

определены в детские учреждения – сады и ясли. Кроме того, для детей и подростков организовывались загородные лагеря и детские площадки. Собранные деньги, продовольствие и мануфактура распределялись между семьями военнослужащих индивидуально, с учетом нуждаемости.

Все это является свидетельством того, что государственные органы СССР на протяжении всего периода Великой Отечественной войны стояли на страже интересов семей защитников Родины. И, несмотря на трудности военного времени, а также прифронтовое по-

ложение Мурманской области, проявляемые со стороны государства забота и внимание носили не эпизодический, а планомерный и систематический характер. Без всякого преувеличения можно утверждать, что продуманная социальная политика государства и ее четкое и эффективное осуществление в военное время имели огромное значение для достижения победы над врагом. Конечно, социальная политика СССР, основанная на принципе государственного патернализма, не была идеальной, но она позволила выжить миллионам наших сограждан в годы войны.

УДК 94(470 1/6) «19»

Колокольчикова Р.С.

Череповецкий государственный университет

СОЦИАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ В ИНДУСТРИАЛЬНЫХ ГОРОДАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА РОССИИ (СЕР. 1960-х – СЕР. 1980-х гг.)*

R. Kolokolchikova

Cherepovetz State University

SOCIAL DISEASES IN THE INDUSTRIAL CITIES OF THE EUROPEAN NORTH IN RUSSIA (MIDDLE OF T.1960-TH – MIDDLE OF T. 1980-TH YEARS)

Аннотация. В статье речь идет о том, что экзогенные факторы на территории индустриальных городов Европейского Севера России, такие, как суровые природно-климатические условия, маргинальный состав населения, отставание в развитии социально-бытовой сферы, загрязненная окружающая среда создавали благоприятные условия для повышенной заболеваемости населения социальными болезнями, занимали большое место в причинах общей смертности населения.

Ключевые слова: миграция, социальные болезни, смертность, туберкулез, травматизм.

Abstract. The article states that exogenous factors in industrial cities in the European North of Russia, such as severe climate, marginal population, underdevelopment of social sphere and polluted environment were suitable for the high sickness rate of social diseases and played an important role in the reasons of general mortality of the population.

Key words: migration, social diseases, mortality, tuberculosis, traumatism.

Советская градостроительная практика, установившаяся в СССР с начала индустриализации и сохранившаяся до начала 1980-х гг., заключалась в том, чтобы «рассматривать урбанизацию как результат управления развитием, размещением собственно материального производства» [1, 59]. Урбанизация, в отличие от индустриализации, не рассматривалась как специальный объект политики советского государства, она являлась функцией «социа-

* © Колокольчикова Р.С.

листической индустриализации»: в развитии и размещении городских поселений видели подчиненный процесс, обслуживающий производство [4, 108]. Наиболее убедительно советская градостроительная практика проявилась в районах с суровыми природно-климатическими условиями, в частности, на территории Европейского Севера России, где во второй половине 1960-х – середине 1980-х гг. происходили большие изменения в картине городского расселения, связанные с осуществлением крупных народнохозяйственных программ регионального и общесоюзного значения. В результате одни городские поселения, история которых началась еще в годы первых пятилеток, получая с промышленным строительством импульс градостроительным процессам, переживали «второе рождение» (например Мончегорск, Сегежа). Другие же, как Череповец (история которого началась в связи с городской реформой Екатерины II), со строительством в послевоенные годы Череповецкого металлургического завода (ЧМЗ) и особенно его второй очереди в изучаемый период, – стали развиваться по модели индустриальных городов советского времени. Третьи поселенческие структуры, вблизи которых возводились крупные народнохозяйственные объекты, выросли до статуса индустриального города, как, например, Новодвинск, Коряжма, Апатиты, а такой город, как Костомукша, в связи со строительством горно-обогатительного комбината был построен на «чистом месте». При всех особенностях истории каждого из индустриальных городов Европейского Севера, в различных сферах их жизни наблюдались аналогичные явления, события, общие тенденции развития. Это относилось к развитию демографических процессов в городах, к социальной сфере, в частности к такому сюжету, как заболеваемость населения индустриальных городов Европейского Севера социальными болезнями.

Население индустриальных городов Европейского Севера, где в изучаемый период осуществлялась реализация больших программ промышленного строительства, скла-

дывалось преимущественно в результате интенсивного миграционного оборота [2, 130; 3, 253-254]¹.

