

АКАДЕМИЯ ВОЕННО-ИСТОРИЧЕСКИХ НАУК  
THE WELLCOM TRUST

# ЖИЗНЬ И СМЕРТЬ В БЛОКИРОВАННОМ ЛЕНИНГРАДЕ

Историко-медицинский аспект

ДБ

С.-ПЕТЕРБУРГ

2001

Книга посвящена малоизвестным и неизученным медицинским и демографическим проблемам блокады Ленинграда в годы Великой Отечественной войны. Впервые в историографии историки, медики и биологи пытаются совместными усилиями исследовать вопросы борьбы с голодом, болезнями и смертностью населения в осажденном городе-фронте. В центре их внимания — проблемы выживания людей в условиях длительного голода и отдаленные последствия блокады для здоровья переживших ее взрослых людей, детей и подростков. В основе работы — рассекреченные архивные документы и исследования медиков. Более широко рассматривается и значение изучения блокады города. Опыт борьбы с голодом в осажденном Ленинграде должен послужить как для современных, так и для будущих поколений человечества во всем мире.

Научные редакторы.

*Дж. Д. Барбер*, Великобритания  
*А. Р. Дзенискевич* (отв. редактор), Россия

Рецензент

д-р мед. наук, профессор *Д. В. Гусаров*

ISBN 5-86007-324-0

© Коллектив авторов, 2001  
© «Дмитрий Буланин», 2001

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Оборона Ленинграда в годы Великой Отечественной войны вошла в историю как явление уникальное и давно привлекает к себе внимание отечественных и зарубежных исследователей. Последние годы изучение блокады Ленинграда расширилось и углубилось. Но, как и раньше, наибольшее внимание к этой проблематике проявляют военные и гражданские историки.

Что касается историков медицины и медиков-исследователей, то они много писали о непосредственных последствиях блокады еще в годы войны. В 40-х годах медики защищали по этой тематике кандидатские и докторские диссертации, проводили научные конференции, публиковали монографии и статьи. В ходе этой работы была всесторонне исследована алиментарная дистрофия, ее влияние на здоровье людей, на заболеваемость и течение болезней.

Но по мере того как практические задачи врачей в борьбе за спасение населения решались, научный интерес к блокадной проблематике стал падать. Медицинские работники были вынуждены решать все новые и новые проблемы здравоохранения, постоянно возникавшие в трудные послевоенные годы. К тому времени основные выводы по непосредственным последствиям голодной блокады были сделаны, и эта тематика начала исчезать из планов исследовательской работы институтов.

Между тем оставалась грандиозная задача последовательного изучения отдаленных последствий блокады для здоровья людей, переживших страшный голод, холод и нервный стресс; необходимо было выяснить, как скажется блокада на рождаемости детей блокадников, на их здоровье и физическом развитии. Передадутся ли болезни бывших блокадников их детям и внукам?

Эта большая и очень важная для науки проблема имела и чисто практическое значение. Изучение ее должно было подсказать органам здравоохранения и социального обеспечения меры помощи, в которой нуждались бывшие блокадники и их дети. К сожалению, такая рабо-

та не была своевременно развернута должным образом. И причины этого нам также неизвестны. Их предстоит еще выяснить.

Так или иначе, но широким фронтом исследования проведены не были. Лишь отдельные энтузиасты блокадной проблематики занимались ею в индивидуальном порядке, далеко не всегда и не везде встречая понимание у своих коллег и руководства.

Приходится признать, что нет избытка и в трудах историков медицины. Ряд вопросов темы освещен в таких работах, как специальная глава в пятом томе «Очерков истории Ленинграда» (Л., 1967; авторы А. В. Свешников и Б. М. Хромов) и некоторых других. Наиболее известна книга профессора П. Ф. Гладких «Здравоохранение блокированного Ленинграда» (М., 1980; 2-е изд. — М., 1985). В целом же историко-медицинская литература по блокаде Ленинграда далеко не исчерпывает огромной и многогранной темы. Ее недостаточную исследованность убедительно показала книга воспоминаний, подготовленная и выпущенная усилиями Добровольного общества «Жители блокадного Ленинграда» — «Медики и блокада. Взгляд сквозь годы» (СПб., 1997). Прочитав воспоминания более чем сотни участников событий, начинаешь понимать, как мало мы знаем эту тему даже спустя более чем полвека.

До сих пор не решены и некоторые кардинальные вопросы всей проблемы. Мы не знаем точных данных о числе жертв голодной блокады. Попытки историков решить эту задачу умозрительно, не выходя из-за письменного стола, пока убедительных результатов не дали. И очевидно, дать не могут. Нужны новые источники, новые данные. И что особенно важно, нужен действительно научный анализ имеющихся архивных источников. Как это ни странно, но до сих пор никто из историков, пытавшихся решить проблему численности жертв блокады, не провел глубокого источниковедческого анализа тех документов, из которых исходил в своих подсчетах.

Ведущие специалисты в области статистики, демографии и архивоведы, кажется, особого интереса к решению проблемы не проявляли. Между тем совершенно очевидно, что эту сложнейшую задачу можно решить только путем кропотливого труда и общими усилиями, т. е. усилиями специалистов разного профиля.

Мы уже вышли на тот уровень изучения обороны Ленинграда, когда разрозненных действий историков мало. Такое уникальное и сложное явление, как блокада Ленинграда в годы Великой Отечественной войны, требует совместных усилий специалистов разных наук. Сегодня мы обращаемся за помощью к научным работникам в области медицины и биологии. Совместно с ними и при благотворительной поддержке фонда Веллком Траст и подготовлена наша книга. Мы надеемся хотя бы в какой-то мере восполнить пробел в изучении долговременных последствий голодной блокады.

## Голод в мировой истории и блокада Ленинграда

---

В период второй мировой войны Ленинград пережил демографическую катастрофу, величайшую из всех когда-либо случившихся, что позволяет считать ее уникальным явлением в истории человечества. Несмотря на то что в ходе войны и другие города подверглись опустошению, ни один из них не понес столь огромных человеческих потерь, как Ленинград. В отличие от таких городов, как Хиросима, Минск, Нагасаки или Варшава, в которых также погибло большое число людей, ужасные человеческие потери в Ленинграде не были следствием исключительно военных действий. Массовая гибель не являлась результатом сражений, бомбежек или артобстрелов. Подавляющее большинство тех, кто погиб в Ленинграде, умерло непосредственно или косвенно от голода. Их смерть наступала не мгновенно, как результат жестокого военного насилия, но вследствие мучительного, зачастую длительного голодания. Для большинства из тех, кто выжил, расплатой было серьезное ослабление организма и болезни, независимо от того, умерли ли они через какое-то время или дожили до сего дня.

Основным и наиболее важным фактором, определявшим судьбу населения Ленинграда во время второй мировой войны, был голод. Из этого следует, что необходимо начать изучение условий жизни и смерти в городе в течение блокады, рассматривая их в широком историческом контексте. Задача Введения — определить главные проблемы и гипотезы, которые связаны с изучением истории голода и его последствий, и это будет попыткой выявить значение углубленного изучения блокады Ленинграда для понимания того, чем является для отдельного человека и для всего общества смертельная угроза экстремальных условий голодания.

Призрак голода преследовал человечество в течение всей его истории. С самых древних времен обитатели земли жили под страхом голодания. Важнейшей их потребностью всегда являлось обеспечение запасами пищи для поддержания жизни, и в этой борьбе

за выживание многие погибали. Не случайно Томас Мальтус, определяя три главных регулятора прироста населения, поставил голод на первое место — перед войной и моровой эпидемией.<sup>1</sup> На протяжении столетий недостаток пищи был угрозой не только благополучию, но и самому существованию как отдельных людей, так и их сообществ; и в начале XXI в. эта угроза сохраняется. В то время как развитые страны производят большие излишки продовольствия и имеют возможность производить еще больше, в слаборазвитых странах миллионы людей страдают от недоедания или умирают от голода. Голод остается сегодня, как и всегда, главной проблемой для человеческого существования.<sup>2</sup>

В то время как все последствия голодания совершенно очевидны, определить понятие самого голода не так просто. Он имеет различные формы и воздействует на человека различным образом. Нет точных критериев для измерения степени голодания. В английском языке различаются состояния голодания в результате недостатка пищи и острого дефицита пищи, крайней степени голода. В русском языке, напротив, одно слово «голод» охватывает целый спектр состояний, которые вызваны недостатком пищи. Их различие является до некоторой степени субъективным: та же самая ситуация может быть описана разными наблюдателями и как недостаток пищи, и как голод. Тем не менее оно отражает видимые последствия определенных обстоятельств. Серьезное сокращение количества доступной пищи, конечно, вызовет страдания и будет иметь следствием ухудшение состояния здоровья как физического, так и умственного, а также может привести к хроническим болезням. Но главное различие между этим состоянием и ситуацией недостатка пищи заключается в том, что голод носит острый и длительный характер, а это вызывает усиление последствий голодания — истощение, болезнь и смерть. Наличие массы слабых, изнуренных, беспомощных людей, ожидающих смерти или уже мертвых, — все это безошибочные признаки крайнего голода. И в то время как основные результаты недоедания чаще всего развиваются длительное время, последствия острого голода проявляются с ужасающей внезапностью.

Не может быть никаких сомнений, что Ленинград зимой 1941/42 г. испытывал полномасштабный острый голод. Размер продо-

---

<sup>1</sup> *Macfarlane A. The Savage Wars of Peace: England, Japan and the Malthusian Trap. Oxford, 1997.*

<sup>2</sup> *Harrison G. Ainsworth (ed). Famine. Oxford, 1988; Newman L. F. (ed.). Hunger in History: Food Shortage, Hunger and Deprivation. Oxford, 1990; Devreux S. Theories of Famine. London, 1993.*

вольственного пайка находился на уровне голодания, большинство людей не имело возможности пополнить его из неофициальных источников — в результате показатель смертности вырос до ужасающего уровня. Между ноябрем 1941 и маем 1942 г. население города было охвачено голодом в масштабах, неслыханных в каком бы то ни было развитом обществе. Голодная зима Ленинграда стоит в одном ряду с другими случаями массового голода в современной истории: в Ирландии в 1846—1851 гг., в Индии в 1868—1870, 1876—1879, 1896—1897 гг., в Китае в 1876—1879, 1928—1929, 1958—1961 гг., в Бенгале в 1943 г., в Эфиопии в 1973 и 1982 гг. и в самом Советском Союзе в 1921—1922, 1932—1933 и 1946—1947 гг.<sup>3</sup> Летом 1942 г. страдания Ленинграда были преодолены, хотя улучшение продовольственного снабжения пришло слишком поздно, чтобы спасти большинство из тех людей, чье здоровье было смертельно подорвано в течение предшествующих месяцев. Жители города, страдавшие от голода многие месяцы, если и не лишились жизни, то получили хронические заболевания, последствия которых во многих случаях могли быть серьезными и продолжительными. Таким образом, Ленинград испытал весь спектр состояний голода.

Существует множество причин голода как массового явления. Для понимания этого необходимо сосредоточить внимание на том, что вызывает собой процессы производства, распределения и потребления продовольствия. Сто с лишним лет назад Корнелий Волфорд перечислил 12 причин голода и разделил их на категории естественных и искусственных.<sup>4</sup> Первые он рассматривал как существующие независимо от человека, последние — как результат человеческого действия. Среди естественных причин — засуха, потопаы, ливни, ветер, жара или холод, ущерб от вредителей или насекомых, а также болезни, поражающие растения и животных. Среди искусственных причин — разрушительные последствия политического и военного конфликта, неумелое администрирование или коррупция и экономический кризис. Нередко последствия природной сти-

---

<sup>3</sup> О крупнейших случаях голода в мировой истории см.: *Robson J. R. K. (ed.). Famine: Its Causes, Effects and Management. London, 1981. P. 21—23.* О голоде в России см.: *Dando W. The Geography of Famine. London, 1980 (глава 9 «A Millenium of Russian Famines»); Wheatcroft S. G. Famine and factors affecting mortality in the USSR: the demographic crisis of 1914—22 and 1930—33, CREES Discussion Papers 20 and 21. Birmingham, 1981.*

<sup>4</sup> *Walford C. The Famines of the World: Past and Present // Journal of the Royal Statistical Society. 1878—1879. Т. 41—42; цит. по: International Encyclopaedia of Social Sciences. London, 1970. Vol. 5. P. 322.*

хии и человеческого действия (или бездействия) проявляются одновременно, чтобы обратить потенциальную угрозу в реальный кризис или катастрофу. Тем не менее разграничение этих категорий по-прежнему является полезным для анализа.

Не вызывает удивления, что сокращение наличия пищи (СНП) (food availability decline (FAD)) традиционно было в центре внимания в работах по изучению причин голода. В 1977 г. А. К. Сэн подверг сомнению эту точку зрения, доказывая, что голод очень часто являлся результатом проблем не обеспечения, а скорее спроса как следствия разложения народного «обменного права» («exchange entitlement») в отношении приобретения продовольствия.<sup>5</sup> Лишенные ресурсов, позволяющих получить адекватное количество пищи, люди начинали голодать и умирали. Он доказывал, что в наиболее массовых случаях голода в XX столетии обеспечение продовольствием на региональном или государственном уровне было вполне достаточным; проблема заключалась в недоступности пищи для большого числа населения по экономическим и/или административно-хозяйственным причинам. Его анализ причин голода в Бенгале в 1943 г. убедительно показал, что не имелось никакого существенного снижения в наличии продовольствия на душу населения. Голод был, прежде всего, результатом неудовлетворительной деятельности британской администрации. Более поздние случаи массового голода, как, например, в Эфиопии в 1973 и 1982 гг. и в Бангладеш в 1974 г., также являются примерами в пользу данного обоснования.

В числе тех, кто оспорил подход Сэна к проблеме, был Питер Нолан. Он доказывал, что в случаях массового голода в XX столетии, таких как в Советском Союзе в период коллективизации и в Китае во время «большого скачка», именно резкое снижение производства продовольствия было главной причиной массового голодания и смерти миллионов людей.<sup>6</sup> Разумно будет заключить, что в разных случаях голод имеет различные причины. Но подход Сэна остается ценным примером анализа взаимодействия природных и рукотворных причин голода. Это навело Майкла Эллмана на мысль разграничить две категории голода: 1) те, в которых СНП было неизбежно, в которых возможность заметно ослабить его воздействие была чрезвычайно мала или вовсе отсутствовала (СНП), и 2) те, в которых естественные причины серьезно сокращали на-

<sup>5</sup> Sen A. K. Poverty and Famines. Oxford, 1981.

<sup>6</sup> Nolan P. The causation and prevention of famines: a critique of A. K. Sen // Journal of Peasant Studies. 1993. October. Vol. 21, no. 1.



личные пиши, создавая значительную угрозу жизни, но где действия правительства существенно повлияли на результат (СНП2). В случаях второй категории, независимо от того, действовало ли правительство, руководствуясь какими-либо приоритетами или нет, появлялась возможность избежать массового голода, или, по крайней мере, его последствия могли быть в значительной степени ослаблены.<sup>7</sup>

Итак, массовый голод чаще всего является следствием взаимодействия природных и человеческих факторов. Главное исключение из этого правила — голод как результат войны. Здесь мы имеем дело с голодом как с явлением, порожденным исключительно деятельностью человека. В ситуации войны даже преуспевающее и хорошо организованное общество, с эффективной административной системой и современной службой здравоохранения, может оказаться не в состоянии защитить в полной мере свое население от голода. Исследователи утверждают, что в XX в. война являлась главной причиной массового голода.<sup>8</sup> В некоторых случаях голод был следствием общего разорения хозяйственных ресурсов, но иногда он сознательно использовался в качестве оружия. Эта тактика восходит к древнейшим временам. Древний китайский полководец Сунь-Цзы рассматривал уничтожение запасов зерна врага как надежный способ нанести ему поражение; по его стопам следовали и многие другие военные теоретики и практики.<sup>9</sup> Разрушение у врага средств производства и распределения продовольствия или, в случае осады, сокращение его доставки может быть эффективным средством войны. Однако, несомненно, это средство особо жестокое, учитывая, что в наибольшей степени страдают от него наименее способные носить оружие — женщины, дети, престарелые и больные, тогда как настоящие воины обеспечиваются относительно хорошо и среди них наименьшая вероятность возникновения голода. Поэтому эффективность этого средства следует считать весьма условной.

Нет никаких сомнений относительно главной причины голода в Ленинграде зимой 1941/42 г. и в последующие месяцы. Немецкая блокада была явно нацелена на взятие города измором для достижения стратегического преимущества в войне. То, что, несмотря на колоссальное число жертв этой тактики, Ленинград не сдался и

---

<sup>7</sup> *Ellman M.* The 1947 Soviet famine and the entitlement approach to famines // *Cambridge Journal of Economics*. 2000. Т. 24.

<sup>8</sup> *Nolan P.* The causation and prevention... P. 21.

<sup>9</sup> *Newman L. F.* (ed.). *Hunger in History*... P. 162.

продолжал держать оборону, не служит опровержением факта, что этот голод был задуман как военная операция. Стоит, однако, задаться вопросом, относится ли данная ситуация к категории СНП1 или СНП2. Можно ли было предотвратить или значительно облегчить страдания населения Ленинграда, если бы действия как государственной, так и местной власти были бы другими?

Теоретически у Советского правительства мог бы существовать вариант вывода войск и сдачи Ленинграда (или объявление его открытым городом, если пользоваться эвфемизмом того времени). Однако если принять во внимание заявление Гитлера относительно будущего Ленинграда (или отсутствия этого будущего) после победы Германии и методов обращения с населением территорий, занятых немцами, то нет никаких оснований полагать, что судьба этого населения под нацистским правлением была бы лучше участи в реальных условиях блокады, но именно эти условия стали трагедией для большинства. Существовали также и стратегические причины защищать город как ключевой сектор на Северо-Западном фронте. Вследствие того что Советский Союз находился в условиях борьбы за свое выживание, его правительство не предприняло никаких существенных мер для того, чтобы отвратить оружие голода, используемое безжалостным врагом против населения Ленинграда. Приняв это во внимание, спросим: были ли руководителями города приняты меры, чтобы облегчить голод среди населения? Конечно, были, и немалые, начиная от поисков различных пищевых суррогатов и организации специального стационарного ухода для тяжелобольных и кончая выявлением и сбором истощенных горожан при посредстве членов партии и комсомола. Во многих отношениях Ленинград дал ценные уроки организации жизни в условиях голода. Но без сомнения, можно было сделать больше. В предвидении будущих событий можно было бы своевременно, еще в первые недели войны, эвакуировать большее число детей и других неработоспособных жителей города. Могли и должны были быть созданы большие запасы продовольствия в надежно охраняемых складах. Размер продовольственных пайков мог быть сокращен ранее, что позволило бы дольше сохранять истощающиеся резервы. Быстрее могло бы быть налажено полномасштабное функционирование Дороги жизни. Теоретически было бы оправданным, чтобы при перевозках приоритет отдавался транспортом продовольственного обеспечения и эвакуируемых, сравнительно с транспортировкой промышленных материалов. Однако остаются сомнения, могли ли эти и другие меры значительно уменьшить масштабы

голода, не говоря уже о предотвращении его. Мартиролог все равно был бы огромен. Ленинградский голод, конечно же, принадлежит к категории СНП.

Когда мы переходим от рассмотрения причин голода к анализу его последствий для отдельных людей и сообществ, мы вступаем в область еще большей сложности и многообразия. Начиная с основополагающего исследования Питирима Сорокина о влиянии голода на человеческую деятельность,<sup>10</sup> объектом анализа неизменно оказывались такие социальные явления, как голодные бунты, рост преступности и в чрезвычайных ситуациях — людоедство. Но основное внимание исследователей (и наше издание не является исключением) сосредоточивалось на последствиях голодания для здоровья отдельных лиц и сообществ, на особенностях жизни и смерти населения, подвергшегося воздействию голода, и на демографических процессах в обществе в связи с голодом.

Принимая во внимание многочисленность и разнообразие тех обстоятельств, которые на протяжении истории могли вызвать недостаток продовольствия, не следует удивляться, что человеческие существа развили способность переносить условия нехватки пищи, что в известных пределах человеческий организм может приспособиться к ситуации голодания. Сегодня в странах третьего мира рацион питания миллионов людей на 10—20% меньше того минимума, который необходим для существования. Компенсационные механизмы позволяют им выживать при пониженном потреблении калорий. При этом происходит снижение уровня физической активности или же энергия используется бережливее. Процессы метаболизма в организме становятся более экономичными. Это дает возможность человеку выжить и при этом не дойти до состояния полнейшего истощения и не умереть голодной смертью. Но за длительное голодание неизбежно приходится расплачиваться. Этой расплатой являются многие врожденные дефекты, начиная с малого веса при рождении, высокой младенческой смертности, низкого роста, слабого зрения, замедленного умственного развития и кончая пониженной сопротивляемостью широкому кругу болезней, таких как туберкулез, грипп и малярия. Дефицит белка и витаминов вызывает ослабление иммунной системы, что ведет к значительному повышению уровня заболеваемости цингой, авитаминозом, пеллагрой и рахитом. К тому же в условиях голодания высока вероятность роста

---

<sup>10</sup> *Sorokin P. Man and Society in Calamity: The Effects of War, Revolution, Famine, and Pestilence upon Human Mind, Behaviour, Social Organization and Cultural Life. New York, 1922.*

случаев эпидемических заболеваний. В Европе — это обычно сыпной тиф, в Азии — холера и оспа, но и любые местные инфекции могут вызывать эпидемии. В то же время предположение, что недоедание обязательно ведет к росту восприимчивости к инфекциям, было подвергнуто сомнению в новейшем исследовании. Болезни проявляются по-разному: распространение одних очень сильно зависит от уровня потребления пищи, а других — совсем не зависит.<sup>11</sup>

Как уже было отмечено, главная характеристика определения понятия острого голода — высокий уровень смертности. Множество споров вызвал вопрос — что является причиной смерти людей во время голода. Умирают ли они преимущественно от голодания, что подсказывает сознанию типичный образ голода с его изнуренной жертвой, или они прежде всего становятся жертвами болезни? Данные по этому вопросу противоречивы и, вероятно, отражают различие тех условий, в которых развивался голод. Смерть от голодания наступает, когда сокращение количества белка и жиров в теле вызывает системную атрофию, поражая, в частности, мышцу сердца. При этом также обычно возникает отек, вздутие, которое вызвано накоплением жидкости, или состояния полного упадка психофизической деятельности у маленьких детей. Представляется, что в Ленинграде в течение зимы 1941/42 г. основная причина смерти была прямым следствием голодания, так называемой алиментарной дистрофии. Это зарегистрировано как в медицинской статистике, так и в бесчисленных рассказах о людях, просто падавших от слабости и умиравших — дома или на работе, в магазинах или на улицах. Голодание было преобладающей причиной смерти также и во время голода в Греции в 1941—1942 гг. и в Голландии в голодную зиму 1944/45 г. Однако в других ситуациях массового голода причиной большинства смертных случаев явились инфекционные болезни. Детальное изучение голода в Ирландии в 1845—1851 гг. показывает, что главными причинами смерти были дизентерия и диарея, сыпной и брюшной тиф, туберкулез, холера и гастроэнтерит.<sup>12</sup>

Ключевой вопрос здесь касается определения точного соотношения между недоеданием и инфекционными болезнями. Большинство отчетов о смертности во время массового голода принимает за очевидность то, что между ними существует биологическая связь. Од-

<sup>11</sup> *Dirks R. Famine and disease // Kiple K. F. (ed.). The Cambridge World History of Human Disease. Cambridge, 1993; цит. по: Mokyр J., Grada C. O. What people die of during famines: the Great Irish Famine in comparative perspective. Dublin, 2000 (рукопись).*

<sup>12</sup> *Ibid.* P. 22—23.

нако это не самоочевидно и должно быть установлено опытным путем. Выдвигаются два возможных объяснения высокой смертности от болезней во время голода, и оба они могут быть приняты. Первое указывает на прямую связь смертности с острой нехваткой пищи и рассматривает ее как следствие пониженного иммунитета (или отравления, вызванного потреблением недоброкачественных или необычных продуктов). Второе пытается представить ее лишь как косвенно связанную с голодом и подчеркивает, что последний есть результат ухудшения социальных условий и быта. Сокращение сети социальной помощи и медицинского обслуживания, понижение работоспособности и заработка из-за упадка сил, состояние подавленности и апатии — все это создает условия, благоприятные для распространения болезней. Например, детальное изучение обстоятельств роста смертности и заболеваемости в периоды голодания в Англии в конце XVIII в. показывает, что эпидемическая смертность в то время была, главным образом, следствием низкого уровня общественной гигиены и санитарии в результате общего обнищания.<sup>13</sup> Пример голода в Ленинграде также дает ценный материал по этой проблеме. В то время как смертные случаи от инфекционных болезней увеличились, никаких крупных эпидемий в течение блокады не произошло, в отличие от многих других случаев массового голода, даже несмотря на то что гигиена в городе была, несомненно, на уровне значительно ниже нормального из-за отсутствия водопровода, канализации и отопления. Наиболее вероятным объяснением является комбинация двух факторов: неблагоприятных климатических условий для распространения эпидемических болезней благодаря необычно суровой зиме 1941/42 г. и профилактических мер, принятых ленинградским руководством с началом весны.

С предыдущим вопросом связан еще один — кто умирает во время массового голода. Какие слои населения наиболее уязвимы? Обычный ответ на него — самые юные и самые старые, больные и слабые, зависимые от здоровых и работоспособных. Это обычно справедливо при прочих равных условиях; но многое зависит и от существующей политики распределения продовольствия. Практика Ленинграда, например, свидетельствует, что уровень смертности среди некоторых групп работающих был выше, чем среди иждивенцев. Также является общепризнанным, что во время голода

---

<sup>13</sup> *Post John D. Nutritional Status and Mortality in Eighteenth-century England // Newman L. F. (ed.). Hunger in History...*

уровень смертности различен среди разных социальных слоев. Бедные умирают в большем количестве, чем материально обеспеченные, по той простой причине, что, по определению Сэна, они имеют наименьшее *право на пищу* (entitlement to food). В Ленинграде, однако, ситуация была довольно не типична. Хотя бедный и находился в очевидно худшем положении с точки зрения меньшего доступа к дополнительному продовольствию, которое могло быть куплено на рынке, все же решающим фактором, определяющим право на пищу, было владение продовольственной карточкой. Вслед за этим шли другие факторы, как-то: место работы или просто близость к местам производства и распределения продовольствия, видимо, имели большее значение для выживания, чем материальная обеспеченность. В Ленинграде наиболее бедствующим слоем населения оказались беженцы, которые въехали в город без разрешения и потому не имели права на карточки. Не случайно, что они составляли самую большую группу среди арестованных за людоедство; если учесть отчаяние, толкавшее людей к подобным поступкам, можно предположить, что среди этого слоя уровень смертности был особенно высок.

Главным препятствием для определения характеристик смертности и заболеваемости во время голода и установления связи между голоданием и болезнями является несоответствие в имеющихся медицинских и демографических данных. Вообще очень трудно, если не невозможно, отличить смертные случаи от голода и смертные случаи от болезней из-за неточностей регистрирующих их записей. Точно так же из-за недостатка надежной статистики часто невозможно установить с какой бы то ни было степенью точности общее число смертных случаев во время голода. Это неудивительно, так как массовый голод случается в обществах, лишенных развитых административных структур, не говоря уже о современном медицинском обслуживании, необходимом для систематического сбора таких данных. Не случайно, что наиболее детальные исследования были проведены во время голода в Голландии зимой 1944/45 г. Общее число смертных случаев, составляющее менее 20 000 при численности населения приблизительно 3 млн, мало сопоставимо с масштабами крупнейших случаев массового голода XX столетия. Но имеющаяся подробная статистика очень облегчила изучение этого мрачного эпизода в истории Нидерландов. В этом отношении блокада Ленинграда дает уникальную возможность для анализа последствий как голодания, так и крайней степени голода. Официальные документы, составленные ведомствами, медицинскими

организациями, научно-исследовательскими институтами и другими учреждениями во время блокады, значительная часть которых рассекречена и доступна теперь ученым, являются исключительно ценным источником для изучения важнейших характеристик голода. Вместе с тем их полноту и надежность не следует преувеличивать. Ужасающие условия, в которых эта статистика была собрана, нередко отчаянное состояние тех должностных лиц, которые регистрировали смертные случаи или делали запись о характере болезни, преувеличение общих итогов смертности, возможно сделанное некоторыми из них по различным соображениям, отсутствие сообщений о кончине некоторых жертв — все это неизбежно отразилось на достоверности полученных данных. Можно определенно сказать, что имели место как недоучет, так и преувеличение числа смертных случаев. Тем не менее для анализа медицинских аспектов истории Ленинграда периода блокады имеется значительно большая информация, чем та, что обычно бывает доступна историкам массового голода.

До настоящего времени анализ подобного рода был невозможен. Хотя о блокаде Ленинграда писалось много, относительно мало внимания уделялось медицинским аспектам. До сих пор только одна книга П. Ф. Гладких полностью посвящена теме здравоохранения в осажденном городе.<sup>14</sup> В западной историографии имеются лишь три книги, в которых более чем поверхностно затрагивается этот сюжет. В монографии Леона Гура «Осада Ленинграда» (1962) ему посвящено несколько страниц. Автор, используя советские мемуары и дневники, описывает состояние людей, у которых «голод вызывает слабость, головокружение, отеки рук и ног, а также боли в суставах; кроме того, он делает людей чрезвычайно восприимчивыми к различным болезням». Далее Гур рассказывает, как «слабость, которую вызывает дефицит витаминов и недостаток пищи, становилась всеобщим явлением, которого удалось избежать лишь немногим ленинградцам», и приводит цифры смертных случаев от дистрофии. О системе здравоохранения в Ленинграде он высказывает чрезвычайно негативную точку зрения: «Возможности медицинского обслуживания были совершенно неадекватны сложившейся ситуации... медицинские службы с середины января были совершенно перегружены» и рисует страшную картину состояния больниц. Гур также цитирует свидетельства о людоедстве (в то время, когда любое упоминание на эту тему в СССР находилось под

<sup>14</sup> Гладких П. Ф. Здравоохранение блокированного Ленинграда. Л., 1980.

абсолютным табу), хотя и говорит, что ему не известно, насколько явление каннибализма было распространено<sup>15</sup> Вопрос о том, сколько людей умерло, был для него «предметом догадок», впрочем базируясь на советских источниках, он остановился на цифрах от 1 до 1 25 млн

В получившей широкое распространение книге «900 дней Осада Ленинграда» (1969) Гаррисон Солсбери использовал вновь изданные советские источники, чтобы дать несколько более детальную картину положения в осажденном городе «В процессе умирания от голода возникла определенная последовательность, — пишет он — Первыми уходили вовсе не старики Это была молодежь, особенно от четырнадцати до восемнадцати лет, получавшая самые маленькие пайки Мужчины умирали раньше, чем женщины Здоровых, сильных людей гибло больше, чем хронических инвалидов» Он сравнивает различные оценки числа умерших, отмечая, что «почти все эти смерти произошли из-за болезней, связанных с голоданием», и что «показатель смертности от всех болезней подскочил до астрономического уровня» (чего в действительности не было) Утверждая, что цинга была «всеобщей», он описывает меры городского руководства по борьбе с этой и другими болезнями Дойдя до оценки общего числа умерших, он также признает неопределенность методики любого исчисления Ему представляется приемлемым общее количество в «несколько более одного миллиона смертных случаев, относящихся к голоду»<sup>16</sup> Дважды десятилетиями позже Уильям Москофф посвятил Ленинграду одну из глав своей монографии «Горький хлеб» (1990) о продовольственном обеспечении в СССР в период второй мировой войны Он исследовал влияние голода на рождаемость и младенческую смертность и рассмотрел профилактические меры, предпринятые правительством, но в остальном мало что добавил к работам своих предшественников<sup>17</sup> Кроме этих книг на Западе появилось некоторое число специальных статей по специфически медицинской тематике, но их крайне мало<sup>18</sup>

Постоянное существование голода в мире изобилия — одно из наибольших противоречий нашего времени Его преодолению может способствовать изучение уроков истории В этом контексте

<sup>15</sup> *Goure L* The Siege of Leningrad Stanford 1962 P 160—163, 216, 223

<sup>16</sup> *Salisbury H* The 900 Days London, 1986 P 376, 507, 514—516

<sup>17</sup> *Moskoff W* The Bread of Affliction Cambridge, 1990 P 199—200

<sup>18</sup> См., например *Brozek J Wells S, Keys A* Medical Aspects of Semistarvation in Leningrad (Siege 1941—42) // *American Review of Soviet Medicine* 1945 October Vol 4, no 1 *Stanner S A et al* Malnutrition in utero as a determinant of diabetes and coronary heart disease in adult life The Leningrad Siege Study // *British Medical Journal* 1998



исследование обстоятельств массового голода в Ленинграде в период второй мировой войны, основанное на использовании ставших лишь недавно доступными новых источников и базирующееся на международном сотрудничестве, имеет хорошие перспективы. В последующих главах рассматриваются разнообразные медицинские аспекты истории блокады. Однако конечная цель данного издания заключается в том, чтобы способствовать углубленному изучению природы массового голода, последствий голодания и наиболее эффективных методов борьбы с ним. Исходя из этого, коллектив авторов надеется, что из страданий Ленинграда во время блокады будет извлечен опыт, который мог бы стать полезным как для настоящих, так и для будущих поколений во всем мире.

## Демографическая обстановка и здравоохранение в Ленинграде накануне Великой Отечественной войны

Блокада стала тяжелейшим испытанием для населения Ленинграда, суровой проверкой всех структур и ведомств, обеспечивавших жизнедеятельность огромного города. Изучение блокадной трагедии, ее глубины и причин было бы неполным без анализа предвоенного положения северной столицы. Однако многие проблемы истории Ленинграда накануне Великой Отечественной войны слабо отражены в современной историографии, в частности практически отсутствуют работы о демографической ситуации в городе,<sup>1</sup> о значении и роли системы здравоохранения в обеспечении ее стабильности. Еще в меньшей степени изучены вопросы подготовки Ленинграда к возможным военным действиям, хотя в 1939—1940 гг. он был единственным крупным городом Советского Союза, который оказался в непосредственной близости от линии фронта и получил определенный опыт мобилизационной работы. Такое положение объясняется главным образом недоступностью многих источников, особенно статистических, до недавнего времени находившихся на секретном хранении. До сих пор в полном объеме не опубликованы материалы переписи 1939 г. по Ленинграду, неизвестна динамика последующих демографических процессов, не введены в научный оборот мобилизационные планы города и отдельных ведомств.

Между тем изучение ранее секретных архивных документов вносит существенные коррективы в представления о довоенной жизни Ленинграда

Как известно, точкой отсчета всей военной статистики населения является Всесоюзная перепись 1939 г.<sup>2</sup> Несмотря на справедли-

<sup>1</sup> Самые общие сведения о демографических процессах в Ленинграде в конце 1930-х гг. содержатся в статье *Чистякова Н. А.* Проблемы изучения демографических процессов в Ленинграде (Санкт-Петербурге) 1930—1950-е годы // *Народонаселение современное состояние и перспективы развития научного знания* М., 1997 С. 164—175

<sup>2</sup> Подробно см. *Всесоюзная перепись населения 1939 года Основные итоги* М., 1992, *Жиромская В. Б.* Людские потери в годы Великой Отечественной войны

вую критику за искажения, ее материалы являются единственным источником сведений о структуре населения Ленинграда по полу, возрасту, национальности, семейному положению и другим показателям за два с половиной года до войны. Официальные результаты переписи лежали в основе всех исчислений статистиков в период блокады, а также использовались властями для решения практических вопросов обороны, например для эвакуации из города лиц немецкой и финской национальностей. К настоящему времени удалось установить, что численность «специальных контингентов», приписанных к гражданскому населению Ленинграда, составляет 75 801 человек (59 732 мужчины и 16 069 женщин), т. е. 2,4% от опубликованных данных.<sup>3</sup> Следует также отметить, что подробная разработка материалов переписи была проведена только по 19 районам Ленинграда (15 городских районов и 4 города — Колпино, Кронштадт, Пушкин, Петергоф, административно подчиненных Ленгорсовету), причем выделение присоединенных контингентов не проводилось.<sup>4</sup>

По состоянию на 17 января 1939 г. в 19 районах Ленинграда насчитывалось 1 454 783 мужчины (45,6%) и 1 736 521 женщина (55,4%), всего 3 191 304 человека, в 15 собственно городских районах проживало 3 015 188 человек, 1 372 928 мужчин и 1 642 260 женщин.<sup>5</sup>

Возрастной состав населения одного из крупнейших индустриальных центров страны в целом не сильно отличался от общесоюзных показателей, характерных для традиционного общества.<sup>6</sup> Дети и молодежь до 19 лет составляли 32,7% ленинградцев (в СССР — 44,9%), лица старше 50 лет — 13,8% (в СССР — 13%). Выделялась группа малышей 1937—1939 гг. рождения (5% всех горожан) — результат закона 1936 г., запрещавшего аборт. 11 мужчин и 34 женщины преодолели столетний рубеж.

На 1000 ленинградцев старше 15 лет в браке были 564, при этом совместно живущих семей насчитывалось 783 145, треть из них (31,9%) состояла из 2 человек, треть (32,1%) — из трех и только

точка отсчета // Людские потери СССР в период второй мировой войны СПб, 1995 С 28—35

<sup>3</sup> РГАЭ, ф 1562, оп 329, д 280, л 80 См также *Жиромская В Б* Людские потери С 30

<sup>4</sup> Документы с основными итогами переписи 1939 г по Ленинграду (26 таблиц) см РГАЭ, ф 1562, оп 336, д 305

<sup>5</sup> В Колпино проживало 37 648 чел (18 601 мужчина и 19 047 женщин), в Кронштадте — 38 071 (17 540 и 20 531), в Петергофе — 44 261 (20 186 и 24 075), в Пушкине — 56 136 (25 528 и 30 608) ЦГА СПб, ф 4965, оп 3, д 13, л 3—4

<sup>6</sup> Население России Исторические очерки М, 2000 Т 1 С 374

20.9% — из четырех. Традиционных семей из нескольких поколений с большим количеством детей в Ленинграде было мало: семьи из 5 человек составляли 9.5% от общей численности, из 6 — 3.7%, из 7 — 1.3%, из 8 — 0.4%, из 9 — 0.1%, свыше 10 — 0.1%.

В Ленинграде проживали представители более чем 30 национальностей, но абсолютное большинство населения (86.99%) было русским. Евреи составили 6.3% горожан, украинцы — 1.7%, белорусы — 1%, татары — 0.99%. Численность ленинградцев других национальностей колебалась от 0.01% (шведы, китайцы и др.) до 0.65% (поляки), в том числе в городе жили 10 104 немца и 7923 финна.

Перепись 1939 г. зафиксировала всего 206 «нетрудящихся» (с семьями), однако иждивенцев (детей, домохозяек, пенсионеров, инвалидов и т. д.) насчитывалось свыше 1.2 млн (38.3% всего населения). Основная масса работавших горожан была занята в промышленности (51.9%), строительстве (6.2%), транспорте и связи (6.0%), торговле и общественном питании (8.3%). Свыше 73 тыс. человек (4.2% от имеющих занятие горожан) работали в системе здравоохранения. Значительную часть (46.2%) лиц, занятых в народном хозяйстве, составляли женщины.

В Ленинграде было 64 898 руководителей различного ранга; партийные, государственные, общественные организации общесоюзного значения возглавляли 1802 человека (из них 18.3% женщин), городского и районного звена — 2134 (из них 28.2% женщин). В городе также насчитывалось 3482 освобожденных руководителя первичных партийных, комсомольских, профсоюзных и других общественных организаций.

За два года после переписи численность и структура населения Ленинграда изменилась. При этом существенное влияние на демографические процессы оказала советско-финская война 1939—1940 гг.

Уже в сентябре 1939 г. ленинградский военкомат отправил в армию, флот, войска НКВД свыше 147 тыс. резервистов и новобранцев,<sup>7</sup> что резко увеличило дисбаланс между мужским и женским населением. Из-за близости фронта сильно сократилась миграция: если в 1935—1938 гг. в Ленинград ежегодно прибывало в среднем 479.3 тыс. человек (уезжало 456.2 тыс.), то в 1939—1940 гг. этот поток уменьшился в 1.7 раза. В 1939 г. число выбывших из города превысило число прибывших на 101 054 человек, и миграционный прирост 1940 г. (51 021 чел.) не компенсировал эту цифру.<sup>8</sup> Значи-

<sup>7</sup> ЦГА СПб, ф. 7384, оп. 4, д. 23, л. 657—658

<sup>8</sup> Там же, ф. 4965, оп. 8, д. 738, л. 9.

тельную часть тех, кто осел в Ленинграде в конце 1940—начале 1941 г., составили подростки, мобилизованные в профессионально-технические учебные заведения, которые были организованы по Указу Президиума Верховного Совета СССР от 2 октября 1940 г. «О трудовых резервах». К концу 1940 г. в Ленинграде начали действовать 82 ремесленных и 3 железнодорожных училища, 21 школа ФЗО, где обучалось свыше 81 тыс. юношей и девушек 13—18 лет, при этом около 50 тыс. из них не были коренными ленинградцами и жили в общежитиях.<sup>9</sup>

Показатели естественного движения (брачность, рождаемость, смертность) ленинградцев в 1939—1940 гг. также изменились, и не в лучшую сторону (табл. 1 и 2).

Таблица 1

**Естественное движение населения Ленинграда  
и 4 подчиненных ему городов (19 загсов)**

	Данные ЦУНХУ		Данные ЗАГСА	
	1939 г	1940 г	1939 г	1940 г
Родилось живыми	86243	72645	86106	72845
Умерло всего	48446	53976	51715	57583
Умерло до 1 года	12676	14337	13746	15487
Браки	40317	38781	40259	38916
Разводы	11139	10913	11148	10918

РГАЭ, ф. 1562, оп. 329, д. 261, л. 68; д. 394, л. 67; ЦГА СПб., ф. 7384, оп. 3, д. 13, л. 82.

Таблица 2

**Естественное движение населения Ленинграда  
(15 загсов)**

	1939 г	1940 г
Родилось живыми	79411	66604
Умерло всего	44942	50118
Умерло до 1 года	11581	13047
Браки	37943	36445
Разводы	10507	10248

РГАЭ, ф. 1562, оп. 329, д. 261, л. 68; д. 262, л. 5; д. 394, л. 67; д. 396, л. 4.

<sup>9</sup> Там же, ф. 5016, оп. 2, д. 120, л. 2.

В 1940 г. по сравнению с 1939 г. сократилось число браков, рождений. Снижение рождаемости особенно стало заметным во второй половине 1940 г. — последствия ухода мужчин в армию. Если в январе—июне 1940 г. ежемесячно на свет появлялось в среднем 6392 ребенка, то в июле—декабре только 4771, т. е. на 25% меньше. Смертность населения, напротив, возросла, особенно детская. В 1940 г. доля младенцев первого года жизни превысила 26% всех умерших ленинградцев. На 1000 детей, родившихся живыми, в 1939 г. умирало 157.2, а в 1940 г. уже 200.3. Статистики отмечали: «Такого высокого показателя смертности не было с 1922 г., особенно велики были показатели [детской] смертности в марте — 269.6 и в июле — 348.0».<sup>10</sup> Заболеваемость и смертность новорожденных в Ленинграде была выше, чем в других крупных городах Советского Союза. В 35.4% случаев младенцы умирали от пневмонии, в 33.7% — от желудочно-кишечных расстройств и только в 7% — от собственно детских инфекций (кори, коклюша, дифтерии). Пневмония стала одной из главных причин смерти и взрослых ленинградцев (18% всех умерших), от нее в 1940 г. умерло на 2000 горожан больше, чем в 1939 г.

Изменились и показатели смертности от так называемых социальных болезней и внешних причин (табл. 3), что также было связано с уходом мужчин в армию.

Таблица 3

**Смертность от социальных болезней и внешних причин  
на 10 000 человек населения**

Причина смерти	1938 г.	1939 г.	1940 г.
Туберкулез	22.0	20.7	19.7
Сифилис	1.0	0.9	1.2
Алкоголизм	2.1	2.0	1.2
Самоубийства	2.6	2.2	2.2
Убийства	0.6	0.7	0.5
Травмы на производстве	0.4	0.4	0.5
Прочие травмы	7.0	6.9	7.0

ЦГА СПб., ф. 7384, оп. 3, д. 13, л. 87.

Значительно сократилось количество умерших от алкоголизма, несколько увеличилось от сифилиса. Неуклонно продолжала уменьшаться смертность от туберкулеза. В течение всего периода военных действий (4-й квартал 1939 г. и 1-й квартал 1940 г.) резко сни-

<sup>10</sup> Там же, ф. 7384, оп. 3, д. 13, л. 83.

зилось число актов суицида, но с апреля 1940 г. попытки самоубийства участились.

Наивысшие показатели смертности в Ленинграде были зафиксированы в марте и июле 1940 г., когда умерли соответственно 5662 и 5646 человек, тогда как в остальные месяцы число умерших не превышало 5 тыс.<sup>11</sup> Статистики подчеркивали: «Июльское повышение смертности оказалось столь значительным, что по ряду районов Ленинграда имелся отрицательный прирост населения».<sup>12</sup>

Неблагоприятные тенденции наблюдались и при анализе инфекционной заболеваемости (табл. 4), которая увеличилась по большинству показателей.

Таблица 4

Эпидемическая заболеваемость и смертность от нее на 10 000 человек

	Заболело		Умерло	
	1939 г.	1940 г.	1939 г.	1940 г.
Брюшной тиф	3.2	3.3	0.2	0.3
Сыпной тиф	1.4	2.0	0.02	0.06
Корь	101.8	198.9	3.4	6.4
Грипп	2951.4	2767.8	1.4	1.2
Дизентерия и колит	68.5	137.9	3.8	4.8
Церепроспинальный менингит	1.5	31.8	0.5	1.2

ЦГА СПб., ф. 7384, оп. 3, д. 13, л. 86.

Общий итог, доложенный Городским управлением народнохозяйственного учета председателю Ленгорисполкома П. С. Попкову в январе 1941 г., был неутешительным: «Данные регистрации 1940 г. значительно хуже по санитарно-демографическим показателям по сравнению с 1938 и 1939 гг.»<sup>13</sup> Если в 1939 г. число родившихся на 1000 населения составило 28.4, то в 1940 г. — 23.6, число умерших соответственно 16.0 и 17.5. Естественный прирост сократился в 2 раза, с 12.4 в 1939 г. на 1000 населения до 6.1 в 1940 г.<sup>14</sup> В результате впервые после революции и гражданской войны общая численность населения Ленинграда перестала расти и даже немно-

<sup>11</sup> Там же, д. 45, л. 273.

<sup>12</sup> Там же, д. 13, л. 88.

<sup>13</sup> Там же, л. 82.

<sup>14</sup> Там же, ф. 4965, оп. 8, д. 738, л. 11. По другим данным, естественный прирост в 1939 г. составил 10.8, а в 1940 г. только 4.8, т. е. сократился в 2.2 раза (ф. 7384, оп. 3, д. 13, л. 82).

го понизилась. По оценке статистиков, на 1 января 1940 г. население 15 городских районов составило 2920 тыс.<sup>15</sup>

В документах тех лет причины неблагоприятного демографического развития Ленинграда в 1940 г. указываются очень скупно и объясняются «известными осложнениями, вызванными условиями военных действий против белофиннов».<sup>16</sup>

Уход трудоспособных мужчин в армию не только отразился на понижении брачности и рождаемости, но косвенным образом способствовал повышению детской смертности. Женщины, пришедшие на производство, отдали своих детей в ясли и детские сады,<sup>17</sup> где заболеваемость была выше. Занятость на работе способствовала также ухудшению условий кормления младенцев. «Многие матери слишком рано начинают прикармливать своих детей, что влечет за собой понижение сопротивляемости инфекционным заболеваниям и передвижение инфекционных заболеваний на первое полугодие жизни ребенка, т. е. на возраст, в котором резко повышается летальность».<sup>18</sup>

Кроме того, зима 1939/40 г. оказалась на редкость суровой, морозы доходили до 40°, из-за нехватки электроэнергии и топлива участились сбои в теплоснабжении городского хозяйства, в том числе и лечебных учреждений. Так, например, в родильном отделении Петергофской больницы зимой температура не поднималась выше 7—12°, в Пушкине промерзли стены родильного дома.<sup>19</sup> Переохлаждение способствовало заболеваемости и детей, и взрослых, в частности, пневмонией.

Ухудшение демографических процессов в 1939—1940 гг. было характерно для всей страны.<sup>20</sup> Однако в Ленинграде оно было вос-

<sup>15</sup> ЦГА СПб., ф. 4965, оп. 8, д. 738, л. 7. По оценкам Городского отдела актов гражданского состояния, население Ленинграда на 1 января 1941 г. составляло 2 802 413 человек (ЦГА СПб., ф. 4904, оп. 1, д. 5, л. 26, 27). Сокращение населения Ленинграда не вызвало беспокойства руководства, напротив, оно вписывалось в планы ограничения общей численности горожан. Выступая на Объединенной IX областной и VII городской конференциях ленинградской партийной организации (апрель 1940 г.), А. А. Жданов отметил, что ЦК ВКП (б) установил для Ленинграда на ближайшие 10 лет лимит — 3,5 млн горожан. При этом увеличение численности должно было идти главным образом за счет рождаемости, а на пути миграции предполагалось установить «некоторый барьер, чтобы сюда лишнего народа не ездило» См.: РГАСПИ, ф. 77, оп. 1, д. 751, л. 91; д. 752, л. 30.

<sup>16</sup> ЦГА СПб., ф. 9156, оп. 4, д. 82, л. 49.

<sup>17</sup> В отчете сектора детства Ленгорздравотдела за 1940 г. отмечалось, что в начале 1940 г. в Ленинграде «ощущалась острая потребность» в яслях (ЦГА СПб., ф. 9156, оп. 4, д. 792, л. 17).

<sup>18</sup> Там же, ф. 7384, оп. 3, д. 13, л. 85.

<sup>19</sup> Там же, ф. 9156, оп. 4, д. 82, л. 116.

<sup>20</sup> Исупов В. А. Демографические катастрофы и кризисы в России в первой половине XX века. Новосибирск, 2000. С. 125—137



принято очень остро, прежде всего потому, что город располагал одной из самых лучших и мощных систем медицинского обслуживания населения. Помимо организаций Городского отдела здравоохранения в Ленинграде размещались клиники научно-исследовательских и учебных институтов, находившихся в подчинении Наркоматов здравоохранения СССР и РСФСР. Кроме того, в городе действовали крупные медицинские учреждения военного ведомства, в том числе две академии (Военно-медицинская и Военно-морская медицинская), и военные медики, хотя их деятельность не входила в отчетность Ленгорздравотдела, принимали активное участие в разработке многих научных и практических проблем.

В 1940 г. в Ленинграде располагались: 73 больницы (в том числе 2 психиатрические колонии), 18 клинических институтов, 131 поликлиника и амбулатория, 59 диспансеров (туберкулезных, венерических, психоневрологических), 23 детские поликлиники, 47 женских консультаций, 20 родильных домов, 384 здравпункта на предприятиях.<sup>21</sup> На 1000 населения приходилось: терапевтических коек — 1.2, хирургических — 1.1, инфекционных — 1.1, туберкулезных и неврологических по 0.3. В предвоенные годы в среднем ежегодно в стационарах лечились свыше 420 тыс. больных. В 1940 г. летальность (процент умерших к числу поступивших) в больницах города (без психиатрических и родильных коек) в среднем составляла 7.8%, что было несколько выше показателя 1939 г. (7.3%). По подсчетам горздравотдела, в среднем на 1 врача приходилось 9.3 койки, на 1 медсестру — 3.1, очень высокий показатель, заставлявший руководство задумываться о «рациональной загрузке врачей».

Медики Ленинграда достигли немалых успехов. Были ликвидированы очаги многих опасных инфекционных заболеваний, велась большая работа по их профилактике, создана эффективная система охраны материнства, младенчества и детства, большое внимание уделялось своевременной госпитализации больных.<sup>22</sup> Однако в 1939—1940 гг. хорошо отлаженный механизм не смог справиться с возросшей нагрузкой. Многие подразделения городской системы

<sup>21</sup> Сведения о численности и состоянии медицинских учреждений приводятся по акту передачи дел новому заведующему Ленгорздравотделом 5 июня 1941 г., большинство статистических данных приводится по состоянию на 1 января и 1 апреля 1941 г.: ЦГА СПб, ф 9156, оп 4, д. 82.

<sup>22</sup> Подробно см.: Эмдин Л. Охрана здоровья грудящихся Ленинграда. Л., 1939; Хромов Б. М., Свешиников А. В. Здравоохранение Ленинграда. Краткий исторический очерк. Л., 1969

здравоохранения были самым непосредственным образом привлечены к обслуживанию фронта. До 2,5 тысяч медицинских работников Ленинграда были мобилизованы в армию,<sup>23</sup> часть крупных больниц была перепрофилирована для лечения военнослужащих, вследствие чего госпитализация гражданских больных в январе—мае 1940 г. «протекала в особо напряженной обстановке».<sup>24</sup> В 1940 г. из-за «необычных условий работы больниц» было госпитализировано на 10 тыс. ленинградцев меньше, чем в 1939 г. Почти полностью на выполнение заданий фронта, т. е. на транспортировку раненых, а также вывоз больных из стационаров, передаваемых под госпитали, была переведена скорая помощь.

Для медиков война не закончилась в марте 1940 г. В течение нескольких последующих месяцев продолжались лечение и эвакуация раненых, свертывание госпиталей.<sup>25</sup> Переключение на мирное, гражданское здравоохранение проходило медленно и трудно. Поэтому часть традиционно важных для ленинградских медиков вопросов осталась вне поля зрения. Так, подготовка к вывозу детей на летний отдых не была должным образом обеспечена необходимыми санитарно-профилактическими мероприятиями, что привело к росту числа желудочно-кишечных заболеваний.

