
«Инфекции — надёжный заслон!»: советская медицина, власть и общество в борьбе с эпидемиями 1960–1970-х гг.

Никита Пивоваров, Алексей Попов, Виталий Тихонов

«A reliable barrier to infection!»: Soviet medicine, government and society in the fight against epidemics of the 1960s and 1970s

Nikita Pivovarov

(Institute of World History, Russian Academy of Sciences, Moscow; I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Russia; Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia),

Alexey Popov

(V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Russia),

Vitaly Tikhonov

(Institute of Russian History, Russian Academy of Sciences, Moscow; Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia)

DOI: 10.31857/S0869568722020182, EDN: FVNIDI

Актуальные эпидемиологические вызовы XX в. и советская система здравоохранения. Эпидемии всегда выступали значимым фактором развития общества, во многом определяя ключевые параметры человеческой популяции (демографическую динамику, генофонд и др.), а также непосредственно влияя на политику, экономику, социальные и культурные процессы. Ряд авторов даже утверждает, что эпидемии можно рассматривать в качестве ключевого фактора мировой истории, объясняющего особенности развития тех или иных регионов планеты¹. По мере развития медицины, а также совершенствования международной и национальных санитарных систем влияние эпидемий на глобальном уровне снизилось, создав иллюзию благополучия. Но, как показывают события второй половины XX — начала XXI в., говорить о победе человечества над различными инфекционными заболеваниями преждевременно.

Российская история знала немало примеров опустошительных эпидемий². Так, одной из главных проблем, с которыми столкнулись большевики после прихода к власти, стали масштабные эпидемии тифа и, в меньшей степени, холеры, унесшие миллионы жизней в период Гражданской войны³. Именно необходимость оперативной борьбы с ними существенно повлияла на формирование советской модели здравоохранения в целом.

Несмотря на утверждения авторов советского периода, эта модель не являлась радикально новой. Многие принципы её организации (всеобщность, универсальность, государственное обеспечение врачей, бюджетное финанси-

© 2022 г. Н.Ю. Пивоваров, А.Д. Попов, В.В. Тихонов

Статья подготовлена при поддержке Российского научного фонда, проект № 18-78-10018 «Проблемы биоэтики в историческом контексте и социокультурной динамике общества».

¹ См., например, классическую работу У. Макнила «Plagues and peoples» (1976). Русское издание: Макнил У. Эпидемии и народы. М., 2021.

² См.: Васильев К.Г., Сегал А.Е. История эпидемий в России (материалы и очерки). М., 1960; Кондрашин В.В. История голода и эпидемий в России: историографическая ситуация // Уральский исторический вестник. 2021. № 1. С. 6–13; и др.

³ Миронова Н. Великая эпидемия: сыпной тиф в России в первые годы советской власти. М., 2020.

ние и т.д.) частично реализовывались или предлагались в Российской империи, в том числе в рамках развития земской медицины, начиная с 1860-х гг.⁴ Кроме того, советская медицина восприняла идеи либерально-демократических реформаторов о необходимости рационального обустройства общества, даже если это потребует насильственного вмешательства⁵. Традиционно отмечают четыре основных принципа организации здравоохранения в СССР: государственный характер (централизация управления, бюджетное финансирование, бесплатная и общедоступная медицинская помощь); акцент на профилактическое направление; вовлечение населения; единство медицинской науки и практики⁶. В целом эта система могла достаточно эффективно противостоять опасным болезням, проявив себя, в частности, в годы Великой Отечественной войны: полномасштабных эпидемий, несмотря на крайне тяжёлые хозяйственно-экономические и социально-бытовые условия, удалось избежать. Показательно, что в это сложное для страны время произошло значительное увеличение количества санитарно-эпидемиологических станций: если в 1941 г. их насчитывалось 1 760, то в 1943 г. — уже 2 400 (в РСФСР — 1313)⁷.

Позднее эпидемии и особо опасные инфекционные заболевания встречались реже, но всё же не были окончательно преодолены. Так, в 1950-х гг. на юге страны периодически наблюдались очаговые вспышки чумы. Например, в 1955 г. на одном из разъездов Оренбургской железной дороги в районе Аральска ею заразились 13 человек из числа путейцев, четверо из которых скончались. Спустя три года ещё один случай, связанный с бубонно-септической формой чумы, имел место уже на юго-западе Казахской ССР, в Макатском районе Гурьевской обл. Здесь после укуса мыши заболел и скончался местный чабан, а затем были выявлены ещё 14 больных, которых удалось спасти⁸. Резонанс вызвала вспышка натуральной (чёрной) оспы в Москве в декабре 1959 г. Смертельно опасное заболевание обнаружили у художника А.А. Кокарекина, незадолго до этого посетившего Индию. Всего заразились 146 человек, трое из которых, включая нулевого пациента, скончались⁹.

Более распространены были различные кишечные инфекции, составлявшие до трети всей инфекционной патологии. Например, летом 1954 г. в Запорожье из-за грубых нарушений эксплуатации водопровода и канализации произошло массовое загрязнение вод хозяйственно-фекальными стоками. В результате к началу августа дизентерией заболели почти 3 тыс. человек¹⁰. Но безусловными лидерами по охвату населения являлись заболевания дыхательных путей, в первую очередь грипп. Именно на него приходилось наибольшее

⁴ Хоффман Д. Вращивание масс. Модерное государство и советский социализм. 1914–1939. М., 2018. С. 107–110.

⁵ Beer D. Renovating Russia: the human science and the fate of liberal modernity, 1880–1930. Ithaca, 2008. P. 2–3.

⁶ См.: Виноградов Н.А. Теоретические основы советского здравоохранения. М., 1962. С. 68; Мирский М.Б. Медицина России X–XX вв. М., 2006. С. 361–363; Starks T. The body Soviet: propaganda, hygiene, and the revolutionary state. Madison, 2008; Бородулин В.И. История медицины России. Клиника внутренних болезней во второй половине XIX — первой половине XX в. Цикл лекций. М., 2011.

⁷ Аравец Н.А. Здравоохранение тыла в годы Великой Отечественной войны // Российская история. 2019. № 3. С. 41.

⁸ РГАНИ, ф. 3, оп. 29, д. 41, л. 6.

⁹ Писатель А.И. Мильчаков написал об этих событиях повесть «В город пришла беда», по которой в 1966 г. был снят одноимённый телефильм.

¹⁰ РГАНИ, ф. 3, оп. 29, д. 41, л. 7.

количество больничных дней и осложнений с летальными исходами¹¹. Например, вирус гриппа А2, вызвавший пандемию 1957–1958 гг., привёл к тому, что к концу января 1958 г. только в Москве общее число заболевших составило более 500 тыс., а в Ленинграде — около 200 тыс. человек¹².

К концу 1950-х гг. эпидемиологическая ситуация выглядела достаточно стабильно, что позволило историку медицины А.И. Метёлкину оптимистично заявить: «Советское здравоохранение законно гордится блестящими успехами в ликвидации таких грозных болезней, как оспа, холера, чума, паразитарные тифы, малярия. Оно ставит перед собой величественные задачи искоренения всех эпидемических заболеваний на пространстве одной шестой части мира»¹³. Данное заявление, конечно, большое преувеличение, но оно отражало актуальный для Советского Союза этап «эпидемиологического перехода», заключавшийся в резком снижении смертности от инфекционных болезней¹⁴. Оптимизм автора можно понять.

Однако декларации такого рода оказались преждевременными, к концу 1960-х гг. эпидемиологическая обстановка ухудшилась¹⁵. В числе причин этого следует назвать активную урбанизацию в сочетании с отставанием в развитии водопроводных и канализационных сетей, многочисленные нарушения санитарных норм в торговле и на предприятиях общественного питания, повышение уровня загрязнённости водоёмов. Строительство очистительных сооружений явно не успевало за ростом объёмов выброса сточных вод. Согласно данным по РСФСР (за 1959 и 1965 гг.), их ввод не превышал 16% от плана¹⁶.

К 1970 г. в СССР насчитывалось почти 200 городов с совокупным населением в 2 млн человек, не имевших центрального водопровода. Но даже в оснащённых им городах санитарное состояние зачастую вызывало обеспокоенность из-за отсутствия очистных сооружений или несоблюдения охранных зон водозаборов. Нередко открытые водоёмы, в том числе используемые для купания, одновременно использовались для слива сточных вод городской канализации и оказывались загрязнены настолько, что представляли постоянную эпидемиологическую опасность. При этом планы обновления и строительства водопроводов и очистных сооружений систематически не выполнялись. Заведующий отделом науки и учебных заведений ЦК КПСС С.П. Трапезников в записке от 12 июня 1970 г. сообщал, что в 1968–1970 гг. не были введены в эксплуатацию водопроводы совокупной мощностью в 2 млн м³ в сутки и канализационные системы производительностью более 3 млн м³ в сутки. Как следствие, в 1960-е гг. ежегодно регистрировалось до 25 тыс. случаев брюшного тифа и паратифов, до 2 млн острых кишечных заболеваний, в том числе до 400 тыс. заболеваний эпидемическим гепатитом, от которых каждый год умирало до 15 тыс. человек (большой частью малолетние дети). Только в 1969 г. за-

¹¹ Российский государственный архив научно-технической документации (далее — РГАНТД), ф. 47, оп. 1–1, д. 129, л. 37.