Преобладающее значение механического прироста в формировании населения индустриальных городов определило специфический состав горожан, сложившихся в основном из различных маргинальных групп с соответствующими социокультурными характеристиками. По «оргнабору», «общественному призыву», направлению трудоресурсов в индустриальные города Европейского Севера ехали люди трудоспособного возраста, в основном молодежь, преимущественно из сельской местности, малых со слабым промышленным развитием провинциальных городов из областей Европейского Севера, средней полосы, центрального района страны, Урала, из автономных и союзных республик СССР [5, 6]. Кроме того, на новостройки индустриальных городов направлялись «вынужденные мигранты», условно досрочно освобожденные, условно осужденные, лица, отбывшие срок наказания в исправительно-трудовых колониях.

Многие из мигрантов в индустриальных городах Европейского Севера оказывались в непривычных условиях жизни, гораздо худших, чем в местностях, откуда они приехали. Это, прежде всего, суровые природно-климатические условия, плохое санитарное состояние городов, загрязненная окружающая природная среда, повышенная криминогенная обстановка, неблагоприятные, по крайней мере, в первые годы жизни в городе, жилищные условия – в неблагоустроенных домах, переполненных общежитиях; это также недостаточно развитая сеть лечебных учреждений, школ, детских дошкольных учреждений, других социальных объектов; нередко антисанитарная обстановка повседневного труда на стройплощадках и на вновь вводимых предприятиях, когда нередко приходилось выполнять работы при пониженных темпе-

¹ Государственный архив Мурманской области в г. Кировске (далее: ГАМО в г. Кировске). Ф. 106. Оп. 2. Д. 52. Л.35; Д. 70. Л. 36; Д. 87. Л. 33; Д. 103. Л. 39. Д. 144. Л. 44; Д. 165. Л. 42; Ф. 331. Оп. 1. Д. 51. Л. 13-15; Д. 91. Л. 14-18; Д. 122. Л. 17-20; Д. 160. Л. 73.

ратурах, во временных слабо отапливаемых или неотапливаемых помещениях, или вне помещений, в заснеженной местности, когда случалось, что труд был связан с риском для здоровья, с риском для жизни. У новоявленных горожан порою не доставало гигиенических знаний, навыков для жизни в новых условиях, не доставало психологической устойчивости, чтобы пережить неизбежные трудности и разочарования на новом месте; некоторые по состоянию здоровья были не готовы к жизни в новых условиях. Состав горожан и названные обстоятельства благоприятствовали распространению среди населения индустриальных городов болезней, а также возникновению причин смертности, обусловленных экзогенными факторами, то есть факторами среды (инфекционные болезни, болезни органов дыхания и т. д.).

С возрастом роли миграции, как главного фактора увеличения численности населения индустриальных городов, увеличивалось значение таких причин общей смертности населения индустриальных городов, как самоубийства, убийства, несчастные случаи, травмы. Так, в 1966 г. в городе Череповце прирост населения за счет миграции составил 4635 человек, при этом такие причины общей смертности в городе как самоубийства, убийства, травмы, несчастные случаи, составили 15,1% от всех причин смертности, занимая после атеросклероза (40,2%) и злокачественных новообразований (20,9%) третье место. В 1971 г. в городе за весь исследуемый период был максимальный механический прирост – 7365 человек, при этом самоубийства, убийства, травмы, несчастные случаи составили в Череповце 22% в общей смертности, заняв второе место после атеросклероза (42%) и отодвинув на третье место злокачественные новообразования (15%)¹.

В городе Мончегорске, когда в 1976 г. в связи со строительством пятой очереди комбината «Североникель» в 2,5 раза по сравнению с 1975 г. увеличился механический прирост

¹ Череповецкий центр хранения документации (далее: ЧЦХД). Ф. 782. Оп. (3)1. Д. (294)43. Л. 18; Д. (49)32. Л. 66.

населения, травматизм, отравления заняли второе место и составили 28,8% в структуре причин общей смертности, а в 1977 г. – 20%, сохраняя второе место в перечне причин общей смертности после сердечно-сосудистых заболеваний². На сессии депутатов в Коряжме в июне 1974 г. отмечалось: «Только в мае этого года зарегистрировано 17 случаев самоубийств...»³. Анализ состава больных в отделениях стационара Коряжемской больницы в середине 1970-х гг. показывает, что самый большой удельный вес лечившихся в стационаре (19%) – это больные с травмой⁴. Между тем, по данным Центрального статистического управления СССР за 1976 г., травматизм, несчастные случаи как причины смертности в СССР и РСФСР уступали сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям⁵.