Для руководства ленинградского здравоохранения оказались полной неожиданностью тревожные сведения о неблагоприятном санитарно-демографическом положении города. В начале августа 1940 г. в адрес горздравотдела поступил строгий циркуляр Наркомата здравоохранения о недопустимости столь высокой детской смертности в родильных домах и родильных отделениях, а 28 августа на совещании в отделе была зачитана сводка Управления народнохозяйственного учета (УНХУ) Ленинграда с цифрами о рождаемости, смертности, заболеваемости. Временно исполняющий обязанности заведующего горздравотделом, ознакомившись с этими сведениями, растерянно заявил: «Данные настолько превосходят то, что можно было ожидать, что, конечно, надо выработать какое-то отношение к этому вопросу».<sup>26</sup> В начале октября 1940 г. в Ленинград приехал нарком здравоохранения РСФСР, чтобы на

<sup>23</sup> Очерки истории Ленинграда. М.; Л., 1964. Т. 4. С. 416.

<sup>24</sup> ЦГА СПб., ф. 9156, оп. 4, д. 82, л. 82.

<sup>25</sup> В период войны с финнами из Москвы в Ленинград были передислоцированы 12 госпиталей на 6300 коек, имущество которых после окончания боевых действий было оставлено в распоряжении Ленгорздравотдела как мобилизационный запас (ЦГА СПб., ф. 7384, оп. 4, д. 36, л. 192).

<sup>26</sup> Там же, ф. 9156, оп. 4, д. 63, л. 150.

месте ознакомиться с положением дел, а 18—19 октября состоялась сессия Ленинградского городского Совета депутатов, на которой основным был вопрос о мероприятиях по улучшению медицинского обслуживания трудящихся. В докладе заведующего отделом здравоохранения Л. А. Эмдина было отмечено, что медикам не удалось добиться снижения желудочно-кишечных заболеваний, детской пневмонии, наладить патронирование новорожденных и полностью охватить прививками против дифтерии детский контингент, организовать взаимодействие внебольничной помощи и стационаров при госпитализации. Основная причина этого заключалась в том, что «большая часть коллектива медицинских работников за последний квартал 1939 г. и первую половину 1940 г. была направлена на обслуживание фронта. После этого наступил определенный период самоуспокоенности, и мы отвлеклись от обслуживания интересов гражданского населения».<sup>27</sup> С резкой речью на сессии выступил председатель горисполкома П. С. Попков, который заявил: «Абсолютное большинство недостатков, о которых рассказывали выступившие депутаты... есть результат самоуспокоения руководства от здравоохранения...»<sup>28</sup> Основные недостатки, по мнению главы города, заключались в слабой дисциплине медицинских работников, отсутствии четкого руководства со стороны горздравотдела, оторванности части научно-исследовательских институтов от практических потребностей городского здравоохранения.

Энергичные меры, принятые городскими властями и самими медиками, были направлены главным образом на уменьшение заболеваемости и смертности новорожденных. В ноябре 1940 г. в каждом родильном доме (отделении) были организованы лечебно-контрольные комиссии, в состав которых входили акушер, педиатр, патологоанатом. Устанавливалось обязательное вскрытие умерших младенцев, проводилось не только патологоанатомическое исследование, но и гистологическое. По мере накопления материалов, их анализа комиссии вносили конкретные предложения как руководству лечебных учреждений, так и Центральной лечебно-контрольной комиссии при горздраве. Были приняты меры по улучшению теплового режима, в родильные дома (отделения) в начале декабря 1940 г. было направлено 3 тыс. грелок, 123 кувезы, организовано снабжение сульфаниламидными препаратами. Ленгор-

<sup>27</sup> Там же, д. 62, л. 1. В черновике выступления Л. А. Эмдина эта фраза звучала несколько иначе: «Весь коллектив... направили исключительно на обслуживание фронта».

<sup>28</sup> ЦГА СПб., ф. 7384, оп. 18, д. 1102, л. 50—68.

здравотдел издал приказ о запрете выписывать недоношенных детей домой, и они могли оставаться в родильных домах до 2 месяцев. Выписка недоношенных новорожденных проводилась в сопровождении медсестры, по возможности домой они отвозились на машинах, при этом детей помещали в особые «чемоданы», обогреваемые грелками. Было организовано повышение квалификации медицинского персонала.<sup>29</sup> Результаты не заставили себя ждать: уже в первом квартале 1941 г. младенческая смертность резко снизилась. Так, если коэффициент смертности детей до 1 года (на 1000 родившихся живыми) в феврале 1940 г. составлял 197, то в феврале 1941 г. всего 100.<sup>30</sup>

В конце 1940 г. началась реорганизация женских консультаций, где было сосредоточено все обслуживание беременных женщин. Принимались меры для борьбы с криминальными абортами, численность которых росла быстрыми темпами: в 1938 г. их было зафиксировано 385, в 1939—1940 гг. уже больше тысячи, а только в первом квартале 1941 г. — 325. С этой целью в трех наиболее крупных стационарах была установлена должность юриста, в обязанности которого входила «вся связь с прокуратурой и помощь в выявлении криминальных абортов врачами стационаров».

С целью своевременной госпитализации больных большое внимание уделялось укреплению связей между поликлиниками и больницами.

Что касается борьбы с очень распространенными желудочно-кишечными заболеваниями, то здесь возможности медиков ограничивало состояние инфраструктуры города.<sup>31</sup> К 1941 г. жилой фонд Ленинграда составлял 16,6 млн кв. м, в городе было 27 624 домовладения, в среднем на одного человека приходилось 6—6,5 кв. м жилья. Почти 8% всего населения (242 351 чел.) проживали в общежитиях, которых в Ленинграде было 2129, из них свыше 200 считались «неблагополучными по вшивости», именно там в конце 1940 г. и в феврале 1941 г. были зафиксированы вспышки брюшного тифа. 95% домов имели водопровод, 92,7% — канализацию, 99,5% — электроосвещение. Центральным теплоснабжением было обеспечено только 16,7% жилья, а большинство домов отапливалось печами. Массовая газификация еще только начиналась (газ был в 25 тыс. квартир), и на кухнях господствовали керосинки и примусы. Наибольшие опасения медиков вызывало неудовлетвори-

<sup>29</sup> Там же, ф. 9156, оп. 4, д. 82, л. 118—119, 123, 124.

<sup>30</sup> Там же, ф. 7384, оп. 3, д. 13, л. 151—153, 169—173.

<sup>31</sup> См.: Там же, ф. 9156, оп. 4, д. 82, л. 33, 57, 127; ф. 2076, оп. 4, д. 65, л. 5—6.

тельное, по их мнению, санитарное состояние города, в частности недостаточные мощности канализации, водопроводной сети, несовершенство системы очистки города от мусора. Большие претензии предъявлялись Государственной санитарной инспекцией к уличной торговле пищевыми продуктами в нефасованном виде, а также к состоянию многих столовых.

Довольно остро в городе стоял вопрос о расширении психиатрической помощи населению. По состоянию на 1 марта 1941 г. во всех психиатрических больницах (кроме детских) было 6485 пациентов, но мест катастрофически не хватало, больные в ряде случаев размещались даже на полу. В 1938—начале 1941 г. свыше 3 тыс. больных были вывезены из Ленинграда в пригороды и другие области, однако вопрос об организации систематического оттока хроников в психиатрические колонии и учреждения социального обеспечения не был решен.

В начале 1941 г. санитарно-демографическое состояние Ленинграда значительно улучшилось, что отмечалось в регулярных отчетах Городского УНХУ председателю Ленгорисполкома П. С. Попкову.<sup>32</sup> По сравнению со второй половиной 1940 г. увеличилась рождаемость (в абсолютных цифрах на 25%, но уровня 1939 г. она не достигла), снизилась смертность (на 11%), особенно детская (в 2 раза). Быстрое преодоление кризисных явлений в демографической ситуации Ленинграда подтвердило эффективность сложившейся системы здравоохранения, высокий профессионализм медиков. Вместе с тем опыт 1939—1940 гг. показал, что многие вопросы обеспечения жизни и безопасности гражданского населения находятся в запущенном состоянии.

Еще в начале 1939 г. председателю Ленгорсовета П. С. Попкову была представлена «Справка о мобилизационных вопросах, общих для всего города Ленинграда»,<sup>33</sup> подписанная городским военкомом Ф. Ф. Расторгуевым, где излагались наиболее болезненные проблемы готовности Ленинграда к возможной войне. Как видно из этого небольшого документа, в стране полностью отсутствовала правовая база подготовки к войне, так как старые законы (например, о трудовой повинности), входящие в действие с объявлением мобилизации, были фактически отменены. Еще в мае 1937 г. на неоднократные запросы президиума Ленгорсовета секретарь Совнаркома РСФСР сообщил, что «вопрос с законами на

<sup>32</sup> Там же, ф. 7384, оп. 3, д. 13, л. 151—153, 169—173.

<sup>33</sup> Там же, оп. 4, д. 25, л. 652—655.

военное время окончательной ясности не имеет». После этого ленинградские власти в 1937—1938 гг. шесть раз (!) обращались в правительство, но безуспешно. Сводный мобилизационный план Ленгорсовета никогда не составлялся, «вопрос о необходимости разработки ставился перед СНК РСФСР, но, как всегда, безрезультатно», а штаб Ленинградского военного округа вообще не рекомендовал гражданским властям составлять сводный план в целях сохранения государственной и военной тайны. Поэтому разрабатывался только внутренний план для аппарата президиума Ленгорсовета. Главным недостатком такого подхода к мобилизационной работе была «почти полная» несогласованность планов различных управлений и ведомств. К планированию не были привлечены аппараты горкома и райкомов партии, их представители даже не были включены в состав суженных заседаний исполкомов, занимавшихся этой работой. Оставался неразработанным ряд принципиальных вопросов, в частности о ликвидации, сокращении или объединении организаций и учреждений в военное время, вопрос использования всех видов транспорта для грузоперевозок по снабжению населения Ленинграда продовольствием, топливом, вопрос хранения вещей тех, кто будет призван в армию. СНК РСФСР, Наркомат обороны, Комитет обороны при СНК СССР, штаб Ленинградского военного округа за 1930-е гг. ни разу не проверили мобилизационную готовность Ленгорсовета. В результате руководители и сотрудники мобилизационных отделов не обладали необходимыми знаниями и опытом, а их «мобилизационная неграмотность», по словам военного комиссара города, являлась «громадным тормозом» для работы.

Невыгодное военно-стратегическое положение Ленинграда (близость к границе, оторванность от сырьевых и топливных баз), структура его населения (большое число детей, иждивенцев), наличие крупных оборонных предприятий требовали четкой и своевременной эвакуации большой массы людей и техники. План «разгрузки» города, составленный еще в 1932—1934 гг., предусматривал три этапа эвакуации:

- 1) автоматически с объявлением мобилизации по плану подлежали вывозу валютные и музейные ценности, ценные экспортные и импортные грузы. Эвакуировались 19 объектов, вывозилось 26 037 тонн груза и 294 человека, для чего требовалось 2210 вагонов. Срок первого этапа длился от 1 до 10 дней;

- 2) по особому распоряжению правительства подлежали вывозу уникальные предприятия и учреждения, работающие на оборону.

«Разгружались» 45 объектов, вывозилось 25 794 тонн груза и 23 547 человек (4008 вагонов). Срок — 20 дней с момента, указанного в особом распоряжении;

3) при непосредственной угрозе Ленинграду подлежали вывозу 118 предприятий оборонного значения.

К 1939 г. план сильно устарел, а корректировка его, по словам Ф. Ф. Расторгуева, проводилась «кустарно, местными средствами, без каких-либо указаний правительственных органов. ...Все указанные моменты привели план разгрузки в совершенно негодный документ, а сама цель разгрузки в существующем виде не выполняет поставленных задач». Президиум Ленгорсовета в 1937—1938 гг. четырежды запрашивал Совнаркомы СССР, РСФСР, Наркомат обороны по данному вопросу, неоднократно представители города ездили в Москву, но снова безрезультатно, хотя там знали, что «Ленинград без постановления правительства самостоятельно разгрузку не проведет».

Несмотря на войну с Финляндией, многие вопросы мобилизационной и оборонной работы Ленинграда не были решены и в 1939—1940 гг. На суженных заседаниях исполкома утверждались цифры строительства убежищ, различных сооружений, переоборудования школ под госпитали, но обобщающий документ так и не был разработан.<sup>34</sup> Город не мог самостоятельно решить многие вопросы. Так, по мобилизационному плану Ленинградского городского отдела народного образования 1939 г. предусматривалось расширение детских домов на 890 человек, детских садов — на 2000 человек, а также эвакуация детей детских домов и обслуживающего их персонала (всего 12 122 чел.); в июле 1939 г. председатель Ленгорсовета обратился в Наркомпрос и Совнарком РСФСР с просьбой установить области, районы и пункты базирования детских учреждений, которые подлежали вывозу в глубь страны.<sup>35</sup> Однако, когда в конце 1939—начале 1940 г. ленинградские власти попытались вывезти часть воспитанников, их инициатива завязла в бесплодной переписке с московскими ведомствами.

Положение изменилось только весной 1941 г. Как известно, 5 марта 1941 г. нарком обороны утвердил «Наставление по мобилизационной работе местных органов военного управления».<sup>36</sup> Вскоре

<sup>34</sup> Летом 1940 г. в Ленгорисполкоме проводилась доработка проекта Положения о мобилизационной и оборонной работе 1935 г.: ЦГА СПб, ф. 7384, оп. 4, д. 36, л. 78.

<sup>35</sup> Там же, д. 23, л. 186; д. 35, л. 22—33.

<sup>36</sup> Русский архив. Великая Отечественная. М., 1994. Т. 2 (1). С. 246—247. Этот документ заменил Временную инструкцию, подготовленную в 1930 г.

после этого Ленгорисполком на своих заседаниях стал рассматривать новые мобилизационные планы своих отделов и управлений. Так, 14 марта 1941 г. было предписано составить новый план Управлению предприятий коммунального обслуживания. Согласно мобилизационному заданию, предполагалось расширить существующие кладбища, подготовить новые участки с траншеями для захоронений (приблизительно на 45 тыс. чел.), также предусматривалось организовать специальные отряды для уборки трупов животных и расширить специальный завод для их утилизации.<sup>37</sup> В мае 1941 г. для кладбищ были отведены новые участки, однако рытье траншей производилось уже после начала войны, и только 26 августа Управление предприятий коммунального обслуживания сообщило райсоветам о том, какие участки закреплены за каждым районом «для захоронения погибших от воздушных налетов».<sup>38</sup>

План Ленгорздравотдела по мобилизационной работе на заседании горисполкома не был утвержден, однако медицинская служба находилась под постоянным контролем городских властей и Наркомата здравоохранения. На Ленгорздравотдел и его учреждения были возложены крупные мобилизационные задания, они были обязаны: а) содействовать в медико-санитарном отношении проведению войсковой мобилизации; б) обеспечить нормальное обслуживание гражданского населения в условиях военного времени; в) передать в короткие сроки мобилизационного периода оперативные койки органам Наркомата обороны; г) организовать ряд новых формирований (госпиталей, прачечных и санитарных отрядов).

Проект плана медико-санитарного обслуживания гражданского населения Ленинграда в военное время, разработанный в 1940 г., Наркомат здравоохранения дважды возвращал для доработки. Последний вариант плана был представлен на специальное совещание наркомата в середине декабря 1940 г.<sup>39</sup> Его основные положения предусматривали развертывание больничных коек (взамен переданных Красной Армии), бронирование медицинского персонала, перераспределение медицинских кадров между отдельными учреждениями, а также изменение профиля некоторых лечебных учреждений. Наиболее сложным, по мнению разработчиков плана, был вопрос о числе медиков, которые будут призваны в армию,<sup>40</sup>

<sup>37</sup> ЦГА СПб., ф. 3200, оп. 5, д. 18, л. 83.

<sup>38</sup> Там же, д. 19, л. 25.

<sup>39</sup> Там же, ф. 7384, оп. 4, д. 37, л. 7—8.

<sup>40</sup> Там же, ф. 9156, оп. 6, д. 2, л. 177.



но и в мае 1941 г. горздравотдел не располагал необходимыми сведениями.

В 1940 г. на суженных заседаниях Ленгорисполкома было принято 19 решений по вопросам создания и хранения мобилизационных запасов медицинского имущества, о помещениях для будущих госпиталей. За январь—май 1941 г. к этим вопросам Ленгорисполком обращался 5 раз. С ноября 1940 г. по май 1941 г. первый сектор горздравотдела, занимавшийся вопросами мобилизационной готовности, обследовали 6 раз (!); в общей сложности ревизоры из Санитарного отдела Ленинградского военного округа, Наркомата здравоохранения и Совнаркома РСФСР провели в Ленинграде 57 дней. Последняя проверка состоялась 21—28 апреля 1941 г., когда начальник Военного отдела Наркомздрава РСФСР в течение недели ознакомился с состоянием мобилизационной готовности ленинградских медиков.<sup>41</sup> 10 мая 1941 г. суженное заседание Ленгорисполкома приняло решение «О результатах проверки мобилизационной готовности и финансово-материальной деятельности Ленгорздравотдела по оборонным мероприятиям за 1939—1941 гг.». На основании этого решения заведующий горздравотделом 23 мая 1941 г. издал приказ, согласно которому руководителям лечебных учреждений предлагалось к 1 июня закончить отработку плана мобилизации 1940 г., а к 1 июля — плана мобилизации 1941 г. Особое внимание следовало обратить на прилиску к госпиталям квалифицированных медиков и привлечение к работе с планами руководителей будущих госпиталей. Приказ заканчивался следующими словами: «Предупреждаю, что за недооценку мобилизационной работы, за неотработку мобилизационных планов, за несоздание условий, обеспечивающих высококачественное хранение мобзапасов, за запущенность учета мобзапаса я буду принимать самые суровые меры, вплоть до снятия с работы и предания суду».<sup>42</sup> 24 мая 1941 г. Совнарком РСФСР принял решение о готовности эвакуационных госпиталей, формируемых Ленгорздравотделом, и качестве технической документации по зданиям, приспособляемым под госпитали, где достаточно критически оценил деятельность ленинградских медиков, с чем категорически не согласились власти города, подготовившие резкое ответное письмо.

Столь придирчивый подход к вопросам здравоохранения принес свои плоды: как показали дальнейшие события, медицинская

<sup>41</sup> Там же, л. 208, 210.

<sup>42</sup> Там же, л. 203—204.

служба города в целом оказалась подготовленной к военным испытаниям лучше других ведомств.<sup>43</sup>

А вот задачи организации массовой эвакуации населения ни разу не обсуждались до войны на заседаниях Ленгорисполкома, что, несомненно, было вызвано резко отрицательным отношением руководства страны<sup>44</sup> к соответствующим планам

Между тем к 1941 г. структура населения Ленинграда в целом мало изменилась по сравнению с той, которую зафиксировала перепись 1939 г. По оценке статистиков, на 1 января 1941 г. в городе проживало 2992 тыс. человек.<sup>45</sup> За пять предвоенных месяцев естественный прирост населения составил около 10 тыс. человек, однако миграционный баланс был отрицательным — число выбывших из города превысило число прибывших приблизительно на 11 тысяч.<sup>46</sup> Таким образом, к началу войны в 15 районах Ленинграда было около 3 млн горожан. Можно предположить, что уменьшилась численность мужчин, часть которых после финской кампании осталась служить в армии. В городе по-прежнему было много детей и неработающих граждан — по данным выдачи карточек в июле на их долю приходилось 45,8% населения.

Демографическая обстановка в Ленинграде складывалась накануне войны далеко не лучшим образом. Высокий процент несамодеятельного населения должен был серьезно осложнить положение осажденного города. Органы здравоохранения хорошо подготовились к войне, но никто не ожидал, что Ленинград будет надолго врагом блокирован. К этому город готов не был.

---

<sup>43</sup> См.: *Гладких П. Ф.* Здравоохранение блокадного Ленинграда. Л., 1985. См. также выступление заведующего Ленгорздравотделом Ф. И. Машанского на коллегии Наркомата здравоохранения РСФСР 17 декабря 1942 г. с отчетом о работе: ГАРФ, ф. А-482, оп. 47, д. 409, л. 135—136.

<sup>44</sup> См., например, реакцию И. В. Сталина на планы частичной эвакуации населения Москвы. 5 июня 1941 г. он написал на проекте соответствующего постановления Совнаркома следующую резолюцию, адресованную председателю Московского Совета В. П. Пронику: «Ваше предложение о „частичной“ эвакуации населения Москвы в „военное время“ считаю несвоевременным. Комиссию по эвакуации прошу ликвидировать, а разговоры об эвакуации прекратить. Когда нужно будет и если нужно будет подготовить эвакуацию — ЦК и СНК уведомят Вас». Цит. по: *Куманев Г. А.* Подвиг и подлог Страны Великой Отечественной войны. М., 2000. С. 245.

<sup>45</sup> ЦГА СПб., ф. 4965, оп. 8, д. 738, л. 7. По оценке Городского отдела загс, в Ленинграде на 1 января 1941 г. было всего 2 802 413 чел.: ЦГА СПб., ф. 4904, оп. 1, д. 5, л. 26, ф. 9156, оп. 6, д. 35, л. 85.

<sup>46</sup> Там же, ф. 7384, оп. 3, д. 45, л. 273; Ленинград в осаде: Сб. документов СПб., 1995. С. 350.

## Голод и смерть в блокированном городе

Вопрос о жертвах блокады Ленинграда является частью сложнейшей проблемы об общих потерях СССР в годы Великой Отечественной войны<sup>1</sup> и до настоящего времени вызывает споры как среди историков-профессионалов, так и среди широкой общественности.<sup>2</sup> Численность потерь среди гражданского населения Ленинграда варьируется от 649 тыс. до 2 млн человек. До недавнего времени предполагалось, что в секретных архивах будут найдены документы с истинным числом умерших ленинградцев, однако тщательные поиски последних лет показали ошибочность таких ожиданий и необходимость скрупулезного источниковедческого анализа уже выявленных материалов.<sup>3</sup> Споры об общем числе погибших, к сожалению, отгеснили на второй план такие важные проблемы, как динамика смертности (общей и отдельных групп населения), половозрастной состав умерших, демографические последствия блокады. Эти вопросы, стоящие на стыке наук (истории, источниковедения, демографии, медицинской статистики), оставались вне поля зрения специалистов.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> О проблемах подсчетов людских потерь см.: Людские потери СССР в период второй мировой войны. СПб., 1995; Рыбаковский Л. Л. Людские потери СССР в Великой Отечественной войне. М., 1999 (работа была также опубликована в журнале «Социологические исследования». 2000. № 6, 8).

<sup>2</sup> Подробно см.: Дзенискевич А. Р. Блокада и политика. СПб., 1998. С. 45—68. Наибольшая цифра — 2 млн — приводится в кн.: Зима В. Ф. Менталитет народов России в войне 1941—1945 годов. М., 2000. С. 31.

<sup>3</sup> Как ни странно, в российской историографии отсутствуют работы источниковедческого характера о документах военных лет, что мешает критически оценивать цифры, обнаруженные в официальных материалах.

<sup>4</sup> Вопросами медицинской статистики, в том числе и смертностью, занимались Е. Э. Бен, Л. С. Каминский, Е. П. Натансон-Соколова, С. А. Новосельский, З. Г. Френкель, З. З. Шнигникова и др. (см. также библиографию работ, подготовленных сотрудниками Научно-методического бюро санитарной статистики: ЦГА СПб., ф. 9713, оп. 1, л. 201) К сожалению, абсолютное большинство исследований военных и первых послевоенных лет из-за соображений секретности не было опубликовано, а в архивах сохра-

Изучение демографических процессов в блокадном Ленинграде затруднено целым рядом обстоятельств. Во-первых, административно-территориальное деление города отличалось своеобразием: помимо собственно 15 городских районов Ленгорисполкому с 1936 г. подчинялись города Колпино, Кронштадт, Петергоф и Пушкин (официально такое положение было утверждено Президиумом ВЦИК 5 июля 1938 г.). Поэтому учет естественного движения населения с 1939 г. осуществлялся органами статистики по двум группам: данные 15 районных загсов Ленинграда и 19 (в сентябре 1941—феврале 1944 гг. — 17) загсов Ленгорисполкома. Во-вторых, во время блокады сложилось тесное взаимодействие военных и гражданских структур города. Определение «город-фронт» для Ленинграда было не просто фразой: линия обороны, фронт в буквальном смысле этого слова зачастую проходил по ближайшим пригородам северной столицы. В городе находились многочисленные военные организации, штабы, тыловые службы,<sup>5</sup> госпитали, которые обслуживали и где работали многие горожане; решения Военного совета Ленинградского фронта были обязательны для исполнения городскими властями всех уровней. В этих условиях выделение чисто «гражданской» статистики сопряжено с большими трудностями. Наконец, в кольце блокады оказалась и часть территории Ленинградской области: Всеволожский, Парголовский, частично Ораниенбаумский, Служский районы, население которых, формально не входящее в статистическую отчетность города, принимало активное участие в обороне.

Все эти особенности мало учитывались при составлении различного рода справок, сводок и отчетов, особенно касающихся эвакуации, призыва в армию и т. п. Система отчетности различных организаций также отличалась от принципов государственного учета движения населения. Управления Октябрьской железной дороги, Северо-западного речного пароходства отчитывались о числе перевезенных граждан, а кем были эти пассажиры (эвакуированны-

---

нились лишь немногие из них. Большой статистический материал был собран в кандидатской диссертации А. В. Свешникова «Здравоохранение Ленинграда в годы Великой Отечественной войны» (Л., 1963), частично опубликованный в книге: *Гладких П. Ф. Здравоохранение блокадного Ленинграда*. Л., 1985.

<sup>5</sup> «Эвакуация» продовольствия из Ленинграда летом 1941 г. во многом объясняется действиями интендантских служб, в частности Северного фронта, которые вывозили с баз Государственного резерва, расположенных в городе, продукты, предназначенные для воинских подразделений. О разногласиях между руководством города и интендантами см.: *Миронов А. А.* В целях бесперебойного снабжения Красной Армии // *Военно-исторический журнал*. 2000. № 1. С. 13—19.

ми или командированными, жителями города или области), их уже не касалось, поэтому к ведомственной статистике следует подходить с осторожностью.<sup>6</sup>

В условиях войны и блокады официальная статистика Ленинграда оказалась в сложнейшем положении: не хватало времени, а затем и сил для обработки огромных массивов информации, которая нередко была неполной, запутанной, поступала нерегулярно, с многомесячными задержками. Сыграли свою роль и результаты фальсификации довоенной статистики: «нераспределенный контингент»,<sup>7</sup> мифических людей нельзя было направить в армию или на оборонные работы. Между тем руководству Ленинграда требовались не ориентировочные оценки численности населения, а реальные, как можно более точные цифры общего числа горожан с разбивкой по полу, возрасту, районам проживания и другим показателям. Такие данные статистики получают только в результате переписей населения — сложнейшего и тщательно готовящегося мероприятия, о котором не могло быть и речи во время войны. Поэтому активно стали использоваться нетрадиционные методы исчисления, в частности сведения Городского управления по учету и выдаче продовольственных карточек. С весны 1942 г. это управление становится главным информатором партийных и советских органов об общей численности населения. Учет населения по карточкам всегда отличался достаточно приблизительным характером,<sup>8</sup> кроме того, в блокаду карточки стали одним из главных объектов противоправной и преступной деятельности. На протяжении всей войны, и особенно в первый ее год, руководство Ленинграда установило и поддерживало жесткий контроль за этими документами строгой отчетности: неоднократно ужесточались правила выдачи, регулярно (почти каждый месяц) проводилась их перерегистрация, доставка, хранение, выдача карточек с ноября 1941 г.

<sup>6</sup> Поэтому неудивительно, что цифры эвакуированных блокадников, составленные различными ведомствами, не совпадают. См.: Ковальчук В. М. Эвакуация населения Ленинграда летом 1941 года // Отечественная история. 2000. № 3. С. 22—24.

<sup>7</sup> Подробно о распределении контингентов военнослужащих, сотрудников НКВД, заключенных см.: Исупов В. А. Смертность населения в тыловых районах России в 1941—1942 гг. // Население России в 1920—1950-е годы: численность, потери, миграция. М., 1994.

<sup>8</sup> См., например, рассуждения об этом крупнейшего российского статистика: Новосельский С. А. Естественное движение населения в Петрограде в 1919 г. // Материалы по статистике Петрограда. Пг., 1920. Вып. 1. С. 9. Об опасностях учета по карточкам населения во время блокады см.: Ковальчук В. М. Трагические цифры блокады // Россия в XIX—XX вв. СПб., 1998. С. 363.

осуществлялись при наличии вооруженной охраны.<sup>9</sup> Другое дело, что «карточная статистика» (как и любая другая) не могла в полной мере отразить стремительно меняющуюся обстановку тех дней. Карточки выдавались на месяц, но в январе—феврале 1942 г. ежедневно умирали до 3.5 тыс. человек, многие эвакуировались. Кроме того, городские власти для поддержки той или иной категории граждан широко практиковали введение «котлового довольствия», при котором карточки не отоваривались в магазинах, а сдавались в столовые. Поэтому возникла большая разница между числом выданных и перерегистрированных карточек, которая, например, в апреле 1942 г. составила 24%. Эту разницу нельзя объяснить только незаконными махинациями, большая часть ее, как явствует из объяснительной записки начальника Городского управления по учету и выдаче продовольственных карточек И. Г. Стожилова, была сдана в столовые, больницы, детские сады, ясли, и «непокрытая часть» составила около 1%.<sup>10</sup> В целом, исходя из результатов проверок и сводок УНКВД ЛО, можно предположить, что в обращении было до 4% незаконных карточек, основные злоупотребления же относились к получению карточек более высокой категории, чем положено.<sup>11</sup>

С учетом того, что часть карточек была получена незаконно, а часть вообще не использовалась (чистые бланки возвращались в районные карточные бюро), резонно полагать, что итоговые сведения о выдаче карточек сильно завышены по сравнению с реальной численностью населения. Но так ли это? Согласно существовавшим правилам карточки не получали лица, «находящиеся на полном иждивении государства», а с лета 1942 г. — ленинградцы, мобилизованные на лесо- и торфоразработки. Кроме того, в общую статистику входили жители области, работавшие на городских предприятиях, их иждивенцы. Численность этих категорий достигала 58 тыс. человек (в июне 1942 г.), но обычно составляла 30 тыс. Поэтому при расчетах справок о численности населения, которые

---

<sup>9</sup> Подробное изложение всего механизма карточной системы невозможно из-за ограниченного объема главы. Заметим только, что карточки в Ленинграде введены 18 июля 1941 г., 26 июля Ленгорисполком утвердил 4 нормативных документа, регулирующих порядок выдачи карточек, и 12 форм бланков, должных обеспечить их строгую отчетность (ЦГА СПб., ф. 7384, оп. 18, д. 1422, л. 95—109). До июня 1942 г., когда порядок выдачи карточек был изменен, Ленгорисполком принял 11 решений (не считая тех, которые объявляли о перерегистрациях), ужесточивших контроль.

<sup>10</sup> ЦГАИПД СПб., ф. 24, оп. 2в., д. 6187, л. 7; д. 5932, л. 12—13.

<sup>11</sup> Другое дело, когда по сговору с работниками торговли использовались корешки карточек, но общее число карточек от этого не менялось.

Городское управление с августа 1942 г. ежемесячно высыпало в горком и горисполком, общее число населения всегда превышало количество выданных карточек.

В первые месяцы блокады (до конца января 1942 г.), когда масштабы миграции ленинградцев сократились, определяющее значение приобрели показатели естественного движения населения — рождаемость и смертность, регистрация которых осуществлялась органами записи актов гражданского состояния (загсами). Загсы Ленинграда относились к тем немногим организациям города, которые не прекращали своей работы в течение всей блокады. Сложности в их работе начались поздней осенью 1941 г., уже в конце ноября свидетельства о смерти выдавались в день обращения только частным лицам, а оформление документов на умерших в больницах и госпиталях задерживалось на день-два. 10 декабря последовало распоряжение председателя Ленгорисполкома, согласно которому загсам предоставлялись дополнительные работники (по 2 чел. в каждый), а в десяти крупнейших больницах создавались своего рода выездные отделения загсов с тем, чтобы оформлять свидетельства о смерти на месте.<sup>12</sup> 25 декабря 1941 г. Ленгорисполком разрешил «как временную меру» захоронение трупов из лечебных стационаров по спискам, составленным больницей или госпиталем, с последующим оформлением через загс.<sup>13</sup> Этим же решением в каждом районе города были организованы районные морги, куда свозились покойники из ближайших кварталов. Морги должны были принимать трупы по справкам о смерти, которые составлялись в жилищных конторах, как правило, участковыми милиционерами.<sup>14</sup> Вывоз трупов из моргов на кладбища производился по спискам, впоследствии списки были переданы в загсы. 4 января 1942 г. Ленгорисполком принял новое решение об улучшении работы загсов, подчеркнув необходимость прикрепления работников загсов ко всем больницам и госпиталям.<sup>15</sup> В 1942 г. загсы работали без выходных, по воскресеньям был установлен сокращенный рабочий день, чтобы избежать перерывов на обед, организована работа по сменам. 1 января они оформили 766 актов о смерти, 1 мая — 1664, а в тяжелейшие январские дни — 24—25 числа, когда морозы достигали 34°, — 5369 актов.

<sup>12</sup> ЦГА СПб., ф. 9156, оп. 4, д. 311, л. 13.

<sup>13</sup> Там же, оп. 6, д. 5, л. 197.

<sup>14</sup> Образец подобного акта см.: *Болдырев А. Н. Осадная запись*. СПб., 1999. С. 43—44.

<sup>15</sup> ЦГА СПб., ф. 7384, оп. 18, д. 1436, л. 80—81.

Начиная с декабря 1941 г. Ленинградский отдел актов гражданского состояния на основе данных, получаемых из 15 районных загсов, составлял сводки (по декадам или раз в пять дней) двух видов: о количестве зарегистрированных смертей по дням и районам города, а также о половозрастном составе умерших (по районам). Эти сводки, где учитывалась только текущая регистрация, являлись основой для справок Управления НКВД Ленинградской области, направляемых руководству города и в НКВД (Л. П. Берии).

Вопрос о полноте данных загсов, о том, насколько точно они фиксировали смертность в период блокады, — один из сложнейших в отечественной историографии. Большинство авторов полагает, что загсы регистрировали только часть смертей, даже меньшую из них.<sup>16</sup> Между тем в архивных материалах тех лет не обнаружено документально зафиксированных сомнений органов власти в истинности цифр загса. Единственной организацией, решительно заявившей, что «в органы загса за оформлением смертей ходила незначительная часть населения», было Ленинградское управление предприятиями коммунального обслуживания,<sup>17</sup> в ведении которого находился трест «Похоронное дело». Однако ни трест, ни управление не имели полного доступа к секретной информации о численности и движении населения, так как им этого не требовалось для выполнения профессиональных обязанностей.<sup>18</sup> К тому же отчетность самого УПКО и треста не отличалась точностью, и когда в декабре был введен ежедневный учет числа зарегистрированных смертей и количества трупов, находившихся в моргах больниц и на кладбищах, именно работники коммунального обслуживания не смогли выполнить этого распоряжения. Сведения о состоянии кладбищ и моргов Ленгорисполком получал от милиции, санитарной инспекции, благодаря личным поездкам своих сотрудников, но четкой и регулярной информации о числе похороненных покойников от сотрудников кладбищ не было.

Разумеется, зимой 1941/42 г. загсы не могли регистрировать все случаи смерти: вымирали целые семьи, квартиры, многие горожане потеряли связь со своими родными, друзьями, соседями из-за эвакуации, перехода на казарменное положение, переездов в связи с разрушением жилья и т. п. Не имели возможности полностью кон-

<sup>16</sup> Подробно см.: *Дзенiskeвич А. Р.* Блокада и политика. С. 57.

<sup>17</sup> Ленинград в осаде: Сб. документов. СПб., 1995. С. 339.

<sup>18</sup> Об этом, в частности, свидетельствуют сохранившиеся документы 1-го отдела УПКО.



тролировать движение своего персонала многие предприятия, учреждения; лишь в апреле 1942 г. был произведен переучет кадров промышленных предприятий Ленинграда.<sup>19</sup> Но следует помнить, что регистрация смерти тех, кто умер в ту страшную зиму, продолжалась в последующие месяцы и годы. На протяжении 1942—1945 гг. в загсы поступали так называемые контрольные сводки, которые первоначально были весьма велики. Только к февралю 1943 г. дополнительно поступило 239 актов о рождении и 32 982 акта о смерти. В объяснительной записке к отчету о естественном движении населения за 1945 г. Статистическое управление Ленинграда отмечало: «Расхождение числа умерших по дате регистрации и по фактической дате смерти объясняется тем, что горзагс до сих пор продолжает регистрировать умерших в годы блокады по исполнительным листам. Большинство этих случаев было своевременно зарегистрировано на основании списков моргов и кладбищ, но без указания фамилий, так как списки составлялись на умерших, найденных вне дома и без документов. Теперь, по мере возвращения из эвакуации, прибывающие регистрируют смерть своих родных, погибших в годы блокады, через райзагсы...»<sup>20</sup> Регистрация актов продолжалась в течение многих лет, например, в 1949 г. было составлено 1432 акта о смерти в период войны, в 1950 г. — 956, в 1956 г. — 338, в 1959 г. — 61.<sup>21</sup> Следует также учитывать, что для советского общества была характерна высокая степень бюрократизации жизни, без различного вида документов, справок, прочих «бумажек» не решались вопросы прописки, трудоустройства, учебы, пенсионного обеспечения и масса других житейских проблем. Даже зимой 1941/42 г. справки о смерти родственников были необходимы многим. Об этом, в частности, свидетельствует докладная записка о работе нотариальных контор (март 1942 г.), где отмечалось резкое возрастание притока населения в связи «с увеличением смертности и производством Госстрахом страховых платежей наследникам умерших».<sup>22</sup>

Статистика загсов блокадного Ленинграда обладала важной особенностью: она была свободна от приписок. В целом по стране с сере-

<sup>19</sup> Ленинград в осаде. С. 160—161.

<sup>20</sup> ЦГА СПб., ф. 4904, оп. 1, д. 7, л. 19; ф. 4965, оп. 3, д. 209, л. 38.

<sup>21</sup> Там же, оп. 3, д. 404, л. 15; д. 492, л. 2; д. 845, л. 49, 91, 121, 158; оп. 4, д. 668, л. 6. К сожалению, в отчетах Ленинградского статистического управления данные о регистрации актов на граждан, умерших в период войны, не всегда выделены. Например, в отчете за 1951 г. отмечается только, что их «количество велико» (ф. 4965, оп. 3, д. 521, л. 6).

<sup>22</sup> Ленинград в осаде. С. 424.

дины 1930-х гг. установилась практика, по которой регистрация смерти заключенного осуществлялась не по местонахождению тюрьмы, лагеря, колонии, а в загсах того города (области), где он проживал до ареста. Поэтому человек, арестованный в Ленинграде, а умерший, допустим, в Воркуте, по статистике смертности числился за местом ареста. Подобная практика, закрепленная приказом НКВД № 00674 от 11 июня 1939 г.,<sup>23</sup> в Ленинграде перестала действовать в 4-м квартале 1941 г. и была возобновлена только в августе 1943 г. В отчете Городского ОАГС за август 1943 г. говорилось, что всего зарегистрировано 1698 смертей жителей Ленинграда, Колпина, Кронштадта, из них 147 умерших в лагерях НКВД; при этом упомянута «наибольшая смертность среди заключенных в Рыбинском лагере от пеллагры». Такое положение искажало истинные цифры смертности в городе, что было отмечено в отчете ОАГС за декабрь 1943 г.: «...число умерших увеличилось, хотя фактически смертность продолжает снижаться, увеличение в абсолютных цифрах дают умершие в лагерях заключенные...»<sup>24</sup> Недовольны такой ситуацией были и ленинградские статистики. В мае 1944 г. начальник Ленинградского статистического управления, отправляя в Москву сведения о численности умерших заключенных — ленинградцев за 1941—1943 гг., предложил разрабатывать подобные материалы отдельно. Его аргументы были достаточно убедительны: на долю актов о смерти заключенных в 1943 г. пришлось 22% всех умерших, нередко фиксировались случаи смерти от тех заболеваний, которых не было среди жителей Ленинграда. 16 мая 1944 г. последовал ответ ЦСУ СССР: «В общегородскую статистику должны включаться все акты, полученные от органов загса».<sup>25</sup>

Городское статистическое управление как орган государственной статистики на основе вторых (в годы блокады первых) экземпляров документов загсов разрабатывало таблицы естественного движения населения. Цифры Статуправления, как правило, не совпадали с данными загсов из-за особенностей учета в каждом из ведомств.<sup>26</sup> Разницу обязательно следовало обосновать, что обычно делалось в объяснительных записках, направляемых в статистические управления РСФСР и СССР. Ленинградское городское статистическое управление фактически перестало работать в кон-

<sup>23</sup> ГАРФ, ф. Р-9401, оп. 1а, д. 34, л. 35.

<sup>24</sup> ЦГА СПб., ф. 4904, оп. 1, д. 6, л. 90, 116, 207.

<sup>25</sup> РГАЭ, ф. 1562, оп. 329, д. 1471, л. 22, 23; ЦГА СПб., ф. 4965, оп. 3, д. 105, л. 5—5 об.

<sup>26</sup> Ленинград в осаде. С. 593.

де декабря и возобновило свою деятельность только весной, поэтому без необходимых статистических материалов оказались органы здравоохранения, плановая комиссия и другие городские структуры. Медики, которые регулярно готовили для городского руководства санитарно-демографические обзоры о состоянии населения, отреагировали очень быстро. Уже в середине декабря 1941 г. заведующий городским отделом здравоохранения В. С. Никитский обратился в Ленгорисполком с письмом, где, в частности, говорилось, что «постановка дела разработки данных о смертности в последнее время не может удовлетворить нужды и потребности горздравотдела и не отвечает интересам здравоохранения».<sup>27</sup> По мнению автора, следовало, во-первых, внести изменения в номенклатуру причин смерти, а во-вторых, ускорить разработку врачебных свидетельств о смерти, для чего разрешить статистическому управлению передавать их непосредственно в Ленгорздравотдел. Предложения медиков оказались реализованными только частично. В конце 1941 г. было создано Научно-методическое бюро санитарной статистики, которое в первой половине 1942 г. по специальным заданиям выборочно разрабатывало материал, характеризующий смертность (за январь и май) различных возрастных групп для того, чтобы выявить группы, особо тяжело перенесшие дистрофию.<sup>28</sup>

Весной 1942 г. в Статистическом управлении началась разработка материалов загсов за конец 1941—первые месяцы 1942 г., ему помогали сотрудники Научно-методического бюро санитарной статистики, два представителя отдела кадров Ленгорздравотдела и 4 прикомандированных курсанта Военно-медицинской академии.<sup>29</sup> Особенно большую сложность вызывала разметка свидетельств о причинах смерти. Научно-методическое бюро рекомендовало «при комбинации различных диагнозов с дистрофией и скорбутом предпочтение отдавать конкретным нозологическим терминам».<sup>30</sup> Как показывают протоколы заседаний бюро, к проблемам разметки по причинам смерти статистики обращались неоднократно; окончательно же данные 1942 г. были разработаны и направлены в Москву только в мае 1943 г. Таблицы с данными о естественном движении населения Ленинграда в 1941 г., вероятно,

<sup>27</sup> ЦГА СПб., ф. 9156, оп. 4, д. 76, л. 61.

<sup>28</sup> Там же, ф. 9713, оп. 1, д. 111, л. 8—13. К сожалению, эти разработки не были обнаружены в архивах

<sup>29</sup> ЦГА СПб., ф. 9713, оп. 1, д. 98, л. 402.

<sup>30</sup> Там же, л. 410.

не были составлены, так как ни в петербургских, ни в московских архивах их следов обнаружить не удалось.

Столь подробное изложение особенностей формирования информации о численности и естественном движении населения необходимо для понимания, почему наблюдается такая пестрота в статистических данных и как осторожно следует подходить к оценке достоверности материалов различных ведомств.

Началом блокады Ленинграда традиционно считается 8 сентября 1941 г., когда немецкие войска захватили Шлиссельбург и была прервана сухопутная связь Ленинграда со всей страной. Однако реально ленинградцы потеряли возможность покинуть свой город почти двумя неделями раньше: железнодорожное сообщение было прервано 27 августа, на вокзалах, в эшелонах на пригородных станциях скопились десятки тысяч людей, ожидавших возможного прорыва на восток. Но чуда не произошло, и в середине сентября ленинградцы стали возвращаться домой, а транзитные пассажиры были расселены в общежитиях города и ближайших пригородах. В сентябре—ноябре 1941 г. паспортная служба зарегистрировала 79 345 человек, «прибывших» в город, большинство из них, по-видимому, составляли беженцы из Прибалтики и Карелии.<sup>31</sup>

Динамику общей численности и структуры населения по данным о выдаче продовольственных карточек можно проследить по табл. 1.

Таблица 1

Данные о выдаче продовольственных карточек населению Ленинграда в 1941—1942 гг.

Год, месяц	Всего выдано карточек	Рабочих	Служащих	Иждивенцев	Детей	Рабочих, %	Служащих, %	Иждивенцев, %	Детей, %	Возврат чистых	Исчислено населения
1941 г.											
Июль	2652 5	921.7	515.9	747.9	467 0	34.8	19.4	28.2	17.6		
Авг.	2621.8	898.6	487.8	743.4	492 0	34.3	18.6	28.4	18.7		
Сен.*	2377.6	834.5	437.3	672.2	433.6	35.1	18.4	28.3	18.2		
Окт.*	2371 3	817.7	396.3	716.7	440 6	34.5	16.7	30.2	18.6		
Нояб.	2384.4	822.3	372.1	738 7	451.3	34.5	15.6	31.0	18.9		
Дек	2330 3	805.7	341.3	729.6	453.7	34.6	14.6	31.3	19.5		

<sup>31</sup> Ленинград в осаде. С. 350, 590. Коренных ленинградцев, успевших оформить свой выезд в конце августа, было немного, так как эвакуация проводилась в страшной спешке.

Таблица 1 (продолжение)

1942 г.										
Янв.	2281.8	802.6	287.6	738.3	453.3	35.2	12.6	32.3	19.9	
Февр.	2151.9	754.5	249.8	704.6	443.0	35.1	11.6	32.7	20.6	
Март	1912.4	686.0	216.6	615.4	394.4	35.9	11.3	32.2	20.6	
Апр.	1612.2	611.1	167.0	505.7	328.4	37.9	10.4	31.3	20.4	21.2
Май	1306.4	554.4	137.6	351.0	263.4	42.4	10.5	26.9	20.2	
Июнь	1211.7	568.3	137.3	266.3	239.8	46.9	11.3	22.0	19.8	
Июль	1060.5	550.6	117.5	194.8	197.6	51.9	11.1	18.4	18.6	20.0
Авг.	773.0	457.5	85.4	108.2	121.9	59.2	11.0	14.0	15.8	59.0
Сент.	700.4	439.6	83.0	70.5	107.3	62.8	12.0	10.0	15.2	
Окт.	670.6	437.5	78.2	59.1	95.8	65.2	11.7	8.8	14.3	
Нояб.	657.9	441.9	73.2	50.4	92.4	67.2	11.0	7.8	14.0	
Дек.	643.3	435.4	70.0	47.7	90.2	67.7	10.9	7.4	14.0	
										782.6
										714.8
										687.7
										660.4
										649.8

\* Имеются также сведения, что на 6 сентября населению Ленинграда и 4 подведомственных Ленгорисполкому городов было выдано 2489.4 тыс. комплектов карточек (15 городским районам — 2345.1 тыс.), на 6 октября — 2443.4 тыс. (17 районов) и 2370.3 тыс. (15 районов). ЦГАИПД СПб., ф. 24, оп. 2в, д. 5082, 6187; ЦГА СПб., ф. 7384, оп. 17, д. 410, л. 21.

Первое, что бросается в глаза при ознакомлении с таблицей, — высокий процент неработающего населения. Иждивенцы до лета 1942 г. составляли 31—32%, дети до 12 лет — около 20% всего населения, т. е. в течение осени 1941—весны 1942 г. почти 50% горожан не работали на производстве или в иных учреждениях. Количество иждивенцев начало резко снижаться с июля 1942 г., достигнув в декабре 7.4%, но количество детей, несмотря на массовую эвакуацию, оставалось высоким.

Сведениями об общей численности населения города располагал также Ленинградский отдел актов гражданского состояния. К сожалению, механизм формирования этих сведений до сих пор остается неизвестным, как правило, показатели ОАГС (и в мирное время) не совпадали с данными официальной статистики и использовались только для внутренних нужд как в городском, так и союзном масштабе.<sup>32</sup> По расчетам ОАГС, численность населения Ленинграда в сентябре 1941 г. составляла 2 450 639 человек, в октябре увеличилась до 2 915 169, а в ноябре снова снизилась до 2 485 947. Объяснение столь гигантского, почти полумиллионного, роста и столь же резкого снижения численности городского населения не дано ни

<sup>32</sup> См., например, отчеты о работе Центрального отдела актов гражданского состояния Главного управления милиции НКВД СССР за годы войны: ГАРФ, ф. Р-9415, оп. 3, д. 1396, 1405, 1406, 1410.

в документах самого загса, ни в работе бывшего руководителя Ленинградского научно-методического бюро санитарной статистики З. З. Шнитниковой, использовавшей эти цифры.<sup>33</sup>

Смертность в Ленинграде стала расти с июля 1941 г. Если принять за 100% среднюю цифру умерших в первом полугодии 1941 г. (3738 чел., данные по 15 загсам), то в июле она составила 111%, в августе 143.6%, в сентябре 182%, в октябре 196.7%, т. е. выросла в два раза.<sup>34</sup> В сентябре изменились причины смерти, появились первые жертвы авиационных налетов, на долю которых пришлось 23% всех умерших горожан; в октябре этот показатель снизился до 17%.

Катастрофическое продовольственное положение города, о котором руководство города и страны догадывалось уже в конце августа, а точно узнало 12 сентября после переучета всех съестных запасов, было тайной для большинства горожан.<sup>35</sup> С начала сентября 1941 г. началось последовательное снижение норм выдачи продуктов по карточкам, 1 сентября была запрещена свободная продажа продовольственных товаров.<sup>36</sup> 13 сентября А. А. Жданову поступило первое донесение Управления НКВД по Ленинграду и Ленинградской области о продовольственных затруднениях, но не в Ленинграде, а в Сестрорецке, где скопилось большое число беженцев.<sup>37</sup> В октябре члену Военного совета А. А. Кузнецову было доложено «о плохой организации питания на промышленных предприятиях и в учреждениях». Отмечалось, что столовые крупнейших заводов (Кировского, «Большевика», им. Ленина, «Красного треугольника» и др.) не получают до 70% необходимых продуктов, качество обедов низкое, нередко выдаются только первые блюда, образуются большие очереди, в которых приходится стоять 1—2 часа. Все это вызвало естественное недовольство рабочих.<sup>38</sup>

---

<sup>33</sup> ЦГА СПб., ф. 4904, оп. 1, д. 5, л. 26—27; Шнитникова З. З. Влияние войны на санитарное состояние населения (Ленинград периода войны и блокады) / Публикация Р. Бахтиярова // Вопросы статистики. 1999. № 8. С. 83.

<sup>34</sup> ЦГА СПб., ф. 4904, оп. 1, д. 5, л. 26.

<sup>35</sup> Впрочем, как явствует из опубликованных воспоминаний, некоторые понимали неизбежность голода в Ленинграде. См.: Лихачев Д. С. Воспоминания. СПб., 1999. С. 446.

<sup>36</sup> О нормах см.: Ленинград в осаде. С. 261—262.

<sup>37</sup> Архив Управления Федеральной службы безопасности Российской Федерации по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области (далее: А УФСБ), ф. 12, оп. 2, д. 19, л. 1—2. Отдельные специальные сообщения УНКВД ЛО опубликованы Н. А. Ломагиным в книгах: Международное положение глазами ленинградцев (из Архива Управления Федеральной службы безопасности по Санкт-Петербургу и Ленинградской области). СПб., 1996; В тисках голода. Блокада Ленинграда в документах германских спецслужб и НКВД. СПб., 2000.

<sup>38</sup> А УФСБ, ф. 12, оп. 2, д. 19, л. 9—15.

В ноябре, когда, по выражению медиков тех лет, «создались условия, близкие к полному голоданию»,<sup>39</sup> заболеваемость на почве истощения приобрела характер эпидемии. Со второй половины месяца резко возросло количество обращений в скорую помощь: врачи и санитарный транспорт вызывались на квартиры к больным, потерявшим способность передвигаться самостоятельно, а также на предприятия и в поликлиники для вывоза «внезапно» заболевших сотрудников и посетителей. Если 17 ноября в скорую помощь поступило 20 таких вызовов, то 1 декабря в 6.5 раз больше — 131 вызов, в 80 случаях отмечено «истощение», в 51 — «острая сердечная слабость».<sup>40</sup> Значительно возрос поток посетителей в поликлиники, в некоторые из них ежедневно обращались до 200 человек. Только в одну поликлинику Кировского района за 7 дней (с 21 по 28 ноября) с жалобами на болезненное состояние из-за плохого питания пришли 1626 человек, у 206 из них врачи определенно констатировали: «истощение». В поликлинике Дзержинского района такой же диагноз был поставлен 423 из 4375 посетителей.<sup>41</sup>

Были отмечены первые случаи смерти от истощения. В больнице им. Перовской один больной умер в первой половине ноября, а в конце месяца там же от голода умерло 19 человек. В одной из крупнейших больниц города — больнице им. Эрисмана в середине ноября внезапно скончалась (через две недели после поступления) больная 40 лет, патологоанатомический диагноз гласил: «алиментарная дистрофия, осложненная бронхопневмонией».<sup>42</sup>

В конце ноября участились случаи голодных обмороков на производстве и на улице. При этом сознание теряли в основном мужчины от 29 до 59 лет, получавшие рабочий паек. Как правило, они умирали вскоре после доставки в лечебные учреждения. В отчете Петроградского районного отдела здравоохранения говорилось: «... в ноябре появились первые смерти от дистрофии, причем гибли первыми мужчины при отсутствии каких-либо резких патологических изменений, кроме глухоты сердца и брадикардии. Наблюдались смерти граждан, только что выписанных на работу». Медики Фрунзенского района отмечали: «Обращает на себя внимание значительное количество „острых смертей“, т. е., вернее, необъяснимых для врача на первый взгляд. Больной приходил [в лечебное уч-

<sup>39</sup> Алиментарная дистрофия в блокированном Ленинграде / Под ред. проф. М. В. Черноруцкого Л., 1947. С. 193.