¹² РГАНИ, ф. 3, оп. 29, д. 41, л. 19.

¹³ Метёлкин А.И. От редактора // Васильев К.Г., Сегал А.Е. История эпидемий в России... С. 7.

¹⁴ Омран А. Эпидемиологический аспект теории естественного движения населения // Проблемы народонаселения. О демографических проблемах стран Запада. М., 1977. С. 57–91.

¹⁵ Эпидемиологическая конъюнктура в СССР за 1969–1970 гг. (РГАНТД, ф. 47, оп. 1–1, д. 26, л. 7–8).

¹⁶ Араловец Н.А. Санитарно-эпидемиологический фактор заболеваемости населения России в 1960-е годы // История: факты и символы. 2019. № 3. С. 9.

регистрировали 30 крупных вспышек брюшного тифа и паратифов. Например, летом в Куйбышеве из-за проблем с водоснабжением произошла очередная вспышка дизентерии – заболели почти 3 тыс. человек (в основном дети)¹⁷.

По регионам страны опасные инфекционные заболевания распространялись неравномерно в силу как природно-климатических, так и социально-экономических, бытовых особенностей, общего уровня санитарной грамотности. Шокирующее впечатление производят материалы медицинского обследования 1965 г. в каракалпакском посёлке Казах-Дарья. Работницы местной хлебопекарни вытирали выделения больного холерой ветошью, а затем ею же очищали булки хлеба от золы после их выпечки в печах примитивной конструкции¹⁸.

Таблица

**Удельный вес инфекционных болезней в структуре смертности за 1968–1972 гг.
(в % от общего количества умерших)**

Республики	1968	1969	1970	1971	1972
РСФСР	3,46	3,04	2,97	2,83	2,65
Украинская ССР	3,54	3,04	2,88	2,78	2,57
Белорусская ССР	4,29	3,57	3,21	2,88	3,75
Узбекская ССР	9,86	6,79	7,52	6,95	7,27
Казахская ССР	7,86	6,75	6,91	6,37	6,29
Грузинская ССР	3,42	2,81	2,83	2,87	2,57
Азербайджанская ССР	8,68	8,37	7,72	7,16	6,70
Литовская ССР	3,66	3,16	2,81	2,61	2,33
Молдавская ССР	5,19	4,26	3,71	3,23	2,98
Латвийская ССР	2,18	2,14	1,87	1,78	1,86
Киргизская ССР	8,94	8,92	7,22	7,29	7,15
Таджикская ССР	13,20	10,75	14,37	11,54	9,23
Армянская ССР	4,54	3,81	4,19	3,80	3,89
Туркменская ССР	13,28	10,40	9,04	9,05	8,04
Эстонская ССР	2,04	1,91	2,23	1,76	1,67

Составлено по: Смертность и летальность при инфекционных болезнях в СССР (РГАНТД, ф. 47, оп. 1–1, д. 129, л. 22).

Из приведённой таблицы видно, что смертность от инфекционных болезней имела тенденцию к снижению. При этом ситуация по Закавказью и Средней Азии оставалась в 2–3 раза более тяжёлой, чем в целом по СССР. Наиболее критической она выглядела в Таджикской ССР, где смертность от инфекций составляла в среднем более 10% от общего количества смертей.

¹⁷ РГАНИ, ф. 4, оп. 20, д. 729, л. 111, 114–115.

¹⁸ Семюотрочев В.Л. Что должен знать эпидемиолог, читая книгу А.К. Адамова, Ю.М. Ломова, В.В. Малеева «Холера в СССР в период VII пандемии» // Проблемы современной науки и образования. 2017. № 34. С. 74.

Методом проб и ошибок: на пути совершенствования системы санитарно-эпидемиологической защиты. Историческим фоном борьбы с эпидемиологическими болезнями стала «косыгинская» экономическая реформа, целью которой являлось усовершенствование плановой модели и повышение производительности труда. Снижение смертности и заболеваемости трудящихся имело, таким образом, не только морально-этическое или социальное, но и экономическое измерение. Так, сотрудники Центрального НИИ эпидемиологии Министерства здравоохранения СССР сумели рассчитать экономические потери от инфекционных заболеваний за 1968–1972 гг.: 3,3 млрд руб. ежегодно. Подчёркивалось, что наибольший ущерб приносит смертность молодого поколения (до 19 лет) – будущих работников и активных членов общества, которая составила 67,3% от общего ущерба¹⁹.

Всё это бросало советской медицинской системе вызовы, ответы на которые искали с помощью набора санитарно-эпидемиологических мероприятий. Так, во время сезонных эпидемий гриппа создавались дополнительные регистратуры и специальные помещения для больных с повышенной температурой, открывались дополнительные дежурные аптеки, увеличивались поставки противогриппозной сыворотки. В 1970 г. в Москве для заболевших гриппом впервые организовали предварительную запись к врачу по телефону. Во время эпидемии учащались «мероприятия по санитарному просвещению» с использованием периодической печати, радио, кинофильмов, плакатов и листовок²⁰.

В случае распространения особо опасных инфекций включался чрезвычайный, мобилизационный механизм реагирования, привлекались не только местные медицинские работники, но и специалисты из других районов и даже республик. В ликвидации нейроинфекции²¹ в Лениногорске в 1958 г. участвовали 195 врачей и 100 сотрудников среднего звена, большей частью из других казахских городов и советских республик. В особых случаях мобилизовали военных врачей. Так, во время борьбы с чумой в 1955 г. привлекли сотрудников военных бактериологических лабораторий, для решения оперативных задач в эпицентре заболевания развернули специальные военно-полевые лагеря и медицинские городки. В том же Лениногорске военные специалисты задействовали вирусологическую лабораторию, снабжённую всем необходимым (вплоть до подопытных обезьян). Главное внимание уделялось санитарной обработке заражённой территории и снижению пространственной мобильности населения. Так, заболевших и контактировавших с ними лиц помещали на карантин, для чего на базе местных медицинских учреждений создавали специальные изоляторы. В отдельных случаях обсервацию проходили все жители населённого пункта, где выявлялось заболевание. Например, в 1958 г. впервые в послевоенной эпидемиологической практике полный карантин ввели в казахском ауле, где выявили заболевание чумой, а также в Лениногорске²².

Ограничение въезда в населённый пункт – очаг заражения – выступало мерой чрезвычайной. Так, ещё в 1947 г. в связи с эпидемией тифа в столице председатель исполкома Моссовета Г.М. Попов предлагал запретить продажу железнодорожных билетов из любых точек страны. Аналогичные меры ввели

¹⁹ РГАНТД, ф. 47, оп. 1–1, д. 129, л. 107.

²⁰ РГАНИ, ф. 5, оп. 68, д. 346, л. 97–98.

²¹ Нейроинфекции – группа инфекционных заболеваний, поражающих преимущественно центральную нервную систему человека.

²² РГАНИ, ф. 3, оп. 29, д. 41, л. 14–15.

в 1960 г. после выявления чёрной оспы. Но жёсткого карантина в столице ни в 1947 г., ни в 1960 г. не вводилось – жители города могли свободно покидать его и возвращаться²³.

Долгое время эффективными для предотвращения завоза опасных инфекций считались санитарные меры на границе, особенно в неблагоприятном с этой точки зрения среднеазиатском регионе. В начале ноября 1960 г. командующий Туркестанским военным округом И.И. Федюнинский докладывал министру обороны СССР Р.Я. Малиновскому, что в Афганистане отмечена вспышка холеры. Болезнь охватила населённые пункты, находившиеся в непосредственной близости от советской границы, а также поселения Термез, Нижний Пяндж, Келиф и Кушка, в которых проходил довольно оживлённый международный обмен. Для предотвращения заноса инфекции на территорию Советского Союза командующий предлагал ввести обязательный карантин продолжительностью до шести суток для всех лиц, прибывавших из Афганистана, а также временно прекратить импорт оттуда продуктов питания и других товаров²⁴.

