные голодными беженцами вокзалы и больницы. 28 января 1947 г. министр здравоохранения СССР докладывал заместителю председателя Совета министров СССР К. Ворошилову о наметившемся росте заболеваемости паразитарными тифами по ряду областей РСФСР, Белоруссии и Казахстана. Он просил для проведения мероприятий по ликвидации этих инфекций выделить дополнительно в I квартале того года 50 т мыла²⁹.

Весной и летом 1947 г. заболеваемость сыпным тифом значительно возросла. 17 сентября председатель Совета министров РСФСР М. Родионов обратился с письмом к заместителю председателя Совета министров СССР Н. Вознесенскому. Он сообщал, что наибольшее число заболеваний сыпным тифом имелось в Алтайском, Краснодарском и Красноярском краях, в Московской, Калининской, Курской, Рязанской, Смоленской, Тульской областях, а также в городах Ростове-на-Дону и Челябинске. Наблюдалось увеличение заболевания европейским (возвратным) тифом в Брянской, Московской, Калужской, Курской и Смоленской областях. Для проведения противоэпидемических мероприятий Совет министров РСФСР просил выделить в сентябре того же года министерству здравоохранения 175 т хозяйственного мыла и 100 т автобензина для перевозки больных.

Поскольку помощь со стороны государства запаздывала, в октябре 1947 г. тиф приблизился к столице СССР. В Московской области до 75% всей заболеваемости зарегистрировано в городах. В г. Москве было более 800 случаев сыпного тифа, а за первую декаду ноября – около 400. В Ленинграде отмечалось более 600 случаев сыпного тифа. В привокзальных районах и вблизи рынков показатели заболеваемости были в 2–3 раза выше, чем в среднем по городу.

Нередко первые заболевания своевременно не распознавались. В результате единичные заболевания разрастались в массовые. Эпидемиологический анализ 300 тифозных вспышек показал, что причиной их являлась неправильная диагностика первых случаев болезни, а также поздняя госпитализация больных. В городах Ростове-на-Дону, Свердловске, Киеве не хватало помещений для развертывания инфекционных коек, отсутствовал транспорт для перевозки больных³⁰.

Требовались решительные меры, чтобы остановить эпидемию тифа в стране. 10 декабря 1947 г. было принято постановление Совета министров СССР «О мероприятиях по ликвидации эпидемических очагов заболеваний паразитарными тифами», подписанное Сталиным. В нем отмечалось, что в России, Украине, Белоруссии, Молдавии и Литве не были ликвидированы очаги заболевания паразитарными тифами. Особенно высокая заболеваемость наблюдалась в Москве и Московской области, на Московско-Курской железной

дороге, в Свердловске, Челябинске, на Южной железной дороге, а также в Курской, Сталинградской, Тульской, Днепропетровской и Харьковской областях.

Постановление обязывало Совет министров РСФСР (тов. Родионова), Белорусской ССР (тов. Пономаренко), Украинской ССР (тов. Хрущева), Молдавской ССР (тов. Рудь) и Литовской ССР (тов. Гедвилас) создать чрезвычайные противоэпидемические комиссии. Обеспечить бесперебойную работу бань, в первую очередь, снабдив их хозяйственным мылом. К 20 декабря того же года все медицинские учреждения и бани обеспечить 2-месячным неснижаемым запасом топлива. Министерство пищевой промышленности СССР должно было полностью отоварить выделенные на IV квартал 1947 г. фонды на хозяйственное мыло. Министерство химической промышленности было обязано обеспечить противоэпидемические мероприятия дустом (ДДТ)³¹.

Эпидемии, как и голод, держались в строгом секрете. Нам не удалось в архивной медицинской отчетности обнаружить общесоюзных данных по заболеванию людей сыпным и возвратным тифом. По примерным расчетам, в СССР в 1946–1947 гг. тифами переболело около 0,5 млн. человек. Из них 5–7% составляли летальные исходы.

В РСФСР в 1947 г. заболеваемость сыпным тифом по сравнению с предшествовавшим 1946 г., по официальным данным, возросла более чем на 30%. В абсолютных цифрах в 1947 г. в России болело сыпным тифом более 84 тыс. человек, а возвратным – около 13 тыс. человек³².

В послевоенные годы смертность от тифа могла быть выше, но вопреки объективным трудностям в СССР постепенно налаживалось медицинское обслуживание населения. В городские и сельские врачебные участки пришли молодые специалисты. В центре и на местах утверждались планы оперативных мероприятий по ликвидации и профилактике заболеваний сыпным, возвратным и паразитарным тифами. Региональное управление здравоохранения подготовило для распространения специальные рекомендации по борьбе с тифом. В некоторых областях СССР, наиболее сильно пострадавших от тифозных заболеваний, были изданы массовым тиражом подготовленные медиками и учеными специальные брошюры по профилактике тифа³³.

Итак, необеспеченность граждан СССР продовольствием приводила к голодоморам 1921–1922, 1932–1933, 1946–1947 гг. и росту заболеваемости дистрофией, АГА, авитаминозом. Послевоенный голод имел много общего с предыдущими, но в нем были и существенные отличия. Государство уже не могло диктовать, как ранее, свои условия, а люди, наученные горьким опытом, стремились оказывать всестороннюю помощь и поддержку друг другу. Именно взаимовыручка спасла десятки тысяч граждан СССР от голодной смерти.

Правительство СССР тратило львиную долю средств на разработку ядерного оружия, но на улучшение медицинского обслуживания народа

денег не выделяло. Лечение людей, пострадавших от голода, не всегда могло спасти их от смерти.