<sup>40</sup> ЦГА СПб., ф. 9156, оп. 6, д. 5, л. 154.

<sup>41</sup> А УФСБ, ф. 12, оп. 2, д. 19, л. 66.

<sup>42</sup> Алиментарная дистрофия... С. 195.

реждение] сам, самочувствие оставалось удовлетворительное, и через несколько часов, а иногда и суток его находили на кровати мертвым».<sup>43</sup>

В письмах и высказываниях ленинградцев тема голода все чаще переплеталась с темой смерти, которая виделась средством избавления от мучительных страданий. «Смерть от бомбы и снаряда теперь уже не страшна. Голод, который мы переносим, значительно страшнее», «мы рады, если нас убьют... Надоело мучиться от голода. Жизнь стала хуже каторги», — эти слова приводятся спецслужбами как примеры «упаднических настроений», распространенных среди населения, особенно среди домохозяек.<sup>44</sup>

Наивные подсчеты, проведенные 13 ноября ученицей 9-го класса и свидетельствующие о нереальности существования на иждивенческие карточки, внушают автору дневника ужас: «Неужели народ начнет есть кошек, собак и даже своих собственных детей? Я боюсь думать о будущем...»<sup>45</sup> Страхи девочки оправдались. Голодные люди уже ели кошек и собак, но пока эти случаи воспринимались как антиобщественные явления. А в ночь на 15 ноября мать задушила свою полуторамесячную дочь, чтобы накормить других трех детей.

С 20 ноября 1941 г. в Ленинграде были установлены самые низкие нормы выдачи хлеба, до 50% которого составляли примеси. Тогда же резко ухудшилось отоваривание карточек другими продуктами — мукой, крупой, мясом, жирами. Голодные горожане должны были уже в 4—5 часов утра, а то и с ночи, занимать очереди у магазинов, чтобы получить хоть какие-нибудь дополнительные продукты. Уже во второй декаде в столовых было запрещено отпускать блюда без вырезки талонов из карточек. 26 ноября Ленгорисполком, рассмотрев в очередной раз «Инструкцию о разбивке контингентов населения по группам в зависимости от норм снабжения», снизил численность людей, получавших «рабочую» карточку. Этим же решением ленинградцы для отоваривания своих карточек были прикреплены к определенным магазинам.<sup>46</sup>

Смерть от голода еще не была массовым явлением. В донесениях УНКВД ЛО руководству города (А. А. Жданову, А. А. Кузнецову) и в Москву (Л. П. Берии) говорилось: «Отмечены отдельные факты заболеваемости на почве недоедания со смертельным исхо-

<sup>43</sup> ЦГА СПб., ф. 9156, оп. 4, д. 333, л. 28, 58.

<sup>44</sup> А УФСБ, ф. 12, оп. 2, д. 19, л. 67.

<sup>45</sup> Память. Л., 1987. Вып. 2. С. 187.

<sup>46</sup> ЦГА СПб., ф. 7384, оп. 18, д. 1429, л. 247—265, 287—288.



дом».<sup>47</sup> Всего в ноябре умерло 11 085 ленинградцев,<sup>48</sup> что почти в 3 раза превышало среднемесячный показатель мирного полугодия 1941 г. и в 1.5 раза показатель осенних месяцев (в сентябре—октябре в среднем умирало 7080 чел.). Столь резкое повышение объяснялось «появлением новой причины смертности — дистрофии (истощения)».<sup>49</sup> Значительную часть (17% — 1903 чел.) умерших составляли жертвы бомбардировок и артобстрелов. Прежде всех умирали младенцы (2082 чел.) и трудоспособные граждане старше 40 лет. Однако в целом структура смертности по возрастам существенно не изменилась, увеличение ее шло более или менее одинаково в различных возрастных группах, о чем свидетельствуют данные таблицы, составленной Ленгорздравотделом 5 января 1942 г.

Таблица 2

Структура смертности по возрастам осенью 1940 и 1941 гг.  
по Ленинграду

Год	Всего	До 1 года	1 год	2 года	3—4 года	5—7 лет	8—14 лет	15 лет и старше
1940	100%	16.6	9.3	2.3	1.9	0.8	1.2	67.9
1941	100%	17.5	9.0	3.5	2.0	0.8	1.7	65.5

ЦГА СПб., ф. 7384, оп. 3, д. 45, л. 279.

В ноябре перед медиками Ленинграда встала еще одна, казалось, чисто терминологическая проблема: дистрофия как заболевание и причина смерти не значилась в соответствующих номенклатурах Наркомата здравоохранения и Центрального статистического управления (ЦСУ) Госплана СССР.

«Голодное истощение», «смерть от голода» — с этим явлением специалисты северной столицы сталкивались только в первые послереволюционные годы. В 1917—1923 гг. в Петрограде от недоедания скончались 19 516 человек.<sup>50</sup> Крупнейший российский демограф С. А. Новосельский писал в 1919 г.: «Голод и холод являются ос-

<sup>47</sup> А УФСБ, ф. 12, оп. 2, д. 19, л. 66.

<sup>48</sup> ЦГА СПб., ф. 4904, оп. 1, д. 7, л. 19. Первоначально было зарегистрировано 11 419. Там же, д. 2, л. 178.

<sup>49</sup> Там же, ф. 7384, оп. 3, д. 45, л. 277.

<sup>50</sup> Материалы по статистике Ленинграда и Ленинградской губернии. Л., 1925. Вып. 6. С 217—223. Тогда «истощение от недоедания» по международной номенклатуре причин смерти значилось под № 192.

новными причинами... исключительно высокой смертности... вызвав и создав массовое понижение жизнениности и жизнестойкости населения и понизив до минимума сопротивление организма».<sup>51</sup> К 1941 г. большинство ленинградских медиков, получивших образование уже в советское время, имели слабое, в основном теоретическое, представление о дистрофии и заболеваниях, вызываемых ею.<sup>52</sup> Регистрация новой для Ленинграда болезни — истощения «на почве недостаточного питания и усиленной работы»<sup>53</sup> началась в последней декаде ноября. 7 декабря 1941 г. Ленинградский горздравотдел одобрил предложения профессоров М. Г. Данилевича, М. И. Хвиливицкой, М. Д. Тушинского «О терминологии и лечении алиментарных расстройств». В данном документе, в частности, говорилось: «Клинический симптомокомплекс, наблюдаемый в настоящее время в связи с нарушением питания, предлагается обозначать термином: „дистрофия алиментарная“. При наличии отеков в диагнозе добавляется: отечная форма... При наличии резкого истощения... вялости физической и психической... в диагноз добавлять: кахектическая форма».<sup>54</sup> Термин «алиментарная дистрофия» был принят всей лечебной сетью и научными институтами города. Военно-санитарное управление Ленинградского фронта и военные медики предпочитали употреблять термин «алиментарное истощение».<sup>55</sup>

Что касается вопроса о внесении дистрофии в номенклатуру причин смерти, то он был решен только летом 1942 г., но не по инициативе ленинградцев. Отдел демографии ЦСУ Госплана СССР, ссылаясь на запрос Молотовского (Пермского) статистического управления, 16 мая 1942 г. направил в Наркомат здравоохранения СССР письмо, где сообщил, что сведения о смерти от истощения статистики помещают в раздел «прочие причины смерти» (шифр 83). Далее в письме говорилось: «Ввиду того, что этот диагноз, в особенности в последние месяцы, массовый, у нас возникает вопрос, верно ли мы относим данный диагноз?»<sup>56</sup> 6 июня запрос был повто-

<sup>51</sup> Новосельский С А Естественное движение в Петрограде в 1919 г. С. 37.

<sup>52</sup> Любопытно, что при научной разработке проблем, связанных с алиментарной дистрофией, уже в период блокады ленинградские медики обращались к трудам немецких авторов, занимавшихся вопросами распространения этого заболевания в годы первой мировой войны и в послевоенной Германии. См. библиографию, опубликованную в книге. Алиментарная дистрофия в блокированном Ленинграде. Л., 1947.

<sup>53</sup> Ленинград в осаде С 276

<sup>54</sup> ЦГА СПб., ф 9156, оп. 4, д. 317, л. 4—5.

<sup>55</sup> См.: Алиментарная дистрофия... С. 37

<sup>56</sup> РГАЭ, ф 1562, оп 329, д. 805, л. 143.

рен, уже со ссылкой на письмо из Вологды. 10 июля последовал ответ Наркомздрава СССР, и 20 июля 1942 г. ЦСУ предложило всем республиканским статистическим управлениям «выделить при разработке вторых экземпляров актов о смерти и при составлении месячных сводок, квартальных и годовых отчетов, в качестве причин смерти: 1). Травмы военного времени среди гражданского населения — шифр 40-А. 2). Авитаминозы и дистрофия — шифр 83-А».<sup>57</sup> В Ленинград этот циркуляр, по-видимому, не поступил. Во всяком случае, при разработке сведений о причинах смерти за 1941—1942 гг. дистрофия не была выделена.<sup>58</sup>

В декабре в Ленинграде массовой стала не только заболеваемость, но и смертность от голода. В первую декаду месяца ежедневно регистрировали 954 смерти, в конце декабря этот показатель вырос в 2.5 раза и превысил 2340 смертей в день. Стала обычной скоропостижная смерть прохожих: с 6 по 13 декабря в морги был доставлен 841 труп, в середине месяца на улицах ежедневно подбирали не менее 160 трупов.<sup>59</sup> Почти в 2.4 раза возросло число обращений в справочную службу скорой помощи (с 1418 в ноябре до 3396 в декабре) — ленинградцы искали своих близких, не вернувшихся домой.<sup>60</sup> В связи с тем что прозекторские больницы не справлялись с возросшим объемом работы, с 20 декабря начальник Управления милиции Ленинграда своим циркуляром отменил обязательное вскрытие трупов лиц, скончавшихся на улицах без признаков насильственной смерти.<sup>61</sup>

Всего за декабрь загсы Ленинграда (15 районов), Колпина и Кронштадта зарегистрировали 53 843 смерти,<sup>62</sup> в том числе 5671 ребенка до 1 года. Подавляющее большинство умерших составляли мужчины, в первую декаду месяца на их долю приходился 71% зарегистрированных смертей. Медики, отправляя 5 января 1942 г. в Ленгорисполком справку о санитарно-демографической характеристике населения за 1941 г., писали о резких количественных и качественных изменениях в естественном движении горожан. По их мнению, 75% ленинградцев умирали от дистрофии. «Дистрофия, являясь результатом систематического недостаточного введения в

<sup>57</sup> Там же, л. 161, 165.

<sup>58</sup> См.: Ленинград в осаде. С. 314—315; РГАЭ, ф. 1562, оп. 329, д. 1021, л. 119 об.

<sup>59</sup> А УФСБ, ф. 12, оп. 2, д. 19, л. 76.

<sup>60</sup> ГАРФ, ф. А-482, оп. 47, д. 52, л. 62—63.

<sup>61</sup> ЦГА СПб., ф. 9156, оп. 4, д. 311, л. 13.

<sup>62</sup> Там же, ф. 4904, оп. 1, д. 7, л. 119. Эти данные загса оказались заниженными на 4412 чел. (РГАЭ, ф. 1562, оп. 329, д. 1024, л. 22).

организм питательных веществ (белка, жиров, углеводов), необходимых для восполнения затрачиваемой энергии, в условиях известного нарушения нормального функционирования нервно-психической и сердечно-сосудистой системы в результате длительного воздействия воздушной и артиллерийской бомбардировки, быстро оказывает разрушительное воздействие на организм».<sup>63</sup> Второй основной причиной смертности являлось воспаление легких как результат переохлаждения и осложнения после инфекционного заболевания. На третьем месте стояли заболевания желудочно-кишечного тракта, вызванные употреблением суррогатов и некачественных продуктов, а также обострением хронических заболеваний. Гибель от артобстрелов (количество авиационных налетов в декабре сократилось) 1038 человек по сравнению с общей численностью умерших была относительно невелика.

Важным фактором роста смертности стал холод. В городе кончались запасы топлива: выработка электроэнергии составляла всего 16.5% от довоенного (июньского) уровня. 11 декабря власти приняли крайне жесткое решение о вывозе остатков угля из котельных жилых домов и больниц на 2-ю ГЭС,<sup>64</sup> однако положение продолжало ухудшаться. Прекратилось централизованное отопление домов, останавливались заводы и фабрики, предприятия коммунального обслуживания (бани, прачечные, парикмахерские), замерла жизнь во многих городских учреждениях. Люди, даже приходившие на работу, не могли выполнять свои обязанности не только из-за физической слабости, но из-за отсутствия тепла и света. Город вымерзал, зима в 1941 г. началась рано. В отдельные дни (14—15 декабря) температура опускалась до минус 20°, хотя в основном в течение месяца она колебалась от минус 5 до минус 15°.<sup>65</sup> Впрочем, для ослабленных людей любое похолодание казалось страшным. «Холод был каким-то внутренним. Он пронизывал всего насквозь. Тело вырабатывало слишком мало тепла».<sup>66</sup> Из-за сильных снегопадов, начавшихся 8 декабря, образовались заносы, которые мешали продвижению как людей, так и транспорта. Попытка Ленгорисполкома своим решением от 11 декабря обязать горожан в порядке

---

<sup>63</sup> ЦГА СПб., ф. 7384, оп. 3, д. 45, л. 284.

<sup>64</sup> Там же, ф. 2076, оп. 4, д. 70, л. 5.

<sup>65</sup> К сожалению, до настоящего времени не опубликованы данные Гидрометеослужбы о погоде в Ленинграде в период блокады. Поэтому приходится ориентироваться на другие, менее точные документы, в частности дневники тех лет. Наибольший интерес с этой точки зрения представляет блокадный дневник Н. П. Горшкова, изданный в 1993 г.

<sup>66</sup> Лихачев Д. С. Воспоминания. С. 485.

трудо­вой повинности убирать снег (от 3 до 8 часов в сутки) имела кратковременный эффект.<sup>67</sup> Вскоре движение трамваев из-за нехватки электроэнергии полностью прекратилось. Это событие было отмечено практически всеми авторами тех лет как фактор, способствовавший росту смертности. З. З. Шнитникова, в частности, писала: «...когда остановка трамвайного движения добавила к обычной, ежедневной трудовой нагрузке еще два-три часа пешеходного марша (и при этом зачастую с грузом топлива) до места жительства и к месту работы, это обусловило необходимое дополнительное рас­ходование... калорий. После израсходования резервов организма (в виде подкожно-жирового сала) дополнительная маршевая нагрузка вела к ослаблению мышечной системы, к ослаблению сердечной мышцы и очень часто к наступлению развязки, смерти от упадка сердечной деятельности, от паралича сердца, от обморочных состояний и замерзания в пути».<sup>68</sup>

«Свеча горела с двух концов» — эти слова фундаментальной научной монографии, а не поэтического сборника,<sup>69</sup> выразительно характеризуют положение ленинградца-блокадника, оказавшегося между Сциллой голодного пайка и Харибдой огромных физических и психических нагрузок.

К началу 1942 г. установился «полный блокадный режим». Повышение норм выдачи хлеба (в котором примеси составляли уже 60%) с 25 декабря 1941 г., восторженно встреченное в производственных коллективах и очередях, носило символический характер. В целом продовольственное положение города, несмотря на работу Ладужской трассы, ухудшилось. В донесениях УНКВД ЛО отмечалось: «Начиная с третьей декады декабря 1941 г. продовольственные карточки не отовариваются. Кроме хлеба (350 г рабочим и 200 г служащим), население никаких других продуктов не получает».<sup>70</sup>

<sup>67</sup> См.: Июнь 1941—май 1945. О подвиге Ленинграда строками хроники. Л., 1989. С. 118; Горшков Н. П. Силою света в полсвечи. СПб., 1993. С. 31—32.

<sup>68</sup> ЦГА СПб., ф. 9713, оп. 1, д. 136, л. 34.

<sup>69</sup> См.: Алиментарная дистрофия... С. 43.

<sup>70</sup> А УФСБ, ф. 12, оп. 2, д. 19, л. 115. В декабре прекратилась также единовременная выдача продовольственных товаров, за исключением новогодних подарков отдельным категориям граждан. Так, в ноябре горожанам на взрослые карточки были выданы: чай (12,5 г), яичный порошок (150 г рабочим и служащим), шоколад (100—200 г), соленые помидоры (200 г), а на детские карточки — 10 штук яиц, 200 г сметаны, по 100 г сухофруктов, соленых помидоров и соков. В декабре взрослым выдали только соль (400 г), водку, вино (0,5 л) и пиво (1,5—2 л), а детям — 200 г сухофруктов и 400 г соков: ЦГА СПб., ф. 2076, оп. 4, д. 54, л. 46.

«Бодро с огромными радостными ожиданиями мы вступили в январь. Кто мог знать, гадалка или пророк, какие страшные нечеловеческие бедствия готовила нам история?» — эти строки из дневника<sup>71</sup> выражают одну из главных трагедий первых месяцев 1942 г. — крушение надежды на быстрое и радикальное избавление Ленинграда от мук блокады. Операция по деблокированию, директива о которой была отдана еще 17 декабря 1941 г.,<sup>72</sup> закончилась неудачей, что стало очевидным к середине января.

В январе перебои со снабжением усилились. В донесении УНКВД ЛО от 28 января 1942 г. сообщалось, что «в первой половине января, кроме муки, никакие продукты питания в Ленинград не поступали. Завоз начался только с 16 января в размерах, не обеспечивающих полного отоваривания продовольственных карточек. Произведенное с 24 января увеличение нормы хлеба (400 г рабочим, 300 г служащим, 250 г иждивенцам и детям) при ограниченной выдаче других нормированных продуктов не улучшило положения населения».<sup>73</sup> В донесении от 10 февраля эти сведения конкретизировались: в счет январских норм не отоварены продовольственные карточки по мясу, жирам, кондитерским изделиям, населению не были выданы 889 тонн жиров (из положенных 1362 т), 1095 тонн мяса (из 1932 т), 1373 тонны кондитерских изделий (из 2639 т). Пожалуй, единственным положительным моментом в январском снабжении было улучшение качества хлеба, так как из-за исчерпания ресурсов суррогатов и благодаря завозу муки примеси снизились до 5,6%.<sup>74</sup>

В начале года наступили сильные морозы. Среднемесячная январская температура воздуха равнялась минус 18,7°, тогда как обычно она не понижалась ниже 7,6° мороза. В течение восьми дней (12—14, 20—21, 24—25, 27) термометр показывал минус 30° и ниже.<sup>75</sup> Почти повсеместно из строя вышли канализация и водопровод. Питьевая вода стала большим дефицитом, а доставка ее в квартиры, учреждения — подвигом. К концу января вода поступала только в 85 домов, 95% водопроводных стояков оказались за-

<sup>71</sup> Фрейденберг О. М. Осада человека // Минувшее. Исторический альманах. М., 1991. Кн. 3. С. 18.

<sup>72</sup> См.: Военно-исторический журнал. 1999 № 5. С. 18. О том значении, которое придавали данной операции Ставка и Верховный Главнокомандующий, см.: Любанская наступательная операция. Январь—июнь 1942 г. Боевые действия 2-й ударной армии. СПб., 1994. С. 8, 11, 13.

<sup>73</sup> А УФСБ, ф. 12, оп. 2, д. 19, л. 137, 166.

<sup>74</sup> ЦГА СПб, ф. 2076, оп. 4, д. 70, л. 6 об.

<sup>75</sup> Горшков Н. П. Силюю света в полсвечи. С. 37—50.

мороженными; значительно увеличилось (в 1.8 раз по сравнению с декабрём) число пожаров, вызываемых главным образом «неосторожным обращением с огнём»; выработка электроэнергии составила всего 4.3% довоенного уровня.<sup>76</sup>

Число жертв голода стремительно росло: в первую декаду января (по неполным данным) загсы зарегистрировали смерть 28 028 ленинградцев, что в 2.9 раза больше, чем за тот же период декабря. В январе ежедневно фиксировалась смерть свыше 3 тыс. человек, почти месячная норма мирного времени. По подсчётам УНКВД ЛО, в январе погибло 4.06% всего населения.<sup>77</sup> При этом умерли 7267 младенцев первого года жизни (родились 4265 чел.). Дети до 14 лет составили 12.9% всех умерших, юноши и девушки 15—19 лет — 6.3%, лица старше 50 лет — 35.8%. На улицах Ленинграда были подобраны трупы 2734 человек, почти столько же обессилевших от голода горожан службы МПВО доставили в больницы.<sup>78</sup>

Приметой января стало увеличение смертности в пригородах Ленинграда. Она была особенно велика среди населения, эвакуированного из Карелии во Всеволожский и Парголово-Ленинградский районы Ленинградской области. В январе умерли 313 жителей Петергофа, вывезенных в Ораниенбаум, тогда как в декабре только 9 человек. В Ораниенбауме из-за сложности доставки продовольствия через Кронштадт несколько январских дней действовали нормы, которые были ниже ленинградских: на иждивенческую карточку полагалось только 100 г хлеба.<sup>79</sup>

В феврале население города продолжало вымирать, общее число жертв, чью смерть регистрировали органы загса, составило 108 029 человек (приблизительно 5% от общей численности горожан) — наивысшая цифра за весь период блокады. 6 и 7 февраля было зафиксировано самое большое число актов о смерти — 4719 и 4720. По-прежнему стояли морозы, среднемесячная температура воздуха равнялась 12.4° ниже нуля (а не более 7.7°, как обычно). В начале февраля закончились запасы каменного угля, общая выработка электроэнергии за месяц составила лишь 2.4% предвоенной.

---

<sup>76</sup> ЦГА СПб., ф. 2076, оп. 4, д. 70, л. 7; Ленинград в осаде. С. 370—371; О подвиге Ленинграда строками хроники. С. 149.

<sup>77</sup> РГАСПИ, ф. 17, оп. 121, д. 177, л. 4. Расчёты велись исходя из данных ОАГС: общее число населения в январе — 2 383 853, умерло 96 571 чел. Если взять численность населения по количеству выданных продовольственных карточек — 2281.8 тыс. и умерших по окончательным данным ОАГС — 101 825 чел., то в январе 1942 г. умерло 4.5% населения Ленинграда.

<sup>78</sup> А УФСБ, ф. 12, оп. 2, д. 19, л. 157, 215.

<sup>79</sup> ЦГА СПб., ф. 7179, оп. 53, д. 59, л. 24.

Положение начало меняться со второй декады февраля. 11 февраля были введены новые нормы снабжения (500 г хлеба для рабочих, 400 — для служащих, 300 — для детей и иждивенцев), в столовых установлен отпуск крупяных блюд с зачетом 50% талонов (вместо 100%). А главное — снабжение стало регулярным, что привело к исчезновению очередей, карточки отоваривались своевременно и почти полностью. 16 февраля было даже выдано доброкачественное мясо — мороженая говядина и баранина.<sup>80</sup> В феврале были полностью отоварены карточки по крупе, несколько меньше, чем положено, было выдано мясопродуктов. Хуже всего обстояло дело со снабжением сахаром и жирами: ленинградцы не получили 227 тонн сахара и 770 тонн масла и жиров. Так, на рабочую карточку было выдано всего 150 г жиров, а не 800 г положенных.<sup>81</sup>

Уже после прорыва блокады ленинградские специалисты рассчитали нормы реализации продуктов на 1 человека в день в январе—феврале 1942 г.

Таблица 3

**Основные продукты в граммах на 1 человеко-день  
за январь и февраль 1942 г.**

Месяц	Хлеб	Мука	Крупа, макаронны	Мясо	Жиры	Сахар	Конд. изделия	Сухофрукты	Овощи
Январь	306	11	46	26	10	16	5	1	47
Февраль	363	4	73	41	23	15	13	4	33

ЦГА СПб., ф. 2076, оп. 4, д. 70, л. 7, 8.

Разумеется, это только расчеты, однако и эти «теоретические» нормы были потрясающе малы и не обеспечивали нормальную жизнедеятельность человеческого организма. В реальности, как уже отмечалось, продукты поступали в магазины города нерегулярно, большая часть январских норм была выдана только в начале февраля. Из-за хищений и злоупотреблений даже мизерные пайки не всегда доходили по назначению. Профессор Д. И. Каргин в своих воспоминаниях приводит запоминающийся пример: один из любознательных ученых в своей лаборатории выпарил суп, выдан-

<sup>80</sup> Горшков Н. П. Силюю света в полсвечи. С. 53, 56.

<sup>81</sup> А УФСБ, ф. 12, оп. 2, д. 19, л. 220.



ный ему в столовой Дома ученых, и вместо 25 г крупы, которые полагались по норме, получил только 8.1 г сухого остатка.<sup>82</sup>

Общая смертность в феврале 1942 г. оставалась очень высокой, но появилась тенденция к понижению. За первую декаду февраля было зарегистрировано 37 296 смертей (предварительные данные), за вторую — 34 852, а за последние семь дней месяца — всего 23 867, т. е. на 36% меньше, чем в начале месяца. Особенно быстро стало сокращаться количество горожан, умерших прямо на улицах: первая декада февраля — 1060 человек, вторая — 679, третья — 366 (почти на 75% меньше). В конце февраля—марте 1942 г. изменились темпы развития и клиническая картина алиментарной дистрофии, широкое распространение получили другие заболевания: авитаминозы (цинга, пеллагра), гипертония, туберкулез и т. п.<sup>83</sup> В течение первого периода<sup>84</sup> развития алиментарной дистрофии (ноябрь 1941—февраль 1942 г.) медики наблюдали смерть трех видов:

- 1) медленное умирание, постепенное угасание жизни;
- 2) ускоренная смерть, когда больной умирал через несколько дней после наступившего по той или иной причине (чаще всего от присоединившегося осложнения) ухудшения общего состояния;
- 3) внезапная или скоропостижная смерть на фоне «относительно благополучия».<sup>85</sup>

При этом большинство умерших составляли мужчины.

Весной количество внезапных смертей значительно сократилось: в марте на улицах города скоропостижно скончались 667 человек, в апреле — 262, в мае — только 9.<sup>86</sup> Впервые за годы войны в марте количество женщин (в абсолютных цифрах) превысило число умерших мужчин, что сразу было отмечено не только в официальных донесениях загсов, но и на бытовом уровне. Так, в одном из писем неизвестный автор написал: «Мужчины и подростки все вымерли, остались почти одни женщины». Текущая регистрация актов о смерти явно показала изменение традиционной пропорции (табл. 4).

<sup>82</sup> Каргин Д. И. Великое и трагическое. Ленинград 1941—1942. СПб., 2000. С. 62.

<sup>83</sup> Алиментарная дистрофия... С. 196—197.

<sup>84</sup> В итоговой работе ленинградских медиков выделены четыре периода развития алиментарной дистрофии: ноябрь 1941—февраль 1942 г., март—август 1942 г., сентябрь 1942—апрель 1943 г., май—июнь 1944 г. (см.: Алиментарная дистрофия... С. 194—202). В работе 1943 г. М. В. Черноуцкий предлагал более дробную периодизацию, каждый этап которой охватывал два месяца (см.: Черноуцкий М. В. Проблема алиментарной дистрофии. Из госпитальной практики 1 ЛМИ им. Павлова // Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны. Л., 1943. Вып. 3. С. 7—9).

<sup>85</sup> Алиментарная дистрофия... С. 195.

<sup>86</sup> А УФСБ., ф. 12, оп. 2, д. 19, л. 251, 267, 282.

## Регистрация смерти мужчин и женщин в феврале—мае 1942 г.

Умерло	Февраль	Март, 1-я декада	Март, 2-я декада	Март, 3-я декада	Апрель	Май
Мужчины	57990	14175	13175	11301	25409	17567
Женщины	38025	13106	15084	14726	30885	32227

ЦГА СПб., ф. 4904, оп. 1, д. 4, л. 18, 20, 23, 25, 33—35, 37—41, 43, 45, 47.

Но следует помнить, что мужчины составляли только треть городского населения, поэтому в действительности смертность среди них была значительно выше, чем у женщин.

Тема голодной смерти по-прежнему лидировала в донесениях УНКВД ЛО о настроениях горожан, но постепенно из передаваемых разговоров уходило чувство обреченности, обсуждение голода приобретало несколько обобщенный характер, опасения, что весной снабжение будет нарушено, перебивались слухами о передаче города «под опеку» Англии или нейтральных стран.<sup>87</sup> После того как в апреле произошло значительное улучшение условий жизни ленинградцев (началось восстановление городского хозяйства, пущен трамвай, организованы столовые повышенного типа и др.), разговоры о нехватке питания и смертности сохранились в основном среди служащих и иждивенцев, которые получали маленькие нормы. А летом, в июле 1942 г., тему голода сменило обсуждение горожанами злоупотреблений в системе общественного питания и торговли.

Особо следует остановиться на вопросе больничной летальности в Ленинграде. Хотя зимой 1941/42 г. основная масса горожан умирала вне лечебных учреждений, изучение именно больничной летальности позволило медикам сформулировать главные особенности и этапы блокадной смертности. Более или менее достоверный общегородской учет смертности в Ленгорздравотделе был налажен только в апреле 1942 г.<sup>88</sup> До этого медики располагали данными лишь отдельных больниц. Отсутствовала и единая методика расчетов, о чем, в частности, свидетельствует стенограмма заседания

<sup>87</sup> Там же, л. 256, 257.

<sup>88</sup> С апреля по декабрь 1942 г. Ленгорздравотдел вел специальную книгу учета статистики смертности в лечебных учреждениях, подведомственных самому отделу, а также в клиниках научно-исследовательских институтов и организаций Наркоматов здравоохранения СССР и РСФСР. В книге фиксировалось количество поступивших больных (по диагнозам) в каждое из лечебных учреждений, количество выписавшихся и количе-

Ученого совета 1-го медицинского института им. академика Павлова от 22 июня 1942 г.,<sup>89</sup> на котором обсуждались доклады ассистентов Ю. Н. Даршкевича и О. Д. Иссерсона о смертности в больницах им. Эрисмана и Карла Маркса.<sup>90</sup> Докладчикам был задан вопрос о том, как они определяют процент легальности; последовал ответ: число умерших пациентов по отношению к числу поступивших. Тогда председательствующий на Ученом совете профессор И. Д. Страшун заявил, что Ленгорздравотдел рассчитывает процент летальности по-другому — по отношению к выписавшимся (а не поступившим) пациентам. Реплика из зала («Сейчас они берут [число] поступивших плюс выписывающихся, деленное на два») возмутила профессора, который заметил, что несогласованность в подсчетах чуть не привела к судебному делу. То, что было нормальным в мирное время, в условиях войны и блокады оказалось, по словам Страшуна, «ересью». Действительно зимой 1941/42 г. выписка пациентов из больниц фактически прекратилась. Не проводилось и своевременное оформление документов на умерших, трупы которых складывались поначалу в моргах, а затем в подвалах и других помещениях. В январе—феврале 1942 г. в морги крупных больниц ежедневно (в среднем) поступало 566 трупов не только пациентов, но и тех, кого привозили уже мертвыми с улиц, кто умирал в приемном покое; привозили в больничные морги и трупы военнослужащих из ближайших госпиталей. Спорным среди медиков оставался вопрос и о включении в отчетность смерти тех, кто умирал в первые сутки после доставки в больницы, отдельные больницы таких пациентов не учитывали.

Отсутствие единой методики подсчетов, неполнота данных приводят к достаточно большому разнообразию в цифрах, указываемых в различных отчетах и справках.

В марте 1942 г. Ленгорздравотдел представил А. А. Жданову справку о летальности в больницах города в январе—марте 1942 г. Хронологически это один из первых документов о больнич-

---

ство умерших, в том числе в первые сутки Эти данные затем обобщались, составлялись таблицы летальности в процентах по видам больниц и заболеваний. См.: ЦГА СПб., ф 9156, оп. 4, д. 1516.

<sup>89</sup> Там же, ф. 3132, оп. 4, д. 181.

<sup>90</sup> Работа О. Д. Иссерсона была опубликована в сборнике: Алиментарная дистрофия и авитаминозы. Научные наблюдения за два года Отечественной войны. Л., 1944. С. 96—100. Это одна из немногих работ о летальности в блокадном Ленинграде. См. также: Бен Е. Летальность в больницах Петрограда-Ленинграда // Статистический анализ состава госпитализированных больных в Ленинграде в 1955 г. Л., 1958. С. 65—87.

ной летальности и, пожалуй, единственный, где проведено сравнение смертности среди гражданского населения и военнослужащих.

Таблица 5

Летальность в больницах Ленгорздравотдела в I-м квартале 1942 г., %

Отделения	Смертность среди гражданского населения	Смертность среди раненых и больных бойцов
Терапевтические	20—25	45—6
Хирургические	12	45
Туберкулезные*	—	5
Инфекционные (дизентерия)	20—25	22
Инфекционные (прочие)	7—10	6—7
Для дистрофиков	60—70	—
Психиатрические*	—	9

РГАСПИ, ф 17, оп. 121, д. 176, л. 68.

\* Сведения о смертности не указаны, методика расчетов не объяснена.

Обращает на себя внимание, насколько меньше была смертность военнослужащих, получавших повышенный паек, по сравнению с «гражданскими» больными.

Впоследствии в отчетах и справках Ленгорздравотдела данные о летальности в I-м квартале 1942 г. колебались между 39.3 и 40.8%, во 2-м — 28.9—31.1%, в 3-м — 15.9—28.9%, в 4-м — 3.7—9.8%.<sup>91</sup> Средняя больничная летальность, по А. В. Свешникову, в 1942 г. составила 24.43%.<sup>92</sup>

Летальность в различных больницах сильно отличалась друг от друга. На уже упоминавшемся заседании Ученого совета I-го медицинского института приводились данные, что в больнице им. К. Маркса в январе 1942 г. умирали до 84% поступивших пациентов. Главный врач больницы им. Боткина, услышав эту цифру, с удивлением заметил, что в деревянных бараках его больницы, где было «совсем нехорошо — и холодно, и темно», летальность не превышала 50%. Значительную разницу в уровне смертности показала статистика детских стационаров: во 2-й детской больнице Октябрьского района летальность равнялась 12%, в то время как в больнице им. Раухфуса достигала 50%.<sup>93</sup>

<sup>91</sup> ЦГА СПб, ф 9156, оп 6, д 18

<sup>92</sup> Свешников А В Здоровоохранение Ленинграда в годы Великой Отечественной войны 1941- 1945 гг Диссертация. Л., 1963 Т 2 С 62

<sup>93</sup> ЦГА СПб, ф 3132, оп. 4, д. 181, л. 45.

Следует отметить, что больничная летальность не стала предметом специальных исследований и слабо отражена в медицинской и исторической литературе.<sup>94</sup> Это объясняется не только сложностью сбора сведений, но также невозможностью опубликовать свои изыскания, поскольку статистика оставалась закрытой<sup>95</sup> и угроза ареста за «разглашение» действительно существовала. Так, в начале 1942 г. была арестована одна из участковых врачей, которая, «имея конкретные данные о заболеваемости и смертности от голода, использовала их для антисоветской пропаганды».<sup>96</sup> Несомненно, свою роль сыграл и психологический фактор. Как сказал И. Ф. Машанский летом 1943 г. на собрании, посвященном 25-летию советского здравоохранения, «высокая больничная летальность тех дней давила тяжким бременем и врачей, и сестер, и санитарок, при этом всем своим поведением больничный персонал должен был поддерживать у больных бодрость, чувство уверенности в близком лучшем будущем».<sup>97</sup> Невозможность помочь умирающим пациентам, огромные масштабы смертности, голодание самих медиков делали тему больничной летальности малопривлекательной для специальных исследований.

Сравнение данных лечебных учреждений и других ведомств (в частности, загсов) показывает, что динамика больничной летальности на первом этапе развития алиментарной дистрофии в целом совпадала с общегородской. Только впоследствии, когда появилась возможность госпитализировать большинство больных, в том числе и дистрофиков (эта задача была поставлена перед медиками летом 1942 г.), смертность в больницах превысила общегородскую.

Руководство города, несомненно, было полностью осведомлено о масштабах вымирания населения. Поскольку Городское статистическое управление в конце 1941 г. фактически прекратило работу, основным, если не единственным, источником сравнительно точных данных о текущей статистике смертности стали органы внутренних дел, в ведении которых находились загсы. Круг адресатов специальных сводок УНКВД ЛО был очень узок: А. А. Жданов,

<sup>94</sup> Можно назвать только книгу П. Ф. Гладких «Здравоохранение блокадного Ленинграда», где автор приводит данные, собранные А. В. Свешниковым. К сожалению, в своей кандидатской диссертации А. В. Свешников, приводя обширный статистический материал, не объясняет методику подсчетов и не проводит источниковедческого анализа.

<sup>95</sup> Ю. Н. Даршкевич начал свой доклад словами: «Статистические данные смертности от дистрофии взяты на основании абсолютных цифр, поэтому они фактически не подлежат оглашению» ЦГА СПб., ф. 3132, оп. 4, д. 181, л. 26

<sup>96</sup> А УФСБ, ф. 12, оп. 2, д. 19, л. 164

<sup>97</sup> ЦГА СПб., ф. 9156, оп. 4, д. 108, л. 80

М. С. Хозин, А. А. Кузнецов, реже П. С. Попков. Со второй половины декабря был также установлен ежедневный учет количества трупов, находившихся в моргах больниц и на кладбищах. Как уже отмечалось, трест «Похоронное дело» не смог осуществить этот учет. Однако крупнейшие больницы города каждый день по телефону сообщали в Ленгорздравотдел (который передавал эти данные в Ленгорисполком) сведения о числе трупов в моргах, указывая, сколько было их вывезено, сколько поступило.<sup>98</sup> Например, по состоянию на 28 января 1942 г. в моргах 14 больниц было 5322 трупа, вывезено за день 395, поступил 531, осталось 5458, в том числе 2790, документы на которые не были оформлены. Такой порядок сбора сведений неукоснительно соблюдался до января 1944 г.

Однако тема массовой гибели гражданского населения, будучи абсолютно секретной, была полностью исключена из официальной информации, адресованной горожанам.<sup>99</sup>

Как уже отмечалось, медики тех лет не имели достаточно полного представления о влиянии голода на человеческий организм. Поэтому, по мнению профессора Е. Э. Бена, зимой 1941/42 г. со стороны органов здравоохранения и большинства медиков сложился «односторонний и упрощенный взгляд» на дистрофию «как явление социальной патологии». «На дистрофиков смотрели как на людей, нуждающихся в питании, но не в лечении. Между тем именно длительное голодание вызвало или обострило ряд патологических процессов, которые в учреждениях здравоохранения должны были бы найти свое лечебное и квалифицированное разрешение».<sup>100</sup> В книге, подводящей итог изучению алиментарной дистрофии, профессор М. В. Черноруцкий также отмечал, что медики не заметили «предвестников» болезни, «скрытый, своего рода инкубационный период», для которого были характерны такие симптомы, как аменорея, гипотермия, склонность к брадикардии и к отекам.<sup>101</sup>

Тем более не знали о тяжелейших последствиях массового голодания власти города, которые в условиях блокады могли помочь лишь отдельным категориям населения. Основное внимание уделялось тем, кто работал на оборону, кто выполнял особо важные задания Военного совета Ленфронта, а также творческой и научной

---

<sup>98</sup> Там же, оп. 6, д. 17, 29, 30, 33.

<sup>99</sup> См., например, текст отчета Ленинградского горкома партии, подготовленного А. А. Кузнецовым летом 1943 г. (РГАСПИ, ф. 17, оп. 122, д. 29), и черновики А. А. Жданова (РГАСПИ, ф. 77, оп. 3, д. 126, л. 101).

<sup>100</sup> ЦГА СПб, ф. 9156, оп. 6, д. 18, л. 12.

<sup>101</sup> Алиментарная дистрофия... С. 196.

интеллигенции, партийным работникам. По решениям Ленгорисполкома с октября 1941 г. в некоторых ведомственных столовых талоны на отдельные виды продуктов (кроме хлеба) вырезались из продовольственных карточек не полностью и тем самым увеличивались их нормы выдачи.<sup>102</sup> Так, согласно решению Ленгорисполкома от 1 ноября 1941 г. в столовой редакции газеты «Ленинградская правда» при выдаче обедов талоны на мясо вырезались в половинном размере, а на крупу не вырезались совсем. Такие же льготы были предоставлены по решению Ленгорисполкома от 5 ноября рабочим и инженерам, непосредственно занятым на производстве оборонной продукции, причем в списке значилось свыше 100 предприятий. Практиковалась также дополнительная выдача продуктов, например, в декабре 1941 — январе 1942 г. Ленгорисполком принял несколько решений об отпуске хлебного вина для тех, кто был привлечен к захоронению трупов. В самом конце 1941 г. категория горожан, получивших право на повышенное питание, расширилась. По секретному решению Ленгорисполкома от 29 декабря 1941 г. «О мероприятиях по медицинскому обслуживанию дистрофиков (истощенных)» Ленгорздравотделу предписывалось развернуть сеть стационарных лечебно-питательных пунктов, для которых выделялись сухари, чай, какао, сахар, шоколад, отпуск этих продуктов проводился без вырезки талонов из карточек, 30 декабря были определены нормы питания в стационарах.<sup>103</sup> Уже 8 января 1942 г. сеть стационаров была значительно увеличена, право на их организацию получили райисполкомы (каждый на 200—300 чел.), 17 предприятий (на 1440 мест); непосредственно Ленгорздравотдел должен был организовать только один общегородской стационар на базе госпиталя № 108.<sup>104</sup> А массовая поддержка выживших ленинградцев началась весной 1942 г., когда по решению Ленгорисполкома и бюро горкома партии 21 апреля были организованы столовые закрытого типа с повышенным питанием на 100 тыс. человек.<sup>105</sup>

Весной 1942 г. ленинградские медики вынуждены были давать объяснения причинам высокой смертности в городе. 31 марта пред-

<sup>102</sup> ЦГА СПб. ф. 7384, оп. 36, д. 55, л. 21, 22, 28, 30 и др.

<sup>103</sup> Решение Ленгорисполкома от 30 декабря 1941 г. предусматривало выделение следующих продуктов. 350 г хлеба, в том числе 50% пшеничного, мясо и мясопродукты — 50 г, жиры — 31 г, яйца — 15 (в месяц), сахар — 50 г, чай — 18 г (в месяц), крупа, макароны — 50 г, мука — 16 г, вино виноградное — 50 г, кофе натуральный — 20 г, овощи — 100 г (ЦГА СПб., ф. 7384, оп. 36, д. 56, л. 113).

<sup>104</sup> Там же, д. 71, л. 35.

<sup>105</sup> Там же, д. 68, л. 119—132.

седателю Ленгорисполкома и в Совнарком СССР (А. Н. Косыгину) была направлена обширная записка Ленгорздравотдела, где приводились доказательства, что «основной, если не единственной, причиной высокой смертности в первом квартале 1942 г. является дистрофия (истощение)».<sup>106</sup> Однако работа медиков явно не устраивала городское руководство. В апреле 1942 г. со своего поста был снят заведующий горздравотделом В. С. Никитский и назначен Ф. И. Машанский. 25 мая на собрании медицинского актива выступил П. С. Попков, который дал довольно резкую оценку работе горздравотдела. В частности, анализируя недостатки в работе медицинских учреждений, приводя конкретные примеры (с указанием организаций, фамилий), П. С. Попков сказал: «Если вы регулярно читаете газеты, в них очень много сообщается о новшествах, изобретениях в вооружении и взрывчатке и целом ряде других вещей. У нас по медицинской линии в Ленинграде это дело идет очень плохо... Хочу на собрании медицинских работников выразить неудовольствие городского комитета партии и исполнительного комитета, а также лично товарища Жданова... Пытался я созывать у себя в кабинете совещания по этому вопросу. Нам хотелось как можно скорее сократить смертность от истощения. Несколько раз мы ставили вопрос и просили подскажите нам, как лучше сделать? Ответа на этот вопрос не получили. Только после того как мы сами у себя обсуждали этот вопрос, по инициативе тов. Жданова были открыты эти столовые с повышенным питанием на 100 тыс человек. Но это сделано не по инициативе врачей. Я думаю, что это не делает чести нашим медицинским учреждениям, особенно нашим институтам, которые находятся здесь в Ленинграде, особенно тем людям, которые большую часть своего времени уделяют так называемым научным вопросам по медицине. Если бы нам раньше это дело подсказали, потребовали соответствующей материальной поддержки, она была бы оказана раньше. Но тут была проявлена какая-то робость или, может быть, нежелание работать...» Перед медиками была поставлена задача. сократить смертность «примерно раз в восемь, если не больше»<sup>107</sup>

Насколько о трагедии Ленинграда было известно на Большой земле? В советской историографии этот вопрос сведен к формуле «ленинградцы, с вами вся страна», между тем изучение источников показывает, что информация, поступавшая из осажденного города, тщательно контролировалась. В общесоюзных средствах

<sup>106</sup> Ленинград в осаде С 297

<sup>107</sup> ЦГА СПб, ф 9156, оп 4, д 93, л 18 об, 19 об, 23 об, 26



массовой информации (газетах, радио) сообщения о голоде и высокой смертности не появлялись, письма из Ленинграда с «негативными» материалами задерживались военной цензурой. Несомненно, высшее руководство страны о трагическом положении города знало. Но нужно учитывать, что А. А. Жданов, будучи секретарем ЦК ВКП (б), даже при строжайшей централизации тех лет, обладал (или считал, что обладает) определенной самостоятельностью в решении многих вопросов, за что неоднократно подвергался жесткой критике, если не сказать разносам, со стороны И. В. Сталина. Один из таких фактов хорошо известен историкам: 22 августа 1941 г., в момент ожесточенных боев за город, Сталин (в присутствии В. М. Молотова, Г. М. Маленкова, А. И. Микояна и др.) резко отчитал ленинградского лидера за организацию Военного совета обороны Ленинграда. Стоит процитировать один из абзацев известного документа. Охарактеризовав решение ленинградцев о выборности командного состава в рабочих батальонах как «серьезную политическую ошибку», Сталин заявил: «Мы никогда не знали о ваших планах и начинаниях. Мы всегда случайно узнаем о том, что что-то наместили, о том, что что-то планировали, а потом получается прореха. Мы с этим мириться не можем. Вы не дети и знаете хорошо, что в прощении не нуждается. Ссылка ваша на перегруженность смешна. Мы не менее вас перегружены. Вы просто не организованные люди и не чувствуете ответственности за свои действия, ввиду чего и действуете, как на изолированном острове, ни с кем не счираясь».<sup>108</sup>

1 декабря 1941 г. состоялась еще одна малоприятная беседа А. А. Жданова и М. С. Хозина с Москвой. Сталин (у телеграфного аппарата Бодо присутствовал также В. М. Молотов) в присутствующей ему жесткой и выразительной манере сказал: «Крайне странно, что тов. Жданов не чувствует потребности прийти к аппарату и потребовать хотя бы кого-либо из нас для взаимной информации в столь трудную минуту для Ленинграда. Если бы мы, москвичи, не вызывали вас к аппарату, пожалуй, тов. Жданов забыл бы о Москве и москвичах, которые могли бы подать помощь Ленинграду. Можно полагать, что Ленинград во главе с тов. Ждановым находится не в СССР, а где-то на острове в Тихом океане. Сообщите, чем вы заняты и как вы думаете выбраться из нынешнего положения, все».<sup>109</sup> Вскоре после этого разговора А. А. Жданов вылетел в

<sup>108</sup> РГАСПИ ф 77, оп 3, д 165, л 168

<sup>109</sup> Там же, л 86

Москву, и 17 декабря 1941 г. он был принят Сталиным, следующий его визит в Кремль состоялся только 17 июня 1942 г.<sup>110</sup>

Из доступных в настоящее время документов видно, что председателя ГКО интересовали в основном военные аспекты блокады Ленинграда и оборонный потенциал его промышленности. Основная ставка делалась на освобождение города от блокады, именно поэтому Сталин, по словам А. И. Микояна, скептически относился к возможностям ледовой дороги.<sup>111</sup> А пока город был окружен, следовало вывезти то, что можно было использовать для войны с врагом, прежде всего танковые и другие оборонные заводы. Прагматизм сталинской политики отчетливо прослеживается на примере воздушной эвакуации из Ленинграда осенью 1941 г.: в первую очередь следовало вывезти работников Кировского и Ижорского заводов, чтобы использовать их для организации танковой промышленности на Урале.

Сведения о положении внутри города высшему руководству страны поступали в основном по линии НКВД. Приказом НКВД от 7 июня 1941 г.<sup>112</sup> был утвержден перечень происшествий (из 19 пунктов), о которых немедленно (в специальных сообщениях или по телефону) сообщалось наркому внутренних дел. В течение войны этот приказ неукоснительно соблюдался, в том числе и ленинградцами. Начальник УНКВД ЛО П. Н. Кубаткин регулярно (раз в 5 или 14 дней начиная с 13 сентября 1941 г.) отправлял специальные сообщения о положении с продовольствием в городе, голоде, смертности, преступлениях на почве голода членам Военного совета Ленинградского фронта А. А. Жданову, А. А. Кузнецову и М. С. Хозину (Л. А. Говорову), а также своему непосредственному начальству в Москву Л. П. Берии. При этом в сообщениях, направляемых в Москву, вопросы снабжения освещались более подробно, чем в аналогичных документах, адресованных ленинградскому руководству.

Другая ситуация сложилась в ЦК ВКП (б), в технический секретариат которого крупные партийные организации должны были ежеквартально представлять свои отчеты. Туда информация из Ленинграда поступала из секретариата А. А. Жданова. Поэтому в фонде ЦК, например, можно обнаружить докладную записку В. М. Решкина П. С. Попкову о проблемах захоронения и другие материалы советских (а не партийных) органов, отложившиеся в

<sup>110</sup> Исторический архив. 1998. № 4. Посетители кремлевского кабинета И. В. Сталина.

<sup>111</sup> Микоян А. И. Так было. Размышления о минувшем. М., 1999. С. 432.

<sup>112</sup> ГАРФ, ф. Р-9401, оп. 1а, д. 69, л. 151.

делах А. А. Жданова, а собственно отчетов горкома (обкома) не имеется.<sup>113</sup>

Не располагали точными сведениями о Ленинграде и многие центральные ведомства, в частности Центральное статистическое управление Госплана СССР. Ленинград был исключен из общесоюзной статистики с 3-го квартала 1941 г. до мая 1943 г. Поэтому, например, в справках о естественном движении населения СССР за 1942 г., направляемых в Совнарком, ленинградские данные отсутствуют. Подобное «исключение» объясняется тем, что Ленинградское статуправление представило отчет только в мае 1943 г., но и после этого огромные цифры потерь «портили» общую картину. Так, из справки ЦСУ об итогах естественного движения населения в 1943 г., подготовленной в апреле 1944 г., была вычеркнута фраза: «Во все цифры по сопоставимой территории не включены данные по Ленинграду, где условия блокады вызвали весьма высокий уровень смертности и сокращение рождаемости...»<sup>114</sup>

До 1943 г. не обладали полной информацией и Наркоматы здравоохранения СССР и РСФСР.<sup>115</sup> Командировки врачей в Ленинград, эвакуация и перевод ряда ленинградских специалистов в Москву несомненно расширили представление работников центрального аппарата о положении в городе. Тем не менее приехавший в октябре союзный нарком здравоохранения Г. А. Митерев признался, что он долго не понимал проблемы дистрофии и, только побывав в блокадном городе, убедился, что «нельзя на дистрофика смотреть как на человека, которому требуется только питание и все. Дистрофика надо не только кормить, но и лечить».<sup>116</sup>

Широкие слои населения страны, а также руководители республиканско-областного масштаба о голоде в Ленинграде узнали только после начала эвакуации в январе 1942 г.

Массовая эвакуация горожан оказала существенное влияние на численность и состав населения осажденного Ленинграда. В различные периоды блокады влияние этого фактора то ослабевало, то усиливалось, достигнув максимума летом 1942 г.

Статистика эвакуации запутанна и противоречива, несмотря на хорошо разработанную правовую базу (порядок эвакуации,

<sup>113</sup> РГАСПИ, ф. 17, оп. 121, д. 130, 176, 177, 178, 179 и др. Эти дела до настоящего времени не переданы на хранение в архив и представлены только микрофильмами.

<sup>114</sup> РГАЭ, ф. 1562, оп. 329, д. 1449, л. 18.

<sup>115</sup> К сожалению, документы 1-го отдела Наркомата здравоохранения СССР за период войны до сих пор не рассекречены, а Наркомата РСФСР сохранились только с 1943 г.

<sup>116</sup> ЦГА СПб., ф. 9156, оп. 4, д. 89, л. 13.