В августе 1965 г. на территории Афганистана вновь произошла мощная вспышка холеры, затронувшая также Иран. В связи с этим 10 августа Президиум ЦК КПСС в оперативном порядке утвердил решение «О мерах по предотвращению распространения эпидемии холеры». Временно прекращалось передвижение населения, животных и грузов, водного, железнодорожного и авиационного транспорта через границу СССР с этими странами²⁵, а также в Каракалпакской АССР и Хорезмской обл. Узбекской ССР, где тоже выявили вспышки холеры²⁶. Однако меры, абсолютно оправданные с медицинской точки зрения, имели неблагоприятные внешнеполитические последствия. От посла в Афганистане С.Ф. Антонова стали поступать шифротелеграммы о напряжённости внутренней ситуации в этой стране после закрытия границ с СССР и Пакистаном, в частности, остром топливном кризисе. На этом фоне усилились антисоветские настроения, советские граждане сталкивались с негативным отношением и упрёками в ответственности за создавшееся положение, в то время как информация о случаях заболевания холерой якобы является недостоверной. Советский посол предлагал «безотлагательно отменить карантин», поскольку иначе «это вызовет резко отрицательные суждения о нас, а также чрезвычайно нежелательные для нас настроения в правящих кругах и различных слоях населения»²⁷.

В итоге постановлением Президиума ЦК от 14 сентября все ограничения на государственной границе СССР с Афганистаном и Ираном оказались сняты. Тем же решением у Афганистана закупили партию свежих фруктов и направили туда большое количество горюче-смазочных материалов и продовольственных товаров²⁸. При этом в Каракалпакской АССР эпидемия продолжалась вплоть до начала ноября²⁹: диагноз подтвердился у 581 человека, из них 84 скончались³⁰;

²³ Там же, л. 2.

²⁴ Там же, л. 31.

²⁵ Пикантность ситуации заключалась в том, что во время введения этих мер в Крыму на отдые находился король Афганистана Мухаммед Захир-шах.

²⁶ РГАНИ, ф. 3, оп. 16, д. 743, л. 15–17.

²⁷ Там же, оп. 29, д. 41, л. 86, 89.

²⁸ Там же, оп. 16, д. 759, л. 9.

²⁹ Холера в СССР в период VII пандемии / Под ред. В.И. Покровского. М., 2000. С. 84.

³⁰ РГАНИ, ф. 3, оп. 16, д. 770, л. 44.

расходы на борьбу с болезнью составили почти 10 млн руб.³¹ Интересно, что именно в каракалпакском посёлке Казах-Дарья — зоне распространения холеры — советские медики впервые использовали антибиотики тетрациклиновой группы. Эта практика доказала эффективность и стала широко применяться³².

Ещё одно важное направление — иммунизация населения. Например, во время вспышки оспы в Москве фактически за месяц (с 16 января по 19 февраля 1960 г.) прививки получили около 10 млн человек. Судя по переписи 1959 г., эта цифра охватила не только население столицы (на тот момент — почти 5 млн), но и жителей близлежащих районов Подмосковья, а также приезжих³³.

Несмотря на периодические появления очагов опасных инфекций, создаётся впечатление, что к концу 1960-х гг. надзор за нарушениями санитарно-гигиенических норм на производстве и в быту несколько ослабился, прекратились долгосрочный учёт и проверка опасных в эпидемическом отношении районов. В 1968 г. Политбюро ЦК утвердило постановление «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране», которое фактически предусматривало сокращение деятельности санитарно-эпидемиологических станций на местах³⁴. Кроме того, в 1950–1960-е гг. ликвидировали или перепрофилировали научные учреждения, занимавшиеся изучением «изжитых» (как тогда казалось) заболеваний. Сеть противочумных институтов в основном ориентировалась на разработку высокочувствительных методов лабораторной диагностики и эффективных средств профилактики. Медицинские институты готовили врачей, лишь в теории знакомых с клиническими проявлениями и лечением таких болезней, как чума, оспа, холера. В системе институтов, формально предназначенных противостоять данным болезням, отсутствовали клинические подразделения, а значит, практически не имелось специалистов, осуществлявших их лечение. Лишь несколько врачей-клиницистов имели опыт преодоления вспышек холеры во время войны (в 1941–1942 гг. фиксировались заболевания в Харькове и ряде городов Поволжья) и в республиках Средней Азии в середине 1960-х гг. Три медика (В.Н. Никофоров, Ю.Ф. Щербак, Т.А. Левитов) в 1969 г. получили возможность ознакомления с клиникой и современными методами лечения холеры в научно-исследовательской лаборатории Филиппа в Дакке (Пакистан)³⁵.

Главный инфекционист Министерства здравоохранения РСФСР В.Н. Никифоров выдвигал предложения об улучшении положения дел. В январе 1970 г. он направил генеральному секретарю ЦК КПСС Л.И. Брежневу письмо, в котором подчеркнул, что система санитарной охраны границ не способна полностью исключить случаи заноса инфекционных заболеваний из-за рубежа, а расширяющиеся международные связи только увеличивают эту опасность: «Считаю, что отсутствие клиницистов, занимающихся особо опасными инфекциями, может нанести стране непоправимый вред... имеющиеся методы и препараты не способны гарантировано предотвратить возможность заболевания людей в случае

³¹ Там же, ф. 4, оп. 20, д. 729, л. 114.

³² Жуков-Вережников Н.Н., Ковалёва Е.П. Актуальные вопросы теории и практики противочумных мероприятий. Киев, 1971. С. 51–55; Семиотров В.Л. Что должен знать эпидемиолог... С. 74–75.

³³ РГАНИ, ф. 3, оп. 29, д. 41, л. 17.

³⁴ Там же, оп. 68, д. 846, л. 147.

³⁵ Там же, ф. 4, оп. 20, д. 729, л. 54.

применения... средств бактериологического нападения»³⁶. Интересно, что спустя полгода, уже в разгар эпидемии холеры на юге Советского Союза, и высшее партийное руководство, и КГБ, и обыватели рассматривали в качестве одной из возможных причин её возникновения именно бактериологическую диверсию³⁷.

Никифоров предложил создать при отделе инфекционной патологии Центрального НИИ эпидемиологии и инфекционных болезней Минздрава СССР специальный сектор подготовки клиницистов по особо опасным инфекциям и разработке проблем клинической диагностики, патогенетической и этиотропной терапии холеры и оспы. Кроме того, он считал необходимым по примеру американских врачей, имеющих специальные лаборатории и госпитали в Центральной, Южной и Юго-Восточной Азии, отправлять ординаторов на стажировку в зарубежные страны (Афганистан, Индию, Непал, Пакистан), а также создать там постоянные советские госпитали с бесплатным лечением местного населения. Данные предложения поддержал министр здравоохранения СССР Б.В. Петровский, который 6 мая 1970 г. направил в ЦК КПСС аналогичную записку. Но только 19 августа, уже в самый разгар эпидемии, члены Политбюро утвердили постановление «О строительстве советской инфекционной больницы в Пакистане или Индии». Министерством здравоохранения и иностранных дел поручалось провести соответствующие переговоры с правительствами этих стран. На создание больницы ёмкостью 100 мест со специальной лабораторной базой на территории одной из этих стран предполагалось выделить до 3,5 млн руб., в том числе 2 млн в иностранной валюте, а на последующее обеспечение её деятельности — до 1 млн инвалютных руб. в год³⁸. Однако к тому времени значительное количество заболеваний холерой фиксировалось на территории различных регионов СССР, и задача «превентивного» изучения этого заболевания на чужой территории уже не отвечала реалиям.

От теории к практике: борьба с эпидемией холеры 1970 г. в СССР. Несмотря на регулярность эпидемических вызовов в предыдущие десятилетия, именно борьба с распространением VII пандемии холеры оказалась для советской санитарно-эпидемиологической системы проверкой на прочность, одновременно выявив интересные закономерности взаимодействия власти и общества в чрезвычайных, с медицинской точки зрения, условиях. «Холерные» лето и осень 1970 г. показали наивысшую степень вовлечённости органов власти всех уровней в решение данной проблемы и освещения эпидемии в СМИ, а также наиболее прочно зафиксировались в коллективной памяти. В статьях, публикациях тематических блогов и социальных сетях можно найти многочисленные, но разрозненные, а также не всегда верифицируемые воспоминания на данную тему³⁹. На основе отбора и обработки свидетельств очевидцев уже создан ряд работ. Но в них отсутствуют попытки глубокого анализа предпосылок эпидемии и динамики ситуации в последующие годы⁴⁰. Часть авторов

³⁶ Там же, ф. 3, оп. 68, д. 1341, л. 14.

³⁷ Андриященко Э. Бунты курортников и крестный ход. Эпидемия холеры в Одессе 1970 года в документах из архива КГБ (URL: <https://www.currenttime.tv/a/odessa-cholera-kgb/30427283.html>).

³⁸ РГАНИ, ф. 3, оп. 68, д. 1361, л. 29–30.

³⁹ См., например: Борзенкова К. Обсервация на теплоходе и карантин в поезде. Рассказы очевидцев об эпидемии холеры 1970 года (URL: <https://snob.ru/entry/192506/>).