Несмотря на высокие темпы строительства объектов жилищного, социального назначения на территории индустриальных городов, оно не поспевало за темпами прироста городского населения. Это создавало перенаселенность общежитий, вызывало содержание в детских дошкольных учреждениях, школах сверхнормативного количества детей, в больницах – сверхнормативного количества больных. Следствием этого являлось нарушение санитарных норм, повышенная заболеваемость.

Количество больничных коек на душу населения индустриальных городов Европейского Севера уступало среднеобластным и среднереспубликанским показателям. Так, в Череповце обеспеченность горожан больничными койками в 1974 г. составляла 8 коек на 1000 жителей, а по Вологодской области – 17 коек на 1000 жителей, по РСФСР на 1000 жителей приходилось 14 коек. В 1977 г.

² ГАМО в г. Кировске. Ф. 87. Оп. 1. Д. 224. Л. 25; Д. 263. Л. 23; Ф. 106. Оп. 3. Д. 123. Л. 39, Д. 144. Л. 44, Д. 165. Л. 42.

³ Архивный отдел администрации г. Коряжмы. Оп. 1. Д. 167. Л. 122.

⁴ Архивный отдел администрации г. Коряжмы. Оп. 1. Д. 205. Л. 170.

⁵ Российский государственный архив новейшей истории (РГАНИ). Ф. 5. Оп. 73. Д. 212. Л. 234-236.

обеспеченность больничными койками череповчан ухудшилась и составила 6,3 койки на 1000 жителей¹. В Коряжме в 1977 г. на 1000 жителей приходилось 9,6 больничных коек, а по Архангельской области – 13,2 койки². Недостаток в больничных койках наблюдался в самых разных отделениях стационара. Нередко больным с инфекционными болезнями приходилось отказываться в госпитализации, поскольку в больнице не было свободных мест. Переполнены были в начале 1970-х годов отделения больницы в Коряжме. В летнее время в больнице отсутствовала горячая вода, поэтому санитарная обработка больных не производилась, в детском отделении наблюдались внутрибольничные заражения. За 9 месяцев 1972 г. в Коряжме было зарегистрировано 980 случаев дизентерии³.

Сложные социально-экономические условия жизни способствовали возникновению в индустриальных городах Европейского Севера неблагоприятной эпидемической обстановки по заболеваемости туберкулезом. В изучаемый период постоянно развивалась материально-техническая база противотуберкулезной службы: создавались фтизиатрические кабинеты, противотуберкулезные диспансеры, которые становились организационно-методическими центрами по профилактике туберкулеза и борьбе с ним. Лечебные учреждения обеспечивались всем необходимым: кадрами, оборудованием, препаратами. Работа по предупреждению туберкулеза и борьбе с ним строилась на уровне отделов здравоохранения исполкомов горсоветов, принимавших ежегодно планы мероприятий, направленных на координацию деятельности лечебно-профилактических учреждений городов по вопросам профилактики и борьбы с туберкулезом. При горздравотделах создавались противотуберкулезные комиссии с участием врачей-специалистов и депутатов. Профилактика заражения туберкулезом осуществлялась

при помощи вакцинации, использования различных форм санитарно-просветительной работы. Работа по раннему выявлению туберкулеза, осуществлявшаяся у детей до 12 лет путем туберкулиновых проб, а у подростков и взрослых – путем флюорографирования, постоянно совершенствовалась. В первой половине 1980-х гг. показатели такой работы в некоторых индустриальных городах региона превосходили средние республиканские. Например, в г. Череповце в 1981 г. на 1000 человек с целью раннего выявления туберкулеза было осмотрено 844 человека, а в среднем по РСФСР – 705 человек⁴. Подавляющая часть активного туберкулеза органов дыхания выявлялась при профосмотрах. Так в Череповце в 1985 г. во время профосмотров был выявлен туберкулез органов дыхания у 74,1% больных, а в 1986 г. – у 76,7%⁵.