формы документов были введены еще в июле 1941 г.) и четкую организационную систему (создание эвакуационных комиссий, эвакуационных пунктов, аппарата уполномоченных). С большими трудностями при подсчетах сталкиваются не только современные исследователи. Уже в апреле 1942 г., когда готовился рапорт И. В. Сталину об эвакуации 500 тыс. ленинградцев, члены Городской эвакуационной комиссии, как видно из черновых материалов, с трудом находили необходимые сведения. Особенно слабо документирована статистика эвакуации до февраля 1942 г. Но и дальнейший учет в лучшем случае фиксировал общую численность выбывших, оставляя в стороне их половозрастную структуру. Что касается данных Статистического управления о выбытии горожан, то они очень не полны и отражают едва ли половину реальных перемещений, так как выписка тех, кто выехал зимой 1941/42 г., своевременно не проводилась. Об этом, в частности, свидетельствуют результаты проверки записей домовых книг, проведенной по решению Ленгорисполкома от 3 мая 1942 г. В справке Городского управления милиции, поступившей П. С. Попкову 7 июня 1942 г., говорилось, что при проверке 45 945 домов и 1179 общежитий выявлено 241 687 выбывших, которые не были отмечены в домовых книгах. Из них эвакуированы — 112 757 человек, ушли в РККА — 33 029, умерли — 81 305, арестованы — 2959, выбыли по другим причинам — 11 637 человек.<sup>117</sup>

Неорганизованный выезд из Ленинграда был запрещен, с 8 сентября 1941 г. даже продажа билетов на поезда пригородного сообщения производилась только после предъявления специальных документов.<sup>118</sup> Оперативные группы (милицейские заслоны) тщательно контролировали станции. В октябре на ст. Ладожское озеро милиция задержала и отправила в Ленинград 1750 человек, в ноябре — 278, в декабре — 891.<sup>119</sup> Осенью 1941 г. эвакуация была небольшой. Через Ладогу на судах Северо-западного речного пароходства и Ладожской флотилии выехало от 33 до 41 тыс. человек.<sup>120</sup> Правда, сами речники в отчете о военно-морских перевозках по Ладожскому озеру с 11 сентября (до этого какой-либо точный учет не велся) до 29 ноября 1941 г. утверждали, что из Осиновца в Новую Ладогу было переправлено 26 322 пассажира, контингент которых не уточнялся (в сентябре — 850, в октябре — 15 658, в нояб-

<sup>117</sup> Там же, ф. 7384, оп. 4, д. 67, л. 113.

<sup>118</sup> Там же, ф. 2275, оп. 10, д. 5, л. 111.

<sup>119</sup> Там же, оп. 7, д. 783.

<sup>120</sup> Ленинград в осаде. С. 301; РГАСПИ, ф. 17, оп. 121, д. 130, л. 42.

ре — 9814). Причем одна из барж, где было около 300 пассажиров, утонула во время сильного шторма 17 сентября.<sup>121</sup> В документах же Городской эвакуационной комиссии сведений о потерях во время осенней навигации, как, впрочем, и летней 1942 г., не имеется. Воздушным путем с 22 сентября до середины декабря Ленинград покинули от 35 до 43,6 тыс. человек. Собственно ленинградцев, эвакуированных осенью и в начале зимы 1941 г., по данным итоговой справки, было всего 36,7 тыс., среди них представители творческой и научной интеллигенции, рабочие Кировского и Ижорского заводов.

22 ноября начала действовать ледовая трасса по Ладожскому озеру, знаменитая Дорога жизни. С самого начала она должна была обеспечить массовый выезд ленинградцев из голодающего города, о чем свидетельствует решение Военного совета Ленинградского фронта 19 ноября 1941 г. об образовании эвакуационной комиссии во главе с П. С. Попковым. Уже 26 ноября на ст. Ладожское озеро прибыли три воинских состава, пассажиры которых были сразу же переправлены на восточный берег. 27 ноября с Финляндского вокзала отправались два эшелона с 2200 слушателями Военно-медицинской академии, 29-го с ними выехал еще один состав. Оттепель 30 ноября и сильный шторм 1 декабря на короткое время прервали движение по трассе, но усиленная подготовка к эвакуации продолжалась. 2 декабря на ст. Борисова Грива был открыт эвакуационный пункт, на котором к 5 декабря собралось уже 1120 учащихся ремесленных училищ, рабочих Кировского завода, членов их семей. 6 декабря, когда Военный совет распорядился вывозить до 5 тыс. человек в сутки, рабочие заводов «Вулкан», «Красная звезда», «Ленинская искра» находились уже в пути. В тот же день — 6 декабря 1941 г. — был зафиксирован первый случай смерти среди эвакуированных: скончалась полторагодовалая Наташа Федорова.<sup>122</sup> Однако с 8 декабря эвакуация прекратилась, 12 декабря последовало решение Военного совета Ленфронта об отсрочке ее до особого распоряжения. Причины этого решения до настоящего времени не установлены, в многочисленных справках, отчетах тех лет одиннадцатидневная эвакуация ноября—декабря 1941 г. даже не упоминается, хотя, возможно, это промедление стоило огромных жертв. Предположения об опасности движения, неподготовленности баз на восточном берегу Ладоги вполне обоснованны, но они в

<sup>121</sup> ЦГА СПб., ф. 2141, оп. 39, д. 5, л. 139.

<sup>122</sup> Там же, ф. 2275, оп. 7, д. 783, л. 163—186

такой же мере могут быть отнесены и к январскому «исходу» блокадников, физическое состояние которых за два зимних месяца значительно ухудшилось. К тому же январская эвакуация началась во время свирепых морозов, убивавших людей не меньше голода. В отсрочке решающую роль, вероятно, сыграла убежденность Верховного Главнокомандования СССР в том, что блокаду удастся прорвать если не в декабре 1941 г., то в январе 1942 г. непременно, особенно учитывая успешное наступление под Москвой. Ставка была сделана на самый радикальный и всеобъемлющий способ решения вопроса о помощи Ленинграду: снятие блокады автоматически ликвидировало бы все проблемы снабжения населения и армии. Этим же можно объяснить и то, что ледовая трасса в декабре—январе обеспечивала главным образом перевозку военных грузов.

На подготовку массовой эвакуации населения зимой 1942 г. было отведено четыре дня: 18 января Совнарком СССР принял соответствующее решение и назначил 10 своих уполномоченных<sup>123</sup> в населенные пункты по пути следования поездов, 21 января Военный совет Ленинградского фронта определил порядок вывоза людей, 22 января Государственный Комитет Обороны постановил эвакуировать не менее 500 тыс. человек, и в тот же день эвакуация началась. А 26 января первый эшелон с изможденными блокадниками прибыл в Вологду. До 1 февраля 1942 г. шло освоение трассы, и ежедневно город покидало в среднем 630 человек. «Относительно нормальной» эвакуация стала с 1 февраля, до конца месяца в среднем выезжало 4283 человек в сутки, а затем их число выросло до 7734.<sup>124</sup> С 8 февраля 1942 г. медицинское обслуживание трассы было возложено на службу скорой помощи, исчерпывающий отчет которой<sup>125</sup> дает выразительную и подробную картину исхода огромной массы людей из голодающего города. В течение 1942 г. Ленинград покинуло свыше 800 тыс. горожан, а с учетом эвакуированных жителей Ленинградской области, раненых бойцов, колхозников Карелии и беженцев из прибалтийских республик общее число тех, кто вырвался из блокадного кольца, превысило 1 млн человек.<sup>126</sup>

<sup>123</sup> ГАРФ, ф. Р-5446, оп. 59, д. 7, л. 10—19.

<sup>124</sup> РГАСПИ, ф. 17, оп. 121, д. 176, л. 79; ЦГА СПб., ф. 2076, оп. 4, д. 95, л. 2—4.

<sup>125</sup> ГАРФ, ф. А-482, оп. 52, д. 47.

<sup>126</sup> Сводная статистика эвакуированных сохранилась в регулярных отчетах Городской эвакуационной комиссии, хорошо представленных в архивных фондах оргтехнического секретариата ЦК ВКП (б), Ленгорисполкома, Ленинградской плановой комиссии и т. п. Сведения о числе эвакуированных ленинградцев см. также: *Ковальчук В. М.* Трагические цифры блокады. С. 358—359.

Зимне-весенняя эвакуация 1942 г. не оказала значительного влияния на структуру городского населения (см. табл. 1), процент численности иждивенцев и детей до 12 лет почти не изменился.<sup>127</sup> Летняя эвакуация, начавшаяся 27 мая 1942 г., имела иной характер, ее основной задачей было не только спасение умирающих от голода людей, но и превращение Ленинграда в военный город с «необходимым минимумом самостоятельного населения». Как явствует из выступления А. А. Жданова на бюро горкома ВКП (б), эта идея родилась в Москве.<sup>128</sup> Летом 1942 г. выезжали в основном нетрудоспособные горожане. За июль—сентябрь город покинули свыше 105 тыс. женщин с детьми, 34 тыс. обитателей детских домов, 22 тыс. пенсионеров. Трудоспособные рабочие и служащие составили 13% эвакуированных (40 тыс. чел.). Одновременно были вывезены около 72 тыс. рабочих и служащих, «временно потерявших трудоспособность».<sup>129</sup> В полной мере план создания военного города реализовать не удалось, хотя численность иждивенцев сократилась к концу года почти в 4 раза, а детей до 12 лет на 5—6%.

В официальных отчетах утверждалось, что в пути от Ленинграда до Тихвина за 1942 г. умерли 2922 человека, из них 553 погибли во время летней эвакуации.<sup>130</sup> Отчет скорой помощи также неточен. По ее данным, в феврале—сентябре 1942 г. на медпункте Финляндского вокзала скончались 239 человек, в июле—ноябре на медпункте Московского вокзала — 7 человек, в медпунктах и санитарных частях Лаврова (с 25 февраля по 10 апреля) — 306 человек, Жихарева (21 января—10 апреля) — 506, Борисовой Гривы (27 мая—31 декабря) — 62, Кобона-Лаврово (28 мая—31 декабря) — 355, всего 1475 человек. Эти цифры не вошли в сведения санитарных частей эвакуопунктов Ваганова, Борисовой Гривы и Кобоны до 28 мая, так как их руководители уехали, не передав полных сведений.<sup>131</sup> Разумеется, отчет скорой помощи, через которую прошли свыше 100 тыс. эвакуированных, содержит данные только о тех, кто умер непосредственно в медпунктах и санитарных частях. В том же отчете, например, говорится: «Смертность среди эвакуированных была большая», с января по апрель в Борисовой Гриве зарегистрирова-

<sup>127</sup> Естественно, со всеми оговорками о неточности карточной системы и возможности злоупотреблений, особенно с детскими карточками.

<sup>128</sup> См.: Ленинград в осаде. С 95.

<sup>129</sup> РГАСПИ, ф. 17, оп. 121, д. 178, л. 73.

<sup>130</sup> Там же, л. 4.

<sup>131</sup> ГАРФ, ф. А-482, оп. 47, д. 52, л. 186.

но 2200 захоронений.<sup>132</sup> Насколько сведения об умерших на территории области отражены в общей статистике смертности Ленинграда, остается загадкой.

Реальная численность населения блокадного Ленинграда была установлена в июле—августе 1942 г. после перерегистрации паспортов его жителей. Это мероприятие проводилось в соответствии с постановлением Государственного Комитета Обороны от 21 февраля 1942 г. «О перерегистрации паспортов у граждан, проживающих в режимных местностях, закрытых зонах и пограничной полосе Союза ССР, и наклейке на них контрольных листов». Принятие такого решения ГКО было вызвано тем, что фашистские войска во время наступления захватили большое количество бланков, печатей, которые активно использовали для фальсификации советских документов; всего в прифронтовых районах СССР в 1942 г. были проверены паспорта 12 795 928 человек.<sup>133</sup> В Ленинграде перерегистрацию планировалось провести с 15 апреля, но только 3 июля 1942 г. Ленгорисполком принял решение, предписывающее Управлению милиции города провести проверку с 5 по 22 июля, одновременно (и это очень важно) Городскому статистическому управлению было поручено разработать материалы перерегистрации. Проверка началась 8 и закончилась 30 июля 1942 г., а 31 июля в обком ВКП (б) была направлена справка за подписью П. С. Попкова и П. Н. Кубаткина о численности населения города.<sup>134</sup> Согласно этому документу в Ленинграде, Колпине и Кронштадте проживало 807 288 человек, в том числе 17.95% (144 927 чел.) детей до 16 лет. В общее число были включены 9813 человек, которые не получили паспортов (больные, инвалиды, бойцы МПВО, лица, прибывшие по мобилизации из других областей, и т. п.), также дети, находившиеся на государственном обеспечении (8128 чел.). В районах собственно Ленинграда проживало 775 364 человека (640 750 взрослых и 134 614 детей до 16 лет), в Кронштадте — 9566 человек (7653 взрослых и 1913 детей), Колпине — 4417 человек (4145 взрослых и 272 ребенка). В справке указывалось, что на снабжении в Ленинграде состоят рабочие и служащие пригородных районов области, работающие в Ленинграде (26 тыс.), и 3.5 тыс. военнослужащих. Общая цифра всех, находившихся на снабжении в Ленинграде, составила 836 788 человек. Тогда же была подготовлена справка о

<sup>132</sup> Там же, л. 164.

<sup>133</sup> Там же, ф. Р-9415, оп. 3, д. 1409, л. 9.

<sup>134</sup> ЦГА СПб., ф. 7384, оп. 4, д. 76, л. 7—8; ЦГАИПД СПб., ф. 24, оп. 2в, д. 5867, л. 45—46.



количестве семей, имеющих детей, было установлено, что 72 922 женщины имеют 1 ребенка, 14 965 — двух и 3096 — свыше трех детей.<sup>135</sup>

Окончательные итоги перерегистрации паспортов были подведены Статистическим управлением в октябре 1942 г., но, к сожалению, полный комплект таблиц о составе населения (по национальности, по времени пребывания в Ленинграде) не сохранился. Разработка половозрастного состава населения охватила 790 024 человека.<sup>136</sup> Результаты своего рода мини-переписи показали катастрофическое опустошение города к лету 1942 г. Общая численность населения по сравнению с переписью 1939 г. сократилась в 4 раза, количество мужчин уменьшилось в 7 раз, женщин — в 3 раза. Резко нарушился баланс полов: на 100 мужчин приходилась 291 женщина, а в возрасте, наиболее благоприятном для деторождения, этот дисбаланс был еще больше. В августе 1942 г. в Ленинграде было всего 4247 мужчин 20—24 лет. Численность детей первого года жизни по сравнению в 1939 г. сократилась в 30 раз, детей 1—4 лет — в 4.5 раза. Из огромного числа малышей 1937—1938 гг. рождения (тогда родилось свыше 180 тыс. детей) в городе осталось чуть больше 32 тыс.

Численность населения, установленная в результате перерегистрации паспортов, стала точкой отсчета для последующей ленинградской статистики.

Итоги естественного движения населения Ленинграда трагического 1942 г. были подведены весной 1943 г.<sup>137</sup> По официальным данным, в городе и подчиненных ему Колпине и Кронштадте умерли 520 550 человек, в том числе в 15 городских районах — 513 529. Мужчины среди умерших составили 49.2%, женщины — 50.8%. Учитывая, что доля первых в общей численности была значительно меньшей, эти цифры свидетельствуют, что вымирание «сильного» пола шло значительно интенсивнее, чем женщин. Месячная динамика смертности отражена в табл. 6.

Таблица показывает резкое, тридцатикратное, снижение абсолютных цифр смертности в течение года. Но по отношению к общей численности населения города это снижение было более медленным. Помесячные коэффициенты смертности (на 1000 чел. населения) в течение года снизились (по разным подсчетам) в 7—10

<sup>135</sup> ЦГА СПб., ф. 7384, оп. 4, д. 71, л. 137.

<sup>136</sup> См.: Ленинград в осаде. С. 313; ЦГА СПб., ф. 4965, оп. 3, л. 298, л. 1, 2.

<sup>137</sup> Полный комплект отчетных данных см: ГАРФ, ф. А-374, оп. 32, д. 112; РГАЭ, ф. 1562, оп. 329, д. 1024.

раз и в декабре 1942 г. в три раза превышали довоенный уровень.<sup>138</sup> Среднегодовой коэффициент смертности, по данным официальной статистики, составил 332.4 на 1000 человек населения.<sup>139</sup>

Таблица 6

Смертность населения Ленинграда, Колпина и Кронштадта (17 загсов) в 1942 г.

Месяц	Мужчины	Женщины	Всего	Муж., %	Жен., %
Январь	89151	37838	126989	70.2	29.8
Февраль	67448	55232	122680	55.0	45.0
Март	41404	57077	98481	42.0	58.0
Апрель	24854	41511	66365	37.5	62.5
Май	14044	29083	43127	32.6	67.4
Июнь	7511	17161	24672	30.4	69.6
Июль	4378	10788	15176	28.8	71.2
Август	2214	5398	7612	29.1	70.9
Сентябрь	1354	3160	4514	30.0	70.0
Октябрь	1028	2490	3518	29.2	70.8
Ноябрь	1032	2349	3381	30.5	69.5
Декабрь	1602	2433	4035	39.7	60.3
<b>Итого</b>	<b>256020</b>	<b>264530</b>	<b>520550</b>	<b>49.2</b>	<b>50.8</b>

РГАЭ, ф. 1562, оп. 329, д. 1024, л. 80 об.; ГАРФ, ф. А-374, оп. 32, д. 112, л. 49 об.

Картина динамики смертности различных возрастных групп отражена в табл. 7.

Младенцы до 1 года составили 4.7% всех умерших,<sup>140</sup> дети до 14 лет — 13.1%, подростки 15—19 лет — 6.4%, таким образом, доля молодежи в общем числе умерших ленинградцев равна 24%. Горожане старше 60 лет составили почти 19% умерших. Мужская смертность (в абсолютных цифрах) преобладала главным образом в группах допризывного возраста (в более старших возрастах мужчин было значительно меньше, чем женщин). Особенно велико это различие в группе подростков 10—19 лет: число умерших мальчи-

<sup>138</sup> Месячные коэффициенты за 1942 г. Статистическое управление не рассчитывало, так как не располагало сведениями о численности населения. ОАГС сделал такую работу на основе завышенных данных об общей численности и заниженных данных о помесачной смертности (см.: ЦГА СПб., ф. 4904, оп. 1, д. 5, л. 21). Если за общую численность населения принять сведения о выдаче продовольственных карточек и взять окончательные данные Статуправления о смертности, то месячные коэффициенты будут следующими: январь 674.5 умерших на 1000 населения (по данным ОАГС — 512.5), февраль — 787 (558.1), март — 680 (535.3), апрель — 535.5 (475.4), май — 403.3 (333), ноябрь — 63.2 (59.5).

<sup>139</sup> ЦГА СПб., ф. 4965, оп. 9, д. 738, л. 12.

<sup>140</sup> Официальные данные о младенческой смертности вызывали большие сомнения специалистов (см.: протокол заседания Научно-методического бюро санитарной статис-

ков и юношей почти вдвое превышало количество погибших сверстниц.

Таблица 7

Смертность по возрастным группам (17 загсов) в 1942 г.

Лет	Муж.	Жен.	Итого	Лет	Муж.	Жен.	Итого
До 1 года	12513	11552	24365	55—59	20772	19153	39925
1—4	16067	14457	30524	60—64	15925	19355	35280
5—9	9282	6488	15770	65—69	11023	16985	28008
10—14	13808	7994	21802	70—74	5855	13447	19302
15—19	23166	10180	33346	75—79	2301	7737	10038
20—24	5308	9406	14714	80—89	766	3435	4201
25—29	10131	11444	21575	90—94	224	983	1207
30—34	15721	16858	32579	95—99	46	264	310
35—39	17476	18294	35770	100	4	14	18
40—44	17958	21946	39904	Неизв.	13229	13621	26850
45—49	20636	20625	41261	<b>Итого</b>	<b>256020</b>	<b>264530</b>	<b>520550</b>
50—54	23774	20206	43980				

РГАЭ, ф. 1562, оп. 329, д. 1024, л. 108; ГАРФ, ф. А-374, оп. 32, д. 112, л. 37.

Рождаемость и другие показатели естественного движения отражены в табл. 8.

Таблица 8

Рождаемость, браки и разводы (17 загсов) в 1942 г.

Месяц	Родилось мальчиков	Родилось девочек	Родилось всего	Браки	Разводы
Январь	2134	2095	4229	302	58
Февраль	1449	1434	2883	254	54
Март	825	815	1640	255	88
Апрель	545	560	1105	200	55
Май	508	525	1033	264	51
Июнь	398	376	774	283	60
Июль	354	326	680	367	60
Август	148	151	299	279	45
Сентябрь	64	46	110	224	40
Октябрь	32	30	62	205	47
Ноябрь	34	29	63	292	33
Декабрь	49	60	109	313	61
<b>Итого</b>	<b>6540</b>	<b>6447</b>	<b>12987</b>	<b>3238</b>	<b>652</b>

РГАЭ, ф. 1562, оп. 329, д. 1024, л. 80; ГАРФ, ф. А-374, оп. 32, д. 37, л. 49.

тики от 28 июня 1944 г.: ЦГА СПб., ф. 9713, оп. 1, д. 98, л. 174—175). В таблицах детской смертности за 1941—1943 гг., составленных С. А. Новосельским, отмечалось, что смертность детей первого года жизни в 1941 г. увеличилась по сравнению с 1938—1939 гг. на 70%, в 1942 г. — на 400%.

Рождаемость в течение 1942 г. сократилась в 67 раз, достигнув минимума в октябре, когда родились всего 62 младенца, в том числе две пары близнецов. Процент мертворожденных в 1942 г. был не очень большим (зарегистрировано всего 262 случая — 2% от общего количества родов), что во многом объясняется особым вниманием к беременным женщинам, которые получали повышенный паек и дополнительные продукты. Общий коэффициент рождаемости на 1000 человек в 1942 г. составил всего 8,3 — самый маленький за первую половину XX в.

О глубоком нарушении естественного движения населения свидетельствует сокращение числа браков (в 12 раз по сравнению с предвоенным периодом в абсолютных цифрах). Одновременно сократилось и число разводов (в 17 раз).

Данные Ленинградского статистического управления, представленные в ЦСУ СССР, расходились со сведениями Ленинградского отдела актов гражданского состояния, который в апреле 1944 г. направил А. А. Жданову справку о регистрации в 1942 г. 528 830 смертей. ЦСУ запросило ленинградских статистиков о причинах расхождения, и 15 апреля 1944 г. ему была представлена подробная объяснительная записка.<sup>141</sup> В ней указывалось, что расхождение в цифрах объясняется «плохим состоянием регистрации в загсах за первую половину 1942 г., вторые экземпляры [актов] поступали без сопроводительных ведомостей, сразу за несколько месяцев, с путаной нумерацией.. большое количество было выявлено случаев двойной регистрации». Кроме того, смерть свыше 4 тыс. человек, умерших в декабре 1941 г., была зарегистрирована в январе—апреле 1942 г. Объяснение было принято к сведению, и в официальную статистику вошла цифра 520 тыс. умерших.

Сводные данные о причинах смерти в 1942 г., составленные ленинградскими статистиками, производят впечатление исторического курьеза. дистрофия, авитаминозы, военные травмы в общей таблице не выделены и включены в раздел «прочих причин» смерти (объяснение такому казусу уже было дано выше). От «прочих причин» в 1942 г. умер 271 771 человек (52,2%), от болезней сердца — 108 939 (21%), гастроэнтерита — 44 290 (8,5%), пневмонии и других болезней легких — 25 790 (5%), туберкулеза — 10 257 (2%). Отмечено 587 случаев убийств и 318 самоубийств.

Отрицательный баланс естественного движения горожан сохранился и в 1943 г., что было вызвано главным образом очень низким

<sup>141</sup> ЦГА СПб, ф 4904, оп 1, д 7, л 33—34, л 33—34, РГАЭ, ф 1562, оп 329, д 1471, л 22

уровнем рождаемости (умерли 21 493 чел., родились 7613). Среднегодовая численность населения Ленинграда, Колпина, Кронштадта в 1943 г. составила 579.4 тыс. человек, коэффициент смертности оставался высоким — 36.1 на 1000 человек населения, что в 2.2 раза выше, чем в 1939 г.<sup>142</sup> По состоянию на 1 января 1944 г. в Ленинграде проживали 557 760 человек, 77.5% из них составляли женщины и 22.5% мужчины. С 1944 г. численность населения стала расти, естественный прирост превысил 10 тыс. человек, а механический (в связи с началом эвакуации) составил 371.9 тыс. человек, коэффициент смертности достиг довоенного уровня — 17.0 на 1000 человек населения.<sup>143</sup> На 1 июля 1945 г. в Ленинграде насчитывалось более 1 млн жителей, подавляющее большинство которых (70.3%) составляли женщины.

Катастрофа, которая постигла население Ленинграда, вполне осознавалась демографами и медиками военной поры, понимавшими необходимость исследования всех аспектов демографии осажденного города. Уже в июле 1942 г. на заседании Научно-методического бюро санитарной статистики был поднят вопрос о составлении санитарно-демографического обзора за первый военный год, к работе планировалось привлечь несколько человек, в том числе профессоров Е. Э. Бена и С. А. Новосельского. Особое внимание предполагалось уделить причинам смертности. Частично эта задача была выполнена к октябрю 1942 г., Е. Э. Бен на основе предварительных данных (статистики тогда еще не закончили полную разработку материалов) составил конъюнктурный обзор, рукопись которого до настоящего времени не обнаружена. При обсуждении этого обзора 7 октября 1942 г. было предложено создать особую комиссию во главе с ответственным сотрудником Ленгорздравотдела, которая бы занималась координацией и объединением работы различных учреждений и организаций, исследовавших влияние блокады на жизнь города. Однако часть медицинской общественности (в частности, директор Педиатрического института Ю. А. Менделева) выступила против этого проекта. Специальная комиссия по истории медицины в годы войны была создана в 1-м Ленинградском медицинском институте, но и она не вела активной работы.<sup>144</sup> Комитеты по изучению блокадных заболеваний (в том числе и алиментарной дистрофии), организованные летом 1943 г. при Ленгорздравотделе, вопросами демографии и медицинской статистики практически не занимались.

<sup>142</sup> Там же, д 1014, л 3, д 1015, л 5

<sup>143</sup> ЦГА СПб, ф 9156, оп 6, д 35, л 131, ф 4965, оп 8, д 738, л 12

<sup>144</sup> Там же, ф 9713, оп 1, д 98, л. 385, 393, 406, ф 9156, оп. 4, д 116, л 63—65.

В начале 1945 г. подсчетом жертв блокады занялась Ленинградская городская комиссия по установлению и расследованию злодеяний немецко-фашистских захватчиков и их сообщников,<sup>145</sup> которая получила необходимые ей сведения от городского и районных загсов. Методика подсчетов, принципы отбора этих сведений в архивных материалах комиссий (общесоюзной и ленинградской), ОАГС, паспортной службы Главного управления милиции НКВД СССР не обнаружены. Особенно много вопросов вызывают данные централизованного учета ОАГС (191 427 чел.), не подкрепленные списками умерших.<sup>146</sup> Централизованно могли быть учтены граждане, чья смерть была зафиксирована с опозданием, заключенные, умершие как в Ленинграде, так и вне его, эвакуированные ленинградцы, погибшие во время пути, и т. п. Все это можно только предполагать, так как документальная расшифровка указанной цифры не найдена. Отсутствие объяснений, если не считать совершенно ошибочного утверждения Д. В. Павлова о скрупулезной работе комиссии в мае 1943 г.,<sup>147</sup> способствовало возникновению и распространению сомнений в точности подсчетов и, в конечном счете, дискредитировало данные Комиссии.<sup>148</sup> Однако состояние источников в настоящее время не позволяет отказаться от подсчетов тех лет. Учитывая, что статистика населения после проведения перерегистрации паспортов достаточно достоверна, можно попытаться определить, как изменилась численность населения города в период с октября 1941 г. до 1 августа 1942 г. Начинать отсчет с сентября сложно, так как в этот период происходила очень большая и слабо учтенная миграция. В блокаде, по данным выдачи карточек, оказалось 2371.3 тыс. человек (в ноябре это число возросло до 2374.3 тыс. из-за прописки приезжих). Еще раз отметим, что карточная статистика не точна, но она может быть только завышена по сравнению с реальной численностью населения из-за недостатков учета, прямых обманов и т. д. Численность «бескарточного» населения сознательно опускается, так как она в это время была невелика и покрывалась численностью жителей области, получавших карточки в городе. По состоянию на 1 августа в Ленинграде проживало 807.3 тыс. человек. Таким образом, за 10 месяцев население сократилось на 1564 тыс. человек. За этот же период за-

<sup>145</sup> Ленинград в осаде. С. 573—574, 606

<sup>146</sup> Эти списки районные загсы передали в Городскую комиссию, откуда они поступили в Государственный архив (ныне ЦГА СПб.).

<sup>147</sup> Павлов Д. В. Ленинград в блокаде. Л., 1989. С. 184.

<sup>148</sup> Ковальчук В. М. Трагические цифры блокады. С. 358—359.

регистрировано 573 235 смертей, приблизительно около 100 тыс. мужчин ушли в армию, эвакуировано, по официальным данным, около 813 тыс. человек, не считая жителей области, раненых красноармейцев, колхозников Карельского перешейка.<sup>149</sup> Таким образом, с известными оговорками на несовершенство имеющегося статистического материала, можно предполагать, что недоучет смертности составил не более 80 тыс. человек, и всего за 11 месяцев блокады погибли приблизительно 653 тыс. ленинградцев.

Последняя попытка определить численность жертв блокады путем прямого подсчета<sup>150</sup> умерших была предпринята в начале 1990-х гг. Президиумы городского и областного Советов народных депутатов 7 мая 1991 г. приняли решение «Об увековечении памяти погибших в годы Великой Отечественной войны и при героической обороне Ленинграда и создании Ленинградской книги памяти», однако из-за отсутствия финансирования работа затянулась.<sup>151</sup> Только 9 ноября 1992 г. последовало распоряжение мэра города об организации редакционной коллегии и создании специальной группы при Комитете социальной защиты. В основу сбора необходимых сведений легли предложения Московского районного отдела Международной ассоциации блокадников, разработанные группой И. Н. Любича в 1992 г., для учета всех (а не только умерших) жителей блокадного города. Согласно методическим рекомендациям, утвержденным Комитетом по социальной защите в октябре 1993 г., предполагалось использовать 13 источников, в том числе и те, достоверность которых весьма проблематична, например публикации в средствах массовой информации, сведения из мемуарной литературы, заявления граждан. Основными источниками Книги памяти должны были стать (перечисляются в порядке значимости, установленном методическими указаниями): сведения от населения, архивы загсов, сведения с мест захоронения. Первоначально предполагалось, что при составлении картотеки обязатель-

---

<sup>149</sup> В октябре—декабре 1941 г. зарегистрировано 71 319 смертей (к ним надо добавить 4412, которые зарегистрированы в январе—апреле 1942 г.), т. е. всего умерли 75 745 чел. В январе—июле умерли 497 490 чел. Общее число умерших в октябре 1941—июле 1942 г. равно 573 235. В армию в октябре призвано 21 352 чел., в ноябре — 21 238, в мае—июле — 27 2 тыс., можно предположить, что в декабре—апреле призывалось от 5 до 10 тыс. чел. ежемесячно. Осенью и зимой 1941/42 г. (до 22 января) из города выехали около 38 тыс. ленинградцев, с 22 января по 15 апреля 1942 г. — 453 тыс., за май—июль 1942 г. — около 321 тыс.

<sup>150</sup> Подробно о методах подсчета см.: *Рыбаковский Л. Л.* Людские потери СССР... С. 28—34.

<sup>151</sup> ЦГА СПб, ф. 6041, оп. 1, д. 1—4.

но будут указываться источники информации, однако в процессе работы это требование не было выполнено, что резко снизило историческую ценность накопленного материала, поэтому черновые картотеки, находившиеся в достаточно хаотическом состоянии, так и не были переданы на государственное хранение в архивы. В настоящее время электронный вариант Книги памяти передан в мемориал на Пискаревском кладбище, выходит в свет и печатный вариант Книги, но итоговые данные так и не опубликованы.

Тем не менее говорить о том, что вопрос о числе жертв блокады исчерпан, преждевременно. Неизученными остаются вопросы потерь среди населения области, оказавшегося в голодном кольце, до настоящего времени не опубликованы данные о числе военнослужащих, умерших в госпиталях Ленинграда и захороненных в его земле.<sup>152</sup> Только комплексное рассмотрение этих вопросов позволит в полной мере осветить трагедию великого города.

---

<sup>152</sup> В сборнике «Гриф секретности снят. Потери вооруженных сил СССР в войнах, боевых действиях и военных конфликтах» (М., 1994) приводятся лишь общие сведения о безвозвратных потерях Ленинградского фронта и Балтийского флота.



## Заболееваемость и смертность эвакуируемых по пути от Ленинграда до Костромы

В эвакуации населения из Ленинграда в годы войны можно выделить два периода первый — до блокады города с 29 июня по 27 августа 1941 г., второй — во время блокады, четко делящийся на четыре этапа, продолжавшиеся до 1 ноября 1942 г. В дальнейшем выезд разрешался лишь в исключительных случаях по особому указанию городской эвакуационной комиссии

Особое место в проведении эвакуации населения из Ленинграда принадлежит Вологодской и Ярославской областям (Костромская область до августа 1944 г. входила в состав Ярославской<sup>1</sup>) Местные органы власти были первыми, кто принимал, размещал ленинградцев, обслуживал следовавших далее в глубь страны

Эшелоны с эвакуированными стали прибывать в Вологодскую и Ярославскую область уже в июле 1941 г. На 21 июля в Вологодскую область прибыло 30 978 человек из Ленинграда и других районов прифронтовой зоны. Кроме того, 220 тыс. эвакуированного населения проследовало по железной дороге через Вологодский железнодорожный узел и 36 тыс. человек — водным путем по системам Шекснинского и Сухонского речных пароходств<sup>2</sup>

Для организации встречи и обслуживания прибывающих в городах Вологда и Череповец по решению Вологодского обкома партии и облисполкома от 16 июля 1941 г. были организованы два эвакуопункта, а на пристанях Вытегра, Белозерск, Вологда и железнодорожной станции Бабаево — обслуживание питанием и медицинской помощью<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Костромская область была образована в августе 1944 г. Из состава Ярославской области в нее вошло 15 районов и три сельсовета из Любимовского района. Три района были выделены из Ивановской области, шесть районов и г. Шарья — из Горьковской области и два района из Вологодской области. Многие районы Костромской области, в том числе Костромской, Буйский, Галичский, Солигарский и другие, города Кострома, Буй, Галич, Шарья и др., были важнейшими центрами приема и размещения эвакуируемых из Ленинграда

<sup>2</sup> ВОАНПИ, ф. 2522, оп. 10, д. 69, л. 1

<sup>3</sup> Там же, д. 17, л. 27—29

Достаточно подробное представление о приеме эвакуанаселения дает отчет о работе Череповецкого эвакуопункта при Исполкоме Вологодского Совета за июль 1941 г.—начало января 1942 г., по времени включающий и два этапа эвакуации во время блокады.

Эвакуопункт обслуживал людей, следовавших водным, железнодорожным, авто- и гужевым транспортом. Здесь им оказывалась медицинская помощь, а больных, требующих госпитализации, помещали в изолятор и общежитие пункта, которое было оборудовано всего на 100 коек. Возможности медицинского персонала были ограничены. До конца навигации в ноябре 1941 г. медицинская помощь была оказана 5023 людям. 87 (57 из них с диагнозом дизентерия) были сняты с барж и помещены в череповецкую инфекционную больницу. Часть больных с неострозаразными болезнями была помещена в изолятор.<sup>4</sup> Всего же за июль—декабрь 1941 г. через Череповец проследовало 650 880 эвакуированных, в том числе по железной дороге — 391 659, по водному пути — 246 789, авто- и гужевым транспортом — 12 422 человека.<sup>5</sup> Многие случаи заболевания детей и взрослых не фиксировались врачами, ускользали от их контроля. Не всегда в этом были повинны медики. Очень часто родители заболевших детей, больные взрослые не обращались за врачебной помощью, нередко скрывали недомогание и болезни из-за нежелания быть высаженными в Череповце и прервать дальнейшее следование в глубокий тыл. Так что больных было, конечно, больше помещенных в больницу. С июля по ноябрь с барж сняли 128 умерших, из них 27 взрослых и 101 ребенка.<sup>6</sup>

На череповецком вокзале было организовано дежурство медпоста совместно с железнодорожной поликлиникой. До конца декабря 1941 г. персонал поста оказал медицинскую помощь 2450 эвакуированным, а железнодорожная поликлиника приняла 2167 человек.<sup>7</sup>

До середины декабря 1941 г. медперсонал изолятора, несмотря на недостаток медицинского инвентаря, лекарств, питания для больных, преодолевая трудности, удовлетворял минимальные потребности эвакуированных. Однако в конце 1941 г. количество больных значительно возросло, и его руководство поставило вопрос о выделении новых помещений, увеличении численности медперсонала, улучшении питания больных, снабжении медикаментами, медицинским инвентарем, приобретении транспорта и т. д.<sup>8</sup>

<sup>4</sup> ГАВО, ф 3105, оп 1, д 28, л 130.

<sup>5</sup> Там же, л 128

<sup>6</sup> Там же, л 131

<sup>7</sup> Там же

<sup>8</sup> Там же, л 133.

Хранящиеся в архивах документы свидетельствуют о неорганизованном продвижении эшелонов с эвакуированными по железной дороге. Некоторые вагоны, заполненные людьми для дальнейшей отправки по маршруту, простаивали по нескольку суток на станциях Череповец и Вологда. В вагонах было холодно, затруднено питание, обеспечение горячей водой. Люди нервничали. Поезда с эвакуированными продвигались медленно, не выполнялось указание о прохождении за сутки 600 км.<sup>9</sup> Бюро Вологодского обкома ВКП (б) дважды намечало меры по устранению имеющихся недостатков, которые не были выполнены. Был снят с работы начальник политотдела Вологодского отделения дороги, а начальнику Северной железной дороги было предложено освободить от должности начальника станции Вологда 1-я.<sup>10</sup>

В Ярославскую область эвакуированные ленинградцы стали прибывать также в июле 1941 г. Руководство области и районов приложило немало усилий, чтобы, несмотря на материальные и продовольственные трудности, принять и разместить ленинградцев. По решению советских органов жилищные нормы для горожан были временно уменьшены до 4 кв. м на человека. Это дало возможность подселить и поселить тысячи ленинградских семей.

В Костроме эвакуированные нашли приют в школе № 29, в финансово-экономическом техникуме и в зданиях эвакупункта в Березовой роще. Их приняли рабочие общежития Ярославстройтреста, Мелзавода и др.

С начала эвакуации, в основном до августа, в Ярославскую область с детскими учреждениями прибыло 67 796 детей и 12 030 детей с родителями, всего 79 826 детей.<sup>11</sup> Детские дома и интернаты размещались в домах отдыха, санаториях, школах и просто в арендованных помещениях, принадлежащих колхозам и колхозникам. С благоустройством, медицинским обслуживанием детей, а главное, с питанием возникло много трудностей. Об этом свидетельствуют сообщения из районов, поступавшие в Ярославский обком ВКП (б). В докладной записке «О размещении, питании эвакуированных в Парфеньевском районе» указывалось, что эвакуированные дети размещены в помещениях школ и крестьянских домах. У многих детей нет топчанов, и они спят на полу. На 1305 ребят имеется 5 врачей и 8 сестер. Они почти совсем не получали молока,

<sup>9</sup> ВОАНПИ, ф 2522, оп 3, д 400, л 33

<sup>10</sup> Там же, л. 33—34

<sup>11</sup> Ярославцы в годы Великой Отечественной войны: Сб. документов. Ярославль. 1965. С 274

мяса, сахара, масла и яиц.<sup>12</sup> О серьезных трудностях с питанием и медицинским обслуживанием сообщалось и из ряда других районов.

Руководство области принимает меры, чтобы выправить положение. К тому же напряженность спадает в связи с тем, что в августе—сентябре 1941 г. из пределов Ярославской области выбыло 30 050 детей. Значительная часть из них была взята родителями обратно в Ленинград, остальные выехали в другие области в связи с переездом родителей и учреждений. На 15 сентября в области осталось 47 750 ленинградских детей.

В октябре 1941 г. немецкие войска начали наступление на Москву. Создалась угроза оккупации Ярославской области. 17 октября 1941 г. Совет по эвакуации при Совнаркомом СССР принимает решение о вывозе ленинградских детей с территории Ярославской области в другие районы страны. В Пермскую (Молотовскую) область было направлено 9582 ребенка, Челябинскую — 10 336, Омскую область — 10 961 и Татарскую АССР — 2954, всего — 34 333 ребенка.<sup>13</sup> В это же время через Ярославскую область по железной дороге (станции Ярославль-Московский и Всполье) и водным путем — по Волге проследовало 745 792 человека.<sup>14</sup>

Несмотря на возникшие трудности, особенно нараставшие со второй половины ноября—декабря 1941 г., эвакуация ленинградцев в Вологодскую и Ярославскую области и движение через них на восток и север проходили без серьезных потерь среди эвакуированных и существенных сбоев. Областные и районные власти, трудовые коллективы и колхозы обеспечивали минимально необходимые условия для оказания медицинской помощи и размещения ленинградцев. По имеющимся в архивах данным, к сожалению не полным, до станции Вологда было снято с барж и железнодорожных эшелонов не более 200 трупов, а несколько десятков человек умерли в первые дни и недели в стационарных эвакуопунктах и больницах.<sup>15</sup>

В 1941 г. в Ярославле умерли 35 ленинградцев, из них 6 детей до 7 лет, а в районах области — 257 человек, в том числе 187 детей в возрасте до 7 лет.<sup>16</sup>

<sup>12</sup> ЦДНИАО, ф. 272, оп. 224, д. 313, л. 30.

<sup>13</sup> ГАЯО, ф. 2224, оп. 224, д. 177, л. 91.

<sup>14</sup> ЦДНИАО, ф. 272, оп. 224, д. 177, л. 91.

<sup>15</sup> ГАВО, ф. 3105, оп. 1, д. 28, л. 130, 132.

<sup>16</sup> Вечной памяти достойны (Книга — список эвакуированных ленинградцев, захороненных в Ярославской области в годы Великой Отечественной войны). Ярославль, 1996. Ч. 2. С. 507—509. Эта рукопись, напечатанная на машинке, хранится в ГАЯО.

Так завершились первый и второй этапы эвакуации ленинградцев на Вологодской и Ярославской землях и далее через них к месту назначения. Опыт, приобретенный областными и местными органами власти, был использован ими на третьем этапе эвакуации ленинградцев. Вместе с тем отсутствие массовой заболеваемости, а тем более смертности среди эвакуированных не способствовало правильной оценке руководством областей возможных трудностей и сложностей, которые могли возникнуть при дальнейшей эвакуации ленинградцев, переживших первые месяцы блокады.

С 22 января по конец апреля 1942 г. — третий этап эвакуации ленинградцев, эвакуации по ледовой дороге, Дороге жизни, которая начала функционировать 22 ноября 1941 г. Это самая трагическая страница в летописи эвакуации в период войны.

21 января 1942 г. в постановлении Военного совета Ленфронта в соответствии с указаниями ГКО была изложена развернутая программа по эвакуации населения Ленинграда по маршруту Финляндский вокзал—ст. Ваганово железнодорожным транспортом; ст. Ваганово—ст. Жихарево — автотранспортом. Постановление устанавливало достаточные нормы питания населения, эвакуированного из города, выделение автобусов для его перевозки, создание питательных и медицинских пунктов на трассе и др. Было предусмотрено все главное, чтобы эвакуация людей осуществлялась успешно. Однако среди уезжавших было много людей в таком тяжелом состоянии, когда спасти уже невозможно. Крайне истощенные люди, покинув Жихарево, продолжали путь по Северной железной дороге. Многие были обречены. Не случайно врачи называли дистрофию бомбой замедленного действия.

Первый эшелон с эвакуированными ленинградцами пришел в Вологду 26 января 1942 г. По 25 апреля 1942 г. через Вологду проследовали 215 эшелонов, в которых было 486 287 человек. Кроме того, 4000 человек прошли через Подборовье—Чагодошь, Кабожь—Хвойную и свыше 10 000 человек были расселены в районах Вологодской области между ее западными границами и Вологдой. Всего через область в период зимнего потока проследовали свыше 500 тыс. человек.<sup>17</sup> В соответствии с постановлением СНК СССР от 18 января 1942 г., на 25 апреля в области размещено 20 733 ленинградца. Необходимо отметить, что общее число остановившихся в области было значительно больше, но некоторая часть из них (до 3000 чел.), поправив здоровье, выехала к местам первоначального назначения.<sup>18</sup>

<sup>17</sup> ВОАНПИ, ф. 2522, оп. 3, д. 332, л. 11.

<sup>18</sup> Там же.

Времени на организацию приема такого количества эвакуированных у волгожан было очень мало. 23 января, т. е. всего за два дня до прибытия первого эшелона, Вологодский обком ВКП (б) и облисполком приняли постановление о приеме и размещении 20 тыс. ленинградцев. Решение обязывало партийные органы и местные власти немедленно приступить к подготовительным работам по организации обслуживания людей, которые будут следовать из Ленинграда. Позднее уполномоченный Управления по эвакуации населения по Вологодской области в справке о реализации постановления СНК СССР «Об эвакуации населения из города Ленинграда» излагал те меры, которые были приняты. По данным этой справки, при имеющихся эвакуопунктах на ст. Бабаево, Череповец, Вологда 1-я и Вологда 2-я были срочно организованы четыре специальных пункта общественного питания и медицинской помощи, на которых люди обеспечивались первой медпомощью, горячим питанием и на двух из них — Бабаево, Вологда — сухим пайком в дорогу. Руководство эвакуопунктов и пунктов общественного питания и медицинской помощи было укомплектовано проверенными работниками. Во всех помещениях, предназначенных для размещения ленинградцев, был произведен соответствующий ремонт, они были обеспечены кроватями, постельными принадлежностями и другим необходимым инвентарем, с учетом всех особенностей, которые могли встретиться в ходе приема контингента ослабленных людей.<sup>19</sup>

Нарисованная картина была, мягко говоря, далека от действительности. Правда, уполномоченный признает, что встреча первого эшелона показала, что необходимо срочно организовать в Вологде и на промежуточных пунктах специальные эвакуогоспитали и усилить работу существовавших медпунктов. Очевидцы встречи первого эшелона вспоминали: «С поезда снимали не только больных, но и десятки трупов... Не доходило до сознания, что в Ленинграде так плохо...»<sup>20</sup> Руководство Вологодской области не было, по существу, ни материально, ни морально готово к приему людей, некоторые из которых находились на грани смерти. Медучреждения не были, да и не могли быть, рассчитаны на прием для лечения сотен и сотен людей. Для этого у них не было ни помещения, ни оборудования, ни лекарств, ни медперсонала. Р. В. Туркестанская, утвержденная на должность начальника Управления по

<sup>19</sup> ГАВО, ф 3105, оп 1, д 89, л. 14.

<sup>20</sup> Акиньков Г. А. Эвакуация. Вологда, 1992. С. 7.

обслуживанию госпиталей при Вологодском горздраве, 5 марта 1942 г. в справке «О госпитализации ленинградского эвакуонаселения» писала: «К моменту организации управления эвакуогоспиталями при горздраве существовали общежития (вернее — подсобия), которые напоминали собой вокзал, т. е. в каждой комнате жили по несколько семей... Пища подавалась в кровати, больных утром не умывали, обслуживающего персонала было мало. Дежурных врачей не было, ночью больных обслуживала только медсестра... Кухонные и санитарные блоки совершенно отсутствовали. Больных кормили привозной — из треста столовых пищевых, которая, пока перевозилась, становилась холодной, а подогревать было негде. Пища, как правило, подавалась нерегулярно, кормили два раза в день, третий раз не успевали.

Грязь и вшивость была большая, в связи с отсутствием санитарного блока больных мыть было нечем и негде. Одна смена белья не могла удовлетворить, так как больные, тяжелые дистрофики, в 80 процентах случаев страдали желудочно-кишечными расстройствами (колиты, энтероколиты). Отсутствовали дезкамеры.

Отсутствовало регулярное снабжение медикаментами, медицинскими инструментами, отсутствовала хирургическая комната — при наличии большого количества больных с обмороженными конечностями и гангренами. Порядок вывоза больных в госпитали был таков: их грузили в автобус и возили по госпиталям (везде перегрузка), пока какой-либо госпиталь не сжалится и не возьмет. Нормы питания больного: сахара — 20 г, масло сливочное — 40 г, мясо и мясопродукты — 125 г, молоко — 200 г, крупа — 90 г, кондитерские изделия — 10 г, хлеб — 400 г.»<sup>21</sup>

О неподготовленности эвакуопунктов к приему ленинградцев информировали уполномоченные партийных органов, дежурившие на них.

В архивных фондах нет документов, говорящих о том, сколько трупов сняли с первых эшелонов, прибывших в январе в Вологду, сколько трупов сняли еще по дороге, сколько из тех, кого поместили в стационары, в госпитали и больницы, умерли в те январские дни. Однако сохранились свидетельства, которые позволяют оценить ту трагическую обстановку в целом. Так, в докладной записке, направленной председателю Вологодского городского комитета обороны П. Т. Комарову 22 февраля 1942 г., замначальника УНКВД Вологодской области майор милиции Максимов сообщал

<sup>21</sup> ВОАНПИ, ф. 1858, оп. 5, д. 152, л. 5.

о том, что 27 января в Вологде было обнаружено два скопления трупов, доставленных со станции.<sup>22</sup> Это дает нам повод предполагать, что из эшелонов были сняты десятки, а может быть, и сотни трупов.

В двух эвакуогоспиталях в январе умер 61 эвакуированный из Ленинграда (38.1% от поступивших на лечение).<sup>23</sup>

Зимой—весной 1942 г. поток эвакуированных в Ярославскую область резко увеличился. Только за февраль—апрель 1942 г. туда прибыло 167 железнодорожных составов, в которых находилось более 300 тыс. ленинградцев.<sup>24</sup>

20 января 1942 г. бюро Ярославского обкома ВКП (б) создало комиссию для руководства работой по приему, размещению и обслуживанию населения, эвакуированного из Ленинграда. Комиссию возглавил секретарь обкома. Было решено размещать эвакуируемое население в Ярославле, Костроме, Рыбинске, Тутаеве, Ростове и населенных пунктах сельской местности, прилегающих к линии железной дороги. Каждому из пунктов прибытия ленинградцев было дано задание подготовить к 26 января помещения для расселения эвакуированных: городу Ростову на 1200 человек, Тутаеву на 2000 человек, Костроме на 2000 человек (к 1 февраля еще на 2000 чел.), Рыбинску на 5000 человек, Данилову на 2000 человек, Любиму — 15 000 человек и т. д. Конкретные цифры подготовки помещений для людей, прибывающих из Ленинграда, были даны и ряду районов области.<sup>25</sup> Партийные и советские органы доложили о готовности к приему эвакуированных. Больничная сеть Ярославского горздравотдела на 1 декабря 1941 г. имела возможность разместить 1739 больных, на 1942 г. планировалось увеличить ее на 85 мест (в терапевтической больнице). 25 января 1942 г. было получено указание зампреда СНК СССР А. И. Микояна выдавать с баз Ярославской области все необходимые продукты для организации питания населения, эвакуированного из Ленинграда, не дожидаясь нарядов из Центра.

С 27 января 1942 г. в Ярославскую область стали прибывать эшелоны с ленинградцами. Ярославцы оказывали эвакуированным теплый прием, стремились предоставить материальную и продовольственную помощь, создать условия для лечения и отдыха. Прибывших осматривал врач дорожно-санитарного отдела железной

<sup>22</sup> Там же, ф. 3868, оп. 1, д. 7, л. 168—169.

<sup>23</sup> Подсчитано автором. См.: ГАВО, ф. 1876, оп. 4, д. 2, л. 1—24 об.

<sup>24</sup> ЦДНЯО, ф. 272, оп. 157, д. 1280, л. 5.

<sup>25</sup> Там же, оп. 224, д. 203, л. 25—28.



дороги. Тяжелобольные выносились из вагонов и направлялись в медицинский пункт, а оттуда в больницу в соответствии с установленным диагнозом. Нуждающимся оказывалась медицинская помощь на месте, пополнялись аптечки транзитных эшелонов. Эвакуированные обеспечивались питанием (в пути следования) за счет государства, а размещаемые в общежитиях и на квартирах — за свой счет. Питание помещенных на лечение в больницу — за счет государства, а детей, потерявших родителей, до определения в детские учреждения — за счет местного бюджета. В десятках писем, направленных в партийные и советские организации, в редакцию газеты «Северный рабочий», ленинградцы выражали искреннюю благодарность руководителям, медицинским работникам, гражданам области за заботу, отзывчивость, внимательное и чуткое отношение.

Однако поток эвакуированных нарастал. В январе 1942 г. через эвакуопункт области прошли 3498 человек, с 5 по 14 февраля — уже 8115 человек, а с 15 февраля до конца месяца — еще 21 951 человек, из них 6 февраля в Ярославскую область — 11 080 человек.<sup>26</sup> В этих условиях стали обнаруживаться серьезные промахи, узкие места, а иногда и просто неподготовленность отдельных звеньев обслуживания к действию в труднейших условиях, которые сложились с февраля 1942 г.

А. Ярославцев, в 1942 г. преподаватель одного из местных техникумов, привлеченный, как и многие другие, санитаром для обслуживания эвакуированных, вспоминал: «Увиденное было неопишваемым. Перед нами лежали сотни людей, уже перешедших грань истощения. Дистрофия их была абсолютной, необратимой, и медицина... была бессильна. На кроватях в комнатах общежития педагогического института лежали скелеты, в которых едва теплилась отлетающая жизнь...»<sup>27</sup>

Резко возрастает число больных и умерших, снимаемых с эшелонов. В январе 1942 г. было снято 185 человек больных и 7 трупов, в феврале — 712 больных и 109 трупов. Возрастает смертность среди больных, помещенных в больницы и стационары. В январе 1942 г. в Ярославле было захоронено 72 человека, а в феврале — уже 434 человека. В области соответственно — 66 и 339 человек.<sup>28</sup>

Руководство Вологодской и Ярославской областей не могла не тревожить столь трагическая ситуация с приемом и обеспечением

<sup>26</sup> Там же, л. 128—129

<sup>27</sup> Память. Письма о войне и о блокаде. Л., 1985.