⁴⁰ См., например: Алексеев В. В. «Но пасаран, холера не пройдёт...» // Историко-психологические и социальные аспекты влияния эпидемий на человека и общество. Материалы XLVIII международной научной конференции. СПб., 2020. С. 146–155; Смирнова В. А. Воспоминания о вспышке

исследуют более широкий контекст, но лишь применительно к отдельным регионам⁴¹. Немногие исследователи обращаются к архивным документам⁴², тем более что на данный момент далеко не все они прошли процедуру снятия грифа секретности. Отдельную группу публикаций составляют труды медиков⁴³, детально раскрывающие вопросы медицинского характера, но редко вписывающие их в широкий социальный и исторический контекст, особенно если речь касается логики взаимоотношений власти и общества. Попытаемся заполнить обозначенные лакуны.

Вибрион холеры биотипа Эль-Тор (*El Tor*)⁴⁴ впервые выявили лабораторным способом ещё в 1905–1906 гг. На протяжении более полувека он считался менее опасным и распространённым по сравнению с классической холерой. Однако именно он вызвал VII пандемию, начавшуюся в 1961 г. и продолжавшуюся до 2010-х гг.⁴⁵ По всей видимости, это обуславливалось как мутациями данного биотипа, так и более активной пространственной мобильностью людей во второй половине XX в., из-за чего холера вышла за пределы своего очага на тихоокеанском острове Сулавеси и начала достаточно активно распространяться на соседних островах, а вскоре – в странах Юго-Восточной Азии, на определённом этапе вытеснив классическую холеру. По состоянию на 1970 г. Эль-Тор зафиксировали более чем в 40 странах, включая граничившие с СССР Афганистан, Иран, Турцию. Если в 1961–1964 гг. пандемия затронула только азиатские страны, то в последующие годы завозные случаи отмечались в Советском Союзе, большом количестве стран Африки и отдельных странах Европы (Великобритания, Франция, Чехословакия). Успешной «экспансии» способствовало то, что Эль-Тор достаточно эффективно преодолевал административные границы государств и санитарно-эпидемиологические барьеры за счёт большего количества случаев лёгкого течения заболевания и бессимптомного вибронительства (в сравнении с классической холерой, для которой характерно более выраженное течение болезни)⁴⁶.

После вспышки холеры в Средней Азии на протяжении 1966–1969 гг. отдельные заболевания и виброносители выявлялись в основном на территории региона. Имели место единичные случаи заражения в Дагестанской АССР,

холеры в СССР в 1970 году: свидетельства советской эпохи и нарративы эры COVID-19 // *Дневник Алтайской школы политических исследований*. 2020. № 36. С. 177–185; и др.

⁴¹ *Виноградов С.В., Ещенко Ю.Г.* Основные вехи истории борьбы с эпидемиями в Нижнем Поволжье (конец XIX – конец XX вв.) // *Современная научная мысль*. 2020. № 3. С. 77–81; *Шукулов В.А.* Эпидемии холеры в Крыму в XIX–XX веках (история и статистика). Становление санитарно-карантинной службы в морских портах Крыма. Симферополь, 2002; и др.

⁴² *Андрющенко Э.* Бунты курортников и крестный ход...; *Попов А.Д.* «Не конец ли Крыму?»: интерпретации катастроф XX в. в фольклоре и медиа // *Антропологический форум*. 2016. № 31. С. 155–179; *Урсу Д.П.* Одесса в европейском научном и культурном пространстве (XIX–XX вв.). Документальные очерки. Одесса, 2014. С. 229–248.

⁴³ Холера в СССР в период VII пандемии; *Онищенко Г.Г., Москвитина Э.А., Кругликов В.Д., Титова С.В., Адаменко О.Л., Водопьянов А.С., Водопьянов С.О.* Эпидемиологический надзор за холерой в России в период седьмой пандемии // *Вестник Российской академии медицинских наук*. Т. 70. 2015. № 2. С. 249–256; *Попов В.Ф.* Эпидемия холеры в СССР в 1970 г. // *Биопрепараты*. 2011. № 2. С. 36–38; *Харченко Г.А., Кимирилова О.Г., Буркин В.С.* Эпидемиология и клиника холеры 1970 года в Астраханской области // *Детские инфекции*. Т. 18. 2019. № 1. С. 51–55; и др.

⁴⁴ Биотип получил название от египетской деревни на Синайском полуострове, где его впервые выявили у нескольких паломников, возвращавшихся из Мекки.

⁴⁵ *Онищенко Г.Г. и др.* Эпидемиологический надзор за холерой... С. 254.

⁴⁶ *Бирковский Ю.Е., Белоконь Т.Е.* Холера и её предупреждение. Киев, 1973. С. 22–27.

Ростовской обл.⁴⁷ Однако летом 1970 г. появились все признаки того, что Эль-Тор не только распространяется на новые территории, но и выходит из-под контроля. Во второй половине июля вспышки произошли в Астрахани и Астраханской обл., Батуми, Нахичеванской АССР, Рустави, Саратове. В течение августа под воздействие попали Волгоград и Волгоградская обл., Дагестанская АССР, Керчь, Молдавская ССР, Одесса и Одесская обл., Тбилиси. Единичные завозные случаи фиксировались в Архангельске, Кирове, Умани, других городах, а также в Москве⁴⁸. Ситуация выглядела беспрецедентной и опасной. Драматизма добавили первые летальные случаи: 27 июля – в Астраханской обл., 3 августа – в Одессе, 7 августа – в Керчи. Симптоматика острого течения заболевания была классической: у больного начиналась непрекращающаяся диарея, а затем множественная рвота, которые приводили к крайнему истощению и обезвоживанию организма, судорогам, в итоге – к смерти. Заболеванию оказались наиболее подвержены люди пожилого возраста и хронические больные⁴⁹.

Изучение документов создаёт впечатление, что руководство СССР не сразу оценило критичность ситуации, и ему пришлось решать вопрос в «авральном» порядке, по мере поступления новой информации. Так, на состоявшемся 28 июля заседании Секретариата ЦК КПСС обсуждалась записка заведующего отделом науки ЦК С.П. Трапезникова от 12 июня о борьбе с инфекционными кишечными заболеваниями. Судя по рабочей записи, при обсуждении участники избегали использовать слова «холера» и «эпидемия». В итоге председательствовавший на заседании А.П. Кириленко внёс довольно неконкретное предложение «повысить спрос с работников здравоохранения, мясной и молочной промышленности, коммунального хозяйства». Министр здравоохранения СССР Петровский обратил внимание, что работникам здравоохранения самим нужна помощь, а функционирующая санитарная комиссия «стала строже требовать, увеличилось количество штрафов за нарушение санитарного режима, некоторые производственные объекты закрыты из-за плохого санитарного состояния». Эту ремарку секретарь ЦК Б.Н. Пономарёв парировал следующим образом: «Необходима бо́льшая ответственность санитарной инспекции. Штрафами всего не добьёмся»⁵⁰.

В итоге Секретариат принял рабочее решение, по которому не чувствовалось, что в стране началась эпидемия. В частности, поручалось все материалы о недостатках в работе по снижению острых кишечных заболеваний передать Совету министров СССР, а также образовать комиссию в составе Петровского, Антонова (к тому времени – министр мясной и молочной промышленности СССР) и В.Я. Исаева (первого заместителя председателя Госплана СССР), которая должна была доложить ЦК о мерах борьбы с желудочно-кишечными инфекциями⁵¹.

Однако уже спустя два дня, 30 июля, состоялось заседание Политбюро, принявшее постановление «О мероприятиях по предотвращению распространения вспышки холеры»⁵². Создавалась Всесоюзная чрезвычайная противоэпи-

⁴⁷ Холера в СССР в период VII пандемии. С. 40–44.

⁴⁸ Там же. С. 84–85.

⁴⁹ По стечению обстоятельств и в Астраханской обл., и в Одессе, и в Керчи первыми умерли от холеры пожилые мужчины, работавшие сторожами.

⁵⁰ РГАНИ, ф. 4, оп. 44, д. 6, л. 23.

⁵¹ Там же, оп. 19, д. 396, л. 3.

⁵² Там же, ф. 3, оп. 68, д. 1320, л. 43.

демическая комиссия (ВЧПК) во главе с Петровским, призванная возглавить работы по ликвидации очагов болезни в Батуми, Астрахани и Нахичеванской АССР — там, где холера уже явно проявилась. Подобные комиссии создавались на республиканском, областном, городском, поселковом уровнях там, где появлялись очаги холеры. В их состав входили представители государственных и партийных органов, медицинские работники и руководители специализированных служб⁵³. ВЧПК и её структуры решали вопросы введения необходимых ограничительных мероприятий, карантина и т.п.⁵⁴

Спустя ещё шесть дней (4 августа) было принято постановление Политбюро «О мерах по предотвращению распространения эпидемии холеры». В Астраханской обл. официально вводился строгий карантин (хотя первые ограничительные меры последовали ещё 30 июля и 1 августа), организацию охранной зоны возложили на Министерство обороны СССР. Карантин предполагал запрещение передвижения населения всеми видами транспорта в другие районы страны — въезд и выезд за пределы области мог осуществляться в исключительных случаях и только по решению ВЧПК. Кроме того, запрещался вывоз фруктов, овощей, бахчевых культур и других пищевых продуктов⁵⁵. В Одессе полный карантин действовал с 8 августа по 15 сентября, а в Керчи — с 10 августа до 24 сентября⁵⁶.