Благодаря проводимой работе в индустриальных городах Европейского Севера росли показатели клинического излечения и устойчиво снижалась смертность от туберкулеза, заболеваемость и общая болезненность туберкулезом. Например, в г. Апатиты и пригородной зоне заболеваемость туберкулезом снизилась с 43,1 случаев на 100000 населения в 1976 г. до 29,4 случаев в 1980 г., а болезненность, соответственно, с 184 случаев на 100000 населения до 104,2 случаев. За этот же период количество заразных форм туберкулеза уменьшилось более чем в 2 раза: с 45 случаев в 1976 г. до 20 в 1980 г.⁶. Однако уровень заболеваемости и болезненности населения индустриальных городов оставался относительно высоким. Например, в Череповце на начало 1984 г. состояло на диспансерном учете всего 2174 человека больных туберкулезом, в том числе с активной формой заболевания – 297 человек. Больных туберкулезом детей числилось 673 человека, в том числе с активной формой – 5 человек⁷. Противотуберкулезным службам не удавалось добиться стопроцентного охвата горо-

¹ ЧЦХД. Ф. 7. Оп. 11. Д. 662. Л. 1.

² Архивный отдел администрации г. Коряжмы. Оп. 1. Д. 205. Л. 168.

³ Архивный отдел администрации г. Коряжмы. Оп. 1. Д. 118. Л. 242.

⁴ ЧЦХД. Ф. 782. Оп. 3. Д. 990. Л. 7.

⁵ ЧЦХД. Ф. 782. Оп. 3. Д. 1382. Л. 104.

⁶ ГАМО в г. Кировске. Ф. 329. Оп. 1. Д. 923. Л. 21.

⁷ ЧЦХД. Ф. 7. Оп. 11. Д. 1043. Л. 102.

жан флюорографированием, обследованиям на реакцию Манту. Серьезные трудности вызывало обследование лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, не имеющих постоянного места жительства, постоянно-го места работы. Например, в 1981 г. с профилактической целью флюорографом было осмотрено 84,4% от всего населения города Череповца старше 12 лет, а в 1987 – 86% от горожан старше 12 лет¹.

Эффективность усилий противотуберкулезных служб, общественности по борьбе с туберкулезом снижалась из-за больших миграционных потоков в индустриальные города. Так, в отчете главного врача Череповецкого противотуберкулезного диспансера о работе за 1986 г. сообщалось: «...увеличение болезненности туберкулезом объясняется притоком больных активным туберкулезом на стройки народного хозяйства (судимых, а также из Азербайджана, Узбекистана, Казахстана). Всего за год прибыло 55 активных больных при заболеваемости в городе 68 человек»². В целом болезненность туберкулезом в индустриальных городах снижалась медленнее, чем заболеваемость из-за прибывавших в города мигрантов с активными формами туберкулеза. В Мончегорске в 1974 г. отмечался рост бациллярных больных на 6 человек, прибывших в город с запущенными формами туберкулеза из мест заключения³. Серьезные трудности возникали с лечением больных туберкулезом из числа «условников», бродяг, алкоголиков. Нередко в диспансеры они поступали с запущенными активными формами туберкулеза, но за нарушение режима их были вынуждены выписывать из стационара, в итоге они снова становились источником инфекций для других⁴. Из выявленных путем флюорографирования больных туберкулезом в городе Череповце в 1976 г. только 95% больных лечились под контролем фтизиатров⁵.

Негативно на эпидемической обстановке

сказывалось то обстоятельство, что больные заразными формами туберкулеза не всегда обеспечивались изолированной жилой площадью. В отчете горздравотдела г. Мончегорска за 1978 г. отмечалось: «... из 19 больных, подлежащих обеспечению благоустроенным жильем, обеспечено 8 больных, причем имеются больные туберкулезом, проживающие в общежитиях в течение 2 и более лет, хотя, согласно постановлению Мурманского облисполкома от 10.8.77 года № 424, больные легочной формой туберкулеза должны обеспечиваться благоустроенной жилплощадью в течение 6 месяцев со дня внесения в списки горисполкома»⁶.

Слабо использовалось санитарно-курортное лечение для туберкулезных больных. Только 6,6% от всех диспансерных больных Череповца в 1983 г. получили такую возможность⁷.

Улучшению эпидемической ситуации в индустриальных городах по заболеваемости туберкулезом способствовало сокращение потоков миграции в города, а также противоалкогольная кампания, начавшаяся в 1985 г. В отчете главного врача Череповецкого противотуберкулезного диспансера за 1987 г. сообщалось: «Эпидемическая обстановка по туберкулезу в городе в 1987 г. несколько улучшилась – снизилась заболеваемость с 22,3% на 100000 населения в 1986 г. до 13,6 на 100000 в 1987 г. Такое снижение (на 59%) заболеваемости туберкулезом объясняется: снижением пьянства и бродяжничества в городе в 1985 г., уменьшением по сравнению с 1985 г. в 2 раза в городе условно-освобожденных и условно-осужденных, более активной работой по выявлению и оздоровлению угрожаемых по туберкулезу хронических алкоголиков городского наркологического диспансера»⁸.