<sup>28</sup> Вечной памяти достойны... С. 507—508.

дальнейшего следования эвакуированных. Оно принимает ряд мер, чтобы изменить тяжелую обстановку.

По решению исполкома Вологодского областного Совета устанавливались новые нормы продуктов, закладываемых на обед для питания эвакуированного населения: крупы — 65 г, мяса или рыбы — 75 г, жиров — 15 г, сахара — 10 г, хлеба — 500 г (хлеб выдавался на сутки).<sup>29</sup>

17 февраля исполком Вологодского областного Совета решил разместить в Вологде 1250 больных с проходящих из Ленинграда эшелонов. Для этого предусматривалось выделить часть здания Управления Северной железной дороги, здания треста «Вологда-лес», театра юного зрителя, часть центральной городской библиотеки, часть помещения конторы треста «Трансторгпит». Для обслуживания больных выделялось 60 человек учащихся медицинской школы и врачи.<sup>30</sup> 27 февраля исполком принял решение о выдаче эвакуированному населению, следующему транзитом через Вологду, сухого пайка из набора продуктов на каждого человека: хлеб — 500 г, масло сливочное — 100 г, сгущенное молоко — 200 г.<sup>31</sup>

Все это, безусловно, способствовало улучшению приема эвакуируемых, обеспечению их продовольствием, лечению больных. В справке начальника Управления эвакогоспиталей при горздраве Р. В. Туркестанской (не ранее 25 апреля) сообщалось, что «в настоящее время» организовано 6 госпиталей, в том числе 5 терапевтических на 1210 коек и один хирургический на 160 коек. В каждом госпитале имеются своя больничная кухня, приемный покой с небольшим санпропускником, дезокамеры, элементарный хозяйственный и медицинский инструментарий, медикаменты отпускаются аптеками, к которым прикреплены госпитали, белье имеется по две смены (у некоторых госпиталей и больше). Питание установлено регулярное и своевременное — три раза в день. Норма продуктов на одного больного: 25 г сахара, 125 г мяса и мясопродуктов, 40 г сливочного масла, 200 г молока, 90 г крупы, 500 г хлеба, 200 г картофеля, 200 г других овощей (свеклы, капусты, лука). Сверх нормы выдавались белые сухари, сгущенное молоко, печенье, клюквенный экстракт, шиповник, сухие овощи, зеленый лук, салат.<sup>32</sup>

Однако многие из эвакуированных уже перешли грань истощения и умирали в дороге. До 20 марта по пути в Вологду с эшелонов

<sup>29</sup> ГАВО, ф. 3105, оп. 1, д. 26, л. 30.

<sup>30</sup> Там же, ф. 1295, оп. 2а, д. 10, л. 17.

<sup>31</sup> ВОАНПИ, ф. 1858, оп. 5, д. 152, л. 8, 16 об.

<sup>32</sup> Там же, ф. 2522, оп. 3, д. 332, л. 4.

было снято 1619 трупов, а в самой Вологде — 490.<sup>33</sup> Представляется, что эта цифра не полная. В архивах сохранились некоторые сведения о прохождении эвакуэшелонов через станции Вологда 1-я и Вологда 2-я. Они предоставлялись ежедневно. В них сообщалось о номере проследовавшего эшелона, его маршруте, количестве людей, в том числе детей, и смертности в дороге (до Вологды) и в Вологде. По этим данным, с 1 по 7 апреля через Вологду прошли 23 эшелона. Только в них в дороге умер 671 человек и в Вологде — 118,<sup>34</sup> т. е. 789 человек или примерно половина из указанной в отчете выше цифры почти за два месяца. Не было ни одного эшелона без умерших в пути до станции Вологда. Лишь в одном Череповецком эвакуопункте с января по 24 апреля 1942 г. был снят с эшелонов 1301 труп.<sup>35</sup>

Еще больше снимали с эшелонов больных. В отчете Вологодского областного переселенческого отдела о приеме, размещении и оказании помощи эвакуированным ленинградцам от 24 января 1943 г. указывалось, что только за время с января по апрель 1942 г. было снято и госпитализировано около 10 тыс. человек.<sup>36</sup>

Огромная беда заключалась в высокой смертности среди лиц, помещенных в эвакуогоспитали и другие медицинские лечебные учреждения. По данным, представленным завгорздравом председателю Вологодского Совета, число умерших по медучреждениям города (а это были в основном ленинградцы)<sup>37</sup> за март—апрель 1942 г. составило 1495 человек.

Высок был процент смертности ленинградцев, поступивших в эвакуопункты. В некоторых госпиталях (№ 1, 4, 5) он составлял более одной трети всех больных. Однако, по нашему мнению, и эти данные не бесспорны. Автором подсчитано, сколько человек умерли по двум госпиталям (№ 1 и № 2). В феврале—мае 1942 г. в них скончались 40.2% поступивших больных.<sup>38</sup> Особенно много умирали в первые дни. В официальной справке, подписанной уполномоченным Управления по эвакуации населения по Вологодской области, говорится, что смертность среди госпитализированных «очень высокая, до 25%, особенно смертность высока в первые 2—3

<sup>33</sup> ГАВО, ф. 3105, оп. 1, д. 28, л. 384.

<sup>34</sup> Подсчитано автором. См.: ВОАНПИ, ф. 2522, оп. 3, д. 333, л. 38—42.

<sup>35</sup> Там же, ф. 1858, оп. 5, д. 152, л. 34.

<sup>36</sup> ГАВО, ф. 3105, оп. 2, д. 6, л. 302—310.

<sup>37</sup> Исключением явилась инфекционная больница, где в числе умерших указаны не только ленинградцы, но и жители Вологды

<sup>38</sup> Подсчитано автором. См.: ГАВО, ф. 1876, оп. 4, д. 2, л. 1—50.

дня пребывания людей в госпитале».<sup>39</sup> В госпиталях № 1 и 2, по подсчетам автора, в течение первых четырех дней умирали от 25.8 до 42.4% поступивших на лечение. Причин для этого было много, но главное состояло в том, что большинство эвакуированных находилось в очень тяжелом состоянии. Крайнее истощение сопровождалось сопутствующими заболеваниями, отеками и обморожениями.

Были и другие причины большой смертности эвакуируемого населения. В «Докладной записке» начальника Управления госпиталями города Вологды в областной комитет ВКП (б) указывалось, что у больных (выводы делались из проведенных наблюдений за более чем 1000 чел.), до выезда из Ленинграда не страдавших кишечными заболеваниями, с определенного участка по пути эвакуации начинались массовые болезни кишечника, которые часто кончались гибелью больного. Оказалось, что истощенные люди после длительного недоедания получали на ст. Жихарево перед посадкой усиленное питание, которое для истощенного организма являлось, по существу, ядом. Р. В. Туркестанская предлагала изменить непродуманный рацион питания эвакуированных в Жихарево и в пути следования, чтобы избежать многочисленных заболеваний ленинградцев, организм которых предельно ослаб.<sup>40</sup>

В конце апреля 1942 г. третий этап эвакуации из Ленинграда был завершен. Сколько же человек умерли на Вологодской земле? Приведенные выше цифры, очевидно не полные, свидетельствуют о смерти в течение зимнего этапа эвакуации 4717 ленинградцев. В том числе снято трупов по пути до Вологды и в Вологде — не менее 2943, умерли в эвакогоспиталях — 1382 и в других лечебных заведениях Вологды — 392 человека.<sup>41</sup>

Март и апрель 1942 г. были наиболее напряженными и для Ярославской области, несмотря на то что на Вологодской земле с эшелонов были сняты тысячи больных. В эти месяцы с эшелонов высаживали до 200 человек в день, по 30—40 человек с каждого эшелона. К 5 апреля в области находились 15 540 ленинградцев, из них в больницах на лечении — 3412 человек. В апреле область приняла еще 2450 человек. Резко увеличивается число больных, забираемых с эшелонов, а также среди ленинградцев, прибывших в область. Только стационары Ярославля в апреле приняли 1564 человека.<sup>42</sup>

<sup>39</sup> ВОАНПИ, ф 2522, оп 3, д 332, л 11

<sup>40</sup> Там же, д 400, л 35—36

<sup>41</sup> Подсчитано автором

<sup>42</sup> ГАЯО, ф р-1269, оп 3, д 122, л 13

Всего за февраль—апрель 1942 г. через стационары прошли 7409 человек. Кроме того, через больницы Ярославля еще 863 человека. Высока была смертность среди больных. В больницах города она составила: в нервно-терапевтической — 46.7 %, в детской — 26.5%, им Семашко — 45.5 %, в инфекционной — 30.0 %.<sup>43</sup> Из всех погибших в больницах в течение марта число умерших в первые три дня составляет 28 1 %, в первые десять дней — 62 6%. На 20 апреля в стационарах и больницах только Ярославля умерли 734 человека<sup>44</sup>

Число погибших в пути увеличивается. В марте убрали с поездов 292 трупа и с 1 по 25 апреля еще 135 трупов.<sup>45</sup> Эту цифру умерших в дороге нельзя считать абсолютно точной. Имели место случаи, когда трупы выбрасывали из вагонов на станциях и в пути. Они в этом случае статистикой не учитывались. Так, в докладной записке уполномоченному СНК СССР по эвакуации в Ярославской области, подписанной начальником дорожного отдела Ярославской железной дороги, сообщалось, что с 17 по 20 марта на путях ст. Всполье в глубоком снегу было обнаружено 37 трупов. 17 марта на 257 км от Москвы был обнаружен труп мужчины, 18 марта — 2 трупа у станции Коромыслово, а 19 марта на этой же станции нашли еще 4 трупа, сброшенных с только что прошедшего товарно-пассажирского поезда. 23 марта на путях станции Всполье вторично обнаружено 3 трупа и в этот же день — труп на перегоне станции Которосль—Всполье. Еще ранее несколько трупов было подобрано на перегонах и станциях.<sup>46</sup>

Большинство эшелонов прибывало на станции Ярославской области без медицинского персонала. Например, из 76 эшелонов, проследовавших через станцию Всполье с 4 по 26 апреля 1942 г., лишь в 24 был врач (в том числе 3 эшелона имели по 2 врача), в 24 эшелонах — медицинская сестра (среди этих эшелонов только в 8 имелись врач и медсестра).<sup>47</sup>

К концу марта были исчерпаны все 3000 мест для размещения больных. Вновь открываемые стационары имели ряд существенных недостатков. В большинстве больниц и стационаров не хватало медикаментов, постельного белья, младшего медицинского персонала, питание не отвечало требованиям лечебного. В ряде стацио-

<sup>43</sup> Там же, ф р -358, оп 2, д 62, л 159

<sup>44</sup> Там же, ф р -1269, оп 3, д 112, л 24

<sup>45</sup> Подсчитано автором См ЦДНИАЮ, ф 272, оп 224, д 203, л 129—137

<sup>46</sup> Там же, л 86

<sup>47</sup> Подсчитано автором См ГАЯО, ф р -385, оп 2, д 62, л 12—14

наров и больниц плохо проводилась санобработка поступающих больных, некоторые стационары находились в антисанитарном состоянии.<sup>48</sup>

С 26 апреля (по существу окончания зимне-весеннего периода эвакуации населения из Ленинграда) приток больных резко сократился, что дало возможность заблаговременно подготовиться к приему нового контингента эвакуированных, которые начали поступать с 1 июня 1942 г.

На 1 мая 1942 г. в стационары и больницы Ярославля с начала эвакуации было принято 10 966 человек. Были прописаны на квартиры к родственникам, знакомым и предоставлено жилье в порядке уплотнения 1405 человекам. После восстановления здоровья из стационаров выписано 6396 человек. За время эвакуации умерли около 5000 ленинградцев, в том числе в стационарах и больницах — 1096 человек.<sup>49</sup> В районах области с 27 января по 5 мая были госпитализированы 4039 больных ленинградцев.

Четвертый этап эвакуации населения Ленинграда проходил через Ладогу с мая по ноябрь 1942 г. Он был организован лучше. С мая по ноябрь 1942 г. через озеро было переправлено 448 694 человека.

Через Вологду за период с 1 июля по 1 августа 1942 г. прошли 143 эшелона, в которых находились 287 857 человек. С августа и до 2 декабря проследовали еще 99 эшелонов, которыми было перевезено более 80 тыс. человек.

Эвакуация проходила в более благоприятных условиях для приема ленинградцев и оказания им необходимой помощи. К тому же резко сократился поток людей, а само их движение происходило значительно более организованно, чем зимой этого года. Сами ленинградцы были более готовы физически к следованию в пути. С 1 июня по 1 августа 1942 г. за два месяца было снято больных из эшелонов в дороге до Вологды 301 человек и в Вологде еще 508. В пути до Вологды умер 71 человек, в Вологде — 34.<sup>50</sup>

Все санитарные вагоны пополнялись в Вологде медикаментами и специальными аптечками. Питание было хорошо организовано. Эвакопункты в целом работали четко. В госпиталях на 1 августа находилось больных: в Вологде — 515 человек, в Великом Устюге — 198, в Бабаеве — 87, в Череповце — 67 человек. Всего — 867 больных. Однако процент смертности в госпиталях оставался еще

<sup>48</sup> Там же, ф. р.-1249, оп. 1, д. 335, л. 3; ф. р.-385, оп. 2, д. 65, л. 524.

<sup>49</sup> Там же, д. 112, л. 40.

<sup>50</sup> ВОАНПИ, ф. 2522, оп. 3, д. 333, л. 1.

высоким. Так, в эвакогоспитале № 5 за период с 1 июня по 26 августа из общего числа 298 прошедших больных умерли 86 человек (28.9%), при этом в первые сутки потери составили 18.6% от общего числа умерших. В эвакогоспитале № 2 смертность равнялась (от общего количества прошедших больных): в июне — 7.4%, в июле — 27% и в августе — 24.4%.<sup>51</sup>

С 1 августа до 2 декабря через Вологду прошли еще 99 эшелонов. В сентябре—ноябре в них проследовало 60 522 эвакуированных. За эти три месяца с них было снято трупов: в пути до Вологды — 18 и в Вологде — 13. Госпитализировано больных до Вологды — 36 и в Вологде — 37.

Значительно организованнее прошла эвакуация ленинградцев в Ярославскую область и через нее. На станции Всполье была открыта столовая на 400 посадочных мест. В Заволжском районе Ярославля для принятия эвакуированных больных были организованы стационары на 1000 коек и сохранено не менее 2000 коек в существующих стационарах города. Стационары на 1000 коек, подготовленные для приема больных, временно были законсервированы. На 24 июня в шести районах города Ярославля еще осталось 19 стационаров, рассчитанных на 2559 коек. В стационарах имелось 30 врачей, 135 медицинских сестер и 215 санитаров.<sup>52</sup>

Архивные документы позволяют определить количество эвакуированных в Ярославскую область, число больных, госпитализированных с эшелонов, прибывавших в Ярославль, а также умерших в области. В Ярославле с 3 по 30 июня снято с эшелонов 179 больных и 4 трупа (до Ярославля снято 34 трупа и 87 больных. Но вероятно, они учтены органами эвакуации Вологодской области). С 1 по 18 июля госпитализировано с эшелонов еще 107 больных и снят один труп (до Ярославля снято 13 трупов и 81 больной).<sup>53</sup> Поток больных, поступавших в больницы и стационары, резко сократился. 24 июня 1942 г. Ярославский горисполком, учитывая незагруженность большинства стационаров (из 2511 койко-мест 1373 было свободных), принимает решение законсервировать ряд стационаров с общим количеством 1086 коек. 21 июля в 6 районах Ярославля осталось 13 стационаров на 1584 койки. Этого количества было вполне достаточно, чтобы госпитализировать больных ленинградцев. 30 июня в стационарах находилось 1085 больных, 25

<sup>51</sup> ГАВО, ф. 3105, оп. 2, д. 3а, л. 83.

<sup>52</sup> ГАЯО, ф. р.-1269, оп. 3, д. 112, л. 48.

<sup>53</sup> Подсчитано автором. См.: ГАЯО, ф. р.-1269, оп. 3, д. 113, л. 4—52; оп. 8, д. 4, л. 1—8.

июля — 1152 (на 1503 койко-места), 24 августа — 564 больных на оставшееся к тому времени 1081 место.<sup>54</sup> Число погибших сокращается в несколько раз по сравнению с зимне-весенним периодом эвакуации. Если с начала массовой эвакуации ленинградцев в январе 1942 г. до 3 июня 1942 г. в стационарах и больницах умерли 2334 человека, то с 4 июня по 10 сентября — 349 человек.<sup>55</sup>

Всего с 11 января по 1 ноября 1942 г. только через Ярославль проследовали 330 594 эвакуированных. Город принял 13 498 человек, из них 11 600 больных. С началом эвакуации и по середину сентября 1942 г. в стационарах и больницах Ярославля и области умерли 2683 человека. Невозможно подсчитать средний процент смертности больных в медицинских учреждениях области, так как отсутствуют данные об общем количестве ленинградцев, помещенных в больницы и стационары. На 10 сентября с эшелонов были госпитализированы 12 776 человек, но больных, прошедших лечение в медучреждениях, было значительно больше. Только с 27 января по 5 мая 1942 г. были госпитализированы и находились в больницах Ярославской области 14 583 человека. Так же трудно подсчитать точное количество умерших. Имеются сведения об эвакуированных из Ленинграда, захороненных в Ярославской области в 1941—1944 гг. Согласно им, общее число погребенных в 1942 г. составило 8217 и в 1941 г. — 292. Однако не ясно, учтены ли 590 трупов, снятых с эшелонов с января до ноября 1942 г., а также трупы, сброшенные с вагонов на пути во время следования эшелонов. Куда отнести блокадников, умерших в 1943 (831) и 1944 гг. (327)? Всего зарегистрировано 9704 похороненных в Ярославской области с 22 июня 1941 г. до 9 мая 1945 г. Есть все основания полагать, что в Ярославской области в пути следования в стационарах и больницах, в общежитиях и на квартирах, в детских домах, интернатах и т. п. умерли примерно 10 тыс. человек.

В первых числах декабря 1942 г. через Вологодскую и Ярославскую области прошли последние эшелоны с эвакуированными ленинградцами. За все время блокадного периода в пути следования через эти области в эвакуопунктах, больницах и госпиталях, в общежитиях, где размещались эвакуированные, умерли не менее 15 тыс. ленинградцев. Это тоже жертвы блокады, ибо их состояние здоровья, тяжелейшие болезни, истощенность организма не позволили им преодолеть путь до места назначения и пережить там первые

<sup>54</sup> Там же, д 112, л 59, 70, 73

<sup>55</sup> Там же



неблокадные дни. Жертв могло быть значительно больше, если бы руководство областей, местные органы власти, трудовые коллективы и колхозники не предприняли чрезвычайные меры, не приложили огромные усилия, чтобы в условиях крайне ограниченных возможностей военного времени принять, разместить, оказать медицинскую помощь и организовать питание десяткам тысяч истощенных ленинградцев.

## Научно-исследовательская работа медицинских учреждений

---

Трудно переоценить работу, которую провели в тяжелейших условиях блокады лечащие врачи и медики-исследователи. Велико значение их непосредственных наблюдений над возникновением и развитием алиментарной дистрофии и ее влиянием на другие заболевания. Работа велась в НИИ, клиниках научными работниками, врачами больниц и госпиталей. В одной главе невозможно показать всю работу ленинградских медиков в период войны. Представляется наиболее целесообразным рассмотреть основные проблемы на материалах научно-исследовательских институтов. Тем более что именно их документация (научные доклады, отчеты о проведенных исследованиях и отчеты администрации институтов о проделанной работе, справки разного рода и т. п.) сохранилась более или менее компактно, доступна и дает возможность показать задачи, которые решали медицинские работники, а также общий блокадный фон и условия их работы, определявшие глубину и обстоятельства исследований.

По данным П. Ф. Гладких, в Ленинграде к началу войны было 22 научно-исследовательских медицинских института разного профиля.<sup>1</sup> Архивы 20 из них удалось найти в ЦГАНТД СПб. Но объем материалов в них различен. Часть институтов с самого начала войны была эвакуирована. Поэтому в основу главы легли документы 11 фондов. Они различны по объему и полноте отражения ими деятельности коллективов, но в целом позволяют составить представление о работе, проделанной медиками-исследователями в период блокады. Все тексты отчетов, докладов, сообщений, справок и т. п. интересны не только тем, что в них непосредственные, самые первые наблюдения и выводы специалистов, но и тем, что все они предназначались для внутреннего пользования. (Заметим в скобках, что те сообщения на конференциях, которые позднее

---

<sup>1</sup> Гладких П. Ф. *Здравоохранение блокированного Ленинграда* Л., 1980 С 20

были подготовлены авторами к публикации, значительно менялись по содержанию.)

Указанные материалы очень удачно дополняются документами, хранящимися в ЦГАИПД СПб. Решения горкома ВКП (б), справки Ленгорздрава, НИИ, больниц, отчеты и справки районных комитетов партии, отчеты и протоколы партийных собраний институтов и больниц и т. п. дают возможность посмотреть на события под другим углом зрения. Иногда, например, в них говорится о врачебной деятельности крупнейших ученых города, которая велась на общественных началах и не отражена в официальных отчетах институтов. Материалы фондов партийного архива все без исключения носили характер внутриведомственных документов, не предназначенных для печати и широкой публики.

Особенность указанных архивных источников в том, что они не содержат «отстоявшихся», принятых большинством ведущих ученых выводов. В них нет, да и не может быть, того, что есть в монографиях крупных ученых и в трудах институтов, опубликованных позже. Таким образом, у использованного комплекса источников есть очень важная для нас особенность: он дает в чистом виде, без приукрашивания, ретуши и редакционной правки первые наблюдения, выводы и обобщения медиков, фон и условия, в которых велись исследования. А для историков это очень важно.

К концу 30-х гг. в Ленинграде существовал мощный комплекс медицинских научно-исследовательских институтов. С началом войны, как уже было сказано, часть из них была эвакуирована, практически все в результате мобилизации и эвакуации лишились многих своих специалистов и были вынуждены значительно перестроить работу. Оставшиеся в Ленинграде продолжали свой труд в условиях блокады. О их героизме и самопожертвовании написано уже много, несколько меньше известно о сути практического труда научных коллективов. Между тем проделанная ими работа достойна восхищения и давно уже ждет более обстоятельного описания.

Война резко изменила положение НИИ. Особенно сильно сказывалось сокращение числа сотрудников. В Институте уха, горла, носа и речи к осени 1941 г. из 52 врачей осталось только 12 человек. Причем четверть из них составляли инвалиды II и III групп, двое входили в административный аппарат.<sup>2</sup> Ленинградский туберкулезный институт уже в 1941 г. потерял всю свою санаторную базу,

---

<sup>2</sup> ЦГАИПД СПб, ф 4000, оп 10, д 355, л 10

находившуюся в основном на территории области, стали закрываться и расположенные в городе ночные санатории. Лишь малая часть сотрудников осталась в Государственном естественнонаучном институте им. П. Ф. Лесгафта. В результате ухода исполнителей из 64 исследовательских тем — 50 были изъяты из плана института.<sup>3</sup>

Одновременно шла перестройка работы на военный лад. Судя по всему, мобилизационные планы были не у всех институтов, но, когда началась война, внимание подавляющего числа коллективов было сосредоточено на помощи фронту, военным госпиталям. Помощь гражданским больницам и поликлиникам со стороны медицинских НИИ в условиях войны не была продумана и предусмотрена специальным планом. На эту недоработку обратили внимание только после снятия блокады Ленинграда. Осенью 1944 г. на совещании с директорами и научными руководителями ленинградских медицинских НИИ нарком здравоохранения А. Ф. Третьяков высказал в их адрес ряд критических замечаний. К недостаткам в работе ленинградских НИИ он отнес, в частности, и то, что ленинградские ученые целиком переключились на обслуживание фронта и «забыли» о своих обязанностях перед населением города. Остались виноватыми, как всегда, исполнители.

Между тем институты оказались в начале войны в трудном положении. Старые планы были отменены, новых не было. Нужно было искать и ставить перед собой более отвечающие потребностям момента задачи и решать их быстро и теми силами, какие оставались в институтах. Кому подчинялись в условиях блокады НИИ Ленинграда? Ответить на этот вопрос непросто. Они продолжали отчитываться перед своим наркоматом, филиалы — перед головным институтом в Москве. Но тактически, оперативно они выполняли в осажденном городе задания руководителей обороны и Ленгорздрава. Они помогали тому, кому в тот или иной момент их помощь была наиболее необходима. Это была гибкая, маневренная и чрезвычайно удобная (не бюрократическая) система взаимодействия между разными органами военной, партийной и советской власти. Но именно эта особенность блокадных условий в работе исследователей не способствовала систематическому, планомерному ведению научной работы.

События, о которых идет речь, прошли через наши сердца, унесли жизни наших родственников и друзей, искалечили многих из

---

<sup>3</sup> ЦГАНТД СПб., ф. 209, оп. 1-1, д. 99, л. 2.

нас. Все это обуславливает определенную эмоциональность восприятия нами изучаемой темы. И все-таки, несмотря на это, мы уже способны на теоретическую постановку проблем и их изучение. Что же касается исследователей и практических врачей, работавших в условиях осажденного города, то для них тогда на первом плане стояли чисто практические задачи, решать которые следовало в любых условиях и немедленно. Конечно, медики понимали значение исследований в период блокады, и некоторые уже тогда отмечали их теоретическое значение. А. П. Вишняков, изучавший физико-коллоидно-химическое состояние плазмы у блокадников, писал в 1942 г., что подробная разработка собранного материала даст возможность сделать целый ряд выводов как для научного разрешения вопросов по изучению плазмы и крови, так и для практического решения в отношении режима питания и быта человека. Уже тогда он предвидел наше современное понимание проблемы. А. П. Вишняков писал: «Данная работа имеет значение не только для Советского Союза, но безусловно представляет большой интерес для мировой науки, так как в таких условиях, какие переживает сейчас наш город, едва ли где-либо и когда-либо проводилось такое глубокое и всестороннее исследование по весьма актуальному вопросу, как кровь и режим питания донора в условиях военной блокады».<sup>4</sup>

Более чем через полвека нам остается только подтвердить эту точку зрения. Все, что делали и сделали врачи и ученые в годы войны, имеет огромное значение для науки. Ознакомление с их работами, докладами и отчетами дает возможность составить картину их представления о:

- 1) развитию алиментарной дистрофии и сопутствующих ей болезнях;
- 2) влиянию алиментарной дистрофии на здоровье и смертность людей;
- 3) характере развития других заболеваний на фоне алиментарной дистрофии;
- 4) ближайших непосредственных последствиях голода и блокады.

Материал, собранный учеными за период блокады, лег в основу многих более поздних исследований и обогатил мировую науку. Размеры и весомость этого вклада должны оценить специалисты. В наших силах и возможностях лишь рассказать, как складывалась

---

<sup>4</sup> Там же, ф. 284, оп. 1-3, д. 96, л. 5.

и проходила исследовательская работа медицинских учреждений в период войны и блокады.

Несомненно, общей побудительной причиной всех научных изысканий того периода была острая необходимость решения самых насущных и срочных задач. И все же у разных групп учреждений была своя специфика. Условно можно выделить четыре основных направления.

К первому следует отнести все исследования, вызванные необходимостью спасения жизни людей и бойцов фронта в специфических условиях блокады города. Задачи таких исследований возникали в ходе борьбы за город, жизнь людей и требовали срочного решения.

Второе направление связано с изучением условий жизни и труда населения города в условиях блокады.

Третье — исследования, связанные с непосредственными последствиями войны и блокады для здоровья людей.

И наконец, четвертое — санитарное состояние города.

*Исследования, направленные на спасение людей  
в условиях блокады*

Наиболее ярким и типичным примером первого типа является деятельность коллектива Ленинградского института переливания крови (ЛИПК). К началу войны его сотрудники уже имели опыт работы для фронта. За помощь Красной Армии в период советско-финской войны институт был награжден Орденом Трудового Красного Знамени. Уже 22 июня сотрудники отдела консервации крови сами пришли в институт и организовали работу по созданию резерва крови для армии. С середины августа 1941 г. под руководством доцента А. Н. Филатова была начата работа по изготовлению кровезамещающих растворов. 4 сентября приказом по институту организуется специальная лаборатория, в которой был создан сыгравший очень важную роль раствор № 3. С апреля 1942 г. стали изготовлять получивший широкое применение протившоковый раствор А. Н. Филатова № 28.<sup>5</sup>

Сотрудникам института приходилось преодолевать многочисленные трудности. Так, запас стандартной посуды для сбора и хранения крови скоро кончился. Первое время специальные ампулы для консервированной крови и кровезаменителей изготовляли артель «Культигрушка» и завод № 211. Но в декабре работа завода и артели прекратилась.

<sup>5</sup> Там же, д. 104, л. 14—16.

До марта 1942 г. использовали стеклянные банки, а когда иссяк и их запас, стали собирать стеклотару торговой сети — водочные, винные и молочные бутылки. Однако с ними возникла проблема укупорки. Имевшаяся в городе резина была слишком твердой, крошилась и не выдерживала температуру, при которой стерилизовались бутылки с кровью в автоклаве. В марте А. П. Вишняков и А. Н. Филатов изобрели способ укупорки, годный для стерилизации и универсальный при разной величине и форме бутылок. Это был первый и, очевидно, единственный в мировой практике случай использования винной стеклотары для консервации крови. Одновременно с запасом спецпосуды кончился и резерв основного химического препарата, необходимого для консервации, — хлористого натрия. Сперва его собирали в лабораториях и учреждениях города, а затем организовали получение химически чистого препарата в своей лаборатории.<sup>6</sup>

Но самые большие трудности начались с наступлением зимы 1941/42 г. Приток людей, желавших стать донорами, был велик. Всего за первый год войны в институт с этой целью обратились около 70 тыс. человек.<sup>7</sup> Необходимо было организовать их медицинский осмотр целым рядом врачей, произвести многочисленные анализы, чтобы определить группу крови и не допустить в число доноров больных людей. В условиях постоянной угрозы бомбежек и обстрелов, отсутствия отопления и водопровода сделать это было очень непросто. Часть врачебных кабинетов пришлось закрыть. Прием людей перевели в подвальное помещение и объединили по нескольку врачей в одном кабинете. Когда прекратилась подача электроэнергии, потух свет, перестал работать термостат, чтобы не прекращать проведение реакции Вассермана, сотрудники лаборатории нагревали на печке кирпичи и обкладывали ими термостат, обеспечивая ему таким способом необходимую температуру. Стало трудно стерилизовать посуду, иглы, шприцы и т. п. Но возникла проблема и еще более сложная. В условиях массового голода и нараставшей алиментарной дистрофии все острее вставал вопрос: можно ли использовать для переливания кровь человека, ослабленного голодом. Вопрос надлежало срочно и всесторонне исследовать, не делая скидок на трудности. Надо было продолжать изучать здоровье доноров, способы консервации и транспортировки крови и создавать полноценные кровезамещающие растворы. Работа по

<sup>6</sup> Там же, л. 17.

<sup>7</sup> Там же, л. 4.

изучению питания доноров велась с 1931 г. Тогда внимание врачей было сосредоточено на вопросе: как должен питаться донор, чтобы как можно быстрее восстановить силы после дачи крови. В условиях голодной зимы 1941/42 г. вопрос стоял иначе: как состав крови зависит от питания донора и можно ли ее переливать раненым.

Откладывать решение этого вопроса было нельзя. Поэтому исследовательская работа была начата еще 16 декабря 1941 г. и велась до 14 января 1942 г. Решение задачи облегчалось тем, что в этом был заинтересован Военный совет Ленинградского фронта, в руках которого были собраны все нити управления городом. ВСЛФ давал задания институту и помогал ему, когда в этом была крайняя необходимость. 10 декабря 1941 г. Военный совет в составе ген.-лейт. М. С. Хозина, А. А. Жданова, А. А. Кузнецова и Н. В. Соловьева постановил усилить питание доноров. Лицам, дававшим свою кровь не менее двух раз в три месяца, было установлено дополнительное питание по специальной донорской карточке и сохранялось разовое питание в день дачи крови в столовой института. Сама столовая и ее работники были приравнены к столовым оборонных предприятий и электростанций.<sup>8</sup>

Доноров удалось немного подкормить, но исследовательская работа шла трудно. Недостаток сотрудников и их загруженность производственной работой не давали им возможности заниматься исследованиями в дневное время. После полного напряженного рабочего дня они снова садились за лабораторный стол и проводили биохимические определения в исследовательских целях. За период с декабря по март 1942 г. было выполнено около 2000 анализов и определений биохимических и коллоидно-химических констант плазмы.<sup>9</sup> Уже 15 января на заседании ученого совета ЛИПК были доложены самые первые результаты исследований. Сообщение сделал доцент Ф. И. Ковшиков. После тщательного обсуждения доложенного материала члены ученого совета сошлись на том, что состав крови «зависит от многих факторов и в первую очередь от питания».<sup>10</sup> В январе 1942 г. был принят обширный план исследований на весь год. В нем намечались четыре основные проблемы: донорство; методика консервации крови; лечение анемий и дис-

---

<sup>8</sup> Ленинград в осаде: Сб. документов о героической обороне Ленинграда в годы Великой Отечественной войны. 1941—1944. СПб., 1995. С. 198, 199.

<sup>9</sup> ЦГАНТД СПб., ф. 284, оп. 1-3, д. 104, л. 18.

<sup>10</sup> Там же, д. 96, л. 2.



трофии и группы крови.<sup>11</sup> Всего было запланировано 36 исследований. Все они были выполнены и имели большое значение для совершенствования переливания крови и обеспечения ею госпиталей и медицинских учреждений города. Содержание работ докладывалось и обсуждалось на заседаниях ученого совета, на двух конференциях в мае и июне 1942 г., а затем в январе 1943 г. в Москве. В более законченном виде результаты исследований сотрудников института были опубликованы в 1943—1947 гг. в «Трудах ЛИПКа», в медицинских журналах и отдельных монографиях.

В 1947 г. А. П. Вишняков и В. П. Моисеева в статье «Структурно-коллоидное состояние плазмы крови жителя Ленинграда в период 1941—1946 годов» писали: «В начале 1941 г. в Ленинградском институте переливания крови нами были начаты широкие химические исследования крови жителей Ленинграда, которые продолжались в дни блокады и после нее до настоящего времени».<sup>12</sup> В результате был собран большой материал по изменению физико-химических свойств плазмы крови населения Ленинграда в период блокады и после войны. (Отметим, что за 15 лет существования ЛИПК, т. е. к 1947 г., его сотрудниками было выполнено 395 научно-исследовательских работ. 113 из них было подготовлено в годы войны и блокады!)<sup>13</sup> По логике дела следовало ожидать, что после снятия блокады исследования в этой области будут продолжены и расширены. Материал для этого был собран достаточно большой, и к 1947 г. его изучение не было закончено. Но при внимательном ознакомлении с архивными документами создается впечатление, что темой последствий войны исследователи интересовались все меньше и меньше. Чем это могло быть вызвано? Многие из отечественных историков полагали, да, очевидно, и сейчас еще думают, что изучение воздействия последствий войны на здоровье ленинградцев было прекращено под влиянием так называемого ленинградского дела. В отношении института переливания крови эта гипотеза не подтверждается. Отдельные обращения к теме последствий блокады встречаются и после 1949 г., что было бы в тех условиях совершенно невозможно, если бы она была запрещена кем-то свыше. А главное — исчезновение темы последствий блокады из планов работы ЛИПК наблюдается уже в 1946—1948 гг., т. е. до начала «ленинградского дела». Повторяю — тема не была закончена и оставалась большая и очень важная задача исследования влияния

<sup>11</sup> Там же, д. 100, л. 1—4.

<sup>12</sup> Там же, д. 200, л. 1—2.

<sup>13</sup> Там же, д. 118, л. 9.

отдаленных последствий голодной блокады на жизнь и здоровье участников обороны города, их детей и внуков. Важность, всемирное значение проблемы, как мы видим, ученые понимали. Очевидно, причины сокращения числа работ по блокадной тематике следует искать в чем-то другом. И скорее всего, в резком изменении международной обстановки.

Начатая бывшими союзниками против Советского Союза «холодная война» и угроза применения атомной бомбы со стороны США вынудили руководство СССР принимать ряд серьезных мер. Соответствующие исследовательские институты были ориентированы на срочное и глубокое исследование проблем радиации, ее влияния на человеческий организм, на состав крови и поиск способов защиты и лечения от лучевой болезни, чем вскоре и занялся коллектив института.<sup>14</sup> Исследовательские планы пересматриваются, вся новая тематика засекречивается. Снова требуется крайняя экономия средств, они концентрируются на главном, на самом срочном — защите населения и армии от возможного ядерного нападения. Переход на новую тематику носил общий характер, он мобилизовал всех сотрудников на решение поставленных задач, и отказаться от участия в общем деле было невозможно. Государство содержало институты, и оно «заказывало музыку». Происходило это как раз на рубеже 1947—1948 гг. В результате все менее актуальные темы из плана института исчезают, в том числе и блокадная тематика. Вот какой ответ подсказывает нам анализ архивных источников.

Но вернемся к периоду блокады. Исследования сотрудников института в 1941—1944 гг. не ограничивались изменениями состава крови в условиях голода. Полезные работы были проведены по изучению деятельности желудка при недостаточном питании, проблемы шока и даже половой жизни блокадниц-доноров. В своих сообщениях на ученом совете и в статьях сотрудник института Г. С. Гуревич обратил внимание коллег на то, что отрицательное влияние голода и «нервно-психических воздействий» блокадного периода на желудки практически здоровых людей имели отрицательные последствия и после 1945 г., когда стали обнаруживаться «новые патологические тенденции». Заключая серию работ по этой теме, он писал в 1947 г.: «Секреторная функция желудка пострадала в той или иной мере у всех доноров, за исключением буквально единиц».<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Ленинград: Энциклопедический справочник. М.; Л., 1957. С. 657.

<sup>15</sup> ЦГАНТД СПб., ф. 284, оп. 1-3, д. 190, л. 1—19.

Большое значение в годы войны приобрела для медиков проблема шока. Сотрудники ЛИПК занимались проблемами этиологии и патологии травматического шока и других шоков, а также проблемой терапии травматического шока и острой кровопотери. В 1946 г. с обобщающей статьей на эту тему «Итоги 15-летнего изучения проблемы шока» выступил академик И. Р. Петров. Он очень четко и обоснованно сформулировал десять основных выводов. Приведем только первый из них, так как в нем особенно ясно прозвучала блокадная тема: «В настоящее время не приходится сомневаться в том, что в развитии шока наряду с основной причиной — нервно-болевым травмой существенное, а иногда решающее значение принадлежит предрасположению, т. е., иными словами, реактивности организма, которая меняется в соответствии с конституционными особенностями, а также под влиянием комплекса факторов, оказавших влияние на организм до травмы или одновременно с ней или, наконец, после нее. К таким факторам принадлежат нервно-психическая травма, охлаждение, перегревание, нарушение питания и кровопотери. В особенности резкое предрасположение возникает под влиянием одновременного воздействия ряда указанных факторов...»<sup>16</sup> Этот вывод нам очень важен для понимания всей тяжести положения ослабленного голодом и холодом блокадника в случае ранения или ожога.

Мы по возможности подробно остановились на работе ЛИПКа, так как она достаточно типична и была чрезвычайно важна в условиях обороны города. Но необходимо хотя бы кратко сказать о вкладе других НИИ в практическую работу по спасению населения города и воинов Ленинградского фронта. Накануне войны Ленинградский филиал Всесоюзного института экспериментальной медицины (ЛФ ВИЭМ) занимался исследованием глубинных теоретических тем. План его научно-исследовательской работы на 1941 г. включал в себя изучение практически всех важных болезней и сугубо теоретических вопросов, таких как: специфика живого вещества в клеточных и тканевых проявлениях; сравнительная патология воспаления; обмен веществ; биологическое действие физических факторов и т. п. На все месяцы 1941 г., кроме июля, были запланированы конференции по указанной проблематике. По злой иронии судьбы на декабрь 1941 г. было намечено провести конференцию по вопросам пищеварения.<sup>17</sup> С началом войны выполне-

<sup>16</sup> Там же, оп 2-1, д. 872, л. 9—10.

<sup>17</sup> Там же, ф. 182, оп. 1-1, д. 752, л. 12—34.

ние такой обширной программы стало невозможно. Оставшиеся после мобилизации в армию специалисты переключились на изучение заживления ран, обморожения и снятия болевого шока. В условиях зимы 1941/42 г. пришлось отказаться от чисто лабораторных экспериментов. Это был самый тяжелый период в истории института. 70 научных работников погибли от голода, четыре здания института подверглись разрушениям. Исследовательскую работу пришлось перенести в клинику и предельно приблизить ее к запросам текущей медицинской практики. С весны 1942 г. работа была сосредоточена на «комплексном и всестороннем изучении патогенеза алиментарной дистрофии и авитаминозов в целях выработки наиболее эффективных методов воздействия на течение этих патологических процессов».<sup>18</sup> Ставилась задача охватить проблему со всех сторон: физиологической, биохимической, микробиологической, патологоанатомической и клинической. Составители нового плана работы надеялись, что совместная работа клиницистов, физиологов, биохимиков, морфологов, микробиологов и патологоанатомов, проводящаяся на одном и том же контингенте больных, явится наиболее продуктивной формой комплексного исследования.

Силами оставшихся в институте 16 научных сотрудников было подготовлено 15 исследований. В 1942 г. институтом было проведено 7 научных конференций и опубликовано два сборника научных трудов. В 1943 г. была продолжена работа по борьбе с алиментарной дистрофией и ее последствиями. Продолжение этой темы считалось очень важным, тем более что не все особенности истощения человеческого организма были выявлены и изучены. В конце 1943 г. на одном из заседаний профессор В. Г. Гаршин говорил, что «дистрофия настоящего времени совершенно отличается от дистрофии 1942 г.».<sup>19</sup> Основные свои выводы по этому вопросу В. Г. Гаршин сделал в октябре 1943 г. в докладе «Текущая патология по данным патолого-гистологического исследования». Приведем некоторые из тезисов того доклада:

1. В 1943 г. число случаев смерти от алиментарной дистрофии из месяца в месяц падает.

2. «В последние месяцы алиментарная дистрофия наблюдается лишь в комбинации с какими-либо другими тяжелыми заболеваниями, чаще всего с гипертонической болезнью».

<sup>18</sup> Там же, д 787, л 4

<sup>19</sup> Там же, д 793, л 8 об

3. С октября 1943 г. постепенно нарастает количество случаев смерти от гипертонической болезни.

4 В большинстве случаев смерть от гипертонической болезни обусловлена недостаточностью сердца. Это означает, что реже, чем в мирное время, наблюдается смерть (при гипертонии) от кровоизлияния в мозг.

5. В последнее время нарастает число случаев почечной недостаточности, участились случаи злокачественного артериосклероза, почти совершенно отсутствовавшие в первые месяцы роста смертности от гипертонической болезни.

6. «Влияние алиментарной дистрофии... сказывается на течении гипертонической болезни. Гипертрофия сердца при гипертонической болезни у дистрофиков не достигает больших степеней. Есть основание думать, что преобладание при гипертонической болезни смертей от сердечной недостаточности обусловлено слабостью мышцы сердца у лиц, перенесших алиментарную дистрофию».

7. «В 1942—43 гг. резко участились случаи заболеваний, сопровождаемых желтухой. Бактериальными и серологическими исследованиями установлено, что в значительной части этих желтух имеет место лептоспироз». <sup>20</sup> И т. д.

Как видим, сотрудники института в период блокады провели очень важную для науки работу — комплексное исследование патогенеза алиментарной дистрофии. «Изучены формы основного обмена при алиментарной дистрофии, — говорилось в справке о работе филиала, — вскрыт механизм замедления ритма сердечной деятельности, охарактеризованы хронаксиметрическим путем функциональные сдвиги в нервной системе, установлены качественные стороны белкового, а также и жирового, и углеводного обмена; определены особенности течения некоторых заболеваний (туберкулез) при алиментарной дистрофии». <sup>21</sup>

На 1944 г. было запланировано углубленное изучение проблемы этио-патогенеза гипертонической болезни в трех основных направлениях. Работа была начата, но снятие блокады Ленинграда заметно повлияло на ход выполнения этого плана. Теперь коллектив сотрудников думал только о восстановлении института и его довоенного научного профиля. Уже в самом начале 1945 г. на ученом совете института был поставлен вопрос о восстановлении довоенной направленности исследовательской работы. В результате

<sup>20</sup> Там же, д 799, л 1—1 об

<sup>21</sup> Там же, д 824, л 2

главное внимание в плане на 1945 г. было уделено физиологии высшей нервной деятельности. Проблема гипертонической болезни была поставлена уже в более общем плане — связь с головным мозгом, сердечной мышцей и т. п. Чисто блокадная тема «Транзиторные гипертонии в Ленинграде в 1942—1944 гг.» сначала тоже была включена в план, но позже все же снята в связи с ликвидацией клинической группы при филиале. Институт вернулся к сугубо теоретической проблематике. Практическими остались лишь темы, рекомендованные институту Ученым медицинским советом при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии. В список вошли 10 тем по ранениям, заражениям, незаживающим ранам, сотрясениям, контузиям, трансплантации и т. п. Блокадная тематика не была совершенно отклонена, но приобрела все более углубленный, теоретический аспект. Тема последствий блокады, влияния голода и психических травм на здоровье населения как самоцель в планах института, во всяком случае на архивном материале, не обнаруживается уже в 1946—1947 гг. Кстати сказать, тоже до начала «ленинградского дела».

Коллектив сотрудников Института вакцин и сывороток война застала за широко развернутой исследовательской работой. На 1941 г. в институте было запланировано 42 научные темы. Но этому плану не было суждено осуществиться. После мобилизации части сотрудников в армию оставшихся переключили на выполнение чисто производственной работы. По мере ухудшения положения в осажденном городе все меньше оставалось лабораторных животных, все больше возникало трудностей с добыванием для них корма. Между тем потребность в чисто практической работе продолжала увеличиваться. 25 декабря группа сотрудников была вызвана на совещание к начальнику противоэпидемиологического Управления, главному эпидемиологу города И. М. Аншелесу. Он сообщил об угрозе эпидемии дизентерии. В течение декабря 1941 г. болезнь все более распространялась среди пожилых людей (старше 40 лет) и детей ясельного возраста. Участники совещания говорили, что положение может оказаться более сложным, чем предполагало руководство. В частности, говорили об угрожающем состоянии канализационной системы. В результате обмена мнениями участников совещания было принято постановление поручить институту, совместно с больницей им. Боткина, проработать вопрос «специфической иммунизации и фагопрофилактики». Перед сотрудниками Института вакцин и сывороток была поставлена задача срочно увеличить производство препаратов.

Между тем с 27 декабря 1941 г. прекратилась подача электроэнергии, все агрегаты, необходимые для работы — автоклавы, термостаты, насосы, центрифуги и др., не действовали. Среди сотрудников появились первые жертвы голода. Дирекция обратилась за помощью в горком партии, и в феврале 1942 г. институт стал получать строго лимитированную электроэнергию. В труднейших условиях коллектив сотрудников обеспечил потребность войск фронта и органов здравоохранения города в бактериологических препаратах.<sup>22</sup> Но научная работа в этих условиях свелась к совершенствованию техники и методики сыворотно-вакционного производства. В 1943 г. отчеты института мало чем отличались от обычных отчетов промышленных предприятий. Только позднее, по мере улучшения положения в городе, научные сотрудники стали возобновлять исследовательскую работу. В планах появляются такие темы, как «Природа антител и химия иммунных сывороток» А. В. Макаровой. Блокадной тематики в планах уже в 1945 г. обнаружить не удалось.

Блокада города значительно усложнила и работу фтизиатров. Внутри блокадного кольца остались больницы, внебольничные диспансеры и очень небольшая квартирная помощь. Между тем с началом войны на территории почти всей страны, особенно в оккупированных врагом районах и блокированном Ленинграде, наблюдался «выраженный рост заболеваемости и смертности от туберкулеза». Значительный подъем заболеваемости был отмечен в Ленинграде уже во второй половине 1941—1942 гг.<sup>23</sup>

Работы для фтизиатров было много, а условия — невероятно тяжелыми. Число сотрудников резко сократилось, значительная часть лабораторного корпуса пострадала от бомбардировок и обстрелов. Объем исследовательской работы был сокращен до минимума и ограничен клинической тематикой «в специфическом аспекте особенностей течения туберкулеза» в условиях войны и блокады. По этой проблеме и было выполнено за период войны 16 исследований и подготовлен сборник статей. Указанной тематикой институт занимался недолго. И дело тут не только в резком сокращении исследовательских возможностей, но отчасти в самой теме. Дело в том, что для фтизиатров проблема принципиально была давно решена: всякая война, голод и холод всегда и везде резко увеличивали заболеваемость населения туберкулезом. Главная задача врачей за-

<sup>22</sup> Там же, ф. 211, оп. 1-1, д. 57, л. 1

<sup>23</sup> Там же, ф. 295, оп. 2-1, д. 261, л. 13

ключалась в практической работе по спасению больных и борьбе с распространением болезни среди ослабленного голодом населения.

В 1943 г. круг исследуемых проблем несколько расширился, но в целом велся только в двух основных направлениях: 1) клиника и терапия туберкулеза в условиях войны и блокады и 2) организация борьбы с туберкулезом в условиях войны. В число изучаемых вопросов вошли такие, как «Клиническая и иммунобиологическая характеристика туберкулеза у детей и подростков на фоне дистрофии и полиавитаминозов», «Электрофизическая характеристика крови при туберкулезе в аспекте алиментарной дистрофии и гипополиавитаминоза», «Противотуберкулезные законодательные, административные и общественные мероприятия во время войны и в ближайшие послевоенные годы», «Некоторые отличия в социальной патологии туберкулеза от довоенного времени» и др.

Работе фтизиатров в известной мере мешало отсутствие демографических данных, которых в 1942 г. просто не было, а позднее, в условиях военного времени, они держались в большой секретности. Сетования врачей на отсутствие необходимых статистических данных встречаются и в ряде других работ того времени. Завотделом социальной гигиены института М. Л. Гольдфарб подписал в 1946 г. два документа: «Заболеваемость и смертность от туберкулеза в Ленинграде в 1945 году» и «Краткий обзор заболеваемости туберкулезом в Ленинграде. Для служебного пользования». В обоих документах он настоятельно подчеркивал, что отсутствие официальных статистических данных о численности населения лишает его возможности дать статистику заболеваемости и смертности от туберкулеза по городу.<sup>24</sup> Многие выводы Гольдфарба по указанной причине носят (по его словам) условный, не окончательный характер. Но и абсолютные данные, приводимые им, достаточно интересны, чтобы их повторить. Так, он сообщает, что всего в Ленинграде умерло от всех видов туберкулеза в 1944 г. — 1481 человек (795 мужчин и 686 женщин), а в 1945 г. — 2757 человек (1620 мужчин и 1173 женщины).<sup>25</sup> Автор не указывает, произошло ли это увеличение за счет возвращающихся в Ленинград. Во всяком случае обращает на себя внимание то обстоятельство, что мужчин в это время, по мнению автора отчета, было значительно меньше, чем женщин. Достаточно определенно и другое мнение М. Л. Гольдфарба: «Рост внелегочных форм туберкулеза, из которых туберку-

<sup>24</sup> Там же, д. 62, л. 4.

<sup>25</sup> Там же, л. 9



лез мозговых оболочек и центральной нервной системы является большей частью осложнением туберкулеза легких и вообще выражением генерализации туберкулезного процесса, в известной мере был характерен для периода войны... Возможно также, что перенесенные тяжелые испытания войны особенно сказались среди женщин, для которых клиника показала особенное „утяжеление“ туберкулезного процесса».<sup>26</sup> Одновременно он отмечал более тяжелый характер туберкулеза в 1945 г. по сравнению с 1944 г., что подтверждалось «большим процентом больных среди взятых на учет легочно-туберкулезных; большей больничной летальностью при туберкулезе и меньшим числом одновременно живущих ВК-выделителей и больных с активными формами туберкулеза, приходящихся на один случай смерти от туберкулеза».<sup>27</sup> Общий вывод его отчетов сводился к тому, что борьба с туберкулезом после войны в Ленинграде остается «важнейшей государственной задачей и требует большого напряжения активности со стороны органов здравоохранения». Как видим, перед фтизиатрами стояла огромная и чисто практическая задача. Как только война кончилась, экспериментальный отдел ЛНИТИ начал совместно с клиникой института разностороннее исследование проблемы туберкулезной токсемии.

Для всех медицинских учреждений, имеющих отношение к хирургии, для всех хирургов, в какой бы области они ни специализировались, война всегда горячая пора. Не стали исключением в этом отношении и врачи Ленинградского НИИ хирургического туберкулеза и костно-суставных заболеваний. Многие из них были мобилизованы в армию, часть эвакуировалась. Изменился и состав больных в клинике. Уже в июле 1941 г. 100 коек были предоставлены для пострадавших от обстрелов и бомбежек, а с февраля 1943 г. они были заменены 175 «оперативными койками» для раненых бойцов войск Ленинградского фронта. В тяжелейших условиях блокады практическая работа по спасению раненых забирала все силы и время немногочисленных хирургов. Составители отчета о работе института за 1941—1943 гг. должны были признать, что не только исследовательская тематика, но и хирургическое лечение костного туберкулеза отошло на второй план, уступив место «оказанию максимальной помощи фронту и обороноспособности» Ленинграда.<sup>28</sup>

Вся научно-исследовательская работа была сконцентрирована на главной проблеме момента — на лечении военной травмы. Но и

<sup>26</sup> Там же, л. 12.