Всего за время эпидемии в Астрахани и области заболели 1280 человек (умерли 35)⁵⁷, в Одессе и области — 125 (умерли 20)⁵⁸, в Керчи — 159 (умерли 6)⁵⁹. Всего на территории СССР с июля по сентябрь заболели более 1,8 тыс., а во всём мире за этот год — около 43,2 тыс. человек в 39 странах⁶⁰.

Алгоритм действий по борьбе с эпидемией на поражённых территориях выглядел так: госпитализация, обследование и лечение выявленных больных и виброносителей; эпидемиологическое обследование в очаге заражения; выявление, изоляция и обследование лиц, контактировавших с больными и виброносителями; активное выявление и провизорная госпитализация всех лиц с симптомами желудочно-кишечных заболеваний; проведение мероприятий по обеззараживанию; бактериологический контроль внешней среды; введение ограничительных мероприятий, включающих организацию карантина и обсервации; комплексные санитарно-эпидемические мероприятия на поражённой территории, в том числе медицинское просвещение и пропаганда санитарной культуры; экстренная профилактика антибиотиками максимального количества лиц, проживающих на поражённой территории; вакцинация населения⁶¹.

Первая группа мероприятий требовала развёртывания временной сети специализированных медучреждений нескольких типов: госпитали для лиц с подтверждённым диагнозом «холера» и установленных виброносителей; провизорные госпитали для лиц с сигнальными признаками (понос, рвота, их сочетание); изоляторы для лиц из контактного окружения больных; обсерваторы

⁵³ См., например: Государственный архив Республики Крым (далее — ГА РК), ф. Р-2772, оп. 1, д. 30, л. 117.

⁵⁴ Жуков-Вережников Н.Н., Ковалёва Е.П. Актуальные вопросы теории... С. 200–204.

⁵⁵ РГАНИ, ф. 3, оп. 68, д. 1331, л. 34–35.

⁵⁶ ГА РК, ф. Р-2772, оп. 1, д. 30, л. 118, 213; Алексеев В.В. «Но пасаран, холера не пройдёт...». С. 155; Урсу Д.П. Одесса в европейском научном и культурном пространстве... С. 234.

⁵⁷ Алексеев В.В. «Но пасаран, холера не пройдёт...». С. 155.

⁵⁸ Урсу Д.П. Одесса в европейском научном и культурном пространстве... С. 243.

⁵⁹ ГА РК, ф. Р-2772, оп. 1, д. 30, л. 73, 80.

⁶⁰ Павлов А.В. Основы борьбы с холерой. Киев, 1976. С. 9.

⁶¹ Бургасов П.Н. Холера Эль-Тор: руководство для врачей. М., 1976. С. 132–133.

для лиц из числа постоянного населения и приезжих, планирующих выезд за пределы карантинной зоны⁶². Например, в Керчи во время карантина создали 56 обсерваторов на 36,3 тыс. мест, а также использовали несколько десятков морских судов⁶³. Стандартный срок обсервации с учётом инкубационного периода холеры составлял пять дней. Он мог продлеваться, если у кого-то выявлялось наличие холерного вибриона. Помимо общего наблюдения у помещённых в обсерватор в обязательном порядке брался анализ по форме 30, предусматривающей забор биоматериала из анального отверстия, что оставило малоприятные воспоминания как у обследовавшихся, так и у тех, кто проводил такие обследования⁶⁴.

Поскольку мероприятия требовали большого количества кадров, специальным решением ВЧПК отзывались из отпусков все медработники, также привлекались студенты-медики⁶⁵.

Медицинская практика лета–осени 1970 г. показала эффективность приёма виброносителями, контактными лицами, находящимися на обсервации, и даже всеми жителями карантинной территории антибиотиков тетрациклинового ряда (рекомендованный курс приёма составлял четыре дня)⁶⁶. Например, в Одессе жителям города через местные СМИ объявили, что в период с 15 по 18 августа они должны принимать тетрациклин, приобретая его за свой счёт в аптеках⁶⁷. Что же касается вакцинации, то она показала малую эффективность из-за долгой выработки антител. Вследствие этого в разгар эпидемии прививались лишь отдельные категории лиц с повышенным риском заражения: медработники, плавсостав флота, водители транспортных средств, снабжавших карантинные города необходимыми грузами, и др.

Как показали обследования, почти половина заболевших в приморских городах заразились холерой в воде. Поэтому везде, где выявлялись заболевшие, запрещалось купание в море, реках и других водоёмах. Также запрещалось пить и использовать для приготовления пищи некипячёную воду, хотя проконтролировать выполнение этого запрета было куда сложнее⁶⁸.

Исследователь стихийных бедствий и антропогенных катастроф в Советском Союзе Н. Рааб попытался осуществить «сквозной» анализ нескольких тематических линий, связанных со взаимоотношениями власти и общества в контексте периодически повторяющихся чрезвычайных ситуаций (например, разрушительных землетрясений 1927, 1948, 1966 и 1988 гг.)⁶⁹. Пожалуй, наибольшее внимание он уделил освещению катастроф в советских СМИ и связанным с этим цензурным ограничениям. Обращались к этим вопросам и другие исследователи, в том числе один из авторов данной статьи⁷⁰. Рассмотрение вопросов информационного освещения также представляется очень важным и интерес-

⁶² Жуков-Вережников Н.Н., Ковалёва Е.П. Актуальные вопросы теории... С. 40.

⁶³ ГА РК, ф. Р-2772, оп. 1, д. 30, л. 191.

⁶⁴ См., например: Алексеев В.В. «Но пасаран, холера не пройдёт...». С. 152; Борзенкова К. Обсервация на теплоходе и карантин в поезде...

⁶⁵ Попов В.Ф. Эпидемия холеры в СССР в 1970 г. С. 37.

⁶⁶ Бирковский Ю.Е., Белоконов Т.Е. Холера и её предупреждение. С. 82–83.

⁶⁷ Урсу Д.П. Одесса в европейском научном и культурном пространстве... С. 238–239.

⁶⁸ См., например: ГА РК, ф. П-1, оп. 4, д. 680, л. 18–19; Смирнова В.А. Воспоминания о вспышке холеры в СССР... С. 179.

⁶⁹ См.: Рааб Н. И всё содрогнулось. Стихийные бедствия и катастрофы в Советском Союзе. СПб., 2021.

⁷⁰ См.: Попов А.Д. «Не конец ли Крыму?»... С. 155–179.

ным применительно к эпидемии холеры 1970 г. Власти, имевшие монополию на передачу информации по официальным каналам, оказались в неоднозначной ситуации. С одной стороны, включались жёсткие цензурные ограничения, призванные преуменьшить масштабы эпидемии и скрыть смертельные случаи. Название заболевания чаще всего заменялось эвфемизмами типа «желудочно-кишечные заболевания», «острые желудочно-кишечные инфекции». С другой стороны, в рамках политики «информационного патернализма» прессе всё же приходилось тиражировать публикации разъяснительного и мобилизационного характера. Поэтому изучение астраханской, крымской или одесской прессы за июль–сентябрь 1970 г. едва ли поможет реконструировать основные этапы санитарно-эпидемиологических мероприятий, понять масштабы и последствия эпидемии. Однако она содержит множество публикаций с заголовками типа «Берегитесь инфекции», «Овощи и фрукты должны быть чистыми», «Убережь детей от желудочно-кишечных заболеваний», «За образцовый санитарный порядок», «Пароль — чистота!», «Рейды санитарных патрулей» и т.д. Как констатировала московская писательница Ю.Л. Нельская-Сидур, «весь Советский Союз сейчас призывают тщательно мыть руки»⁷¹.

Пожалуй, единственным известным исключением стало очень краткое информационное сообщение, появившееся на страницах газеты «Известия» 6 августа: «Органами здравоохранения выявлены случаи заболевания холерой в районе Астрахани. Проводятся все необходимые противоэпидемические мероприятия, направленные на ликвидацию этого заболевания»⁷². Но когда 28 августа заместитель министра здравоохранения СССР С.П. Буренков предложил ТАСС опубликовать аналогичную информацию об эпидемии в Одессе и Керчи, то секретарь ЦК КПСС Кириленко указал, что этого делать не следует⁷³. Интересно, что рядом с упомянутым сообщением о холере напечатана большая статья «Профилактика кишечных инфекций»⁷⁴, написанная известными медиками, но подвергшаяся содержательной правке в ЦК. В частности, из внешнеполитических соображений партийные функционеры решили убрать упоминание о конкретных странах (Индии, Пакистане, Иране и др.) — постоянных очагах холеры⁷⁵.

