

В. А. Зверев

САНИТАРНАЯ НАУКА В РОССИИ И НАРОДНАЯ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА СИБИРЯКОВ: ПРОБЛЕМЫ СОСУЩЕСТВОВАНИЯ В КОНЦЕ XIX – ПЕРВОЙ ТРЕТИ XX вв.

Опубликовано: *Зверев, В. А.* Санитарная наука в России и народная санитарно-гигиеническая культура сибиряков: проблемы сосуществования в конце XIX – первой трети XX вв. / В. А. Зверев // Культура и интеллигенция сибирской провинции в XX в.: теория, история, практика : материалы регион. науч. конф. / отв. ред. С. А. Красильников. – Новосибирск : Ин-т истории СО РАН, 2000. – С. 103–105.

В пореформенный период и в начале XX в. в России успешно развивалась медицинская наука и, в частности, ее важное санитарно-гигиеническое направление. В трудах П. Белоусова, Д. Жбанкова, А. Корчак-Чепурковского, М. Уварова, Г. Хлопина, Ф. Эрисмана и иных, в сборниках материалов многочисленных врачебных съездов и научных обществ содержится квалифицированный анализ организации правительственной, земской, городской и фабричной медицинской помощи, а также характеристика санитарного состояния городов и селений по многим регионам. Проф. Ф. Ф. Эрисман, признанный впоследствии родоначальником отечественной санитарно-гигиенической науки, разработал систему нормативных требований к строительству и эксплуатации жилых и производственных помещений, рекреационных зон в поселениях, к системе водоснабжения. Высказаны рекомендации медицинским работникам и населению по профилактике профессиональной заболеваемости, «местных и заносных заразных болезней». Это было чрезвычайно актуально в условиях, когда Россия занимала одно из последних в Европе мест по продолжительности и качеству жизни населения, имея громадную детскую смертность вследствие антигигиенического содержания младенцев, высокую летальность от широко распространившихся острозаразных болезней, стойкую номенклатуру таких социально обусловленных заболеваний как сифилис, трахома, туберкулез и т. п.

Разработки Эрисмана и его коллег получили одобрение специалистов, вошли в учебную и популярную литературу. С конца XIX в., по существу, до сих пор они являются (с некоторой модификацией) ориентиром для всех медицинских и социальных работников в тех случаях, когда им приходится оценивать социально-бытовые условия жизни сограждан или удастся повлиять на улучшение этих условий. В частности, установлена минимально допустимая норма жилой площади на одного человека – 9 м² при высоте потолка не менее 3 м, что приближает жилой объем к 30 м³. Достаточная естественная освещенность жилья предполагает отношение суммарной площади окон к площади пола, равное 1 : 8. В сельской местности медицинские работники настаивают на обязательном устройстве в крестьянских

домах сеней, фундаментов, прочных крыш и сухих подполий, печей улучшенной конструкции, приспособлений для вентиляции воздуха и антималерийных сеток в окнах. Исключается содержание молодняка скота и домашней птицы в жилых помещениях. В домашнем обиходе в обязательном порядке должны быть умывальник, отдельное полотенце для каждого обитателя, постель с чистым бельем. На крестьянских усадьбах считали необходимым изолировать скотный двор, устроить специальную яму для хозяйственных отходов и нужник, проводить их регулярную дезинфекцию. Нормативы требовали очищать усадьбу от навоза, хоронить павших во время эпизоотий домашних животных в стороне от селения в специальном скотомогильнике, предохранять от загрязнения места разбора питьевой воды.

Уже в досоветскую эпоху медицинские работники считали необходимым продвижение обоснованных санитарно-гигиенических норм в практику народной жизни. В сельской местности Сибири, где не существовало земств, основными проводниками культурных новаций являлись органы государственной власти и немногочисленная тогда сельская интеллигенция. Сил администрации чаще всего хватало только на составление полицейских протоколов о наиболее грубых нарушениях жителями санитарных правил, да на издание строгих предписаний об очистке селений от навоза и устройстве холерных барачков, карантинных застав накануне ожидавшихся эпидемий. Такие меры давали слабый эффект. В отчетах местных органов власти и медицинских учреждений, в описательных материалах личного происхождения чиновники, врачи, учителя в целом весьма критически оценивали состояние санитарно-гигиенической культуры в селениях Сибири, особенно в среде аборигенных народов. В то же время отмечались существенные различия в санитарно-бытовых условиях и навыках русских сибиряков-старожилов, с одной стороны, и переселенцев из Европейской России, с другой, – явно в пользу первых. Здесь сказывались не только достоинства сибирских вариантов традиционной культуры, но и относительная зажиточность «чалдонов», обитавших на «земельном просторе» и имевших средства для улучшения качества своей жизни.

Период Первой мировой войны, двух революций, Гражданской войны и иностранной интервенции, последующей разрухи (1915–1922 гг.) знаменовал собой срыв наметившийся в 1861–1914 гг. прогрессивной эволюции санитарно-гигиенической культуры крестьянства в сторону ее сближения с рационально обусловленными, научно обоснованными требованиями. Это время запомнилось сибирякам чередой жесточайших эпидемий в связи с активным протоком беженцев, военнопленных и отступающих войск, а также ухудшением условий жизни новоселов и разоряющейся части старожилов.

В 1920-е гг. проблема «оздоровления» сибирского населения стояла необыкновенно остро. Такие болезни, как азиатская холера, различные виды тифа охватывали вдвое большую долю населения, чем в целом по стране. Инфекционная заболеваемость со временем понижалась, но нарастали масштабы распространения социальных болезней. Характеризуя причины такого положения, проректор Омского медицинского института проф. К. М. Гречищев сказал: «Все сельское население Сибири ... доселе остается вне какого-то ни было влияния санитарной культуры», у него «нет запросов к гигиенической жизни и нет к этому навыков».

К середине 1920-х гг. в Сибирском крае была развернута сеть медико-санитарных учреждений, которые в сотрудничестве с земельными органами в 1924–1929 гг. провели массовое обследование санитарно-гигиенического состояния сельских поселений, крестьянских жилищ и условий водопользования населения. Специалисты четко осознали необходимость усилить санитарно-просветительскую работу в деревне; мобилизовать местную общественность на оздоровление домашнего быта – через создание санитарных советов, премирование образцовых жилищ, устройство показательных крестьянских изб, бань и колодцев; разработать местное законодательство, которое регулировало бы индивидуальную жилищную застройку; организовать систематическую материально-техническую помощь застройщикам. Были вскрыты не только негативные элементы, но и сильные стороны санитарно-бытовой культуры сибирского крестьянства, распространенные в основном среди зажиточных старожилов. Это хорошее качество жилых построек, их просторность и чистота, еженедельные банные процедуры, улучшенное питание и т. д.

Вырисовывались явные контуры возможной «смычки» профессиональной медицины и народной санитарно-бытовой культуры на восточной окраине. Однако радикальный поворот в экономической и социальной политике большевиков, происшедший в 1929–1930 гг., – переход к массовой коллективизации – означал одновременно отказ государства, а также полностью огосударствленной науки от всякого сотрудничества с «единоличным» крестьянством, даже с той его частью, которая ранее признавалась образцово-показательной в хозяйственном и культурном отношении. Прекратилось плодотворное влияние на крестьянство с целью внедрения полезных инноваций в его бытовую культуру (при сохранении ее ценных элементов). Был взят курс на сознательное разрушение основ традиционной культуры и социокультурной преемственности поколений.