<sup>27</sup> Там же, л. 18—19

<sup>28</sup> Там же, д. 99 а, л. 4.

это давалось сотрудникам института нелегко. Даже в относительно благополучном 1943 г. лечебно-производственные планы ЛИХТа неоднократно менялись в зависимости от изменений военной ситуации и требований ВСЛФ. И все же в институте было проведено две конференции. Первая из них (она же была первой за годы войны) прошла 4 июля и носила юбилейный характер: «Достижения советской медицины в области хирургического туберкулеза за 25 лет». На второй конференции, состоявшейся 23 сентября 1943 г., были поставлены доклады по интересующей нас тематике. А. Н. Советова сделала доклад «Особенности течения костно-суставного туберкулеза у взрослых в период блокады». По ее подсчетам, смертность среди больных в клинике составила 28% и увеличилась в период блокады по сравнению с предвоенными годами (1939 и 1940 гг.) на 35%.

Из числа прослеженных больных общее состояние у них было: на 1 июля 1941 г. хорошее — у 75.5%; плохое — у 24.2%. Зимой 1941/42 г. хорошее — у 10.4%; плохое — у 89.6%. Летом 1942 г. общее плохое — у 60.3%. Зимой 1942/43 г. вполне удовлетворительное — у 63.9%. 1 июля 1943 г. общее состояние хорошее — у 75.9%; плохое — у 24.1%.<sup>29</sup>

По наблюдениям А. Н. Советовой, усиление заболеваемости происходило в самые тяжелые месяцы блокады в январе—марте 1942 г., причем заболеваниями и обострениям предшествовала дистрофия.

В. С. Геликонова сделала тогда же доклад «Особенности течения костно-суставного туберкулеза у детей за время войны и блокады». К началу войны на излечении в клинике находились 187 детей от 3 до 15 лет (большая группа из них со спондилитами и кокситом). Из 187 больных детей умерли 36 (19%), были выписаны из клиники 93 ребенка (50%).<sup>30</sup> Таким образом, блокада увеличила смертность больных «примерно в 2.5 раза». В. С. Геликонова считала, что лечебные процедуры и тепло были обеспечены для больных детей почти в такой же мере, как и в мирное время, поэтому отрицательным фактором явилось ухудшение питания. Не было возможности использовать климато- и физиотерапию. Общее состояние в период голода ухудшилось у всех больных, но погибали главным образом наиболее слабые и тяжелобольные. В зимний период врачи отказались от оперативных вмешательств, чтобы «не вносить добавочного ослабления детскому организму».

<sup>29</sup> Там же, д 118 б, л. 3—4

<sup>30</sup> Там же, л. 5.

В ходе обсуждения доклада доцент И. М. Фертиг, говоря об особенностях течения острого легочного туберкулеза у детей и взрослых, высказал мнение, что и те и другие погибали при аналогичной картине генерализации процесса. Там, где дистрофия наслаивалась на старый туберкулезный процесс, течение туберкулеза легких не особенно изменялось в сторону ухудшения. «Причиной смерти в этих случаях была дистрофия, а не туберкулез легких».<sup>31</sup>

В 1944 г. внимание к исследовательской работе усилилось. В отчете института о работе за этот год вывод сделан достаточно определенно: «Как следствие тяжелой блокады стало наблюдаться значительное увеличение заболеваний туберкулезом вообще и костно-суставным в частности, с проявлением ряда особенностей в течении этой болезни».<sup>32</sup> Появилась и новая, специфическая проблема для исследования — костно-суставные заболевания военной травмы. Новая задача заключалась в необходимости параллельного изучения «гематогенного и огнестрельного остеомиелита и выявления особенностей этих заболеваний». Доклады по указанной тематике были поставлены на конференции в 1945 г., именно тогда у ленинградцев появились оппоненты. Пока конференции проходили в кругу ленинградских клиницистов и исследователей, отрицательное влияние голода всеми воспринималось безоговорочно как главная причина ухудшения состояния больных. Но в 1945 г. в работе конференции приняли участие москвичи. Они поделились своим опытом лечения костного туберкулеза в годы войны, и сразу выяснилось интересное обстоятельство. Обратил на него внимание москвич Пахатинов. «Здесь говорили, — сказал он, — что костный туберкулез в Ленинграде в период блокады приобрел тяжелое течение... И у нас в Москве, где блокады не было, в период войны костный туберкулез также протекал тяжело, и те невыявленные очаги, которые имелись в затухающем виде у туберкулезных больных, в этот период выявились».<sup>33</sup>

Эту точку зрения безоговорочно поддержал и развил заслуженный деятель науки профессор Т. П. Краснобаев: «Наши наблюдения дают чрезвычайно интересные факты, показывающие тяжелое состояние костно-туберкулезных больных там, где имелось хорошее питание и где о дистрофии не могло быть и речи. Это говорит о главной роли нервной системы и именно вегетативной нервной системы...»<sup>34</sup>

<sup>31</sup> Там же, л. 8.

<sup>32</sup> Там же, д. 108, л. 2.

<sup>33</sup> Там же, д. 114, л. 56.

<sup>34</sup> Там же, л. 58.

Подводя итоги 14-й (за годы войны) конференции, академик П. Г. Корнев говорил: «Сегодня мы заслушали интересные доклады, подводящие черту под блокадный период Ленинграда».<sup>35</sup> Конечно, этой фразой не было объявлено об окончании изучения блокадной тематики. И все же создается впечатление, что ученые уже получили ответы на основные вопросы, поставленные войной в области костно-суставного туберкулеза, и на повестке дня вставляли другие, более срочные. Одним из них был, например, вопрос о хронических язвах огнестрельного происхождения, дававших высокий процент инвалидов. Уже в мае 1945 г. состоялось республиканское совещание начальников госпиталей для инвалидов войны. На нем были заслушаны отчеты о работе и обсуждены вопросы организации наиболее эффективной помощи больным с незаживающими ранами. Во вступительном слове академик П. Г. Корнев говорил о новизне и важности стоящих задач: «Важность вытекает из необходимости оказания эффективной помощи инвалидам Отечественной войны, а новость вопроса связана с тем обстоятельством, что костно-туберкулезные заболевания до сих пор считались заболеваниями детского возраста и все внимание было обращено на лечение, главным образом, детей. Война внесла значительные изменения в возрастное соотношение: увеличилась пораженность костно-суставным туберкулезом среди взрослых. Так, в Ленинграде до войны число детей среди больных составляло — 70%, а взрослых — 30%. После войны это соотношение изменилось в обратную сторону: взрослых — 70%, детей — 30%. По-видимому, примерно такое же соотношение наблюдается и в других местах».<sup>36</sup>

Послевоенный период начинался для сотрудников института усилением внимания к проблемам заживления незаживающих ран у инвалидов войны.

Новые задачи поставила война и перед Научно-практическим институтом скорой помощи. Уже во второй половине 1941 г. состав больных, поступающих в его клинику, стал изменяться. Особенно сильно изменились причины механических повреждений. Уменьшился удельный вес бытовых и производственных травм, но появились ранения от авиабомб (37.5%) и артиллерийских снарядов (10.6%), которые вместе составляли 48.1% (почти половину) всех механических повреждений.<sup>37</sup> В первом полугодии 1941 г. в клинике института проводилось, в среднем, от 230 до 240 операций в ме-

<sup>35</sup> Там же, д 1186, л 172

<sup>36</sup> Там же, д. 158, л 2—3

<sup>37</sup> Там же, ф 173, оп 1-2, д 28, л 164

сяц. Эта работа была привычной. Главная трудность появилась и стала нарастать с ноября 1941 г., когда в институт стали доставлять терапевтических больных, более половины из которых страдали от дистрофии различной степени. Через два месяца число больных уже «превышало штатное число коек» в больнице. В январе 1942 г. было развернуто 100 новых коек, но «волна дистрофиков» (как говорилось в отчете) заполнила все терапевтическое отделение и значительную часть хирургического. Не уменьшилось их число и к осени 1942 г. Когда в городе число дистрофиков пошло на спад, в Институт скорой помощи перевели большую партию больных из двух закрытых госпиталей. Большую часть их составляли дистрофики. Немногие квалифицированные хирурги, оставшиеся после мобилизации в армию, должны были срочно стать и терапевтами. Нагрузка на них еще более увеличилась, когда почти полностью прекратило работу хирургическое отделение больницы им. Эрисмана, и Институту скорой помощи пришлось работать практически за два учреждения.

Работа врачей была тем более сложна и трудна, что все хирургические заболевания «шли на фоне» тяжелой дистрофии и смертность при любых хирургических заболеваниях в зиму 1941/42 г. держалась на небывало высоком уровне. Прогноз поступивших больных был всегда неясен, так как «даже обычная флегмона легкого могла привести к летальному исходу». Но особенно высока была смертность после ампутаций и полостных операций.<sup>38</sup> Пришлось в ряде случаев отказываться от оперативного вмешательства, ожидая улучшения общего состояния больного. Самым тяжелым периодом были март и апрель 1942 г., когда цифра смертности среди больных доходила до 26.5%.<sup>39</sup>

Менялся не только состав больных, но и виды заболеваний, и характер протекания болезни. Так, с ноября 1941 г. стала исчезать привычная для скорой помощи форма «острого живота», и больные с аппендицитом появлялись у них реже и реже, пока не исчезли почти полностью. Меньше стали встречаться случаи перфорации желудка и ущемления грыжи как объект хирургического вмешательства. Зато очень большую группу составили разного рода травмы.

Около 20% больных приходилось на группу гнойных заболеваний мягких тканей, осложненных истощением организма. У больных этой группы отмечались три основных особенности:

<sup>38</sup> Там же, д 38, л 16, 28

<sup>39</sup> Там же, л 14

- 1) резкое снижение местной устойчивости тканей;
- 2) снижение общей сопротивляемости организма;
- 3) замедление процессов регенерации.

В результате этих особенностей некрозы кожи в условиях голода неуклонно прогрессировали и достигали таких размеров, что приходилось ампутировать больную конечность.<sup>40</sup>

В условиях блокады иначе, чем в мирное время, проходило лечение и других болезней. Неожиданный сюрприз преподнесла хирургам такая болезнь, как ущемление грыжи. До войны в институте было до 200 случаев этой болезни в год. Тогда лечение грыжи было совершенно обычным делом. Главное заключалось в быстроте — счет времени от появления больного в отделении до операции шел на часы. В условиях блокады число случаев ущемления грыжи значительно уменьшилось, а характер протекания болезни изменился. Отсутствие транспорта, неспособность ослабленного голодом больного самостоятельно добраться до больницы значительно усложнили дело. Бывали случаи операций на 9—10-е и даже 17-е сутки с начала ущемления грыжи. Но из-за голода, мышечной дистрофии «оказалось возможным грыжи 7—8-дневной давности оперировать без резекции кишки, ввиду сравнительно удовлетворительного состояния кишечной стенки».<sup>41</sup> В первую половину 1942 г. были случаи механической непроходимости, возникавшие после энтеритов дистрофического происхождения. В этот период она давала такую тяжелую клиническую картину, что ставился вопрос об оперативном вмешательстве, тогда как раньше положительный эффект был возможен и при консервативном лечении. К счастью, так же как и аппендицит, механическая непроходимость была представлена единичными случаями. Во вторую половину 1942 г. по мере улучшения бытовых условий эта весьма своеобразная форма заболевания исчезла.

Из других хирургических заболеваний в отчетах института отмечалась язва конечностей. Все случаи были результатом истощения и отеков. Болезнь протекала очень тяжело, и часть больных (4 из 25 чел.) погибла при явлениях алиментарной дистрофии.

Улучшение состояния пациентов шло медленно. Средняя смертность за 1942 г. составляла 17.7% от числа всех больных.<sup>42</sup> Оставшиеся после мобилизации 13 основных врачей едва справлялись с огромным объемом работы. На исследования у них не оставалось

---

<sup>40</sup> Там же, л. 22.

<sup>41</sup> Там же, л. 23, 24.

<sup>42</sup> Там же, л. 36.

ни сил, ни времени. Не имел институт и соответствующего статуса. Создан он был как научно-практическое учреждение. Но в 1940 г. научно-практические институты были ликвидированы. Пока решалась судьба Института скорой помощи, началась война. Институт стал работать как госпиталь, и отчетов о научно-исследовательской работе от него никто не требовал. Но среди коллектива врачей оставалось 7 кандидатов медицинских наук, уже имевших опыт исследовательской работы. Они сами продолжали научную деятельность, и в плане научно-исследовательских работ на 1943 г. у них было записано 7 тем, 5 из них имели прямое отношение к блокадной проблематике. Эти наблюдения должны были подвести итог практической работе врачей за 1942 г. Но обстановка быстро менялась. Сказалась и активизация боевых действий на Ленинградском фронте в 1943—1944 гг. В Институте скорой помощи было развернуто 360 оперативных коек, и он снова превратился в военный госпиталь. К тому же в это время к руководству институтом вернулся один из крупнейших хирургов страны профессор И. И. Джанелидзе (в начале войны он был призван во флот и назначен главным хирургом ВМФ). При нем план научно-исследовательских работ был пересмотрен, и все сотрудники переключились на изучение огнестрельных ранений.<sup>43</sup>

Возвращение И. И. Джанелидзе укрепило положение института. В послевоенный период он вступил уже в качестве научно-исследовательского учреждения. В план на 1945—1946 гг. было включено 16 исследований, объединенных общей темой: «Патогенез, клиника и лечение застарелых эпилептических плеврогенных огнестрельного происхождения».<sup>44</sup> Тема была весьма актуальной и довольно типичной для хирургических учреждений тех лет. Но с блокадной проблематикой, судя по архивным документам, было покончено.

В трудном положении оказались и другие НИИ, имевшие отношение к хирургии. Уже к осени 1941 г. в Ленинградском научно-исследовательском институте по болезням уха, горла, носа и речи, как сказано выше, осталось только 12 врачей. По рекомендации НКЗ РСФСР они сосредоточили внимание на «рационализации способов борьбы с осложнениями и последствиями лор-травм».<sup>45</sup> Обстановка вынудила их выйти за рамки своей специальности и заниматься внутренними болезнями, стоматологией, военно-полевой хирургией, переливанием крови и т. п. Лечили больных в ста-

<sup>43</sup> Там же, д. 49, л. 1.

<sup>44</sup> Там же, д. 56, л. 1.

<sup>45</sup> Там же, ф. 156, оп. 1-1, д. 91, л. 1.

ционаре и поликлинике, выхаживали дистрофиков, ставили на ноги раненых, давали консультации по лор-заболеваниям в больницах и госпиталях. Летом 1942 г. был эвакуирован в тыл научный руководитель института Владимир Игнатьевич Воячек. В результате всех этих изменений зимой 1941/42 г. исследовательская работа велась слабо. Летом 1942 г. была сделана попытка оживить ее, но материал по влиянию дистрофии на лор-заболевания собран не был, и состоявшуюся 5—6 декабря 1942 г. научную конференцию посвятили проблеме лор-травматизма. На 1943 г. было запланировано 8 исследований, связанных с влиянием дистрофии на лор-органы. Врачи заметили, что в ряде случаев в результате голода и истощения нарушался слух, вестибуляция, обонятельная и речевая функции. Прделанная в 1942 и 1943 гг. работа нашла свое отражение в вышедшем в 1944 г. «Сборнике трудов ЛНИИ по болезням уха, носа, горла и речи» (т. 7). Следующий сборник трудов (т. 8) вышел уже после войны, в 1947 г., и был посвящен расстройствам слуха и речи. После указанного сборника проблема дистрофии и ее влияния на лор-органы уходит на второй план.

Судя по материалам архива, инвалидов войны с повреждениями лор-органов было немного. В 1946 г. среди больных клиники они составляли всего 3,8%, и состав больных мало чем отличался от довоенного. Все больше внимание врачей и научных работников института в первые послевоенные годы занимала проблема восстановительной терапии.

Уже в 1941 г. здание Ленинградского нейрохирургического института было разрушено во время авиационного налета. Институт лишился практически всей своей лабораторной базы. Но редкая специальность нейрохирургов была очень нужна для лечения раненых, и клинику института перевели в помещение старой, давно не отремонтированной школы. Здесь в совершенно не пригодных для этого помещениях были спешно развернуты операционные и организованы палаты на 500 с лишним коек.<sup>46</sup> В течение 1941 г. сотрудники института были полностью заняты только практической работой. Естественно, что в 1942 г. вся научная работа была увязана с лечением огнестрельных ранений. И лишь одна из 16 запланированных тем — «Полиневриты авитаминозного характера» — была непосредственно связана с условиями блокады.<sup>47</sup> Эта тенденция продолжилась и в 1943 г. С практикой была связана и издательская деятельность института. В 1943 г. были опубликова-

<sup>46</sup> Там же, ф 301, оп 1-1, д 64, л 1

<sup>47</sup> Там же, д 61, л 2



ны руководства «Основы практической нейрохирургии» (600 с.), «Основы военно-полевой нейрохирургии» (400 с.) и два атласа по повреждениям и операциям на спинном и головном мозге.

Снятие блокады Ленинграда и удаление фронта от стен города не очень изменили положение дела. В 1945 и 1946 гг. направленность исследований не претерпела серьезных изменений. Практические задачи, которые приходилось решать коллективу, твердо определяли характер исследований

Возможно, наиболее трудное положение было у психиатров. Они также должны были решать чисто практические задачи спасения своих пациентов. Но их больные не относились к числу тех, кто больше всего нужен был в тот момент для обороны города. И это не могло не сказаться на положении больниц и самих врачей и научных работников, специализировавшихся в области психиатрии. Тем более благородным и достойным восхищения был тяжелый труд этих преданных делу людей. Замечательно и то, что в условиях блокады сотрудники Государственного научно-исследовательского психоневрологического института им В. М. Бехтерева продолжали исследовательскую работу.

С мая по декабрь 1942 г вел наблюдения за больными, находившимися в депрессивном состоянии, Б. Е. Максимов. Он считал, что именно это заболевание «по своему содержанию и симптоматике в наибольшей мере соответствует характеру вероятных психических реакций на создавшуюся в Ленинграде обстановку»,<sup>48</sup> и поэтому исследовал их особенно внимательно. Б. Е. Максимов указал 7 основных причин отрицательного воздействия на психику и нервную систему населения блокированного города, а также 3 группы положительных сил и эмоций, противодействовавших отрицательным факторам. Главный тезис его работы был сформулирован следующим образом. «Такое состояние духа, которое характеризуется верой в справедливость и конечное торжество ведущей идеи, — есть фактор огромного психофизического содержания и значения, способный поддерживать в состоянии высокого тонуса и жизнедеятельности всю нервно-психическую организацию как отдельного человека, так и целого общественного коллектива».<sup>49</sup>

Б. Е. Максимов считал, что «блокада увеличила число и, главное, остроту психических заболеваний»<sup>50</sup> Он был прав. Имеющиеся у нас статистические данные подтверждают его наблюдения.

<sup>48</sup> Там же, ф 313, оп 2-1, д 182, л 2

<sup>49</sup> Там же, л 7

<sup>50</sup> Там же, л 28.

Шире ставил проблему профессор В. Н. Мясищев. В рукописи статьи «Психические нарушения при алиментарной дистрофии в условиях блокады»<sup>51</sup> он сделал попытку в более обобщенной форме установить связь между алиментарным истощением и психическими расстройствами голодающих. Он считал, что психические расстройства, возникающие вследствие алиментарного истощения, усиливаются и «приобретают особую значимость, яркую форму в условиях военного времени». По его мнению, число психических расстройств на почве голода «крайне незначительно к общему числу истощенных людей» без выраженных нарушений психики. В. Н. Мясищев предложил свои «стадии» в возникновении и течении заболеваний. По его наблюдениям, в начале блокады несколько возросло число реактивных состояний. С октября 1941 г. появились астенические состояния с вялостью и раздражительностью — сочетание психического напряжения и недостатка питания. С января 1942 г. нарастает количественно «психоз истощения», а с весны к истощению присоединяются полигиповитаминозы. С начала лета случаи отравления дикорастущими травами, кореньями и т. п. добавили свою специфику в общую картину психических расстройств периода блокады.

К началу лета 1942 г. внешние соматические симптомы истощения утрачивают массовый характер, но психические нарушения дистрофического характера были еще выражены. Затем психозы истощения сменяются психозами, вызванными авитаминозами, особенно пеллагрой. С конца 1943 г. у населения наблюдается массовая гипертония и чрезмерная полнота, особенно у женщин, как фаза восстановления после дистрофии. Гипертония и связанные с нею психические расстройства встречались и в 1944 г. Именно своеобразные психические расстройства 1944 г. В. Н. Мясищев считал последствиями блокады.<sup>52</sup>

В. Н. Мясищев назвал 6 наиболее очевидных связей между физическим истощением организма и психическим расстройством: голод, психическая травма, нарушение сна и чрезмерное мышечное напряжение, холод, военные и другие травмы, санитарно-гигиенические условия жизни (инфекции).<sup>53</sup> Все они, по мнению автора, так или иначе влияют на состояние организма. «Резкое изменение органов, — пишет он, — особенно желудочно-кишечного тракта, печени, сердца, желез внутренней секреции... являются источником

<sup>51</sup> Там же, д. 231, л. 1—18.

<sup>52</sup> Там же, л. 2.

<sup>53</sup> Там же, л. 9.

ненормальной деятельности и морфологических изменений мозга». <sup>54</sup> При этом Мясищев оговаривался, что прямой связи между степенью истощения и психическими заболеваниями нет. Гистопатологических особенностей «психической группы» в то время установить не удалось. В лечении этих форм заболеваний он рекомендовал прежде всего ликвидацию истощения и отмечал большую роль психической активности и «посильное деятельное состояние». «Опыт блокады показал, — писал он, — что подобно замерзающим или отравленным морфием лица, поддавшиеся влечению к покою, гибли». <sup>55</sup>

Чрезвычайно интересны наблюдения врачей-практиков и представителей судебной экспертизы, но их материалы мы сможем привести только в специальной, более обстоятельной работе.

#### *Исследования заболеваемости в социальном аспекте*

Свой специфический подход к заболеваемости военного времени был у врачей, имевших отношение к промышленности и профессиональным союзам. Их обычная задача — выявление роли условий труда и влияние их на здоровье человека — сохранялась. Но условия труда в период войны и особенно блокады коренным образом изменились, что значительно расширило и усложнило задачи, стоящие перед работниками этого профиля. Наиболее полно работа такого рода специалистов представлена в архивных материалах Ленинградского НИИ гигиены труда и профзаболеваний. К началу войны в институте было 277 сотрудников. Мобилизация в армию, эвакуация и голодная зима 1941/42 г. лишили институт 4/5 его коллектива. <sup>56</sup> В самый тяжелый период блокады внимание оставшихся было обращено на вопросы питания, отопления, водоснабжения работников оборонных предприятий. Положение на предприятиях было тяжелое, работа медсанчастей на многих из них оказалось неудовлетворительной, и сотрудникам института пришлось взять на себя всю медицинскую работу по обслуживанию персонала оборонных заводов. Первым, что следовало сделать, были массовые медицинские осмотры рабочих. Но начать их оказалось непросто. Никто не мог определить «объем требований», которые следовало положить в основу проверок в условиях массовой дистрофии. Надо было начать с разработки методичек для предварительных и периодических осмотров. Лишь к концу 1942 г. уда-

<sup>54</sup> Там же, л. 10.

<sup>55</sup> Там же, л. 15.

<sup>56</sup> Там же, ф. 221, оп. 2-1, д. 79, л. 1.

лось добиться некоторого улучшения в учете и анализе заболеваемости работников оборонной промышленности. Первые попытки осмысления происшедшего в голодную зиму были сделаны в 1943 г., но по-настоящему исследовательская работа развернулась только в 1944 г. Зато велась она теперь с большим размахом сразу же в нескольких направлениях. Исследовалась картина заболеваемости в годы блокады в сравнении с довоенным периодом. Изучались отдельные болезни, получившие наибольшее распространение, выявлялись их особенности в условиях блокады. При этом особое внимание было уделено гипертонии, заболеваниям сердечно-сосудистой системы, туберкулезу легких, гриппу, кожным заболеваниям, ревматизму и малярии. Отдельно изучались производственные отравления. Но самую большую часть исследований составляли работы по изучению производственных условий и влияния их на здоровье отдельных групп трудящихся. Наибольшее внимание было уделено подросткам. На втором месте были женщины-работницы, на третьем — мужчины и на четвертом — работающие инвалиды и пенсионеры.

Внимание государственных органов к подросткам понятно. Потери в промышленности были огромны. Послевоенное восстановление во многом зависело от быстрого воссоздания новых квалифицированных кадров. К концу 1944 г. на заводах и фабриках Ленинграда работали более 10 тыс. подростков.<sup>57</sup> И число их быстро возрастало. Изучению состояния их здоровья и физического развития была посвящена работа большой группы сотрудников института. В ходе обследований выяснилось, что структура заболеваемости подростков заметно отличалась от средней заболеваемости взрослых. Ведущими формами болезней у подростков были: грипп, ангина, туберкулез, гнойничковые заболевания кожи, травмы производственные и бытовые. Они составляли 74% от общего числа заболеваний (у взрослых — 61%). Уровень общей заболеваемости у подростков в промышленности был ниже, чем у взрослых, но выше был производственный травматизм. У тех из подростков, кто перенес голод, дистрофию и авитаминоз, анализ крови показывал гипохромную анемию.<sup>58</sup>

Следует оговориться, что обследования проводились в разное время и охватывали разное количество рабочих-подростков. Не было и единой программы обследований. Молодежь предприятий

---

<sup>57</sup> Там же, д. 92, л. 1—2.

<sup>58</sup> Там же, д. 513, л. 7.

химической промышленности обследовали не совсем так, как молодых металлостов. М. Л. Рылова отмечала у рабочих-подростков металлообрабатывающих заводов в 1944—1945 гг. снижение величины артериального кровяного давления по сравнению с данными довоенного времени. Это снижение было более заметно у юношей, чем у девушек.<sup>59</sup>

Из обследований 1946 г. явствует, что юноши отставали в половом развитии от девушек на 2 года.

С целой серией статей выступила кандидат медицинских наук Р. И. Верховская. Проанализировав значительный материал, она сделала вывод о том, что обнаруженные нарушения в физическом развитии подростков можно отнести к санитарным последствиям войны. Она отметила также, что наибольшие отставания были среди сирот, подростков, переживших блокаду и оккупацию.<sup>60</sup> Работа в 1950 г. с более широким, общесоюзным материалом привела Верховскую к выводу о том, что не только блокадники, но и все подростки, перенесшие тяготы войны в прифронтовой полосе и на оккупированной территории, имели отставания в физическом развитии.<sup>61</sup> В 1950 г. Р. И. Верховская проанализировала материалы «углубленных» медицинских обследований 22 тыс. ленинградских подростков, проводившихся по одной методике с 1945 по 1949 г. На этом материале она снова подтвердила свой вывод о том, что большинство подростков, перенесших тяготы войны, отставало от своих сверстников 1940 г. по всем показателям.<sup>62</sup>

Обследования рабочих-подростков дали необходимый материал для целого ряда мероприятий, направленных на улучшение здоровья и нормализацию физического развития молодого поколения.

Государственный подход проявился и по отношению к женщинам-работницам. Органы здравоохранения были обеспокоены проблемой их здоровья: выдерживает ли женский организм перегрузки, выпавшие на их долю в военное время, сможет ли женщина-работница рожать здоровых детей после войны? В 1944 г. была проведена серия обследований работниц «горячих» цехов, но они дали не слишком много материала. У многих работниц была аменорея (что было общим явлением в блокаду независимо от места работы) и отсутствовала половая жизнь. Значительных отклонений по гинекологической части обнаружено не было. Гипертонией работницы

<sup>59</sup> Там же, л. 7—8.

<sup>60</sup> Там же, д. 66, л. 11.

<sup>61</sup> Там же, д. 68, л. 1.

<sup>62</sup> Там же, л. 2.

«горячих» цехов практически не болели. Но объяснялось это просто: врачи заводских медпунктов тщательно отбирали кандидаток в «горячие» цеха, постоянно контролировали их здоровье и безотлагательно переводили женщин с признаками сердечно-сосудистых заболеваний на более легкую работу. Таким образом, там оказывались только самые здоровые. В меньшей степени они страдали от туберкулеза легких и нервных заболеваний. Однако когда здоровье лигейщиц сравнили со здоровьем женщин и мужчин не «горячих» цехов завода, то выяснилось, что они чаще болели гриппом, острыми желудочно-кишечными расстройствами, среди них был более высокий травматизм.<sup>63</sup> Наблюдения еще раз подтвердили правомерность довоенного законодательства, запрещавшего применение женского труда в металлургическом производстве. Но до конца войны исправить положение не представилось возможным.

По отношению к мужчинам медицинские службы не проявляли такого же внимания, как к подросткам и женщинам. Между тем первые годы после войны были отмечены значительным ростом заболеваемости в промышленности. Люди постепенно приходили в себя после нервных и физических перегрузок, напряжение спало, и они стали больше болеть, а вернее, стали больше уделять внимания своему здоровью. Но время было тяжелое, надо было восстанавливать промышленность. Возникали новые трудности, которые предстояло срочно преодолеть. В этих условиях необходимо было организовать учет и анализ общей заболеваемости, чтобы наметить меры к ее снижению и повышению производительности труда. Так началось массовое обследование здоровья трудящихся, которое позволило сравнить заболеваемость людей по полу, возрасту и отраслям производства. Выяснилось, что мужчины в этот период болели несколько больше, чем женщины. Так, например, язвенной болезнью мужчины болели в 4 раза чаще, чем женщины, и намного дольше. Некоторые наблюдения показывали, что как по числу случаев, так и по количеству дней нетрудоспособности значительное место занимали инфекционные заболевания (в основном грипп), болезни кожных покровов, желудочно-кишечные, органов дыхания и травмы. На эти болезни приходилось около 70% всех утраченных по нетрудоспособности дней.<sup>64</sup> При этом выяснилось, что пожилые рабочие болели в 1.5—2 раза чаще и дольше.

Кандидат медицинских наук З. Э. Григорьев, посвятивший проблеме целый ряд работ, писал: «Состояние общей заболеваемости,

<sup>63</sup> Там же, д 184, л 2

<sup>64</sup> Там же, ф 221, оп 2-1, д 133, л 13

т. е. уровень и структура последней, является результатом комплексного действия ряда факторов, как-то: санитарно-технического состояния предприятия, полового и возрастного состава рабочих, качества медико-санитарного обслуживания, бытовых условий и прочего». <sup>65</sup> Выяснилось, что большое значение в этой связи имеет состояние производственных помещений и оборудования: разрушенные стены цехов, выбитые стекла, слабая механизация, нарушенная технология и ряд других факторов очень сильно влияли на здоровье людей. В 1950 г. в одной из статей Григорьев писал, что «санитарные последствия войны не так быстро устраняются... Поэтому изучение вопросов, относящихся к санитарным последствиям войны, еще не потеряли своей актуальности и практической значимости». <sup>66</sup>

В период блокады ленинградские врачи отмечали значительное ухудшение показателей крови у больных алиментарной дистрофией, особенно в 1942—1943 гг. Исследования, проведенные в 1944—1948 гг., свидетельствовали, что максимальное снижение показателей наблюдалось у мужчин в 1943 г., а у женщин в 1944—1945 гг. С этого момента шло постепенное улучшение состава крови, и к 1948 г. он почти достиг довоенного уровня. При проведении указанного обследования норма содержания гемоглобина в крови была принята от 70 до 80%. В 1941 г. у мужчин в среднем было 76.5%, у женщин — 70.1%. В 1943 г. у мужчин — 65%, у женщин — 64.3%, в 1944 г. у мужчин — 68.6%, у женщин — 62.3%. И наконец, в 1948 г. у мужчин — 72.9%, у женщин — 67.3%. <sup>67</sup> За годы войны, по мнению большинства медиков, произошло и значительное снижение содержания эритроцитов в крови населения Ленинграда. По данным профессора М. Д. Тушинского, оно особенно снизилось в 1942 г. По подсчетам профессора В. А. Свечникова, нормальное содержание эритроцитов в крови имелось лишь у 22% больных. <sup>68</sup> Таким образом, за годы войны у ленинградцев, переживших блокаду, наблюдалось значительное снижение в крови гемоглобина и эритроцитов, процент лиц с выраженной анемией увеличился при резком уменьшении числа лиц с высоким показателем гемоглобина и эритроцитов. Это было закономерно и понятно медикам. При исследовании состава крови у группы больных выяснилось, что содержание гемоглобина у них почти не отличалось от соответству-

<sup>65</sup> Там же, л 29

<sup>66</sup> Там же, д 135, л 1

<sup>67</sup> Там же, л 3

<sup>68</sup> Там же, л 12

ющих данных всех обследованных здоровых рабочих. Это явление врачи того времени объяснить затруднялись.

В целом же сотрудники НИИ гигиены труда и профзаболеваний провели большую работу, материалы которой в 1946 г. были обобщены сотрудником института И. Г. Липовичем в рукописи «Санитарные последствия войны в области гигиены труда». В этой работе было уделено внимание и здоровью инвалидов, трудившихся в промышленности. Но эта тема не была для института ведущей.

### *Проблема военной и гражданской инвалидности*

Еще одна группа медицинских работников имела свой специфический подход к последствиям войны и блокады. Это были врачи многочисленных комиссий врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭК) и сотрудники Ленинградского научно-исследовательского института экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (ЛИЭТТИН). Если прежде мы имели дело только с заболеваемостью гражданского населения, то теперь вынуждены обратиться и к инвалидам войны, так как, выйдя из госпиталей, они становились снова гражданскими людьми и их проблемы приходилось решать органам здравоохранения и социального обеспечения. Как велики были эти проблемы, нетрудно понять, если учесть, что в период между июнем 1945 г. и июлем 1946 г. в Ленинграде было официально зарегистрировано 94 837 инвалидов (в том числе 35 498 инвалидов войны и 59 339 инвалидов «от общих причин»).<sup>69</sup> Следует учесть, что к началу сентября 1944 г. в Ленинграде насчитывалось 920 тыс. человек, а на 1 сентября 1945 г. — 1 млн 240 тыс. человек.<sup>70</sup> Таким образом, уже значительно разбавленное вернувшимися из эвакуации население города содержало к сентябрю 1945 г. до 7.8% инвалидов. И это были только официально признанные инвалиды, а сколько еще людей больных, требовавших лечения и отдыха, проходило комиссии, но не получало группу инвалидности? Война и блокада резко увеличили число инвалидов в городе. Это было еще одно трагическое последствие войны, ставившее перед органами здравоохранения и социального обеспечения множество сложных проблем. Инвалидов надо было долечивать, помогать им найти новую профессию, если военная травма не давала им возможности вернуться к старой специальности. Кроме того, были случаи, когда, не выдержав мгновенного перехода от

<sup>69</sup> Там же, ф. 368, оп. 2-2, л. 39, л. 1.

<sup>70</sup> Очерки истории Ленинграда. Л., 1967. Т. 5. С. 486.



здоровья к положению калеки, люди уже в госпитале кончали жизнь самоубийством. Надо было вовремя поддержать искалеченных людей, не дать им пасть духом. Необходимо было знать, сколько в городе инвалидов, систематизировать их по формам травм, по тяжести инвалидности, по трудоспособности и т. п. Основная работа в этом направлении ложилась на Ленинградский НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов и районные врачебно-экспертные комиссии. Начатая ими еще в период блокады работа приобретала все больший размах. На 1946—1950 гг. в институте был создан пятилетний план.<sup>71</sup> Он исходил из необходимости помочь работоспособным инвалидам войны и труда найти свое место во «всенародном деле восстановления народного хозяйства». Это полностью соответствовало интересам государства, которому в тот тяжелый период необходимо было наиболее полно использовать труд всех людских резервов. Требовалась большая исследовательская работа. Только глубокое понимание всех процессов давало возможность обосновать мероприятия по экспертизе и трудоустройству инвалидов.

В результате в пятилетнем плане ЛИЭТТИН были поставлены три основные задачи:

1. Изучение численности, состава и движения инвалидов.
2. Постоянная экспертиза трудоспособности при отдаленных последствиях боевых травм и других «условий военного времени».
3. Комплекс мероприятий по улучшению трудоустройства инвалидов. В нем предусматривалось постоянное (два раза в пятилетку) обследование численности и состава всех инвалидов.

Оценивая важность намеченных планом исследований, правительство приняло решение оказать институту помощь новым помещением и увеличением штатов.

Уже в ходе исследований военного периода выяснилось, что степень сложности трудоустройства инвалидов во многом зависит от характера ранений или заболеваний. Работу начали со сбора материала и его анализа. Весь материал на всех инвалидов был систематизирован по четырем разделам: 1) пол и возраст; 2) причина инвалидности (диагнозы); 3) тяжесть инвалидности (группы); 4) трудоустройство инвалидов.

<sup>71</sup> ЦГАНТД СПб., ф. 368, оп. 1-1, д. 39, л. 1—12.

**Распределение по полу, %**  
(по данным ВТЭК с июля 1945 г. по июль 1946 г.)

	Инвалиды войны		Инвалиды от общих причин
	Мужчины	95.8	41.0
Женщины	4.2	59.0	
<b>Всего</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0<sup>72</sup></b>	

Как видим, состав инвалидов достаточно характерен. Среди инвалидов войны абсолютное большинство составляли мужчины, среди гражданских инвалидов заметно больше женщин. Так же отчетливо сказывалась «военная тенденция» и на возрастном составе.

**Распределение инвалидов по возрасту, %**

Возраст	Инвалиды войны			Инвалиды от общих причин		
	мужч.	жен.	всего	мужч.	жен.	всего
До 19 лет	1.9	1.8	1.9	3.5	1.8	2.5
20—29 лет	32.2	45.8	32.7	9.6	7.6	8.4
30—39 лет	40.8	25.9	40.1	22.3	23.3	22.9
40—49 лет	21.9	21.2	21.9	28.0	38.2	34.0
50—59 лет				28.8	24.7	26.4
60—69 лет	3.2	6.3	3.4	6.9	3.8	5.1
70 и старше				0.9	0.6	0.7
<b>Итого</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0<sup>73</sup></b>

Как видим, среди инвалидов войны больше молодых людей. Резко ощутима разница между военными и гражданскими и в причинах инвалидности. У пострадавших на фронте больше половины людей (51.4%) с заболеваниями и повреждениями костей, суставов и мышц. У гражданских таких почти в 5 раз меньше (11.3%). Зато заболевания сердечно-сосудистой системы как причина инвалидности в 10 раз чаще у инвалидов труда. Нервная система у людей страдала больше на фронте (26.7%), вдвое меньше среди гражданских (13.4%). А вот психических заболеваний было почти в 5 раз больше у инвалидов от общих причин.<sup>74</sup> Среди наиболее тяжелых форм инвалидности (I группа) у пострадавших на фронте были ампутации и повреждения обеих верхних конечностей (23.7% в I группе), а у инвалидов от общих причин — психические заболевания (29.8% в I группе).<sup>75</sup> Во II группе и у военных, и у граждан-

<sup>72</sup> Там же, л. 2.

<sup>73</sup> Там же.

<sup>74</sup> Там же, л. 3.

<sup>75</sup> Там же, л. 6.

ских наибольший удельный вес приходился на туберкулез легких (65.6 и 63.4%).<sup>76</sup> Все остальные формы повреждений и заболеваний показывали более низкий уровень инвалидности.

Интересен материал о трудоустройстве инвалидов всех трех групп. По данным районных ВТЭК, среди инвалидов войны работали 59.5%, учились — 7.4% и не были трудоустроены — 33.1%. Среди гражданских инвалидов работающих было 63.9%, учащихся — 1% и неработающих — 35.1%. У гражданских даже в I группе работающими числился 21% инвалидов. Быть такого в действительности, конечно же, не могло. А дело в том, что больные приходили во ВТЭК на освидетельствование еще в качестве работающих, так их и фиксировали анкеты комиссий. И лишь получив I группу и оформив документы на инвалидность, они увольнялись с работы. Но в материалах ВТЭК они оставались «работающими». Противоположная ситуация складывалась у военных. Выходя из госпиталя, они получали инвалидность и фиксировались как неработающие, а потом устраивались по мере сил и возможностей на работу. Из-за этого мы не имеем точной и полной картины трудоустройства инвалидов в первый послевоенный год. Но вполне можем исходить из того, что инвалиды I группы, как правило, не работали.

В справках, которые подавала администрация института в вышестоящие инстанции, в основном освещался комплекс вопросов, связанных с трудоустройством инвалидов и использованием лиц, имеющих высокие производственные квалификации. Но и тех материалов, которыми мы располагаем, достаточно, чтобы сделать основной для нас вывод. Инвалидность населения была еще одним тяжким результатом и наследием войны и блокады. Она исковеркала здоровье и судьбы почти 10% населения Ленинграда, сделав их калеками на всю оставшуюся жизнь, и тяжким бременем легла на экономику государства. Это еще одна из граней последствий войны и блокады.

#### *Санитарное состояние города к концу блокады*

В заключение следует, хотя бы коротко, коснуться проблемы санитарного состояния города. В период блокады этими вопросами занимались три самостоятельные городские лаборатории: коммунальной, пищевой и школьной гигиены. Их разрозненных усилий в тех сложных условиях было совершенно недостаточно, и решением СНК СССР от 5 августа и приказом НКЗ РСФСР от 26 августа 1944 г. на базе трех лабораторий был организован Ленинградский

<sup>76</sup> Там же, л. 7.

научно-исследовательский санитарно-гигиенический институт.<sup>77</sup> В правительстве понимали всю сложность санитарного положения в Ленинграде после блокады, поэтому, невзирая на трудности, выделили институту средства на 295 штатных единиц. В институте создавалось 11 основных отделов и 8 вспомогательных подотделов (мастерские, лаборатории и т. п.). Предполагалось тщательно изучать и держать под контролем: состояние атмосферного воздуха и планировку населенных мест; почв и сточных вод; воды и водоснабжения; жилых и общественных зданий; физиологию питания; профилактику пищевых отравлений; гигиену питания; гигиену быта, личную, детства и школьников и, наконец, бактериологическое состояние города.<sup>78</sup>

К моменту образования института лаборатории вели работу в «резко сокращенном составе». Некоторые исследования были полностью прекращены. Не велись наблюдения за состоянием воздуха над городом, так как все контрольные станции, находившиеся на крышах домов, в период авианалетов и обстрелов были закрыты. В 1944 г. работа начала разворачиваться. Было запланировано 35 исследовательских тем по 11 проблемам. Одной из наиболее неотложных работ была названа проверка состояния вод. В период блокады некоторые реки и каналы города стали «временным источником водоснабжения населения». Между тем именно в это время в них могло попасть значительное количество нечистот. Санитарно-химическое и бактериологическое исследование рек Ждановки, Мойки и Карповки, проведенное с мая 1943 г. по февраль 1944 г., показало, что они, при значительно сократившемся населении, но в условиях массового разрушения канализации, оказались «чрезвычайно загрязненными и зараженными», даже в большей степени, чем в неблагополучном 1926 г. По бактериологическим показателям наиболее зараженными из всех исследованных водоемов оказались каналы им. Грибоедова и Обводный.<sup>79</sup>

Особое беспокойство санитарных служб вызывали открытые водоемы, из которых брали воду для производственных нужд заводы и фабрики. Около 75% предприятий имели такие водоемы. Между тем вследствие неправильно устроенной канализации они были «весьма загрязнены».<sup>80</sup> Проверка таких водоемов на наличие бактерий и кишечной палочки показала, что они были в 1943 г.

<sup>77</sup> Там же, ф 285, оп 1-1, д 4, л 1

<sup>78</sup> Там же, л 1, 1 об.

<sup>79</sup> Там же, л 21 об

<sup>80</sup> Там же, л 7 об

в очень плохом состоянии. После снятия блокады положение несколько улучшилось, но все же наличие бактерий в них оставалось выше допустимой нормы.<sup>81</sup> Естественно, что еще в большей мере беспокоило состояние водопроводной воды. Многочисленные повреждения магистралей во всех районах города и ремонтно-восстановительные работы приводили к значительному ухудшению качества воды. Систематический контроль велся в 10 районах города. С мая 1942 г. по 31 декабря 1944 г. производились ежедневные (кроме воскресенья) заборы и анализы водопроводной воды. За 1942 г. было проведено 1218 бактериологических анализов. В них было обнаружено 88 «проскоков» (попаданий) в водопровод кишечной палочки (coli) — 7.2% от общего количества анализов. Наибольший процент «проскоков» приходился на май 1942 г. (20%). Зимой, после сильных морозов и разрушения водопроводной сети, состояние воды ухудшалось, в летнее время улучшалось. В течение 1943 г. было проделано 3050 бактериологических исследований и обнаружено 310 «проскоков» кишечной палочки (10.1% от числа анализов). В 1944 г. положение улучшилось, из 2892 проб только 3.7% показали наличие в воде кишечной палочки.<sup>82</sup> Но проблема контроля и очищения воды оставалась достаточно серьезной.

Одновременно были возобновлены работы по контролю за атмосферным воздухом. Исследования были проведены в пяти местах: на Петроградской стороне, в Выборгском районе, на Крестовском острове, в Смольнинском и Кировском районах. Наименьшее загрязнение воздуха было, естественно, на окраинах и повышалось по мере приближения к центру города. Кировский район, в связи с тем что его главный промышленный гигант только начинал восстанавливаться, показал резкое снижение загрязнения атмосферы по сравнению с 1935 г. (на проспекте Стачек в районе Кировского завода в 8 раз). Изменилась и сезонная засоренность воздуха. Если до войны обстановка ухудшалась в IV и I кварталах года, когда начиналась и продолжалась топка печей, то в 1945 г. наибольшее загрязнение атмосферы было обнаружено в апреле—августе. Объяснялось это тем, что летом в массовом масштабе развернулись строительно-восстановительные работы, а также тем, что в это время еще не была налажена повсеместная поливка улиц и дворов города. Среди обследованных мест наибольшую запыленность и задымленность показал контрольный пункт на Старорусской улице (д. 3).<sup>83</sup>

<sup>81</sup> Там же, л 8

<sup>82</sup> Там же, л 7

<sup>83</sup> Там же, д 11, л 125

Другой проблемой, беспокоившей врачей санитарной инспекции в послеблокадный период, было состояние почв и процессы их очищения. Особую тревогу вызывало состояние мест массовых захоронений. Специалистов беспокоила угроза эпидемий. Исследования были начаты еще осенью 1942 г. и продолжались в 1943 и 1944 гг. Под контроль были взяты три кладбища: Серафимовское, Пискаревское и Богословское. В 1944 г. к ним прибавилось и Смоленское. Всего в 1942—1944 гг. был заложен 141 шурф, взято 4416 первичных проб почвы, 48 проб грунтовых вод, 52 пробы из канав и ручья и три пробы из колодцев в районе кладбищ. Результаты исследований показали, что и почвы, и воды были сильно загрязнены. Воды осушительных канав и ручья около Пискаревского кладбища начинали очищаться только на расстоянии 400—600 м от мест захоронений. Воды колодцев в 70—100 м от траншей массовых захоронений по своим санитарным показателям относились к категории сильно загрязненных. Тот же результат давал анализ почвы и грунтовых вод, взятых в 50 м от траншей.<sup>84</sup> В конце 1944 г. сотрудники института были вынуждены констатировать, что «процессы самоочищения и минерализации окружающей траншеи... почвы еще не закончены», проходят неравномерно и контроль за их состоянием необходимо продолжать на протяжении ряда лет.<sup>85</sup>

Мы не имеем возможности изложить содержание всех 35 исследований института по 11 проблемам. Коснемся лишь некоторых из них, наиболее важных для понимания последствий войны. Интересным представляется, в частности, анализ пищевых отравлений в период блокады, проведенный З. А. Игнатовичем. По его данным, до войны пищевые отравления химической природы составляли всего 2—6% от общего числа отравлений. Остальное приходилось на долю отравлений бактериологического характера. Уже во втором полугодии 1941 г. случаи пищевых отравлений химической природы составляли 33%, в 1942 г. — 86%, а в 1943 г. — 93%.<sup>86</sup> Основная масса химических отравлений происходила вне сети общественного питания. Это был результат голода и неосведомленности населения. Часть случаев носила «казуистический» характер, как писал Игнатович (корни белены, тунговое масло, калобарский боб и т. п.). Все они имели характер одиночных отравлений. Бактериологические отравления были, как правило, групповыми.

<sup>84</sup> Там же, д. 4, л. 14 об.

<sup>85</sup> Там же, л. 15.

<sup>86</sup> Там же, л. 30.

Одновременно исследовалась зависимость между недостаточным питанием и изменением кишечной микрофлоры. Это имело значение для выяснения процессов нормализации состояния переживших голод людей. С этой целью были обследованы три группы населения. В первую вошли рабочие и служащие, получавшие обычное питание, во вторую — получавшие литерный паек (10 из них вернулись из Самарканда и были взяты как контрольная группа). В третью группу вошли работники молокозавода и колбасного цеха мясокомбината. Полученные данные показали «резкую зависимость» между качеством питания и состоянием коли-флоры кишечника. В меньшей степени нормализовалась коли-флора кишечника у работников с обычным питанием, чуть больше — у литерников, во много раз лучше — у рабочих колбасного цеха.<sup>87</sup>

Наибольшее внимание уделялось питанию детей. Даже в тяжкий 1942 г. рацион детей детских садов находился под постоянным контролем сотрудников школьной санитарной лаборатории. Они констатировали «незначительные» колебания питания в 1942—1944 гг., обращая внимание на то, что в 1943—1944 гг. пища детей была богаче овощами и тем самым «более обеспечена витаминами и солями основного характера». Относительная «правильность питания» подтверждалась и детскими врачами, которые не наблюдали в детских садах авитаминозов и повышения заболеваемости общими болезнями.<sup>88</sup> Такое мнение было широко распространено в период блокады. Очевидно, на фоне общего голода положение детей казалось относительно благополучным. Но тогда главным критерием было выживание. Еще не были выяснены последствия систематического некачественного питания детей за длительный период. Первые тревожные симптомы обнаружили лишь в 1945 г.

В декабре 1945 г. зампреда Ленинградского городского Совета депутатов трудящихся Е. Т. Федорова получила обстоятельную докладную записку, подписанную директором Санитарно-гигиенического института М. Я. Николаевым и профессором А. Я. Гуткиным. Уже в первой строке докладной звучала тревога: «Состояние ленинградских детей, изученное в 1945 г. Ленинградским санитарно-гигиеническим институтом, Республиканским Педиатрическим институтом и Институтом им. Г. И. Турнера, внушает беспокойство». Действительно, обследование показало, что в пяти центральных районах города среди детей до 5 лет оказалось 36,6% больных рахитом (было обследовано 3132 ребенка), от 6 до

<sup>87</sup> Там же, л. 32.

<sup>88</sup> Там же, л. 34.

12 месяцев — 50%, на втором году жизни — 51.4%. Болели не только дети ясельного возраста, но и дошкольники. В Куйбышевском районе детей, больных рахитом, в 3-летнем возрасте было 33.4%, в 4-летнем — 32.3%.<sup>89</sup>

Школьников, имевших искривления позвоночника, было обнаружено 85.4% (до войны 60%). Среди них 9—14% нуждались в длительной лечебной коррекции (до войны таких было 1—2%). Повысилось число детей с кариозными зубами. В Куйбышевском районе среди обследованных детей только около 5% имели здоровые зубы. Среднее число больных зубов на одного ребенка младшего возраста в разных районах города было от 2 до 4. «Состояние зубов является показателем обеспеченности организма необходимыми „строительными материалами“, — писали авторы докладной записки, — известью, фосфором и состояния костной ткани в целом, что важно с точки зрения ростовых функций организма».<sup>90</sup>

Исследование почти 500 детей в яслях Петроградского района на туберкулез дало от 9 до 18% инфицированных, а из 314 детей детских садов — от 21 до 25% инфицированных. Медики-специалисты пришли к выводу, что в возникновении и развитии всех этих заболеваний «наиболее существенную роль играли неполноценность питания, неудовлетворительный и недифференцированный режим (гигиенический и учебно-воспитательный) обслуживания детей разных возрастов». ЛНИСГИ изучил питательную ценность нормированного детского рациона и правильность режима ленинградских школ. В это время существовало 7 норм детского питания для младших возрастов, школьников и старших возрастов (иждивенцев). Специалисты пришли к выводу, что «нормы питания детей не дифференцированы». Дети всех возрастов до 12 лет получали один и тот же рацион — 1148 кал. Дети дошкольных детских домов — 2318 кал., школьных детских домов — 2353 кал. Между тем, по мнению врачей, дело заключалось не только в калорийности питания, но и в разных возрастных потребностях в белках, минеральных солях, витаминах и т. п. Количество белков было близким к физиологической норме у детей детских садов и детских домов. В рационах остальных детей белков не хватало от 10 до 43%.

Такая же картина выявилась и с минеральными солями. Наиболее необходимые из них детскому организму — соли кальция, фосфора, железа, магния были также в дефиците. Между тем они потребны для строения костей, мышц, способствуют нормальному

<sup>89</sup> Там же, д 12, л 1

<sup>90</sup> Там же



составу крови, повышают сопротивляемость организма инфекционным заболеваниям, предупреждают рахит, кариозные поражения зубов и развитие туберкулеза. Но ни один из детских рационов в условиях войны не содержал достаточного количества минеральных солей. В питании детей солей кальция было меньше физиологической нормы на 50—60%, а солей фосфора — на 30—50%.<sup>91</sup> Очень не хватало детям витаминов, таких как «А» и «Д». Физиологические потребности детей в витамине «А» обеспечивались всего на 12—25%. И дело усложнялось еще тем, что в их рационе недоставало жиров, без которых и данное небольшое количество витамина не могло усвоиться полностью. Докладная записка завершалась целой программой мер, необходимых для исправления положения. Нам важно подчеркнуть главное: уже тогда медики нашли причины заболеваний детей и отставания их в физиологическом развитии. Работа эта была интенсивно продолжена и позволила добиться определенных результатов в сохранении юного поколения, пережившего блокаду.