Советское руководство не могло полностью скрыть разразившуюся эпидемию ещё и с учётом международного контекста. О вспышке холеры в СССР практически сразу после её начала стали сообщать зарубежные СМИ, причём не только капиталистических, но и некоторых социалистических стран⁷⁶. Ещё в 1958 г. Советский Союз присоединился к соглашению в рамках Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), по которому обязался информировать о появлении на своей территории карантинных заболеваний (чумы, холеры, оспы, жёлтой лихорадки, сыпного и возвратного тифа), причём ВОЗ открыто публиковала эти данные. Минздрав СССР дважды (6 и 28 августа) с санкции Политбюро направило в организацию телеграммы с информацией о заболевших холерой на территории страны. При этом во второй телеграмме сообща-

⁷¹ Нельская-Сидур Ю.Л. «Время, когда не пишут дневников и писем...»: хроника одного подвала. Дневники 1968–1973 гг. / Сост. В. Воловников. М.: СПб., 2015. С. 561.

⁷² От Министерства здравоохранения СССР // Известия. 1970. 6 августа.

⁷³ РГАНИ, ф. 5, оп. 62, д. 78, л. 111.

⁷⁴ Сумароков А., Селидовкин Д. Профилактика кишечных инфекций // Известия. 1970. 6 августа.

⁷⁵ РГАНИ, ф. 3, оп. 68, д. 1329, л. 92.

⁷⁶ См.: Урсу Д.П. Одесса в европейском научном и культурном пространстве... С. 239–242.

лось, что по состоянию на 25 августа зарегистрировано 795 случаев заболевания — почти в два раза меньше, чем во внутренних документах Минздрава⁷⁷.

Ещё один важный вопрос, который поднял Рааб, связан с масштабами и способами вовлечения в преодоление последствий различных катастроф добровольцев⁷⁸. Борьба с эпидемией не стала исключением и также включала в себя разные формы использования общественной активности. Стандартная бригада для проведения ежедневных подворных и поквартирных обходов состояла из врача, двух младших медицинских работников и нескольких общественных санитарных инспекторов — членов Общества Красного Креста (иногда их называли «санитарными дружинниками»)⁷⁹. Только на территории УССР к такой деятельности привлекли около 15 тыс. активистов⁸⁰. Однако имели место случаи, когда после выявления «поносных лиц» их госпитализация значительно задерживалась из-за недостатка специального медицинского транспорта⁸¹.

Общественная активность выражалась и в участии в работах по санитарной очистке и благоустройству территории населённых пунктов. Например, в Одессе за период карантина с помощью общественности очистили 1,9 тыс. дворов, 300 подвалов, «вывезено на свалку свыше 3210 тонн разного мусора»⁸². В Керчи проводились аналогичные мероприятия, и на страницах местной газеты сообщалось, что «только при активном участии всего населения мы можем навести и постоянно поддерживать высокую санитарную культуру... а это и будет верным средством предупредить кишечные и другие заболевания»⁸³. Наконец, приветствовалась готовность немедленно обращаться в медучреждения в случае появления подозрительных симптомов как у себя, так и у окружающих. Соккрытие такой информации трактовалось как антиобщественное поведение, требующее порицания⁸⁴. В одном из интервью заместителя министра здравоохранения СССР А.И. Бурназяна звучал прямой призыв к гражданам незамедлительно сообщать врачам о случаях заболеваний друзей, сослуживцев, знакомых (независимо от их собственной позиции по данному вопросу)⁸⁵. И такие добровольные информаторы находились повсеместно. Например, один из современников этих событий вспоминал, что в Ленинграде соседи сообщили в милицию о семье, которая тайком вернулась из Одессы, после чего вернувшихся направили на обсервацию в медучреждение⁸⁶.

Также общественность могла выявлять различные нарушения санитарных норм в деятельности предприятий торговли и общепита, сообщая об этом в различные инстанции. Всё это хорошо вписывается в концепцию О.В. Хархордина, согласно которой в позднесоветский период происходило усиление социального контроля и «давления общественности», а практики взаимного

⁷⁷ РГАНИ, ф. 3, оп. 68, д. 1329, л. 93.

⁷⁸ Рааб Н. И всё содрогнулось... С. 54–57.

⁷⁹ Статус, полномочия и задачи общественных санитарных инспекторов определил ряд нормативно-правовых документов, принятых в 1963–1964 гг. Подробнее см.: Жуков-Вережников Н.Н., Ковалёва Е.П. Актуальные вопросы теории... С. 38–39; Павлов А.В. Роль общественного санитарного актива в профилактике холеры. М., 1972. С. 20–21.

⁸⁰ РГАНИ, ф. 5, оп. 62, д. 78, л. 118.

⁸¹ Андриющенко Э. Бунты курортников и крестный ход...

⁸² Урсу Д.П. Одесса в европейском научном и культурном пространстве... С. 237.

⁸³ За образцовый санитарный порядок // Керченский рабочий. 1970. 20 августа.

⁸⁴ См., например: Дранкин Д.И. Холера. Прошлое и настоящее. Саратов, 1973. С. 75–76.

⁸⁵ Берегись инфекции! // Керченский рабочий. 1970. 11 августа.

⁸⁶ Смирнова В.А. Воспоминания о вспышке холеры в СССР... С. 178.

надзора пронизывали все сферы жизни⁸⁷. Однако на деле далеко не каждый советский гражданин и далеко не во всех ситуациях готов был стать союзником власти и системы здравоохранения в борьбе с эпидемией.

«Здесь творится ужасное»: реакции населения на противохолерные мероприятия. В одной из научно-популярных книг о холере, изданной спустя три года после эпидемии, утверждалось, что «всё население городов, где были случаи заболевания, проявило высокую сознательность. Отсутствовали какие-либо проявления паники, растерянности»⁸⁸. Однако известные нам источники рисуют отнюдь не столь благостную картину. Эпидемия, наряду с чисто медицинскими проблемами, имела множество «теневых» социальных, бытовых, психологических и морально-этических проявлений, продемонстрировавших неоднозначность отношений власти и общества в критических условиях.

Практически во всех источниках личного происхождения, упоминающих об эпидемии, отмечается обилие разнообразных слухов, многие из которых носили панический характер. Основным сюжетом являлась непроверяемая на бытовом уровне информация, преувеличивающая масштабы бедствия, особенно количество жертв⁸⁹. Причиной эпидемии часто считался искусственный завод патогенных холерных вибрионов иностранцами в качестве бактериологической диверсии⁹⁰. Возникновение такого рода слухов очень характерно для советского городского фольклора, в котором всегда были чрезвычайно распространены сюжеты об иностранцах-отравителях⁹¹.

Интересным источником о панических слухах являются материалы перлюстрации частных писем спецслужбами. Так, житель Керчи писал своей знакомой, что в городе «холера. Не надо войны, вот вам война. Как человек заболел, через три часа умирает, зарывают где-то в степи. Плавсоставу сделали прививки, а для населения нет вакцины. Достали где-то в Америке немного. Здесь творится ужасное». А жительница Севастополя, где за всё время эпидемии не было выявлено ни одного заболевания, сокрушалась: «Холерное кольцо сомкнулось вокруг Крыма. Кругом паника и хаос... Молись за нас»⁹².

Также в форме слухов могли высказываться устойчивые претензии граждан к власти. Например, дневник одесского преподавателя музыки В.А. Швеца содержит пересказ услышанной им информации о том, что «Америка предлагала какое-то средство против холеры, но у нас отказали и получили только из Франции и то для избранных партийцев» (30 августа)⁹³. В данном случае интересна не достоверность записанного, а сам сюжет слуха: представители власти спасают себя с помощью произведённого в капиталистической стране медицинского препарата, не думая при этом об аналогичной защите для простых граждан. Зачастую слухи излишне драматизировали действия властей. Например, Нельская-Сидур 19 августа записала, что «на Киевской дороге на

⁸⁷ Хархордин О.В. Обличать и лицемерить: генеалогия российской личности. СПб.; М., 2002. С. 364.

⁸⁸ Дранкин Д.И. Холера. Прошлое и настоящее. С. 44.

⁸⁹ См., например: Смирнова В.А. Воспоминания о вспышке холеры в СССР... С. 181.

⁹⁰ Алексеев В.В. «Но пасаран, холера не пройдёт...». С. 151; Андриюченко Э. Бунты курортников и крестный ход...

⁹¹ См.: Архипова А., Кирзюк А. Опасные советские вещи. Городские легенды и страхи в СССР. М., 2020. С. 372–374.

⁹² Андриюченко Э. Бунты курортников и крестный ход...

⁹³ Жизнь и деятельность Владимира Афанасьевича Швеца, описанная в его дневниках и документах // Смирнов В.А. Реквием XX века: в 5 частях с эпилогом. Ч. 4. Одесса, 2017. С. 525.

станции Малоярославец всех пассажиров выгоняют из поездов на оцеплённый автоматчиками вокзал и держат в специальных бараках в течение трёх дней»⁹⁴.