Среди выявленных больных туберкулезом органов дыхания преобладали лица мужского пола, трудоспособного возраста, преимущественно в возрасте от 30 до 49

¹ ЧЦХД. Ф. 782. Оп. 3. Д. 1006. Л. 2; Д. 1453. Л. 99.

² ЧЦХД. Ф. 782. Оп. 3. Д. 1382. Л. 104.

³ ГАМО в г. Кировске. Ф. 87. Оп. 1. Д. 187. Л. 112.

⁴ ЧЦХД. Ф. 7. Оп. 11. Д. 533. Л. 23.

⁵ ЧЦХД. Ф. 7. Оп. 11. Д. 533. Л. 53.

⁶ ГАМО в г. Кировске. Ф. 87. Оп. 1. Д. 263. Л. 174.

⁷ ЧЦХД. Ф. 7. Оп. 11. Д. 1043. Л. 92.

⁸ ЧЦХД. Ф. 782. Оп. 3. Д. 1453. Л. 98.

лет, рабочих специальностей. Удельный вес больных туберкулезом органов дыхания среди судимых, неработающих, злоупотребляющих алкоголем был выше, чем в структуре населения индустриальных городов. В Череповце, например, в 1974 г. из числа выявленных больных 54% составляли мужчины, 52% – лица трудоспособного возраста от 30 до 49 лет, 62% – рабочие, 20% – различные категории неработающих, 12,5% – лица судимые¹.

Индустриальные города Европейского Севера России, на территории которых наблюдалась чрезмерная концентрация «неэкологичных» производств, являлись сосредоточением экологических проблем региона, следствием чего стала повышенная заболеваемость населения индустриальных городов, по сравнению с поселениями другого типа. Исследованиями, проведенными в 1987 г. череповецкими органами здравоохранения совместно со Свердловским НИИ гигиены труда и профзаболеваний, установлено интенсивное отрицательное влияние окружающей среды на состояние здоровья горожан. С 1977 по 1987 гг. общая заболеваемость детей болезнями органов дыхания и онкологическими заболеваниями взрослого населения возросла более чем в 2 раза. По сравнению с контрольной группой темпы роста заболеваемости населения Череповца бронхиальной астмой были выше в 5 раз. Выраженное отрицательное влияние среды выявлено на течение беременности у женщин. По сравнению с контрольной группой число осложненных беременностей, количество самопроизвольных абортов и преждевременных родов,

показатель детей с врожденным уродством выше, чем в контрольной группе, в 3 раза. Все это свидетельствовало о нарушении репродуктивной функции женщины и отрицательных изменениях генетической наследственности².

Таким образом, несмотря на усилия соответствующих медицинских служб, властей и общественности, направленные на предупреждение и борьбу с болезнями, вызванными экзогенными факторами, эпидемическая обстановка по этим заболеваниям в индустриальных городах Европейского Севера оставалась нестабильной. В индустриальных городах региона, учитывая тенденции демографических процессов, состав горожан, социально-экономическое состояние городов, окружающую природную среду, присутствовал повышенный комплекс факторов риска для появления и распространения социальных болезней,

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ахизер А.С. Рабочий класс и управление организацией // Урбанизация и рабочий класс в условиях научно-технической революции. – М., 1970.
2. Илюха О.П., Антощенко А.В., Данков М.Ю. История Костомукши. – Петрозаводск, 1997.
3. Колокольчикова Р.С. Череповец как феномен индустриального города (сер.1960-х – сер.1980-х гг.). – Череповец, 2009.
4. Сенявский А.С. Урбанизация России в XX веке: роль в историческом процессе. – М., 2003.
5. Советский город: социальная структура. – М., 1988.
6. Урбанизация и развитие регионов областного уровня. – Л., 1990.

¹ ЧЦХД. Ф. 782. Оп. 3. Д. 495. Л. 43.

² Вологодский областной архив новейшей политической истории (ВОАНПИ). Ф. 2522. Оп. 121. Д. 366. Л. 1-3.