В ноябре—декабре 1945 г. было произведено исследование здоровья школьников в возрасте от 7 до 18 лет. По плану следовало охватить 20 тыс. детей. Но пустить в окончательную разработку удалось лишь 11 735 медицинских карт (в том числе 5979 мальчиков и 5756 девочек).<sup>92</sup> Ряд карт не был использован сотрудниками института из-за ошибок и небрежностей в их составлении. На конференции в феврале 1946 г., докладывая о состоянии здоровья школьников, А. Я. Гуткин выразил определенное недоверие материалам обследования в связи с «недостаточно высокой диагностической подготовкой многих школьных врачей». Тем не менее общие предварительные выводы были сделаны. Число здоровых школьников составляло 89.1% вошедших в разработку. Среди мальчиков здоровых было 80.9%, среди девочек — 94%. Причем здоровых было больше среди старших ребят. Из общего числа болезней выделялись болезни сердца (в том числе органические пороки), туберкулез тазобедренного сустава и позвоночника, анемия. Отклонения в состоянии зрения и слуха у мальчиков встречались значительно чаще, чем у девочек. У мальчиков обнаружались отклонения в развитии грудной клетки и искривления позвоночника, в то время как у девочек они почти отсутствовали. Особенно беспокоила врачей деформация грудной клетки у семилеток, что могло быть результатом

<sup>91</sup> Там же, л 3

<sup>92</sup> Там же, д 16, л 1, 2

рахита.<sup>93</sup> Специалисты тогда пришли к выводу о необходимости установить «динамическое наблюдение» за одними и теми же группами детей, что и делали затем довольно систематически.

Тревогу вызывало и состояние здоровья взрослого населения. Поэтому сотрудники ЛНИСГИ попытались установить контроль за санитарным состоянием районов и заболеваемостью населения всего города. Но для этого необходимы были многие статистические материалы, главными из которых являлись: численность и состав населения, его естественное движение, заболеваемость, причины смертности и т. п. А именно этих материалов по городу в целом у медиков не имелось. Проблема неоднократно обсуждалась в среде сотрудников института, но на этом уровне решить ее было невозможно. На одной из научных конференций в мае 1947 г. профессор З. Г. Френкель говорил, что работа специалистов крайне затруднена отсутствием необходимой статистики. К тому времени в Москве уже имелись карты общего учета заболеваемости населения, а в Ленинграде, где после блокады они были особенно необходимы, их не было. Сотрудники института не могли получить материалы о смертности населения с указанием причин смертности. «Санитарная организация, — говорил З. Г. Френкель, — должна знать картину заболеваемости населения, чтобы вести контроль за внешней средой и видоизменять условия, вызывающие заболевания».<sup>94</sup> Создавалась парадоксальная ситуация: государство создало и содержало большой институт с тремя сотнями сотрудников, которые не могли выполнять свои основные обязанности, так как для этого у них не было необходимых статистических материалов. О причинах возникновения такой обстановки разговор особый, далеко выходящий за пределы медицинской темы. Здесь нам важно отметить, что в создавшихся тогда условиях невозможно было исследовать последствия блокады, ее влияние на заболеваемость населения. И произошло это, как видим, до 1947 г., что также важно отметить.

По частным вопросам проблемы работа продолжалась. Еще в 1943 г. были проведены исследования наличия аскорбиновой кислоты и каротина у рабочих и служащих четырех предприятий и нескольких учреждений. Всего в 1943 г. на присутствие в крови аскорбиновой кислоты было сделано 2591 определение и на каротин — 1561. В 1947 г. под руководством старшего научного сотрудника

<sup>93</sup> Там же, л 7—8

<sup>94</sup> Там же, д 23, л 25.

А. И. Ивановой было обследовано 640 человек (сделано 1015 определений). Работа проводилась в тех же точках, что и в 1943 г., и в основном с теми же людьми. Исследование 1943 г. показало, что аскорбиновая кислота в крови ленинградцев «практически не была обнаружена» в течение всего зимнего и весеннего периода и лишь с появлением свежих овощей стала «несколько увеличиваться» летом и осенью. В 1947 г. в марте—июне аскорбиновая кислота в норме содержалась в крови у 42%, а в осеннее время — у 60% (ноябрь 1947 г.) обследованных.<sup>95</sup> Таким образом, было установлено, что через год после голода ни у кого из обследованных ленинградцев не было в крови нормального количества аскорбиновой кислоты и только в 1947 г. (т. е. на пятый год после голодной зимы!) норма имелась у половины обследованных. Резонно предположить, что такое положение должно было сказываться на процессе восстановления здоровья и сил людей, переживших блокаду и голод.

Некоторое время после окончания войны еще велось наблюдение за состоянием почв и грунтовых вод городских кладбищ, на которых имелись массовые захоронения. Но уже в 1947 г. специалисты резко разошлись во мнении о влиянии братских захоронений на состояние почв и грунтовых вод. Многие исследователи указывали на то, что почва улиц и дворов города загрязнена в значительно большей степени, чем территория кладбищ. Физико-химические исследования состояния почв улиц и дворов показали, что их загрязненность постоянно нарастала. Подводя итог имевшейся по этому вопросу литературе, Л. Н. Симановский писал: «Главной причиной загрязнения почв и почвенной воды является состояние канализации и очистки города. Радикальным методом оздоровления почвы Ленинграда всеми авторами признается сооружение полной раздельной канализации всего города и надлежущая система устранения твердых отходов».<sup>96</sup>

Как видим, и в данном случае изучение последствий войны постепенно стало вытесняться острыми задачами послевоенного восстановления, которые требовали срочного решения.

Даже краткий обзор деятельности медиков-ученых в годы войны и блокады показывает, что их работа не прекращалась. Но это была уже не та систематическая, плановая работа, которая велась до войны. Наука была мобилизована на защиту города, и главной ее обязанностью стало быстро решать задачи, которые посто-

<sup>95</sup> Там же, д 26, л 76—77.

<sup>96</sup> Там же, л 49, 50

янно возникали в ходе борьбы за город и спасение его населения. Это задание и выполнялось в соответствии с потребностями момента.

Лишь со снятием блокады и стабилизацией положения в городе исследовательская работа медиков начинает возвращаться в нормальное русло. Но война породила множество проблем, которые поднялись во весь рост в первые послевоенные годы, к ним скоро прибавились новые, порожденные угрозой применения атомного оружия.

Необходимость решать все новые и новые чисто практические задачи доминировала в исследовательской работе ученых-медиков. Этим, возможно, и объясняется то обстоятельство, что изучение долговременных последствий голодной блокады не получило в послевоенный период должного продолжения и развития.

## **Физиологические и психосоматические предпосылки выживания и восстановления**

---

В годы войны ленинградцам пришлось пережить одну из самых запредельных по отношению к нормам жизни ситуаций, в которых когда-либо оказывались люди. Голод погубил свыше полумиллиона людей. Однако несколько сотен тысяч ленинградцев смогли выжить в экстремальных, казалось бы, несовместимых с жизнью условиях. Они выжили вопреки представлениям науки о минимальных нормах питания человека.

Загадки выживания блокадников привлекают внимание биологов и физиологов, врачей и психологов, историков и писателей. Глубокий анализ этой проблемы поможет выявить скрытые резервы организма, которые проявляются у немногих людей в экстремальных ситуациях. Как, почему? Время ответа на этот жизненно важный вопрос стремительно проходит. Уходят постаревшие блокадники, унося тайну поразительной устойчивости организма. Стареют дети, родившиеся в блокадном городе. Упущено время для изучения особенностей организма, обеспечивших устойчивость к лютому голоду и психоэмоциональному стрессу ежедневной опасности для жизни. Но остаются бесценные труды очевидцев блокадной трагедии. Истощенные голодом врачи и ученые проводили клинические и лабораторные обследования состояния истощенного организма. В блокированном городе работали общества врачей, обсуждались неотложные проблемы помощи больным алиментарной дистрофией, публиковались научные труды.. во имя жизни. Это был подвиг ленинградских врачей и ученых. Их мысли являются главной опорой для анализа феномена выживания блокадников.

Блокаде посвящены работы врачей, историков и писателей, взволнованных стойкостью и мужеством ленинградцев. В научной, художественной литературе и публицистике содержится бесценный материал, имеющий отношение к социальным, физиологическим и психологическим предпосылкам выживания человека. Междуна-

родная ассоциация блокадников опубликовала две книги в серии «Блокада рассекреченная» с материалами дискуссии философов, врачей, историков, военных, работников городского хозяйства, с воспоминаниями самих блокадников, правдивыми и суровыми. Именно они раскрывают особенности личности и поведения людей, выживших в условиях, которые для большинства оказались несовместимыми с жизнью.

Да, многие, очень многие погибли. Но несколько сотен тысяч людей смогли перенести лютой голод, холод и гнет смертельной опасности и выжить. Следовательно, организм человека обладает резервными, неведомыми науке возможностями, которые раскрываются в крайне тяжелой ситуации. Автор этих строк на личном опыте убедилась в возможности выжить при тяжелой форме алиментарной дистрофии, будучи на пределе так называемой минимальной жизни. Сколько бы ни было людей, которые оказались способными пережить такое состояние, важно осознать, что они были и продолжают жить почти 60 лет с тех пор, как были обречены на смерть. При анализе предпосылок выживания необходимо исходить из индивидуальных особенностей реактивности организма в экстремальных условиях.

В заблокированном городе было три патогенных фактора, которые пагубно отражались на состоянии здоровья подавляющего большинства ленинградцев. Это — жестокий голод, холод и ежедневное психоэмоциональное переживание опасности для жизни. Любого из этих факторов было бы достаточно для частичной или полной утраты здоровья, но они действовали одновременно, в течение длительного времени и взаимно усиливали эффект друг друга. Голод и холод пагубно воздействовали и на сому (тело), и на психику. Психоэмоциональное перенапряжение изменяло не только психику, но и сому, нарушая присущие для нормального организма психосоматические взаимодействия. Таким образом, три патогенных фактора взаимно подкрепляли друг друга, усугубляя нарушения жизнедеятельности организма.

Решающим фактором тяжелой патологии блокадников с высоким летальным исходом было голодание и обусловленная им алиментарная дистрофия. Однако важно учесть, что алиментарное истощение развивалось на фоне психоэмоционального напряжения, которое хронологически предшествовало голоданию. Голод возник на втором месяце осады города, в период постоянной опасности для жизни. В связи с этим целесообразно начать анализ феномена выживания блокадников с индивидуальных особенностей психоэмо-

ционального стресса, от которых в значительной степени зависело общее состояние организма к началу голодания.

*Психозэмоциональное напряжение.  
Прессинг военной опасности*

В течение всего периода блокады, т. е. почти два с половиной года, ленинградцы находились в состоянии хронического психозэмоционального перенапряжения, обусловленного постоянной военной опасностью, потерей родных и близких, обстрелами, бомбардировками, страхом за жизнь семьи.

С июня 1941 по октябрь 1943 г. было объявлено 612 воздушных тревог. Общее число жертв артобстрелов и бомбардировок превысило 50 тыс. человек: 16 747 убитых и 33 782 раненых.<sup>1</sup>

Осадное положение, бомбардировки и обстрелы, голод и тревога за жизнь родных и близких, за судьбу города создавали чрезвычайное по силе и длительности психозэмоциональное перенапряжение<sup>2</sup> различной тяжести, которое зависело от индивидуальной предрасположенности к психозэмоциональному возбуждению и от активности естественных стресс-лимитирующих систем, а также от способности организма адаптироваться к стрессорным воздействиям.<sup>3</sup>

Тяжесть стресса при воздействии внешне одинаковых факторов резко различается у разных людей.<sup>4</sup> Диапазон этих различий простирается от состояния тревожности до психических расстройств, отражая стадии психозэмоционального стресса, который может быть физиологическим стрессом, стрессом переходных состояний или патологическим стрессом.

Физиологический стресс сопровождается активацией функций систем и органов в соответствии с изменившимися условиями среды, требующими функционального напряжения для выполнения той или иной физической или умственной деятельности. Физиологический стресс увеличивает возможности организма справляться с ранее непосильной физической нагрузкой и психозэмоциональным напряжением и повышает устойчивость организма к потенциально патогенным факторам вследствие формирования адаптации к

<sup>1</sup> Ленинград в осаде. Сб документов о героической обороне Ленинграда в годы Великой Отечественной войны. 1941—1944 СПб, 1995. С. 398, 573.

<sup>2</sup> Хвильцарский Т Я Медико-психологическая ситуация в Ленинграде в 1941—1945 гг (соматопсихологические отношения) // Журнал невропатологии и психиатрии 1988. Т 88, вып 5 С 130—135

<sup>3</sup> Меерсон Ф З, Пшеничникова М Г Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам М, 1988.

<sup>4</sup> Селье Г Стресс без дистресса. М., 1982.

новой ситуации. В феномене физиологического психоэмоционального стресса важное значение имеет волевое усилие, создающее стойкую мотивацию выжить и поддерживающее близкие к норме психосоматические влияния.

При стрессе переходных состояний организм адаптирован не полностью, устойчивость к потенциально патогенным факторам недостаточна и ненадежна.

Отсутствие существенного повышения частоты психических заболеваний в условиях ежеминутной угрозы жизни свидетельствует о формировании более или менее надежной адаптации к тяжелым психоэмоциональным воздействиям. Психиатры с удивлением отмечали, что вопреки прогнозам не было значительного увеличения частоты психических заболеваний во второй половине 1941 г. по сравнению с довоенным периодом. В 1942 г. число больных, госпитализированных с различными нозологическими формами психических заболеваний, увеличилось лишь на несколько процентов и составило 15—18%, тогда как в 1940 г. этот показатель равнялся 11,5%. Увеличение госпитализации с психопатиями произошло в период особо ожесточенных обстрелов и бомбардировок в конце 1942 г., а также в I и во II кварталах 1943 г. соответственно до 18,8, 26 и 24%.<sup>5</sup>

Патологический стресс представляет собою тяжелое перенапряжение с нарушением адаптации и развитием расстройств функций жизненно важных систем и органов. При патологическом стрессе организм дизадаптирован по отношению к стрессорной ситуации. Отсутствие адаптации к психоэмоциональным факторам приводит к нарушению психосоматических регуляторных влияний, что усугубляет тяжесть сопутствующих соматических заболеваний и повышает восприимчивость к патогенным факторам.

Опираясь на представления о механизмах защиты психической сферы от воздействия стрессорных факторов, можно полагать, что тяжесть психоэмоционального напряжения в условиях военной опасности в той или иной мере сдерживалась активацией естественных стресс-лимитирующих систем. Своевременная активация этих систем ограничивает силу и длительность стрессорной реакции и таким образом предупреждает или ослабляет ее патогенный эффект.<sup>6</sup> В результате адаптации организм приобретает устойчивость к чрезвычайным факторам среды и возможность жить в условиях,

<sup>5</sup> Хвиливицкий Т Я Медико-психологическая ситуация... С 131.

<sup>6</sup> Меерсон Ф З, Пшенникова М Г Адаптация к стрессорным ситуациям... С. 101—107.



ранее не совместимых с жизнью. Именно такими и являлись условия блокированного города.

В формировании адаптации блокадников к экстремальным условиям сомневаться не приходится. Это следует из самого факта сохранения жизни даже в самый тяжелый период голодания и воздушной опасности. В этом убеждает выживание нескольких сотен тысяч блокадников. Без более или менее выраженной адаптации невозможно сохранение жизни в условиях жестокого голодания и тяжелого психоэмоционального перенапряжения.

Для сохранения жизни и поддержания физического и психического здоровья ленинградцы должны были как-то адаптироваться к двум патогенным факторам: к психоэмоциональному напряжению и к голоданию. И если вероятность адаптации к жестокому голоду сомнительна, то более или менее надежная адаптация к эмоционально-стрессорному воздействию возможна. Первый патогенный фактор на три месяца предвлял второй, и это принципиально важно, так как для становления процесса долгосрочной адаптации необходимо усиление синтеза белка,<sup>7</sup> что невозможно в условиях белкового голодания. Можно полагать, что у многих (если не у большинства) ленинградцев, переживших блокаду, до начала жестокого белкового голодания успела сформироваться более или менее надежная адаптация к психоэмоциональному напряжению.

Как известно, формирование адаптационных процессов начинается непосредственно после начала стрессорного воздействия. На ранних стадиях адаптация формируется на основе существующих физиологических механизмов, таких как перераспределение энергетических и метаболических ресурсов в пользу тех органов и систем, в которых происходят адаптационные процессы. В результате активации этих механизмов формируется так называемая срочная адаптация. Эта форма адаптации возникает сравнительно быстро, но она недостаточно надежна. Однако она оставляет существенный функционально-структурный след и при повторении стрессорных воздействий может переходить в более совершенную, долговременную адаптацию, обеспечивающую более или менее надежную устойчивость организма к патогенным воздействиям, которые ранее были несовместимы с жизнью.<sup>8</sup> При удовлетворительной адаптации повышается устойчивость не только к тому фактору, по от-

<sup>7</sup> Там же. С. 104.

<sup>8</sup> Там же. С. 111.

ношению к которому адаптировался организм. Повышается устойчивость к другим патогенным факторам, воздействие которых ранее могло быть несовместимым с жизнью. В связи с этим имеются основания полагать, что формирование удовлетворительной адаптации к психоэмоциональному стрессу в период, предшествующий голоду, могло способствовать некоторому повышению устойчивости к последующей экстремальной ситуации.

Надо полагать, что возможность выжить в экстремальной ситуации в значительной мере определялась индивидуальными особенностями организма, которые зависели от целого ряда факторов, таких как:

- состояние психики и особенности личности;
- генетическая или приобретенная предрасположенность к психоэмоциональному стрессу;
- генетически обусловленная или приобретенная степень активности естественных стресс-лимитирующих систем организма;
- степень и надежность неспецифической адаптации организма.

Тяжесть психоэмоционального стресса постоянной опасности для жизни зависела от индивидуальных особенностей человека: от степени самообладания, степени тревожности, развития изнуряющего чувства страха. Люди, остро ощущавшие тревожность и страх, являлись группой повышенного риска развития нарушений систем и органов,<sup>9</sup> так называемых психосоматических расстройств, на фоне которых алиментарная дистрофия могла протекать наиболее тяжело.

#### *Психосоматические расстройства*

Зависимость общего состояния организма от психического статуса определяется наличием тесного взаимодействия психической и соматической сфер организма. Соматическими системами являются нервная, эндокринная и иммунная, обеспечивающие регуляцию функций систем и органов и поддержание постоянства внутренней среды, а также системы внутренних органов, осуществляющие жизненно важные функции организма: дыхание, кровообращение, пищеварение, выделение, движение, двигательную активность, размножение.

Если психоэмоциональное напряжение по своим параметрам превосходит физиологическую меру реакции организма, возника-

---

<sup>9</sup> Жариков Н. М. Проблема связей психической и соматической медицины // Клиническая медицина. 1986. № 7. С. 19—23.

ет патологический стресс. Психоэмоциональное перенапряжение может приводить к нарушениям состояния центрального аппарата нервной регуляции соматических систем и развитию расстройств функций соматических органов. По своему происхождению такие расстройства связаны с изменениями психического статуса, по сути они являются психосоматическими.<sup>10</sup> Психосоматическая медицина является развивающейся наукой с трудно решаемой основной проблемой: каким образом психические влияния передаются на соматические системы. В связи с недостаточным изучением этой проблемы психосоматическим расстройствам до последнего времени не придавалось должного значения. Это не оправданно, так как психический компонент может являться существенным и даже роковым фактором соматических расстройств. Изменения психического состояния отражаются на функциональной активности органов, тканей и даже свободно подвижных клеток иммунной системы.

В этом убеждают данные об угнетении активности клеток, представляющих первую линию противоопухолевой защиты за несколько дней перед сравнительно несложной хирургической операцией (плановое грыжесечение) или перед первым парашютным прыжком.<sup>11</sup>

Психоэмоциональный фактор может обусловить внезапный шок с летальным исходом. Такой шок, вызванный психической травмой, испытали некоторые ленинградцы, которые оказались в зоне прицельного обстрела или бомбежки и стали очевидцами гибели людей и разрушений. Потрясенные ужасом люди, не получившие физических травм, умирали, и медицинская помощь далеко не всегда была эффективной.

В медицинской практике мирного времени известны случаи внезапной смерти, связанной с острым переживанием кажущейся смертельной опасности. Специалисты по психосоматической медицине полагают, что ярким вариантом катастрофического проявления психоэмоционального стресса в соматической сфере является так называемая вуду-смерть первобытных народов Африки и Австралии, свя-

---

<sup>10</sup> Федотов Д. А. К проблеме соматического и психического в современной психиатрии на основе исторического анализа // Вопросы взаимоотношения психического и соматического в психиатрии и общей медицине. Л., 1963. С. 7—18; Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. М., 1986; Фрайбергер Г., Отте Х. Психосоматика: психосоматические корреляции. Общая психосоматика // Психиатрия, психосоматика, психотерапия / Под ред. К. П. Кискера и др. М., 1999. С. 117—122.

<sup>11</sup> Меерсон Ф. З., Сухих Г. Т. Стрессорные нарушения в системе противоопухолевого иммунитета и их ограничения стресс-лимитирующими факторами // Вестник АМН СССР. 1985. № 8. С. 23—29.

занная с отчаянием и уверенностью в неотвратимости насильственного лишения жизни из-за нарушения табу. Аналогичным феноменом являются случаи внезапной смерти в зале суда при вынесении смертного приговора, скоропостижная гибель при самовнушенной ложной идее смертельной опасности или случайно услышанном мнении врача о неизлечимом характере заболевания, что впоследствии может и не подтвердиться посмертным патологоанатомическим обследованием. Известны случаи внезапной смерти при остром психоэмоциональном переживании по поводу смерти родных и близких.<sup>12</sup>

Для опосредования и реализации психических влияний на соматические системы имеются соответствующие нервные механизмы. Психоэмоциональные влияния воспринимаются опосредованно, через аппарат нервной регуляции соматических функций, локализованный в определенных структурах головного мозга. Этот аппарат имеет структурно-функциональные взаимосвязи с аппаратом эмоций. Более того, некоторые нейрональные структуры этих аппаратов расположены в одних и тех же отделах нервной системы (лимбико-диэнцефальная, диэнцефало-гипофизарная и другие нейроэндокринные системы). В норме опосредованные регуляторным аппаратом психоэмоциональные влияния при помощи нейромедиаторов, гормонов и регуляторных нейропептидов передаются к соответствующей системе органов и вызывают качественно и количественно соответствующие средовому воздействию изменения своей активности. Общеизвестны проявления изменений функциональной активности соматических систем при переживании положительных и отрицательных эмоций (сердцебиения, «замирание» сердца, учащение или «затаивание» дыхания и т. п.).

Неврологической основой психосоматических расстройств является патология нервной регуляции. Термином «болезни регуляции» академик РАМН Г. Н. Крыжановский<sup>13</sup> определил обширный класс заболеваний, обусловленных нарушением состояния аппарата нервной регуляции функций органа, в отличие от другого класса заболеваний, которые являются следствием патологии самого органа. В зависимости от локализации нарушений формируются патологические системы соответствующего неврологического и/или соматического синдрома.

Психоэмоциональное перенапряжение, обусловленное опасностью для жизни, создавало реальные предпосылки патологии регуляции висцеральных систем и органов.

<sup>12</sup> См.: *Тополянский В. Д., Струковская М. В.* Психосоматические расстройства.

<sup>13</sup> *Крыжановский Г. Н.* Общая патофизиология нервной системы. М., 1997. С. 216—229.

Патогенетический механизм нарушения нервной регуляции соматических функций — генератор патологически усиленного возбуждения — возникает в отделах мозга, ведающих формированием эмоций, в частности в структурах лимбико-диэнцефальной системы.<sup>14</sup> Ключевой отдел этой системы — гипоталамус является основным звеном нервного аппарата регуляции функций висцеральных органов. Нервный аппарат формирования эмоций и аппарат регуляции соматических функций имеют тесные взаимосвязи и отдельные общие звенья (структуры гипоталамуса, гиппокампа, миндаля и др.). Лимбико-диэнцефальные влияния опосредуются системой гипофиз—кора надпочечников, реализующей ключевой механизм стресса, и в частности психоэмоционального стресса.<sup>15</sup>

Значение нервного перенапряжения в происхождении соматической патологии показано в опытах на животных с первичным моделированием эмоционального стресса. У подопытных животных возникали соматические расстройства.<sup>16</sup> Можно полагать, что локализация этих расстройств зависит от исходной индивидуальной предрасположенности к нарушению регуляции того или иного органа. Наибольшую подверженность психосоматическим расстройствам обнаруживают люди сильного неуравновешенного и слабого типа нервной системы.

Одним из первых проявлений психосоматических расстройств в период, предшествующий голоданию, была гипертония, частота которой повысилась в течение первых трех месяцев войны по сравнению с 1940 г., что может быть обусловлено психоэмоциональным перенапряжением, вызванным военной опасностью.<sup>17</sup>

Проявлением психосоматических расстройств в период, предшествующий голоданию, было нарушение менструального цикла.<sup>18</sup> Почти все опрошенные женщины (99%) жаловались на отсутствие месячных (аменорею). У большинства женщин аменорея возникла в августе—сентябре 1941 г., т. е. в первые месяцы блокады, до

<sup>14</sup> См.: *Крыжановский Г. Н.* Детерминантные структуры в патологии нервной системы. Генераторные механизмы нейропатологических синдромов. М., 1980.

<sup>15</sup> См.: *Селье Г.* Очерки об адаптационном синдроме. М., 1960.

<sup>16</sup> См.: *Быков К. М.* Кора головного мозга и внутренние органы // *Быков К. М.* Избр. произведения. М., 1954. Т. 2; *Курыш И. Т.* Теоретические основы психосоматической медицины. Л., 1973; *Айрапетьянц М. Г., Вейн А. М.* Неврозы в эксперименте и клинике. М., 1982.

<sup>17</sup> *Гротэль Д. М.* Распространенность и особенности гипертонической болезни в Ленинграде в 1942—1943 гг. // *Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны.* Вып. 7. Гипертоническая болезнь. Л., 1945. С. 25.

<sup>18</sup> Алиментарная дистрофия в блокированном Ленинграде / Под ред. М. В. Черноруцкого. Л., 1947. С. 158—159.

голода, что свидетельствует о психогенном ее происхождении и позволяет определить это расстройство как психосоматическое. Устойчивая аменорея у блокадниц является демонстративным показателем нарушения психосоматических влияний, и ее массовое появление позволяет считать, что психоэмоциональное напряжение первых месяцев блокады неблагоприятно отразилось на состоянии организма еще до начала голодания.

Можно полагать, что регуляторные расстройства в период психоэмоционального перенапряжения, предшествующего голоданию, не ограничивались аменореей, но оставались незамеченными, так как специальных исследований состояния здоровья жителей в осажденном городе не проводилось. Регистрировались лишь те нарушения, которых нельзя не заметить.

Нейрорегуляторные расстройства могли иметь определенное значение в механизмах развития обморочных и коматозных состояний, которые возникали в начальном периоде голодания, до развития истощения. Особая склонность к таким состояниям была характерна для ноября 1941 г. Работоспособные, неистощенные люди, ранее не жаловавшиеся на недомогание, на фоне относительного благополучия в процессе трудовой деятельности внезапно впадали в обморочное состояние. В ряде случаев обморок переходил в кому. Оказалось, что непосредственной причиной комы было внезапное значительное падение уровня сахара в крови, до 20—25%. Своевременное вливание больших доз глюкозы выводило из комы.<sup>19</sup> Если своевременной помощи не было, такие больные погибали, погибали не от истощения. Начало снижения уровня сахара могло быть обусловлено дефицитом углеводов в пище при усиленных энергозатратах. При нормальной регуляции углеводного обмена в ответ на начинающееся снижение содержания сахара происходит компенсаторное срочное расщепление гликогена на сахара в мышцах и печени с моментальным выбросом их в кровоток, что приводит к восстановлению уровня сахара в крови и его потребления клетками мозга, сердца и других органов. Нарушение психосоматических влияний могло способствовать расстройству регуляции углеводного обмена, особенно у лиц с наследственной или приобретенной предрасположенностью к соответствующей патологии.

Таким образом, имеются основания полагать, что к началу голодания у многих (если не у всех) ленинградцев в той или иной мере была нарушена нервная регуляция тех или иных систем и ор-

<sup>19</sup> Там же. С. 73—76, 143, 144.

ганов. Степень проявления психосоматических нарушений определялась тяжестью психоэмоционального стресса и индивидуальной предрасположенностью к нарушению функций того или иного органа. Можно думать, что к началу периода голодания люди, пребывающие в состоянии острого психоэмоционального стресса, представляли группу риска повышенной восприимчивости к тяжелым нарушениям, связанным с последующим голоданием.

В период голодания психоэмоциональный фактор взаимодействовал с дистрофическим фактором, влияя на течение и исход алиментарного истощения (см. ниже).

#### *Алиментарная дистрофия.*

#### *Несоответствие карточных норм продовольствия потребностям жизнеобеспечения*

Нормированная выдача продуктов была введена во второй половине июля 1941 г. Вначале карточные пайки по крайней мере количественно соответствовали потребностям в пище, и люди не испытывали голода, дополняя свой паек остатками еды, случайно сохранившейся с довоенного времени. Калорийность и качество питания неуклонно снижались и уже в ноябре перестали соответствовать представлениям науки о физиологических нормах, необходимых для жизнедеятельности организма.

Со второй половины ноября количество белка в пище гражданского населения упало до 10 г в сутки, суточный рацион в больницах и госпиталях содержал соответственно около 30 и 52 г белка в сутки, тогда как суточное содержание белка для поддержания нормальной жизнедеятельности организма должно быть не менее 70—90 г/сут.<sup>20</sup> Согласно нормам, установленным Институтом питания Академии медицинских наук СССР, оптимальное суточное количество пищевого белка должно равняться соответственно 100—110 г, 120 г, 150—160 г/сут. для обеспечения нормальной жизнедеятельности при энергетических затратах 3000—3200 ккал, 3500 ккал, 4500 ккал. Для растущего организма содержание белка в суточном пищевом рационе должно равняться 3.5—4.0 г на 1 кг веса для детей в возрасте 3—7 лет, 3—3.5 г/кг для детей 7—10 лет, 2.5—3 г/кг для детей 10—14 лет.<sup>21</sup>

Общая калорийность пищи с 20 ноября 1941 г. сократилась до чрезвычайно малых значений: у рабочих этот показатель энергетической стоимости пищи упал с 1087 до 707 ккал в сутки при нор-

<sup>20</sup> Там же С. 42

<sup>21</sup> Большая медицинская энциклопедия. М., 1953. Т. 3. С. 643

ме 3500—4500. У служащих энергетическая стоимость пищи уменьшилась до 473 ккал/сут. при норме для людей умственного труда 3000—3200 ккал/сут. У детей до 12 лет и старше и иждивенцев калорийность питания упала до 423 ккал независимо от возраста при норме 1300 ккал для детей в возрасте до 1.5 лет, 1800 ккал для 3—4-летних детей, 2000 ккал для детей 5—6 лет, 2400 ккал для 7—10-летнего возраста, 2850 ккал для 11—13-летних подростков.<sup>22</sup>

На дискуссии, посвященной проблемам блокадного Ленинграда, Ю. Е. Москаленко сообщает, что при 1300 ккал/сут. средняя продолжительность жизни взрослого человека не может составлять более 1 месяца. Период максимального голодания ленинградцев продолжался 2—3 месяца. Получается так, что население города было обречено на поголовное вымирание,<sup>23</sup> что соответствовало планам противника, хорошо знакомого с острым дефицитом питания в осажденном городе.

Научные представления о минимальных нормах питания не в состоянии объяснить феномен выживания блокадников. Они позволяют прогнозировать только вымирание от алиментарной дистрофии. По данным врачей, да и по личному опыту, мы знаем, что алиментарную дистрофию той или иной степени тяжести перенесли почти все блокадники. Вокруг нас не было неголодающих людей. Заведующий городским отделом здравоохранения Федор Исаакович Машанский сообщает, что к 1942 г. алиментарная дистрофия была почти у 90% ленинградцев.<sup>24</sup> Начался жестокий голод, приближающийся к полному голоданию. Люди оказались на грани вымирания.

*Алиментарная дистрофия как основная причина  
смерти блокадников*

Первые случаи истощения зарегистрированы в начале ноября 1941 г. В клиниках города появились больные с новой нозологической формой заболевания, получившей название алиментарной дистрофии, т. е. истощения организма вследствие количественной и качественной недостаточности питания при его несоответствии энергетическим затратам.<sup>25</sup>

Основным этиологическим фактором алиментарной дистрофии является существенный дефицит белка, в несколько меньшей степе-

<sup>22</sup> Медики и блокада. взгляд сквозь годы Воспоминания... СПб., 1997. С 256.

<sup>23</sup> Блокада рассекреченная. СПб, 1995. С. 215.

<sup>24</sup> Медики и блокада. С 22.

<sup>25</sup> Алиментарная дистрофия... С. 38.



ни — углеводов, жиров, витаминов, минеральных веществ и значительная недостаточность калорийности пищи. У больных с тяжелым истощением выявлено значительное снижение уровня белкового обмена, падение содержания белка в крови и тканях.<sup>26</sup>

Клиническая картина алиментарной дистрофии, не осложненной другими заболеваниями, характеризовалась быстро прогрессирующей потерей массы тела, нарастающей мышечной слабостью, ослаблением сердечной деятельности и снижением частоты сердечных сокращений, повышением утомляемости, значительным уменьшением работоспособности, вялостью, замедленностью речи и движений, угнетением или резким перевозбуждением.<sup>27</sup>

Выдающийся терапевт своего времени профессор Михаил Васильевич Черноуцкий, переживший блокадную трагедию, назвал крайний вариант такого состояния «жизнью на пределе» (*vita minima*).<sup>28</sup>

По официальным данным, зимой 1941/42 г. потеря веса блокадников в среднем составляла 22.7%.<sup>29</sup> В отдельных случаях она достигала 35—40% и даже 50% от исходной массы тела. Наиболее низкий вес — 36.5 кг был зафиксирован у мужчины ростом 169 см и у женщины — 30.5 кг при росте 158 см.<sup>30</sup>

Длительность заболевания, его течение и исход зависели от индивидуальных особенностей организма. В одних случаях болезнь развивалась постепенно. Медленно нарастала вялость, мышечная слабость, апатия. Нередко больные в течение длительного времени производили впечатление еле живых существ, почти не реагирующих на внешние раздражители. В других случаях заболевание прогрессировало стремительно. Острое течение алиментарной дистрофии со склонностью к коматозным состояниям наблюдалось наиболее часто в первый период голодания.

В середине ноября 1941 г. зарегистрированы первые смертельные исходы грозной болезни.<sup>31</sup> При прогрессирующем течении заболе-

---

<sup>26</sup> Там же С. 51—102; *Свешникова Ю А* К вопросу о состоянии белкового обмена при истощении человека // Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова: Сб науч. трудов за второй год Отечественной войны. Л., 1944 С. 232—239.

<sup>27</sup> *Мясников А Л* Клиника алиментарной дистрофии. Л., 1944; Алиментарная дистрофия. С. 128—163.

<sup>28</sup> Там же. С. 366

<sup>29</sup> Ленинград в осаде С. 248.

<sup>30</sup> Алиментарная дистрофия... С. 132; Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. М., 1951. Т. 28. С. 94.

<sup>31</sup> Алиментарная дистрофия... С. 37, 194—197.

вания многие больные погибали в течение первых суток после госпитализации. В зависимости от степени тяжести истощения при острой форме заболевания смерть могла наступить в течение 2—7 недель.<sup>32</sup> Смерть от голодания была основной причиной гибели ленинградских блокадников по сравнению с другими заболеваниями и даже по сравнению с жертвами бомбардировок и артиллерийских обстрелов.

Истощению организма способствовали все факторы, которые повышали энергетические затраты: усиленная физическая работа (строительство оборонных сооружений, разбор завалов разрушенных зданий, заготовка дров, доставка воды в многоэтажные дома с неработающими лифтами, дальние пешие переходы после прекращения трамвайного движения), переохлаждение организма в связи с лютыми морозами, достигавшими в первую блокадную зиму 30—40° при отсутствии центрального и печного отопления. Керосинки и самодельные железные так называемые печки-буржуйки давали слишком мало тепла, чтобы можно было хотя бы ненадолго согреться. Истощенный организм не справлялся с поддержанием температуры тела, что может быть связано не только с морозами и недостаточностью калорийности пищи, но и с нарушением терморегуляции. Температура тела падала до 36—35°, в отдельных случаях снижаясь до 34°.<sup>33</sup> Большинство блокадников мерзло в течение всей зимы, некоторые замерзали до смерти в нетопленых квартирах или на улице.

И тем не менее, несмотря на, казалось бы, запредельные по отношению к жизни условия существования, умерли не все блокадники, страдавшие тяжелой алиментарной дистрофией. Значит, в экстремальной ситуации, в условиях многомесячного лютого голода можно выжить?

Надо полагать, что адаптации к голоду не было и не могло быть. Об этом свидетельствует развитие алиментарной дистрофии почти у всех блокадников при высоком проценте смертельных исходов. Какая уж тут адаптация? Но тем не менее жизнь продолжалась, и сотни тысяч ленинградцев смогли выжить и восстановить свои силы... Стало быть, адаптация была, но это была неполная и ненадежная адаптация, адаптация не к самому голоданию, а к его результату — алиментарной дистрофии. Оценивая адаптационные возможности голодающего организма при медленном течении патологического процесса, М. В. Черноруцкий считал, что при го-

<sup>32</sup> Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне... Т. 28. С. 56.

<sup>33</sup> Алиментарная дистрофия... С. 141.

лодании происходил «процесс постепенного приспособления организма... путем понижения основных жизненных функций и переходу к состоянию, которое можно было бы охарактеризовать как жизнь на пределе».<sup>34</sup> Механизмы этого явления могли быть связаны с экономизацией энергетических и белковых затрат, минимизацией функциональной активности органов, использованием собственных белков, в основном белков скелетных мышц, для поддержания угасающей жизни.

Адаптация к алиментарной дистрофии, происходившая за счет собственных белков и снижения функций жизненно важных органов (сердце, печень), не могла быть ни надежной, ни длительной, так как энергетические и пластические ресурсы не пополнялись. И если бы жестокое голодание продлилось дольше, выживание стало бы невозможным. Не адаптация к голоданию, а улучшение питания и прекращение зимних холодов позволили выжить некоторым из тех блокадников, кто смог дотянуть хотя бы до лета 1942 г.

Возникает волнующий вопрос: каковы же особенности организма, обладающего возможностью сохранить жизнеспособность при лютом голодании. Для обдумывания ответа на этот принципиально важный вопрос о предпосылках выживания блокадников необходимо рассмотреть механизмы патогенеза алиментарного истощения и роль психосоматического фактора в его исходах и оценить скрытые резервы организма в экстремальной ситуации.

#### *Патогенез алиментарной дистрофии*

Дефицит питания, особенно недостаток белков в пищевом рационе, приводил к значительной атрофии жизненно важных органов и связанному с нею нарушению функционирования практически всех соматических систем, снижению белкового, углеводного, жирового, минерального, витаминного обмена.

Снижение уровня белка в крови и тканях является одним из основных и постоянных признаков алиментарной дистрофии.<sup>35</sup> При легкой форме алиментарной дистрофии содержание белка в крови в 54% случаев снижалось ниже 7—5.5%. При тяжелых формах заболевания этот показатель белкового обмена падал до 2.4—2.6% при норме 7.5%. На различных стадиях алиментарной дистрофии общее состояние больных обнаруживало корреляцию со степенью снижения сахара в крови. При тяжелом состоянии уровень сахара оказывался сниженным до 34—35 мг%.

<sup>34</sup> Там же. С. 366.

<sup>35</sup> Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне... Т. 28. С. 18—29.

Распад собственных белков клеток и тканей с последующей их атрофией и нарушением функций был основным биохимическим механизмом патогенеза алиментарной дистрофии. Как нозологическая форма алиментарная дистрофия наступает с того момента, когда организм начинает потреблять структурные части своих клеток и тканей.<sup>36</sup>

В тканях скелетных мышц и внутренних органов происходил интенсивный распад белка, о чем свидетельствовало обильное отложение липофусцина. При полном голоде жизнедеятельность организма поддерживалась исключительно за счет потребления собственных ресурсов (эндогенное питание). При неполном голодании недостаточность питания покрывалась частично за счет расходования собственных тканей. При полном голодании собственные структуры были единственным источником существования.

Дефицит белкового питания приводил к неполной атрофии органов, тканей и клеток. Гистологические исследования<sup>37</sup> обнаружили значительные атрофические изменения клеток внутренних органов и эндокринных желез. Эти изменения состояли в значительном уменьшении объема клеток при относительной сохранности их структуры (скелетные мышцы, миокард, слизистая оболочка желудочно-кишечного тракта, поджелудочная железа, печень, кора надпочечников, щитовидная железа, костная ткань). При этом не наблюдалось признаков некротического распада клеток, что привело гистологов к заключению об отсутствии изменений количественного состава атрофированных клеток. Исходя из современных представлений о неизвестном ранее механизме клеточной смерти — апоптозе, при котором структуры погибающей клетки быстро утилизируются функционирующими клетками, можно полагать, что при алиментарной дистрофии определенная часть клеточной популяции погибала по этому механизму, поставляя жизненно необходимые элементы клеткам, сохраняющим свою жизнеспособность.

В нескольких органах обнаруживались не только атрофические изменения клеток, но и микроскопически заметное снижение их численности. В слизистой оболочке желудка обнаруживалось уменьшение количества обкладочных клеток, секретирующих соляную кислоту. В костном мозге, селезенке и лимфоузлах на поздних стадиях заболевания выявлялось уменьшение размеров и снижение

<sup>36</sup> Алиментарная дистрофия... С. 122—123.

<sup>37</sup> Там же. С. 103—128; Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне... Т. 28. С. 62, 63.

числа клеток-предшественников форменных элементов крови и клеток иммунной системы.

Прогрессирующий процесс атрофии клеток и тканей приводил к значительной атрофии органов, судя по снижению их массы.

Наиболее резкую атрофию претерпевала скелетная мускулатура. Мышечные волокна истончались в 4—5 раз. В связи с атрофией миоцитов мышечная сила, измеренная по показателям динамометрии, убывала до 50% на I и до 38 и 25% на II и III стадиях заболевания.

Атрофия тканей скелетных мышц была наименее опасна для жизнедеятельности организма по сравнению с атрофией тканей других органов. В норме масса тканей скелетных мышц составляет в среднем 40% общей массы тела и содержит 4800 г белка. Главным образом за счет белков скелетной мускулатуры происходило питание жизненно важных органов.

При летальном исходе алиментарной дистрофии, не осложненной инфекциями, при потере свыше 30% веса тела, масса сердца уменьшалась до 174 г, в отдельных случаях до 90 г. Масса печени снижалась до 860 (500—1300) г. Средний вес селезенки равнялся 55—80 г. В норме масса этих органов соответственно равняется 330 (без крови), 1800 и 180 г. Инволюционные процессы при алиментарной дистрофии наиболее выражены у детей в период усиленного роста. Так, сердце у детей от 1 до 3 лет теряло в среднем 46% массы, у детей 3—7-летнего возраста — 31.2%. В возрастных группах 7—10 лет и 10—15 лет этот показатель соответственно равнялся 28.1 и 39.3%. Потеря массы печени в эти периоды соответственно равнялась 53, 44, 37 и 57%. У детей 3—7-летнего возраста происходила наиболее значительная атрофия щитовидной железы. Ее масса снижалась в среднем до 49.4%.<sup>38</sup>

Таким образом, процесс атрофии жизненно важных органов, связанный с голоданием, является основой патогенеза алиментарной дистрофии.

Анализируя феномен выживания с этой позиции, можно полагать, что выживали люди с генетически predetermined механизмами наиболее высокой резистентности к белковому голоданию и наиболее высокой способностью перераспределения белковых и энергетических ресурсов в пользу обеспечения функциональной активности жизненно важных органов (мозг, почки, органы ды-

<sup>38</sup> *Гаршин В. Г.* Патологическая анатомия // Алиментарная дистрофия в блокированном Ленинграде. С. 103—128; *Тур А. С.* Алиментарная дистрофия у детей // Там же. С. 238—269.

хания, сердце) в ущерб другим системам (скелетная мускулатура, половая сфера), функция которых не имела решающего значения для сохранения физической жизни индивида.

Казалось бы, что атрофией можно полностью объяснить процесс угасания жизненно важных функций организма и его гибель. Тем не менее атрофическим процессом патогенез блокадной патологии не ограничивался.

Профессор М. В. Черноруцкий считал, что принципиально важное значение в патогенезе алиментарной дистрофии имеют нарушения нервной регуляции жизненно важных функций организма. По наблюдению ученого, алиментарная дистрофия, не осложненная сопутствующими заболеваниями, являлась основной причиной смерти блокадников только в случаях медленного угасания при крайней степени истощения. Однако «для огромного большинства случаев надо искать другое объяснение... Вероятнее всего, они (причины и механизмы смерти. — С. М.) заключаются в нарушении регуляции со стороны нервной системы, в расстройстве всей системы регуляции организма в целом».<sup>39</sup> Ученый называл эту форму патологии болезнью регуляции, имея в виду нарушение механизмов регуляции жизненно важных функций организма.

Значение нейрогенного фактора в патогенезе истощения обосновано академиком А. Д. Сперанским.<sup>40</sup> В эксперименте установлено, что патогенное воздействие на гипоталамус, в котором локализованы важнейшие структуры аппарата регуляции висцеральных функций, приводит к развитию генерализованного дистрофического процесса в тканях соматических органов с выраженным общим истощением организма. Хотя процесс нервной дистрофии значительно отличается от атрофических изменений, характерных для алиментарной дистрофии, некоторые черты клинической картины этих заболеваний обнаруживают значительное сходство. Исчезает подкожная жировая клетчатка, уменьшается масса тела, нарастает мышечная слабость. Животные становятся вялыми, сонливыми. Возможность моделирования истощения при дизэнцефальной патологии может свидетельствовать об определенной роли нарушения состояния гипоталамуса в патогенезе алиментарной дистрофии.

Можно полагать, что ускоренному течению алиментарной дистрофии способствовало изменение состояния гипофиза, который яв-

<sup>39</sup> Алиментарная дистрофия... С. 214.

<sup>40</sup> Сперанский А. Д. Элементы построения теории медицины // Сперанский А. Д. Избр. труды. М., 1955. С. 111—403.

ляется одним из ключевых центральных механизмов, опосредующих стрессорное воздействие.<sup>41</sup> При одной из форм патологии эндокринного отдела гипофиза (болезнь Симмондса) возникает состояние общего истощения организма, сходное по своей клинической картине с кахектической формой алиментарной дистрофии. Такое сходство позволяет предположить участие гипофиза в патогенезе алиментарного истощения.<sup>42</sup> Изменение состояния гипофиза могло быть обусловлено нарушением гипоталамо-гипофизарных влияний и недостаточностью синтеза гипофизарных гормонов в связи с белковым голоданием.

При прогрессирующей алиментарной дистрофии к измененным психосоматическим влияниям присоединялись регуляторные нарушения, связанные с изменением рецепции регулирующих влияний центрального аппарата атрофированными органами и изменениями их ответных посылок, что обуславливало расстройства адекватной обратной связи органа и центрального аппарата его регуляции.

Важным фактором изменений нервной регуляции функций систем и органов являлась афферентная сигнализация из висцеральных систем о недостаточности питания. Блокадники испытывали острое и постоянное чувство голода. Пищевая мотивация часто доминировала над другими психофизиологическими мотивациями. Можно полагать, что афферентная сигнализация с интерорецепторов желудочно-кишечного тракта и других систем органов, клетки которых не получали необходимого для нормальной жизнедеятельности питания, приводила к формированию патологической доминанты. Недостаточно контролируемая пищевая активность в некоторых случаях приводила к развитию так называемых дистрофических психозов с бредом и галлюцинациями с пищевой тематикой. При прогрессирующей дистрофии у людей исчезало чувство голода и могло возникать отвращение к еде (анорексия), что свидетельствовало о глубоких расстройствах психосоматических и соматопсихических взаимоотношений и нарушении формирования пищевой мотивации.

Таким образом, основные факторы патологии блокадников: психоэмоциональный стресс, алиментарная дистрофия и связанные с ними нарушения нервной и эндокринной регуляции атрофированных органов усиливали друг друга, образуя так называемый порочный круг.

<sup>41</sup> См.: Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме.

<sup>42</sup> Алиментарная дистрофия... С. 159, 160.

М. В. Черноруцкий полагает, что «причины и механизмы смерти при голодании... те же, что и при эндогенном диэнцефало-гипофизарном истощении».<sup>43</sup> Отрицая связь смертельного исхода с нарушением сердечной деятельности, профессор М. И. Хвиливицкая привела примеры отсутствия сердечной недостаточности у умирающих и полагала, что смерть во многих случаях происходила от паралича центра регуляции дыхания, которое исчезало до прекращения сердечных сокращений. Речь идет о конечном патофизиологическом механизме смерти при алиментарной дистрофии. Можно полагать, что нарушение состояния аппарата регуляции жизненно важных функций, связанное с длительным голоданием и ежедневным психоэмоциональным перенапряжением, способствовало формированию такого статуса, за пределами которого жизнь невозможна.

На основании секционного материала М. В. Черноруцкий исключает легочный генез смерти у людей без признаков неосложненного крайнего истощения и полагает, что наиболее вероятен «мозговой генез», подкрепляя свое предположение мнением профессора Э. М. Гельштейна: «...можно думать о... центрально-нервном механизме смерти, о... параличе вегетативных центров...» Такая смерть, в отличие от медленного угасания жизни, связанного с крайним истощением, наступала внезапно, обычно при относительно удовлетворительном состоянии, нередко в период начинающегося улучшения общего состояния организма, «в самые различные моменты текущей жизни, но чаще всего... в связи с какой-либо, по сути дела незначительной... дополнительной нагрузкой, как-то: прием пищи, движение, эмоциональное переживание и т. п.»<sup>44</sup> Внезапная смерть была мгновенной (минутной или секундной). Эти особенности гибели организма могут свидетельствовать о принципиально важной роли глубокого нарушения состояния регуляции жизненно важных функций организма, что в некоторых случаях может быть связано с воздействием психогенного фактора, в частности, как упоминается в вышеприведенной цитате, эмоционального переживания.

*Психосоматический фактор  
в течении и исходах  
алиментарной дистрофии*

Современные представления о роли нейрогенного фактора в нарушениях регуляции соматических функций дают основания

<sup>43</sup> Там же. С. 214.

<sup>44</sup> Там же.



полагать, что психоэмоциональное напряжение голодающего организма вызывало расстройства нервной регуляции обмена веществ, функций висцеральных органов, эндокринной и иммунной систем, усугубляя тяжесть алиментарной дистрофии. Определенное значение в судьбах блокадников имел психосоматический фактор, который мог замедлить или ускорить тот или иной исход алиментарной дистрофии, определить внезапную смерть истощенных людей или способствовать выживанию блокадников с тяжелым истощением, на последней стадии заболевания.

По мнению профессора М. В. Черноуцко, исходы алиментарной дистрофии в значительной мере определялись особенностями психоэмоциональных переживаний, отражавшихся в психосоматических влияниях. Профессор пришел к заключению, имеющему столь важное значение для изучения проблемы выживания, что его целесообразно привести дословно: «Нам приходилось видеть немало случаев, когда ослабление воли к жизни, упадок духа и отказ от привычного ритма жизни при прочих равных условиях заметно ускоряли темпы развития болезненного процесса и резко ухудшали общее состояние больных, приближая неблагоприятный исход. И, наоборот, твердая и целеустремленная воля к жизни, бодрость духа, постоянный оптимизм и неизменная организованность жизни и неизменного трудового режима вопреки, казалось бы, самой очевидности, „наперекор стихиям“, поддерживали немощное тело и как бы вливали в него новые силы».<sup>45</sup>

По наблюдениям специалистов, не было прямой зависимости исхода алиментарной дистрофии от тяжести ее проявления. В ноябре 1941 г. некоторые блокадники умирали до развития тяжелого истощения, не совместимого с жизнью. У таких больных не было основного признака тяжелой формы алиментарной дистрофии — гипопроотеинемии.<sup>46</sup> Смерть могла наступить в I стадии заболевания, когда происходило истощение жировых депо, но не возникало необратимых атрофических изменений органов.<sup>47</sup> Приводятся данные об отсутствии корреляции между тяжестью клинической картины заболевания и степенью нарушения показателей белкового обмена.<sup>48</sup>

<sup>45</sup> Там же. С. 48.