Таким образом, информация о холере вписывалась в общий политический и социально-экономический контекст, отнюдь не всегда радостный. Литературный критик В.Я. Лакшин 13 августа записал: «Только-только пережили повышение цен на водку, сахар и т.п. — и на тебе — холера. Будто дурной сон какой-то. Народ, запуганный и давно ко всему привыкший, начал беспокоиться»⁹⁵.

Эпидемия и связанные с ней карантинные меры оказали влияние на вопросы продовольственного снабжения и распределения, которые в принципе являлись весьма болезненными для советского общества. По воспоминаниям переживших эпидемию в карантинных городах, в первые дни после введения ограничений действительно наблюдалось резкое увеличение спроса на товары первой необходимости, что неизбежно приводило к их дефициту и повышению цен на колхозных рынках. Так, Швец писал 7 августа: «Толпа набросилась на картофель и продукты, так как опасаются, что подвоз прекратится. На базарах подскочили цены»⁹⁶. Для решения проблем создавались специальные перевалочные базы, призванные обеспечивать поставки в закрытые города необходимых продуктов, товаров, материалов. Очевидцы событий вспоминают, что из-за постепенного оттока приезжих и запрета на вывоз продуктов цены на овощи и фрукты на рынках впоследствии даже снизились. По некоторым данным, в Астрахани имел место дефицит используемого для профилактики холеры тетрациклина, который населению приходилось самостоятельно покупать в аптеках, из-за чего этот препарат иногда приобретали «из-под полы», «по благу» и «втридорога»⁹⁷.

Статистика заболеваемости за весь период 1965–1990 гг. однозначно свидетельствует, что максимальное количество заражений приходилось на август⁹⁸. При этом, как аргументированно показала британская исследовательница К. Келли, август являлся временем наиболее массовых отпусков, активных перемещений с рекреационно-туристическими целями⁹⁹. Из-за этой сезонности и того, что значительные очаги заражений находились в Азово-Черноморском и Волжско-Каспийском регионах, санитарно-медицинские (в том числе карантинные) мероприятия 1970 г. так или иначе затронули большое количество туристов: как организованных (с путёвками), так и неорганизованных («дикарей»). В исследованиях, специально посвящённых приморскому отдыху в СССР периода «развитого социализма», убедительно доказано, что в летние месяцы преобладал именно неорганизованный формат¹⁰⁰. Следовательно, органам власти и медицинским службам пришлось решать, что делать с сотнями

⁹⁴ Нельская-Сидур Ю. «Время, когда не пишут дневников и писем...» С. 562.

⁹⁵ Лакшин В.Я. После журнала: дневник 1970 года / Публ. и коммент. С.Н. Лакшиной // Дружба народов. 2004. № 9–11 (URL: <https://magazines.gorky.media/druzhba/2004/9/posle-zhurnala.html>).

⁹⁶ Жизнь и деятельность Владимира Афанасьевича Швеца... С. 521–522.

⁹⁷ См.: Алексеев В.В. «Но пасаран, холера не пройдёт...» С. 153.

⁹⁸ Холера в СССР в период VII пандемии. С. 82–83.

⁹⁹ См.: Келли К. «В тихом омуте»: август как месяц отдыха / трудовых будней в позднесоветской России // Новое литературное обозрение. 2012. № 5. С. 281–304.

¹⁰⁰ Noack C. Coping with the tourist. Planned and «wild» mass tourism on the Soviet Black Sea coast // Turizm: The Russian and East European tourist under Capitalism and Socialism / Ed. by A. Gorsuch, D. Koenker. Ithaca, 2006. P. 281–304; Понов А. «Мы ищем то, чего не теряли»: советские «дикари» в поисках места под солнцем // Ab Imperio. 2012. № 2. С. 261–298.

тысяч таких отдыхающих, находившихся на побережье Чёрного и Азовского морей. Тем более что их поведенческие реакции (в отличие от более управляемого, с административной точки зрения, контингента отдыхающих с путёвками) являлись более спонтанными и менее предсказуемыми, а бытовые условия их размещения (в арендованном жилье, на стоянках для автотуристов и в стихийных палаточных лагерях) явно уступали тем, которые имелись в здравницах.

В этих условиях в зоне распространения эпидемии оказались отменены морские и речные круизы, приостановлен заезд во все типы здравниц и пионерские лагеря. Те, кто на момент введения карантина отдыхал по путёвкам, находился на круизных судах или путешествовал на туристических поездах, должны были выдержать обсервационный период (как обсерваторы могли использоваться теплоходы и железнодорожные составы), а затем уже получали возможность вернуться на место постоянного жительства.

Что же касается неорганизованных отдыхающих (особенно автотуристов), находившихся на побережье Азовского и Чёрного морей, но вне границ карантинных городов, последовало решение организовать их самостоятельный разъезд к постоянному месту жительства. При этом на автодорогах создавались специальные санитарные посты, на которых проверялось состояние здоровья перемещающихся, а также проводилась санобработка их транспортных средств, изымались местные продукты питания (фрукты, бахчевые, рыба) – потенциальные источники распространения инфекции. С теми, кто не желал прерывать долгожданный летний отдых, работники правоохранительных органов проводили профилактические беседы, во время которых, согласно инструкции, не следовало «делать акцент на конкретном заболевании», чтобы «не допустить паники»¹⁰¹. Впрочем, в документах Крымской областной противоэпидемической комиссии несколько раз подчёркивалось, что в данном случае речь идёт о добровольном выезде к месту жительства, а не о принудительной эвакуации¹⁰². Неорганизованные же отдыхающие, оказавшиеся в карантинных приморских городах (Батуми, Керчь, Новороссийск, Одесса), могли покинуть их только после прохождения обсервации¹⁰³.

Помимо попавшей в карантин Керчи единичные заболевания холерой выявлялись и на остальном побережье Крыма, который в то время по праву считался «Всесоюзной здравницей» и, учитывая летнее время, оказывался наводнён отдыхающими. В августе 1970 г. заболели трое отдыхающих. В Планерском (Коктебель) от холеры скончался пожилой москвич, проживавший в известном Доме отдыха Союза писателей СССР. В Феодосии заболела отдохавшая без путёвки женщина из Караганды, а в Ялте – частный турист из Минска, однако их лечение прошло успешно¹⁰⁴.

Опыт советских катастроф, начиная с разрушительного крымского землетрясения 1927 г., показывает, что первой реакцией части обывателей на потенциальную угрозу является бегство – стремление как можно быстрее и любыми возможными способами покинуть потенциально опасную территорию. Осо-

¹⁰¹ См., например: ГА РК, ф. П-1, оп. 4, д. 680, л. 20–22.

¹⁰² Там же, ф. Р-2772, оп. 1, д. 28, л. 54–55.

¹⁰³ Дранкин Д.И. Холера. Прошлое и настоящее. С. 42–43.

¹⁰⁴ ГА РК, ф. Р-2772, оп. 1, д. 29, л. 34–35, 80–81. По данным эпидемиологического расследования, заболевший холерой отдыхающий из Минска «снял койку» в комнате, где помимо него проживало ещё пять человек – три курортницы из других городов и хозяйка комнаты с маленьким ребёнком. Однако ни у кого из них холеру не выявили.

бенно активно к нему прибегали неместные – отдыхающие, сезонные рабочие и проч.¹⁰⁵ В 1970 г. панические настроения и стремление покинуть карантинные города фиксировались как в Одессе и Одесской обл. (где на тот момент находилось около 300 тыс. приезжих), так и в Астрахани и Астраханской обл. (около 50 тыс.), а также в Керчи (30–35 тыс. приезжих)¹⁰⁶. Из-за постоянных попыток пересечения карантинной линии, окружавшей Керчь, количество стационарных постов к середине августа пришлось увеличить с 28 до 96¹⁰⁷. По некоторым данным, для обеспечения карантинных мероприятий на Крымском полуострове привлекли 9,4 тыс., в Одессе – 5 тыс., в Астрахани – более 3 тыс. военнослужащих¹⁰⁸. Беглецы, действуя в основном ночью, стремились скрытно пересечь карантинную линию пешком по малоизвестным тропам, с помощью арендованного автомобильного и водного транспорта, используя грузовые железнодорожные составы¹⁰⁹.

Официально нарушение карантинного режима трактовалось как антиобщественное, антисоциальное поведение. Однако, судя по некоторым эгодокументам, нашлось немало тех, кто сочувствовал «антикарантинным диссидентам» и оказывал им всяческую помощь. Данная тема впоследствии даже нашла отражение в художественной литературе. Так, главным героем повести «Карантин» крымского писателя В.В. Митрохина является студент-историк, который летом 1970 г. оказался на археологической практике в Керчи и на протяжении всего произведения пытался вырваться из города в Москву, где у него должна состояться свадьба¹¹⁰. Интересно, что пересечение карантинной линии описывается автором повести не как вызывающее осуждение грубое нарушение санитарно-эпидемиологического режима, а как экзистенциально обусловленная, романтизированная необходимость.