Голод был причиной вынужденных массовых миграций. Бегство десятков тысяч людей из районов, охваченных голодом, привело к тому, что переполненные беженцами вокзалы и поезда, стали причиной возникновения и распространения очагов паразитарных тифов не только в сельской местности, но и в крупных городах. Постепенное улучшение системы медицинского обслуживания населения, увеличение численности врачей и улучшение качества лекарств, повышение санитарного уровня контроля – все это способствовало прекращению эпидемий в СССР.

Послевоенный голод, эпидемии АТА и тифа заставили руководство страны укреплять главное звено противоэпидемической службы – санитарно-эпидемические станции. В ноябре 1948 г. вступило в силу утвержденное Минздравом СССР положение «О республиканской, краевой, областной, городской санитарно-эпидемической станции». Такие станции должны были на месте вести организацию и проведение всех необходимых санитарных и противоэпидемических мероприятий. Роль предупредительного надзора за работой всей санитарной службы возлагалась на Всесоюзную государственную инспекцию.

¹ Голода в России и Западной Европе и меры правительства против них. Публичные лекции в пользу голодающих заслуженного профессора *А.В. Романовича-Славятинского* и приват-доцента *Н.М. Цытовича*. – Киев, 1892. – С. 65–68.

² Там же. – С. 67.

³ *Воронин М.С.* О «пьяном хлебе» в Южно-Уссурийском крае / Избранные произведения. – М., 1961. – С. 163.

⁴ Там же. – С. 164.

⁵ Там же. – С. 167–168.

⁶ *Коза М.А., Леонтьев Н.А., Ясницкий П.Я.* Алиментарно-токсическая алейкия («септическая ангина»). – М., 1994. – С. 4–5.

⁷ *Наумов Н.А.* «Пьяный хлеб» и другие виды поражения колоса. Болезни сельскохозяйственных растений. – М., 1940.

⁸ *Коза М.А., Леонтьев Н.А., Ясницкий П.Я.* – С. 4.

⁹ *Ковригина М.Д.* В неоплатном долгу. – М., 1985. – С. 40–41.

¹⁰ *Рубинштейн Ю.И., Лясс Л.С.* Об этиологии алиментарно-токсической алейкии // Гигиена и санитария. – 1938. – №7; *Чиликин В.И.* Особенности и спорные вопросы клиники, патогенеза и лечения алиментарно-токсической алейкии. – Чкалов, 1947; *Ефремов В.В.* Алиментарно-токсическая алейкия. – М, 1948; *Олифсон Л.Е.* Химические и биологические свойства ядовитых веществ зерна, пораженного грибами *Fusarium sporotrichiella* / Автореферат докторской диссертации. – М, 1965; *Билай В.И., Пидопличко Н.М.* Токсинообразующие микроскопические грибы и вызываемое ими заболевание человека и животных. – Киев, 1970; *Efremov V.V.* Alimentary toxic aleukia (epidemiology, etiology, pathogenesis, clinical manifestations, therapy). – Moscow, 1984.

¹¹ *Efremov V.V.* Alimentary toxic aleukia. – P. 1.

¹² *Зима В.Ф.* Менталитет народов России в войне 1941–1945 годов. – М, 2000. – С. 40.

¹³ *Коза М.А., Леонтьев И.А., Ясницкий П.Я.* – С. 3.

- ¹⁴ *Чиликин В, Геминев М.* «Септическая ангина» и ее лечение. – Куйбышев, 1945. – С. 22–27.
- ¹⁵ *Наханетов М.И.* «Септическая ангина». – Л., 1944. – С. 3–4.
- ¹⁶ Государственный архив Российской Федерации (далее – ГАРФ). – Ф. 8009. – Оп. 32. – Д. 404. – Л. 8–9.
- ¹⁷ Там же. – Л. 10.
- ¹⁸ Там же. – Л. 11.
- ¹⁹ Там же. – Л. 55.
- ²⁰ *Зима В.Ф.* Голод в СССР 1946–1947 годов: происхождение и последствия. – М., 1996. – С. 75.
- ²¹ ГАРФ. – Ф. 5446. – Оп. 49. – Д. 268. – Л. 4–6.
- ²² Российский государственный архив экономики (далее – РГАЭ). – Ф. 1562. – Оп. 329. – Д. 2232. – Л. 1–1об.; Д. 2648. – Л. 57–57об.; Д. 3162. – Л. 2 об.
- ²³ ГАРФ. – Ф. 5446. – Оп. 50. – Д. 1614. – Л. 99–102.
- ²⁴ Там же. – Ф. 9401. Оп. 2. – Д. 168. – Л. 385–387.
- ²⁵ ГАРФ. – Ф. 5446. – Оп. 50. – Д. 3440. – Л. 13.
- ²⁶ Там же. – Оп. 52. – Д. 3124. – Л. 8.
- ²⁷ Там же. – Л. 9–12.
- ²⁸ Там же. – Оп. 50. – Д. 3440. – Л. 22.
- ²⁹ Там же. – Д. 3438. – Л. 2.
- ³⁰ Там же. – Д. 3479. – Л. 30.
- ³¹ РГАЭ. – Ф. 1562. – Оп. 329. – Д. 2675. – Л. 1.
- ³² ГАРФ. – Ф. 8009. – Оп. 32. – Д. 393. – Л. 22, 158.
- ³³ *Геминев Н.В.* Паразитарные тифы и борьба с ними. – Куйбышев, 1948.