В Керчи наблюдались неожиданные проявления публичной активности приезжих, которые не могли выехать из города. Они несколько раз собирались большими группами (иногда свыше 1 тыс. человек) у административных зданий, требовали от руководства местной чрезвычайной комиссии как можно быстрее отправить их по месту жительства, обвиняли ответственное за выдачу спецразрешений на выезд должностное лицо в махинациях. А вынужденно оказавшаяся в городе 36-летняя учительница из Москвы написала письмо-жалобу в Минздрав СССР по поводу задержки прохождения обсервации, под которой собралась 75 подписей недовольных¹¹¹.

В рассчитанных на широкую аудиторию статьях некоторые медики-эксперты осторожно упоминали, что «возбудитель холеры не переносит кислой среды»¹¹². Однако многие граждане, не очень разбираясь в химических реакциях и физиологических процессах, трактовали это как необходимость принимать различные продукты и напитки, способствующие угнетению холерных ви-

¹⁰⁵ См.: *Попов А.Д.* «Не конец ли Крыму?»... С. 156–158, 171.

¹⁰⁶ ГА РК, ф. П-1, оп. 4, д. 631, л. 18, 24; *Виноградов С.В., Ещенко Ю.Г.* Основные вехи истории борьбы с эпидемиями... С. 80; *Урсу Д.П.* Одесса в европейском научном и культурном пространстве... С. 234–235.

¹⁰⁷ ГА РК, ф. П-1, оп. 4, д. 631, л. 20–21. См. также: *Попов А.Д.* «Не конец ли Крыму?»... С. 168.

¹⁰⁸ *Попов В.Ф.* Эпидемия холеры в СССР в 1970 г. С. 38.

¹⁰⁹ *Смирнова В.А.* Воспоминания о вспышке холеры в СССР... С. 178.

¹¹⁰ *Митрохин В.В.* Побережье: повести. Симферополь, 1989. С. 110–150.

¹¹¹ ГА РК, ф. П-1, оп. 4, д. 631, л. 23; *Андрющенко Э.* Бунты курортников и крестный ход...

¹¹² *Сумароков А., Селидовкин Д.* Профилактика кишечных инфекций.

брионов. Судя по воспоминаниям, на бытовом уровне антихолерные свойства приписывались чесноку, грецким орехам, сухому вину и водке¹¹³. В результате, например, некоторые жители и гости Крыма во время эпидемии под предлогом профилактики в большом количестве употребляли местные вина, что нашло отражение даже в любительской поэзии: «Микробы в море плавали, / Нам было всё равно: / Мы лечимся и главное, / Бутылками вино!»¹¹⁴.

Жизнь после карантина: уроки и последствия. Одна из статей, опубликованных во время эпидемии, называлась «Инфекции – надёжный заслон!»¹¹⁵. Этот заголовок вполне подходил как призыв к решительным действиям, но по своей сути, конечно, являлся утопией. Современные события показывают, что кажущаяся прочной защита со стороны системы здравоохранения и проверенных медицинских технологий в любой момент может «сдать позиции» перед лицом нового эпидемического вызова. Однако каждый значимый этап такой борьбы обогащает медицинскую теорию и практику, совершенствует мобилизационные механизмы общества, а также выявляет проблемы, требующие незамедлительного решения.

Промежуточные итоги борьбы с эпидемией холеры обсуждались на заседании Секретариата ЦК КПСС 15 декабря 1970 г. По итогам принято постановление «Об усилении ответственности за нарушение правил, установленных в целях борьбы с эпидемиями»¹¹⁶. 6 января 1971 г. президиум Совета министров СССР заслушал доклад ВЧПК о борьбе с эпидемией холеры и рекомендовал Минздраву СССР и исполнительным органам власти союзных республик до наступления весенне-летнего периода осуществить необходимые меры по предупреждению заболеваний острыми кишечными инфекциями¹¹⁷. Наконец, 26 февраля Политбюро приняло решение «О мероприятиях по предупреждению заболевания холерой и улучшению санитарного состояния страны». Предполагались повсеместная проверка городов и сельских населённых пунктов, выделение дезинфицирующих средств для проведения противозидемических мероприятий, а также приобретение медикаментов и биологических препаратов за рубежом. Правоохранительным органам рекомендовалось принять дополнительные меры по ограничению свободного передвижения лиц без особых занятий, к которым причислялись не только бродяги, но и спекулянты, алкоголики и наркоманы, обозначенные как «потенциально опасные разносчики инфекции»¹¹⁸. Больше внимание стало уделяться и медицинскому контролю при пересечении границы. Вводились обязательное медицинское наблюдение в течение пяти дней и трёхкратное бактериологическое обследование всех советских граждан, прибывающих из стран, где холера имела высокую степень распространения, а также медицинское наблюдение за иностранными гражданами этих государств, посещавшими СССР.

Как уже отмечалось, непосредственно в июле–сентябре 1970 г. от массовой вакцинации против холеры решили отказаться, так как эпидемия развивалась скоротечно, а при введении вакцины устойчивый иммунитет формировался не раньше чем через месяц. Но с весны 1971 г., в рамках реализации долгосроч-

¹¹³ См., например: *Смирнова В.А.* Воспоминания о вспышке холеры в СССР... С. 180.

¹¹⁴ См.: *Попов А.Д.* «Не конец ли Крыму?»... С. 169–171.

¹¹⁵ *Инфекции – надёжный заслон!* // Курортная газета. 1970. 25 августа.

¹¹⁶ РГАНИ, ф. 4, оп. 19, д. 409, л. 3.

¹¹⁷ Там же, ф. 5, оп. 62, д. 672, л. 4.

¹¹⁸ Там же, ф. 3, оп. 68, д. 1485, л. 24.

ной санитарно-медицинской стратегии, в Астраханской обл., Новороссийске, Керчи, Махачкале, Одессе, Гурьеве, Батуми прошла массовая двухкомпонентная вакцинация населения, достигшего 15-летнего возраста, в ходе которой привили около 3 млн человек. В 1975–1977 гг. началась активная прививочная кампания с использованием химической вакцины «холероген–анатоксин», разработанной советскими учёными¹¹⁹.

Некоторое время угроза заражения сохранялась, прежде всего в южных регионах. Например, в Крыму в 1971 г. выявили 9 больных и виброносителей, в 1974 г. — 18 больных и 25 виброносителей, в 1976 г. — ещё два случая заражения. Однако эти случаи практически никогда не приводили к летальным исходам, а за период 1977–1991 гг. вообще не регистрировали ни одного заболевшего¹²⁰. Что же касается регулярных бактериологических исследований водоёмов, то на территории СССР с 1970 по 1988 г. вибрионы Эль-Тор, относившиеся к более чем 17 тыс. различных штаммов, обнаруживались в лабораторных пробах из 6 морей, 388 рек и ручьёв, 266 озёр, прудов и водохранилищ, 392 оросительных каналов и арыков, 56 артезианских скважин, искусственных водоёмов, плавательных бассейнов, а также в сточных водах 138 населённых пунктов¹²¹. Однако вспышек холеры, сравнимых с событиями 1970 г., в позднесоветский период больше не происходило. В остальном же мире высокие показатели заболеваемости холерой фиксировались на протяжении всех 1970-х гг.

По всей видимости, эпидемия 1970 г. не только обогатила советскую медицину практическим опытом эффективного лечения и профилактического предупреждения этой опасной болезни, но и заставила органы власти всех уровней, а также рядовых граждан обращать большее внимание на проблемы, связанные с гигиеной, санитарной безопасностью и коммунальным благоустройством. К тому же с 1971 г. медики даже в случае возникновения холерной угрозы стали применять более гибкую и избирательную форму проведения противоэпидемических мероприятий. На смену тотальному карантину и сплошной обсервации населённых пунктов и регионов, требовавших больших затрат, организационно-логистических усилий и даже привлечения вооружённых сил, пришла другая тактика. В частности, очагом холеры мог объявляться не весь населённый пункт, а лишь отдельная квартира, дом, улица, квартал. Устанавливался локальный запрет на купание, рыбалку и другие виды отдыха у тех водоёмов, где выявлялись эмбрионы холеры¹²². Такие меры были менее заметны, но показали высокую эффективность в сочетании с массовой вакцинацией, общим улучшением санитарно-эпидемиологической обстановки и инженерной инфраструктуры.

¹¹⁹ См.: Холера в СССР в период VII пандемии. С. 441–447.

¹²⁰ Шиколов В.А. Эпидемии холеры в Крыму в XIX–XX веках... С. 98.

¹²¹ Онищенко Г.Г. и др. Эпидемиологический надзор за холерой в России... С. 250.

¹²² Эпидемиологический надзор за холерой в СССР / Под ред. В.П. Сергиева. М., 1989. С. 61–62.