<sup>46</sup> *Гейтер Ю. М., Черноуцкий М. В., Глинка-Черноуцкая Е. Л. и др. Нарушения обмена веществ при алиментарной дистрофии // Алиментарная дистрофия. Туберкулез. Л., 1944. С. 54—64.*

<sup>47</sup> *Алиментарная дистрофия... С. 105*

<sup>48</sup> *См.: Гейтер Ю. М., Черноуцкий М. В., Глинка-Черноуцкая Е. Л. и др. Нарушения обмена веществ при алиментарной дистрофии. С. 54—64.*

О значении психоэмоционального фактора в судьбах блокадников свидетельствует блокадный опыт автора.<sup>49</sup> В детском доме (куда я попала после того, как мама упала на улице в коматозном состоянии) мне пришлось увидеть внезапную смерть двух девочек, не связанную ни с истощением, ни с ранением. Это была смерть, обусловленная острым эмоциональным переживанием ужаса воздушной тревоги. Большинство детей во время тревоги продолжало дремать, сберегая силы. Это не было проявлением особой смелости. Нет, это было симптомом усталости и равнодушия, характерным для тяжелой алиментарной дистрофии. Кроме того, на нашем поведении сказывалась психопрофилактика, которую осознанно или невольно провели наши мамы в начале войны, научив нас не паниковать при воздушной опасности. Помню, как мама после первой воздушной тревоги настойчиво убеждала меня, что попадание снаряда именно в наш дом маловероятно, а от страха можно сойти с ума и даже умереть. Должно быть, и мамы моих друзей по несчастью научили их самообладанию, хранившему психику от травматизации. Спокойное отношение к воздушной тревоге было неписанным правилом детдомовской жизни. И лишь однажды произошло исключение из этого мудрого правила с ошеломляющими, нелепыми и ужасающими последствиями. Летом 1942 г. в детском доме появились две девочки-сестры, Милочка и Полиночка, как они сами себя называли. Им было лет по 8—10. Они резко отличались от нас. Девочки как будто шагнули в нашу спальню из доброго довоенного времени. У них сохранились даже ямочки на щеках. Девочки могли не только ходить, но даже бегать и играть в прятки. В детском доме это были единственные дети, не затронутые алиментарной дистрофией. Как они сохранились, не знаю. Наверно, жили в каком-нибудь глубоком подземном убежище и неплохо питались. У нас они пробыли всего лишь несколько дней и не успели оголодать. Казалось, ничто не предвещало беды, и все были уверены, что кто-кто, а уж эти девочки непременно доживут до победы... Вскоре после их появления начался шквальный обстрел. Снаряды разрывались где-то совсем рядом. Девочки истошно закричали и в страхе спрятались под кроватью. После отбоя воздушной тревоги их с трудом извлекли оттуда. Во время следующей тревоги обе девочки... внезапно умерли. Они не голодали и не были истощены. Следовательно, их гибель как-то была связана со страхом смерти. После этой трагедии мы подумали, что, может быть, мы, жалкие

---

<sup>49</sup> Подробнее см.: *Магаева С. Блокадные люди. М., 1999.*

«дистрофики», сможем пережить блокаду, потому что не испытываем того лютого ужаса, который убивает. Смерть девочек по своей сути является психосоматической. По-видимому, она произошла вследствие психогенного «паралича» центров регуляции жизненно важных органов.

Не помню, где я читала о поразительном поединке жизни и смерти. Умирала предельно истощенная блокадница, мать троих детей. Они толпились у ее постели и умоляли не умирать. Как только она закрывала глаза, детские голоса молили: «Мама, не умирай». И невероятным волевым усилием мать возвращалась к жизни и открывала глаза. Это повторялось несколько раз, пока старшая дочь, острее малышей ощущавшая тяжесть предсмертной борьбы, не велела детям отвернуться, чтобы позволить маме умереть. И мама умерла... Только тогда. Этот скорбный случай убеждает, что даже у роковой черты остаются скрытые резервы противостоять смерти. Кажется, что еще одно, почти нечеловеческое напряжение воли и можно преодолеть смерть, хотя бы на какое-то время... Но человеку не дано знать, как это сделать.

Психосоматический фактор может поддержать угасающую жизнь. Мне довелось убедиться в реализации психогенного фактора в механизмах кратковременного сохранения жизни или даже в постепенном ослаблении алиментарной дистрофии. Речь идет о мотивации выжить, формирующей необычное по силе волевое усилие преодоления смерти. Этот фактор проявлялся даже у детей. В детском доме девочка пыталась спасти младшего брата от голодной смерти. Оле было лет 12, Сереже — не более 5. Девочка отдавала всю свою порцию и без того скудной еды медленно угасающему брату. Не приходя в себя, мальчик машинально открывал рот при прикосновении ложки и равнодушно проглатывал свою и Олину порции. Напрасно врач и воспитательница уговаривали Олю поесть, она не слушалась и таяла день ото дня. И все же Сережа умер первым. Оля целовала высохшее личико и долго не соглашалась расстаться с братом. Когда его унесли, девочка вытянулась на кровати, вздохнула и... умерла. Это была взрослая смерть, исполненная достоинства и сознания выполненного долга. Можно полагать, что внезапная смерть Оли каким-то образом связана с утратой мотивации выжить. У девочки никого не осталось на свете, и она перестала бороться со смертью.

Мне довелось убедиться, что устойчивое сохранение мотивации выжить может способствовать преодолению алиментарной дистрофии. В детском доме не было более истощенного ребенка, чем вось-

милетняя Таня Уткина. Клиническая картина ее состояния соответствовала III стадии алиментарной дистрофии. Болезнь так одолела девочку, что она превратилась в живые мощи. Глаза глубоко ввалились в ямы огромных глазниц, нос заострился, щеки и височные ямки запали, резко обозначились носогубные складки и скулы. Морщинистое лицо приобрело старушечий вид, руки и ноги превратились в тонкие «макаронины», суставы казались непомерно огромными для плоского высохшего тела, кости натягивали кожу так сильно, что, казалось, будто она вот-вот порвется. Голодный понос сводил на нет усиленное питание. Доктор сокрушалась, что некуда было ввести глюкозу: вены спались, мышцы превратились в тонкие пластинки. Никто не думал, что она выживет. Но у девочки была стойкая мотивация жить, чтобы разыскать младшую сестру, которая после смерти их мамы попала в дом грудничков и вскоре была эвакуирована на Большую землю. Создавалось впечатление, что тревога за Сонечку не позволяет нашей Тане покориться смерти. Наверно, так оно и было. И случилось невероятное для практической медицины: смерть отступила и Таня начала поправляться. Потребовалось немало времени, чтобы она смогла сесть, а потом и встать, но она встала и... сделала несколько коротких шагов. Все обитатели детского дома столпились в нашей спальне посмотреть на это чудо. Все это было непостижимо и утешительно. Каждый «дистрофик» подумал, что уж если Таня Уткина смогла не умереть, то он-то непременно выживет, и в том, что это кому-то из нас удалось, есть и ее заслуга.

Феномен выживания на грани жизни и смерти объяснить трудно. По-видимому, в роковые минуты в организме пробуждаются неведомые ранее скрытые резервы и реализуется возможность противостоять умиранию.

Наблюдения блокадников, и в частности врачей и ученых-медиков, убедительно свидетельствуют о важной роли психосоматического фактора в противостоянии алиментарной дистрофии. Многие блокадники убеждены, что выжили только потому, что не позволяли себе слечь («залечь», как тогда говорилось) и смириться с обреченностью на смерть. Рабочие, врачи, педагоги и комсомольцы, патрулировавшие промерзшие дома в поисках осиротевших детей, продолжали трудиться из последних сил, а потом из самых последних... По утрам колоссальным усилием воли они преодолевали голод и слабость, вставали с кровати, собирались с силами и шли за хлебным пайком для обессиленных, истощенных голодом детей и стариков. Неимоверными усилиями преодолевая желание

лечь и больше не вставать, они шли на свою ежедневную непосильную, но крайне необходимую работу, от которой зависела жизнь сотен тысяч людей.

Академик Алексей Алексеевич Ухтомский, физиолог с мировой известностью, оставался в блокированном городе до конца своих дней, не прекращая научной работы и отказываясь эвакуироваться, несмотря на настойчивые уговоры. Ослабев физически, весной 1942 г. академик с неимоверным трудом прошел от своего дома на 16-й линии Васильевского острова почти до Стрелки, чтобы выступить на защите докторской диссертации в качестве оппонента.<sup>50</sup> За месяц до смерти академик подготовил доклад к сессии, посвященной годовщине со дня рождения И. П. Павлова. Доклад был опубликован в трудах сессии посмертно в сентябре 1942 г.<sup>51</sup>

Профессор Владимир Георгиевич Гаршин, будущий академик АМН СССР, истощенный голоданием и с трудом добравшийся в свой институт, вспоминает о своем тяжелом труде патоанатома, необходимом для определения стратегии помощи больным алиментарной дистрофией: «У меня была только воля, и эта воля заставляла меня работать... Я видел то же и у других».<sup>52</sup>

Валентина Григорьевна Буракова, работавшая во время блокады участковым врачом, обоснованно утверждает: «Как показала практика, выживанию способствовало не только питание, но и высокое моральное состояние».<sup>53</sup> Посещая до 80 больных в день, она прежде всего старалась поддержать в них бодрость духа.

Можно полагать, что положительные эмоции, связанные с проявлением человечности, способствовали сохранности необходимых психосоматических влияний на функции жизненно важных органов или по крайней мере препятствовали их нарушению, усугубляющему тяжесть алиментарной дистрофии.

Известен поистине уникальный по своей трагичности случай материнской самоотверженности. Комсомольцы из бытового отряда принесли в стационар мать и грудного младенца, которых нашли в опустевшей квартире. Истощенная голодом мать истекала кровью, вскрыв вену на руке (молока не было). Она прижала ро-

<sup>50</sup> Солсбери Г 900 дней. Блокада Ленинграда. М., 1996. С. 505—506.

<sup>51</sup> Грекова Т. И., Пинчук Т. Г., Аничкова М. С. В годы Великой Отечественной войны // Первый в России исследовательский центр в области биологии и медицины. Л., 1990. С. 104.

<sup>52</sup> Гаршин В. Г. Там, где смерть помогает жизни // Из истории медицины Рига, 1960. С. 230.

<sup>53</sup> Медики и блокада... С. 183.

тик своего дитяти к ране, и он жадно сосал материнскую кровь. Помощь не опоздала: малыша и маму удалось спасти.<sup>54</sup>

По свидетельству психиатра профессора Т. Я. Хвиливицкого, «подлинно человеческие черты стоической самоотверженности» проявляли многие люди.<sup>55</sup>

Таким образом, имеются основания полагать, что в экстремальных условиях возможно сохранение высших проявлений душевных качеств человека, и это может являться залогом сохранения психосоматических взаимоотношений в тех пределах, в которых не возникают необратимые соматические расстройства.

*Дистрофия и психоэмоциональный стресс  
в происхождении изменений реактивности организма*

Реактивность организма в разные периоды блокады изменялась в зависимости от тяжести алиментарной дистрофии и психоэмоционального напряжения и их взаимного влияния.

В период блокады значительно изменилась по сравнению с довоенным временем структура неинфекционной и инфекционной заболеваемости.<sup>56</sup> При анализе этого явления целесообразно исходить из изменений реактивности организма при сочетанном проявлении алиментарной дистрофии и психоэмоционального стресса.

Психоэмоциональный стресс предшествовал голоду и действовал в течение всего периода войны и блокады, проявляясь в различных формах патологии, связанных с нарушением нервной регуляции систем и органов. До развития алиментарной дистрофии нарушение психосоматических влияний проявлялось в транзиторной гипертензии, аменорее, нарушении механизмов компенсации гипогликемии.

На пике голодания, в последнем квартале 1941 и в первом квартале 1942 г., количество госпитализированных больных с гипертонической болезнью резко снизилось по сравнению с 1940 г.: с 10 до 2%.<sup>57</sup> Для этого периода алиментарной дистрофии была характерна гипотензия, причем значительное снижение кровяного давления происходило даже у тех больных, которые до войны страдали гипертонической болезнью.

На фоне уменьшения голодания участилась заболеваемость гипертонической болезнью, получившей название «ленинградской

<sup>54</sup> Там же. С. 169.

<sup>55</sup> Алиментарная дистрофия... С. 165.

<sup>56</sup> Там же. С. 322—345, 350—359.

<sup>57</sup> Гротэль Д. М. Распространенность и особенности... С. 25.

гипертонии». По мере ослабления тяжести истощения это заболевание приобрело массовый характер. Среди госпитализированных больных в терапевтическую клинику 1-го Ленинградского медицинского института во втором квартале 1942 г. больные с гипертонией составляли 1.5% по отношению к общему числу пациентов, больные с алиментарной дистрофией — 80%. В третьем квартале того же года эти показатели соответственно равнялись 17.5 и 60%, во втором квартале 1943 г. — 27 и 35%, в третьем — 45 и 12%, в четвертом — 48 и 6%. В третьем квартале 1944 г. — 30 и 1%, в четвертом — 22 и 0%.<sup>58</sup>

Массовые обследования, проведенные в 1942—1943 гг., выявили гипертонию в 50% случаев у лиц в возрасте 40—49 лет. У лиц 50—59 и старше 60 лет она обнаруживалась соответственно в 65 и 70% случаев. Заболеваемость гипертонией у лиц не старше 40 лет достигала 10—47%, тогда как в мирное время она составляла 4—7%.<sup>59</sup> По отношению к общей численности заболевания гипертонией в 20% случаев повышение давления носило транзиторный характер, у 20% больных возникали стойкие формы заболевания. В остальных случаях наблюдались эссенциальные формы гипертонии с резкими колебаниями кровяного давления или формы со значительным повышением давления и устойчивой нормализацией.

У больных с последствиями алиментарной дистрофии гипертоническая болезнь протекала тяжело при высокой летальности, доходившей на пике госпитализации до 40—50% к общему числу умерших (данные терапевтической клиники 1-го Ленинградского медицинского института).<sup>60</sup> Смерть при гипертонической болезни в подавляющем большинстве случаев (78%) была связана с сердечной недостаточностью, обусловленной отсутствием компенсаторной гипертрофии миокарда. Атрофичное сердце не могло увеличить свою массу в той степени, в какой это происходит при гипертонической болезни у неистощенного человека. Масса сердца при алиментарной дистрофии, сочетанной с гипертонией, равнялась 370 г, по мере ослабления истощения она повышалась до 420—470 г, тогда как у неголодавших гипертоников вес миокарда достигал 502 г.

При удовлетворительном общем состоянии у лиц до 40 лет повышение давления не сопровождалось значительным ухудшением

---

<sup>58</sup> Алиментарная дистрофия... С. 209.

<sup>59</sup> Теплова Е. Н. Гипертония в Ленинграде в 1942—1943 гг. // Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова: Сб. науч. трудов за второй год Отечественной войны. Л., 1944. С. 317.

<sup>60</sup> Алиментарная дистрофия... С. 209.

самочувствия. Лишь у некоторых лиц возникали головные боли, головокружения, парестезии, ухудшение зрения. Нередко заболевание протекало без осложнений с последующей нормализацией давления.

Патогенез ленинградской гипертонии связан с психоэмоциональным перенапряжением.<sup>61</sup> М. В. Черноруцкий определил ленинградскую гипертонию как типичную болезнь нервной регуляции.<sup>62</sup>

Психоэмоциональный генез гипертонии подтверждается данными о более частом повышении давления (19,4%) среди бойцов, находившихся в непосредственной близости от противника, и у оперирующих хирургов по сравнению с военнослужащими в тыловых частях (2,8—4,6%).<sup>63</sup> Среди штатских гипертония наиболее часто возникала у лиц, работающих с большим нервным напряжением, по сравнению с работниками, занимающимися физическим трудом.<sup>64</sup>

Роль психоэмоционального перенапряжения в патогенезе гипертонической болезни доказана в опытах на животных при первичном моделировании отрицательных эмоций<sup>65</sup> и при многочасовой электростимуляции отрицательных эмоциогенных зон гипоталамуса.<sup>66</sup>

Прослеживается связь развития гипертонии и с последствиями алиментарной дистрофии. Приводятся данные о более частой гипертонии у военнослужащих с недостаточностью питания по сравнению с бойцами, находившимися в сходных военно-оперативных условиях, но питавшимися лучше.<sup>67</sup> Гипертоническая болезнь возникала значительно реже у работников хлебозаводов, пищеблоков,<sup>68</sup> которые в меньшей степени страдали от алиментарной дистрофии. При усиленном питании истощенных больных гипертонией артериальное давление снижалось.<sup>69</sup>

<sup>61</sup> См.: Мясников А Л Патогенез гипертонии // Гипертония военного времени. Л., 1945.

<sup>62</sup> Алиментарная дистрофия С 209.

<sup>63</sup> Там же С. 132.

<sup>64</sup> Теплова Е Н Гипертония в Ленинграде. С. 318.

<sup>65</sup> Айрапетьянц М Г, Вейн А М Неврозы в эксперименте и клинике.

<sup>66</sup> Судаков К В Нейрофизиологические механизмы гипертонии при экспериментальных стрессах // Вестник АМН СССР. 1975. № 8 С 43.

<sup>67</sup> Хвиливицкий Т Я Медико-психологическая ситуация С. 132.

<sup>68</sup> Вальдман В А Лечение и профилактика гипертонической болезни в Ленинграде // Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны. Вып. 7. Гипертоническая болезнь Л., 1945. С 53.

<sup>69</sup> Вайнберг И С Некоторые данные об изменениях нервной системы при гипертонии в Ленинграде в 1942—43 гг. // Ленинградский институт усовершенствования врачей им С М Кирова: Сб. науч. трудов за второй год Отечественной войны. Л., 1944. С. 331.



Связь гипертензии с алиментарной дистрофией может быть объяснена нарушением состояния аппарата регуляции кровяного давления в связи с голоданием.

М. В. Черноруцкий полагал, что алиментарная дистрофия задержала вспышку нейрогенной гипертонической болезни, которая при нормальном питании могла возникнуть значительно раньше, в соответствии с прогрессирующим психоэмоциональным стрессом.<sup>70</sup>

Взаимовлияние психоэмоционального и алиментарного факторов проявилось в патологии сетчатой оболочки глаза. В первом квартале 1942 г. окулисты встревожились необычно высокой частотой развития воспалительных изменений сетчатой оболочки глаза — нейроретинита, с поражением сосудов и клеток ретины без тенденции к обратному развитию.<sup>71</sup>

В 25% случаев при нейроретинитах обнаруживались различная степень атрофии зрительного нерва. Нейроретиниты выявлялись и в последующий период улучшения питания, и на ранних стадиях эссенциальной гипертонии, но не обнаруживали корреляции с ее тяжестью. Можно полагать, что в патогенезе нейроретинита ведущее значение имеет нарушение питания сетчатой оболочки глаза на фоне нейрогенного спазма ретинальных сосудов. Патогенез спазма сосудов сетчатки может быть связан главным образом с психоэмоциональным фактором, так как стойкое сужение сосудов обнаруживалось не только при истощении, но и у блокадников, не страдавших алиментарной дистрофией.<sup>72</sup>

В период массового заболевания алиментарной дистрофией снизилась частота новых случаев стенокардии, инфарктов, инсультов, язвенной болезни желудка, заболеваний аллергического генеза. Наблюдался устойчивый период ремиссии у больных, страдавших этими болезнями до войны.<sup>73</sup> Это явление может быть связано с формированием особой формы пониженной реактивности организма у больных с прогрессирующей формой алиментарной дистрофии, пребывавших в состоянии «минимальной жизни».<sup>74</sup>

В период голодания редуцировались атеросклеротические бляшки, исчезли так называемые молочные пятна на интима аорты.<sup>75</sup>

<sup>70</sup> Алиментарная дистрофия С 210.

<sup>71</sup> *Маев М Д* Об изменениях глазного дна при гипертонической болезни в условиях блокады Ленинграда // Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны. Вып. 7. Гипертоническая болезнь. Л., 1945. С. 125—139.

<sup>72</sup> Там же. С. 78—87.

<sup>73</sup> Алиментарная дистрофия... С 322—345.

<sup>74</sup> Там же. С. 214.

<sup>75</sup> Там же. С. 127.

Структура заболеваемости, резко изменившаяся в период жестокого голодания, восстанавливалась по мере улучшения питания. Как это ни парадоксально звучит, алиментарная дистрофия препятствовала проявлению неврогенного фактора, который имеет значение в патогенезе тех заболеваний, частота которых снизилась в период голодания. Снижение заболеваемости у относительно мало истощенных и активных людей может быть связано с физиологическим стрессом, стимулирующим естественные механизмы устойчивости и защиты.

В 1944 г. после снятия блокады численность больных гипертонией быстро пошла на убыль, но увеличилось число больных с язвенной болезнью, бронхиальной астмой, ревматизмом, что может быть связано с прекращением состояния гипореактивности, проявлением психосоматического фактора, манифестацией ранее бессимптомной патологии или ее дебютом.

В период блокады значительно снизилась заболеваемость многими инфекциями, несмотря на опасное ухудшение эпидемиологической обстановки. Обессиленный город лежал в руинах и нечистотах. Воды не было, канализация не работала, одолевали полчища насекомых — переносчиков опасных инфекций, но в городе эпидемий не было, хотя отдельные вспышки инфекций случались. В истории осажденных городов Ленинград был единственным городом, в котором не было эпидемий.<sup>76</sup> Начало эпидемий стало бы концом жизни заблокированного города, несмотря на усилия противоэпидемиологической службы, которые были поистине гигантскими.

В период массовой алиментарной дистрофии почти не было стрептококковых и стафилококковых инфекций и стрептококковых осложнений других заболеваний. Резко снизилась заболеваемость скарлатиной, краснухой, ветряной оспой, свинкой. Почти исчезла корь. Дизентерия и брюшной тиф протекали атипично при частом отсутствии основных симптомов болезни. Интоксикация была мало выражена, за исключением дифтерии. Инфекционные осложнения возникали редко, за исключением пневмонии при нечеткой клинической картине и фузо-спирохетозных поражений с некротическими процессами различной локализации.

Грозным осложнением алиментарной дистрофии была очаговая пневмония, с незаметным началом, стертой и бледной клинической картиной. Течение пневмоний было вялым, затяжным. В половине случаев температура тела оставалась нормальной, лейкоцитоз от-

---

<sup>76</sup> Медики и блокада... С. 50.

существовал. Зимой 1941/42 г. пневмония обнаруживалась на секции в 80—85% случаев. Развитие пневмонии могло быть связано со снижением общей сопротивляемости организма, переживающего дистрофию, что могло приводить к активации ранее непатогенной аутофлоры. Возникновению пневмонии способствовало длительное переохлаждение в связи с необычно суровой зимой.

Стертость клинической картины большинства инфекций, снижение иммунных реакций, малая эффективность специфической терапии свидетельствовали о значительном снижении реактивности организма, переживающего алиментарную дистрофию. О зависимости снижения восприимчивости к возбудителям этих инфекций от особого состояния организма косвенно свидетельствует корреляция динамики изменений структуры инфекционной заболеваемости и особенностей течения инфекций с периодом алиментарной дистрофии (ноябрь 1941—август 1942 г.). С улучшением питания и общего состояния блокадников эти отклонения ослабевали, и в период прекращения алиментарной дистрофии инфекционная заболеваемость и течение инфекций перестали отличаться от довоенного времени.

Имеются основания полагать, что отсутствие массовых эпидемий в период жестокого голодания может быть связано с невосприимчивостью истощенного организма к инфекции. Феномен снижения инфекционной заболеваемости при алиментарной дистрофии обнаруживает некоторое сходство с незаболеванием зимнеявляющихся животных, жизнь которых поддерживается на минимальном уровне за счет питания собственными резервами (так называемый бурый жир) при значительной потере массы тела. В период зимней спячки грызунов снижается температура и активность всех систем и органов. В состоянии спячки организм не заболевает при заражении вирулентными возбудителями опасных инфекций и введении ядов в смертельных для бодрствующих животных дозах.<sup>77</sup> Такое состояние получило название ареактивности. Эти данные свидетельствуют о возможности незаболевания инфекциями при снижении уровня жизнедеятельности. По выходе из спячки реактивность восстанавливается, и вместе с ней восстанавливается восприимчивость к возбудителям инфекций.

Ни в коем случае не пытайтесь уподобить патологическое состояние алиментарной дистрофии биологическому феномену адапта-

<sup>77</sup> См.: *Гайский Н. А.* Инфекция и иммунитет у животных в зимнюю спячку // *Казанский медицинский журнал*. 1938. Вып. 2. С. 174—182; *Заболотный Д. К.* Явления инфекции и иммунитета у спящих животных // *Микробиологический журнал*. 1926. № 3. С. 62—63; *Калабухов Н. И.* Спячка животных. М., 1947.

ции зимнеящихся животных, можно полагать, что механизмом изменения резистентности организма в том и другом случае является формирование особого состояния сниженной реактивности организма.

В изменениях восприимчивости к инфекциям определенное значение имеет психозмоциональный стресс, что связано с тесной взаимозависимостью механизмов нервной регуляции функций иммунной системы и эмоционального напряжения. Структуры центрального аппарата нейроиммунорегуляции и аппарата формирования эмоций имеют функциональные взаимосвязи и отдельные общие звенья, что обуславливает зависимость активности иммунной системы от психозмоциональных влияний.

В сложную структуру центрального аппарата нервной регуляции функций иммунной системы входят структуры гипоталамуса, лимбической системы мозга и других отделов мозга. Лимбико-диэнцефальные регуляторные влияния воспринимаются гипофизом и передаются соответствующим эффекторным механизмам, которые задействованы и в психозмоциональном стрессе: гипофиз-адренкортикальная, гипофиз-тимус, симпато-адреналовая системы. Клетки иммунной системы обладают специфическими рецепторами к нейротрансмитерам, нейропептидам, гормонам.<sup>78</sup>

Как известно, при физиологическом стрессе активизируется синтез антител к микробным и вирусным антигенам, происходит активация фагоцитоза, повышение бактерицидности, усиление синтеза интерферона и стимуляция других механизмов естественной противoinфекционной резистентности и соответственно повышается устойчивость к возбудителям инфекций. Можно думать, что такое состояние формировалось у тех блокадников, которые более или менее удовлетворительно адаптировались к факторам психозмоционального стресса.

При нарушении состояния центрального аппарата нервной регуляции функций иммунной системы возникают болезни нервной регуляции иммунной системы, вплоть до развития тяжелого иммунодефицитного состояния, при котором значительно повышается восприимчивость к инфекциям.<sup>79</sup>

<sup>78</sup> См.: Корнева Е. А., Клименко В. М., Шхинек Э. К. Нейрогуморальное обеспечение иммунного гомеостаза. Л., 1978; Корнева Е. А., Шхинек Э. К. Гормоны и иммунная система. Л., 1989; Иммунофизиология / Под ред. Е. А. Корневой. СПб., 1993; Psychoneuroimmunology / R. Ader ed. Acad. Press: New York; London, 1981; Ader R., Cohen N., Felten D. Psychoneuroimmunology: interaction between the nervous system and the immune system // Lancet. 1995. N 345. P. 99—103.

<sup>79</sup> См.: Крыжановский Г. Н., Магаева С. В., Макаров С. В. Нейроиммунопатология. М., 1997; Palmblood J. E. Stress and human immunologic competence // Neural modulation

Можно полагать, что люди, наиболее остро переживавшие психозмоциональный стресс, являлись группой повышенного риска инфекционных заболеваний. Среди заболевших острыми инфекциями основную массу (74—95%) составляли люди, не страдавшие тяжелой формой алиментарной дистрофии, что подкрепляет предположение о зависимости заболевания от нейрогенного фактора.

В период жестокого голодания значительно повысилась заболеваемость туберкулезом. Туберкулез развивался в острой и тяжелой форме, с склонностью к гематогенной диссеминации и генерализации. Значение психосоматического фактора в снижении резистентности к возбудителю туберкулеза у человека общеизвестно. В опытах на животных показано, что в состоянии хронического эмоционального стресса организм становится восприимчивым даже к апатогенным штаммам туберкулезных микобактерий. При этом возникает генерализованная инфекция с тяжелыми и обширными поражениями легких и других внутренних органов.

Часто возникали острые и подострые энтероколиты (так называемые голодные поносы), большей частью дизентерийной этиологии при атипичной клинической картине. Дизентерия могла протекать вяло, при стертой клинической картине, с склонностью к рецидивам и переходу в хроническую форму. Несмотря на стертость клинической картины, возросло число тяжелых форм инфекций, которые усугубляли тяжесть алиментарной дистрофии, ускоряя смертельный исход, особенно при дистрофии II и III степени. Можно полагать, что повышение заболеваемости дизентерией было связано с активацией условно патогенной флоры в связи с дисбактериозом.

Повышалась заболеваемость дифтерией, протекавшей с тяжелой интоксикацией и частыми неврологическими осложнениями.

Таким образом, в период блокады значительно изменилась структура неинфекционной и инфекционной заболеваемости, что связано с нарушениями реактивности организма, переживающего алиментарную дистрофию и психозмоциональное напряжение.

#### *Скрытые резервы*

Как ни кощунственно это звучит, имеются основания полагать, что не все люди, погибшие с явлениями алиментарной дистрофии, дожили до предела своих возможностей, определяемых степенью истощения. Были иные факторы, непосредственно не связанные с

of immunity / R. Gillemin et al. eds. Raven Press, 1985. P. 45—63; Solomon G. F. Emotion, immunity and philosophical perspective // Stress, Immunity and Aging. New York; Basel, 1984. P. 1—10; Stein M. Bereavement, depression, stress and immunity // Neural modulation of immunity / R. Guilleman and M. Cohen eds. New York Raven Press, 1985. P. 29—41.

истощением, но определяющие исходы заболевания блокадников: выживание с последующим выздоровлением или смерть.

Ранее ученые полагали, что потеря массы, равная 40% от исходной массы тела, необратима и смертельный исход неминуем. Блокада побудила пересмотреть это положение. Оказалось, что в среднем одна треть больных могли перенести потерю массы тела, превышающую 40%, и выздоравливать в условиях госпитального режима.<sup>80</sup>

Данные, полученные в опытах с экспериментальным голоданием лабораторных животных, свидетельствуют о возможности восстановления массы тела после полного голодания в течение свыше 100 дней с тремя перерывами. Собака с исходной массой тела 19.65 кг потеряла 10.58 кг, т. е. свыше 50%. Состояние животного было близким к смерти. Нормализация питания привела к восстановлению исходной массы тела.<sup>81</sup>

При значительной атрофии клеток, тканей, органов организм сберегал от атрофии мозг и почки, о чем свидетельствует наименьшая по сравнению с другими органами потеря их массы. Их масса уменьшалась в среднем соответственно на 4—5 и 9%<sup>82</sup> (при отсутствии отека). Устойчивое сохранение массы этих органов вплоть до самой смерти свидетельствует о привилегированном поддержании питания этих жизненно важных органов. В тканях и клетках мозга и почек обнаружены наименьшие изменения по сравнению с другими органами. Следовательно, такое положение в первую очередь было необходимо для поддержания жизнедеятельности организма, погибающего от алиментарной дистрофии. На это следует обратить особое внимание при анализе механизмов выживания. В мозге локализованы центры регуляции всех функций организма, в частности жизненно важных функций дыхания и сердечной деятельности. Паралич центров регуляции приводит к смерти независимо от наличия или отсутствия алиментарной дистрофии. Организм «сохраняет» свои нейроны до последней возможности за счет сокращения питания других клеток.

Почки обеспечивают выведение токсических продуктов обмена веществ. Имеются основания полагать, что в связи с усилением распада тканей продуцировались токсические метаболиты. В опытах на мышах показана токсичность сыворотки крови и отечной жидкости больных алиментарной дистрофией.<sup>83</sup>

<sup>80</sup> Алиментарная дистрофия... С. 132.

<sup>81</sup> Там же. С. 214.

<sup>82</sup> Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне... Т. 28. С. 62, 63.

<sup>83</sup> Там же.

В связи со снижением процессов детоксикации в атрофичной печени на почки приходилась повышенная нагрузка по выведению токсичных продуктов обмена веществ и тканевого распада.

Сердце является не менее важным органом в обеспечении жизнедеятельности организма. Тем не менее миокард претерпевал значительную атрофию, масса сердца снижалась более чем в 2 раза, но сердце продолжало сокращаться, сохраняя синусовый ритм. Это дает основания полагать, что, несмотря на атрофию сократительных клеток, сила сокращения сердечной мышцы была достаточна для поддержания жизнедеятельности организма на том сниженном уровне, который был характерен для истощенного организма.

По мнению врачей и воспоминаниям блокадников, в ряде случаев выживали некоторые крайне истощенные люди, более истощенные, чем те, которые умирали.<sup>84</sup>

Распад собственных тканей, главным образом мышечных белков, был реакцией на дефицит пищевого белка и в то же время важным механизмом его компенсации.

Клеточные органеллы и белки использовались для поддержания функций жизненно важных органов и тем самым для обеспечения жизнедеятельности организма.<sup>85</sup> Это был ключевой резерв истощенного организма. Можно полагать, что апоптоз являлся одним из механизмов компенсации острого дефицита питания на клеточном уровне.

Для эндогенного питания организм использовал любые возможные резервы, вплоть до малозначимых. Липидные компоненты редуцированных липидных пятен у детей и атеросклеротических бляшек у взрослых, по-видимому, также использовались для эндогенного питания. Резорбция липидов из бляшек приводила к уменьшению их высоты и тем самым к увеличению просвета сосудов, с чем может быть отчасти связано снижение случаев инфарктов у больных алиментарной дистрофией.<sup>86</sup>

Многие люди продолжали жить, несмотря на гипопроотеинемию, гипогликемию и значительное ослабление функций жизненно важных органов. Приводятся данные о падении числа сердечных сокращений в условиях покоя до 30—40 ударов в минуту у 60—82%

---

<sup>84</sup> Шулушко И. Б. Клинические синдромы тяжелых форм алиментарного истощения // Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова: Сб. науч. трудов за второй год Отечественной войны. Л., 1944. С. 201—211.

<sup>85</sup> Мартинсон Э. Э., Владимиров Е. А., Корепанова Л. С. Величина белкового обмена и мочевинообразование при алиментарной дистрофии // Алиментарная дистрофия. Туберкулез. Л., 1944. С. 42—53.

<sup>86</sup> Алиментарная дистрофия... С. 127.

блокадников. При физическом напряжении частота сердечных сокращений повышалась и часто превышала норму, что свидетельствует о компенсаторном характере изменений деятельности сердца при голодании. На III стадии дистрофии могла возникать тахикардия, которая являлась одним из компенсаторных механизмов, включающимся в критическом состоянии.

У больных с алиментарной дистрофией снижался кровоток, о чем свидетельствовало уменьшение объема циркулирующей крови до 42 мл/кг массы тела, уменьшение максимального кровяного давления до 60 мм рт. ст., сужение микрососудов.<sup>87</sup>

Одним из важных резервов адаптации организма могло быть снижение функциональной активности щитовидной железы в связи с атрофическими изменениями и недостаточностью белков, используемых для синтеза тиреоидных гормонов. Обусловленное гипопункцией щитовидной железы уменьшение интенсивности обмена веществ и энергетического обмена является важным механизмом адаптации организма при тяжелом заболевании.<sup>88</sup>

Можно полагать, что атрофия надпочечников могла быть важным механизмом ослабления реакции организма на психоэмоциональные стрессорные факторы. При кахектической форме алиментарной дистрофии масса надпочечников уменьшалась на 60% по сравнению с нормой (данные по группе 10—15-летних подростков).<sup>89</sup> Истончение коркового слоя надпочечников косвенно может свидетельствовать о нарушении функций клеток, секретирующих так называемые гормоны стресса — кортикостероиды, повышение уровня которых является одним из обязательных компонентов стрессорной реакции.

Таким образом, состояние организма, переживающего тяжелую алиментарную дистрофию, характеризовалось минимизацией жизненно важных функций и энергетических трат, что могло быть своеобразным механизмом экономии ресурсов и проявлением скрытого резерва организма.

Врачи отмечали, что многие блокадники долгое время могли находиться в состоянии, пограничном между жизнью и смертью. В течение долгих часов трудно было определить, жив человек или умер. Это выяснялось при помощи карманного зеркала. Если зеркало не мутнело у лица умирающего, сомнений не оставалось. Мне

<sup>87</sup> Там же. С. 128—168; Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне... Т. 28. С. 86, 87.

<sup>88</sup> См. *Зефирова Г. С.* Заболевания щитовидной железы. М., 1999.

<sup>89</sup> Алиментарная дистрофия... С. 121.



довелось пережить такое состояние в детском доме. Когда зеркало не помутнело, позвали врача. Стетоскоп не помог нашему доктору услышать слабое биение сердца. Но это была еще не смерть. Жизнь уходила не сразу, какое-то время она сопротивлялась смерти и на миг уступила ей. Когда меня перекладывали на носилки, я очнулась и вяло подумала, что надо бы сказать, что я еще жива, но не было ни сил, ни желания говорить, и я снова забылась. Как мне позже рассказывали, по дороге в покойницкую доктор засомневалась и повернула носилки к своему кабинету, принесла керосинку для обогрева воздуха, ввела глюкозу и, полагаясь на мою судьбу, пошла проверять чью-то обрывающуюся жизнь, которую еще можно было каким-то чудом сохранить. Медицинская помощь в критический момент, пограничный между жизнью и смертью, решила мою судьбу. Если бы мне не помогли в тот роковой момент, смерть была бы неминуема. Несмотря на то что голодание продолжалось и дальше, коматозное состояние не возобновлялось. Стало быть, были скрытые резервы, которые пробудились однократным вливанием глюкозы.

Блокадник Петр Николаевич Цветков рассказывал о своем удивительном исцелении. Зимой 1942 г. 6-летний Петя умирал от истощения. Мальчик высох, слабое дыхание почти не просматривалось, и даже маме, медицинскому работнику, было неясно, жив он или умер. Петина мама выбежала на улицу и выменяла какие-то вещи на кусочек булки с маслом и сахаром. Петр Николаевич помнит, как он с невероятным трудом откусывал маленькие кусочки, медленно жевал и с большим трудом проглатывал. Быстро есть он уже не мог, не хватало сил. Он съел весь кусок, и... вскоре оказалось, что смерть отступила. Мальчик выжил и выдержал блокаду, несмотря на продолжающийся голод.

С тех пор прошло без малого 60 лет, но до сих пор меня поражает, какой ничтожной малости было достаточно, чтобы поддержать угасающую жизнь. Однократное введение глюкозы или разовая калорийная пища могут оказаться достаточными, чтобы поддержать угасающие функции сердца и мозга, запустить механизмы скрытых резервов и обеспечить выживание, несмотря на продолжающееся жестокое голодание. Легкое дуновение оживляет потухающее пламя. Эти данные позволяют полагать, что однократный стимул может запустить целый каскад биохимических и физиологических процессов, обеспечивающих более или менее длительное улучшение состояния истощенного организма. Стало быть, по крайней мере в некоторых случаях умирающий от истощения организм еще не

израсходовал все свои резервы, и еще можно активировать процессы, которые могут обеспечить устойчивое выживание.

В больницах и клиниках, в детских домах тысячи людей находились приблизительно в одинаковых условиях и пребывали в сходном по тяжести состоянии алиментарной дистрофии. Погибали многие, но далеко не все. Врачи отмечают, что, несмотря на тяжелое состояние больных с исчезающим пульсом, их пациенты при госпитальном режиме и лечении нередко поправлялись, тогда как у иных людей, пребывающих в относительно благополучном статусе, при хорошем самочувствии могла наступить внезапная смерть.<sup>90</sup> Различные исходы алиментарной дистрофии в сходных условиях позволяют полагать, что даже на грани жизни и смерти проявляются индивидуальные особенности организма, которые обуславливают либо неизбежность умирания или обеспечивают выживание в условиях продолжающегося голодания.

Изменения приведенных показателей жизнедеятельности организма индивидуальны. У части истощенных людей не было критического нарушения сократительной деятельности миокарда и количественных нарушений состава крови даже при значительном снижении массы тела

О скрытых резервах организма свидетельствовала возможность женщин продолжить свой род. Речь идет о явном меньшинстве ленинградцев, наименее истощенных блокадников, так как при резко выраженной алиментарной дистрофии происходили значительные атрофические изменения яичников и семенников.<sup>91</sup>

Возможность рождения человека и выживание самой уязвимой части человечества является проявлением скрытых резервов матери и ребенка и заботы блокадного здравоохранения. Врачи самоотверженно осуществляли патронажную службу, заменяли карточные талоны на некалорийные продукты на качественное питание. Город использовал все возможности для эвакуации своих малышей. Отрадно сознавать, что по прошествии шести десятилетий живут среди нас ленинградцы, родившиеся во время блокады и выжившие, несмотря на обреченность умереть. Мне довелось познакомиться с таким человеком — блокадником от рождения, Александром Александровичем Рогожиным. Он родился 11 июня 1943 г., в молодой семье командира батальона МПВО Александра Сергеевича Рогожина и бойца батальона Екатерины Петровны Колокольниковой. Родился вполне нормальный ребенок, и по весу, и по рос-

<sup>90</sup> Шулушко И. Б. Клинические синдромы С 201—211

<sup>91</sup> Алиментарная дистрофия С 121

ту, без последующего отставания в умственном и физическом развитии. Впоследствии Александр Александрович стал ученым, профессором, доктором наук.

Механизмы выживания в экстремальных условиях и факторы индивидуальной устойчивости к голоданию и психоэмоциональному стрессу требуют специального изучения.

Можно полагать, что резервами организма, переживавшего алиментарную дистрофию, являлись.

- приспособление к дефициту белка, обеспечивающее сбережение расходования собственных белков организма и их перераспределение;
- оптимальная минимизация энергетических затрат, обеспечивающих поддержание жизненно важных функций организма;
- устойчивость психоэмоционального статуса в пределах, обеспечивающих обратимость изменений состояния центров нервной регуляции жизненно важных функций организма и возможность последующей нормализации психосоматических влияний.

#### *Предпосылки восстановления организма*

Многие ученые и практические врачи были озабочены, будут ли жизнеспособны ленинградцы, которым удастся выдержать блокаду. Этот вопрос обсуждался на пресс-конференции председателя Горисполкома с иностранными журналистами в Смольном летом 1942 г.<sup>92</sup> Заведующий городским отделом здравоохранения Ф. И. Машанский утверждал, что блокадники будут жить. И он был прав! Он был скорее интуитивно, чем научно, убежден в возможности восстановления организма. Ему так хотелось верить в жизнестойкость ленинградцев... Журналисты сомневались, и у них тоже были основания: они видели безнадежных больных алиментарной дистрофией.

Восстановление организма после алиментарной дистрофии было одной из самых трудных блокадных и послеблокадных проблем.<sup>93</sup> Надежд на восстановление здоровья блокадников, переживших тяжелую дистрофию, было мало. Особенно жестким был прогноз для 2—4-летних малышей и 10—12-летних подростков. Предполагалось, что последние проживут не более 8—10 лет. К счастью, эти прогнозы не оправдались. Многие из обреченных на быстрое вымирание

<sup>92</sup> Медики и блокада С 28—29

<sup>93</sup> Гаршин В. Г. Там, где смерть помогает жизни С 225—239

живы и по сей день. 13 моих друзей пережили блокаду, будучи подростками. 10 из них живы и по сей день, несмотря на то что наш возраст приблизился к 7-му десятилетию, т. е. почти на 60 лет превысил прогнозируемые пределы. Стало быть, отклонения от нормы носили обратимый характер, и были предпосылки для восстановления организма после алиментарной дистрофии и психоэмоционального перенапряжения.

Принципиально важной физиологической основой восстановления была сохранность структуры клеток жизненно важных органов, несмотря на частичную атрофию. Несмотря на значительную атрофию тканей и клеток жизненно важных органов: системы кровотока, сердечно-сосудистой системы, пищеварения, эндокринной и иммунной систем, сохранялась структура атрофированных клеток, что обеспечило возможность восстановления их специфических функций. Эти изменения были обратимыми. Относительная структурная сохранность клеток и анатомическая сохранность органов являлись принципиально важной предпосылкой восстановления клеток.<sup>94</sup>

После окончания голода возобновилась способность соматических клеток, и в частности кардиомиоцитов, к митозам, угнетенная при алиментарной дистрофии, что обеспечило возможность своевременного обновления клеточного состава тканей тех органов, клетки которых способны к митозам. Восстановление происходило путем увеличения массы клеточной протоплазмы при повышении содержания внутриклеточного белка, нормализации уровня белков, углеводов в крови, накопления жира и гликогена в тех органах, в которых при голодании происходило уменьшение массы и объема (скелетные мышцы, миокард, печень), и постепенное пополнение численности клеток в тех органах, где наряду с клеточной атрофией уменьшалась численность клеток и прекращался процесс клеточного деления (селезенка, лимфоузлы, костный мозг).

Процесс восстановления совершался крайне медленными темпами. Наиболее быстро восстанавливались функции эритро- и миелопоэза. Их нормализация происходила раньше, чем восстановление жировых депо. Только на пятом месяце усиленного питания начали частично восстанавливаться прослойки подкожного жира в виде тонких полосок. На восьмом месяце эти прослойки значительно утолщались. Но и в этот период клетки различных органов еще не достигали нормальной величины и содержали липофусцин,

---

<sup>94</sup> Алиментарная дистрофия... С. 125; Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне... Т. 28. С. 86—87.

что свидетельствовало о продолжении характерного для алиментарной дистрофии распада белка.<sup>95</sup>

Обмен веществ оставался сниженным в течение многих месяцев после прекращения голодания. Улучшение питания началось в 1943 г. Почти год понадобился для восстановления основных показателей обмена веществ.<sup>96</sup>

По наблюдениям специалистов, процесс клинического восстановления опережал восстановление атрофированных клеток до нормотрофного статуса. При анализе проблемы целесообразно учесть возможность замены атрофированных клеток новыми клеточными поколениями, что связано с возобновлением митозов, которые были подавлены в период белкового голодания.

В эксперименте на кроликах, голодавших 2 месяца, выяснилось, что процесс полного восстановления при нормализации питания наблюдался лишь к концу года.

В период после снятия блокады до середины 1945 г. происходила по крайней мере транзиторная нормализация кровяного давления, что свидетельствовало о восстановлении нормальных психосоматических взаимодействий после многолетнего психоземotionalного перенапряжения. По данным посмертных гистологических исследований, мозг и почки претерпели наименьшие изменения по сравнению с другими органами. Изменилась структура одиночных нейронов или нейрональных групп (очаговый характер изменений), но в количественном отношении эти потери были не настолько велики, чтобы не компенсироваться при нормализации питания. Голодные обмороки были связаны с недостаточностью кровоснабжения и питания мозга, в частности с дефицитом глюкозы. В клеточной культуре с пониженным содержанием глюкозы нейроны быстро погибают. В целостном организме нервные клетки обладают способностью восстанавливать нарушенные или даже временно утраченные функции.<sup>97</sup>

После снятия блокады и прекращения бомбежек и обстрелов многие ленинградцы смогли преодолеть последствия психоземotionalного перенапряжения, что обеспечило нормализацию психики и психосоматических отношений. Нормализация состояния аппарата нервной и эндокринной регуляции соматических систем и органов обеспечивала восстановление их функций.

<sup>95</sup> Там же.

<sup>96</sup> Алиментарная дистрофия... С. 101—103.

<sup>97</sup> См. Крыжановский Г. Н., Карабань И. Н., Магаева С. В., Карабань Н. В. Компенсаторные и восстановительные процессы при паркинсонизме. Киев, 1995.

По мнению педагогов,<sup>98</sup> дети, перенесшие блокаду в раннем и подростковом возрасте, отставая в физическом развитии, по умственным способностям практически не отличались от своих сверстников. Мои друзья переживали блокаду именно в таком возрасте. Впоследствии все они получили высшее образование, из 12 бывших блокадников трое стали докторами, четверо — кандидатами наук. У всех, за единственным исключением, есть дети и внуки. У моей одноклассницы после блокады сохранилась редкая способность запоминать прочитанное с первого раза: страницы книги как бы сами собой «отпечатываются» в памяти, хотя запоминание является одной из самых ранимых функций мозга.

Люди, пережившие блокаду в подростковом или детском возрасте, смогли сохранить и реализовать свой редчайший талант, о чем свидетельствует блокадная и послевоенная творческая деятельность многих ученых и работников творческого труда. Бывшие блокадники обогатили науку, поэзию, музыку, живопись, театр. Это общеизвестно, но мало кто знает и помнит, что все они перенесли голод и подвергались риску утратить свой талант.

В сохранение жизни и восстановление сил ленинградцев неоценимый вклад внесли своим самоотверженным трудом такие известные талантливые ученые, как Михаил Васильевич Черноруцкий, Петр Андреевич Куприянов, Иван Петрович Виноградов, Владимир Георгиевич Гаршин, Петр Сергеевич Корнев, Георгий Федорович Ланг, Владимир Николаевич Мясичев, Александр Леонидович Мясников, Иоаким Романович Петров, Николай Николаевич Петров, Александр Федорович Тур, Михаил Дмитриевич Тушинский, Захар Григорьевич Френкель и многие другие работники медицины.

Стало быть, после алиментарной дистрофии возможно восстановление не только соматических функций, но и высших проявлений психической деятельности в форме уникального таланта и одухотворенного творчества.

Однако имеются основания считать, что восстановление организма не было полным. Далеко не все смогли восстановить свое здоровье и реализовать свои потенциальные способности. Остался след тяжелого патологического процесса, который возобновляется под влиянием новых патогенных воздействий.<sup>99</sup> По выходе из алимен-

---

<sup>98</sup> Заслуженный учитель РСФСР Е. И. Ермоленко, педагоги Е. М. Коц, Е. С. Любимова.

<sup>99</sup> Сперанский А. Д. Об этиологии и патогенезе // Сперанский А. Д. Избр. труды. М., 1955. С. 495—498.

тарной дистрофии увеличилась заболеваемость многими формами висцеральной патологии, часто возникали эндокринные расстройства, обусловленные нарушениями состояния гипоталамо-гипофизарной системы.<sup>100</sup> По-видимому, нездоровье блокадников в послевоенное время в значительной мере связано с болезнями нервной регуляции. Связанная с голоданием задержка развития регуляторных систем детского организма могла способствовать возникновению такого рода патологии, оставляющей следовой патологический процесс.

М. В. Черноруцкий считал, что во многих случаях нет оснований говорить о полном биологическом выздоровлении организма ленинградцев, переживших блокаду, несмотря на «цветущий вид и несвойственную до войны полноту». Ученый и врач был убежден, что трудно прогнозировать восстановление устойчивого равновесия после столь тяжелого потрясения организма. И он был прав, судя по горькому опыту блокадников и медицины послеблокадного времени. Бывшие блокадники тяжело болели и после войны, умирали преждевременно, и причиной гибели большей части из них была гипертоническая болезнь, которая уже не называется ленинградской гипертонией, но от этого не перестает быть ею... и до сих пор является одним из ключевых механизмов нездоровья ленинградцев, переживших блокаду.

Удалось ли хотя бы некоторым из нас восстановить здоровье настолько, чтобы не чувствовать себя блокадными инвалидами? В какой-то мере да, но далеко не всем. Последствия психических и физических травм отравляют почти каждый послевоенный день (именно поэтому мы и делим свою биографию на жизнь «до войны и после войны»). Жизнь инвалидов-блокадников подобна подвигу. Практически всем бывшим блокадникам приходится терпеть те или иные последствия тяжелого заболевания блокадного времени. По образу жизни мы не отличаемся от своих сверстников, но цена нормальной, содержательной, полезной жизни у нас разная и по волевым и по физическим усилиям.

Таким образом, несмотря на наш оптимизм, приходится признать, что восстановление организма, перенесшего комбинированное воздействие психоэмоционального стресса, алиментарной дистрофии и переохлаждения, было неполным и непрочным.

---

<sup>100</sup> *Домбровская Ю. Ф.* Изменения организма ребенка после перенесенных заболеваний военного времени // Медико-санитарные последствия войны и их ликвидация. М., 1948. С. 135—144.

Теория адаптации позволяет надеяться на сохранение более или менее прочного неспецифического структурного следа адаптационных процессов, который может способствовать формированию адаптации к новым патогенным факторам. Так, соотношение следового патологического процесса и тренированность адаптационных механизмов определяют наше состояние, которое навсегда остается послеблокадным, сколько бы времени ни прошло после войны.

Бывшие блокадники, как правило, страдают хроническими заболеваниями. Болезни настигли нас в блокадном детстве и множатся с возрастом. Прямо или косвенно наши недуги обусловлены блокадой: голодом и психоэмоциональным перенапряжением. И тем не менее мы живем, и среди нас есть даже долгожители. Их возраст позволяет полагать, что в исключительных случаях после тяжелой алиментарной дистрофии может реализоваться генетически обусловленное долгожительство. Почтенный возраст бывших блокадников сам по себе убедительно свидетельствует о реальной возможности удовлетворительного восстановления организма после алиментарной дистрофии.

\* \* \*

Война провела ужасный по своей жестокости эксперимент, поставив на грань выживания более двух миллионов ленинградцев. При сходных экстремальных условиях исход алиментарной дистрофии у разных людей различен, варьируя от выживания с последующим более или менее полным восстановлением до гибели.

Анализируя данные по изучению патогенеза алиментарной дистрофии, роли нейрогенного и психогенного факторов в ускорении темпа истощения от голодания, можно полагать, что в исходах алиментарной дистрофии ленинградских блокадников имели важное значение следующие факторы:

- генетическая и индивидуально приобретенная предрасположенность к нарушению белкового обмена и психоэмоциональному стрессу;
- активность естественных стресс-лимитирующих систем;
- исходное состояние психики;
- степень сохранности психосоматических влияний;
- тяжесть изменений состояния нервной системы вследствие алиментарной дистрофии;
- надежность адаптации к алиментарной дистрофии и ежедневной опасности для жизни;



- своевременная психологическая поддержка и психопрофилактика тяжелого психоэмоционального стресса;
- неизученные скрытые резервы организма, компенсирующие дефицит синтеза белка на молекулярном уровне.

Над многими из этих факторов люди не властны. Но необходимо и полезно осознать, что в феномене выживания блокадников далеко не последнее значение имели самообладание и воля к жизни, обеспечивающие сохранность психосоматических влияний на таком уровне, который не только не усугубляет тяжесть общего состояния организма, но способствует выживанию.

Несмотря на сочетанное воздействие патогенных факторов блокадного времени: длительного и тяжелого истощения и психоэмоционального напряжения, могут сохраняться физиологические, структурные и психосоматические основы восстановления.

Можно полагать, что на пути изучения проблемы выживания в экстремальном состоянии будут сделаны принципиально важные для физиологии и медицины открытия, которые расширят современные представления о скрытых резервах человека и их механизмах. Результаты таких открытий будут полезны для людей, которые могут оказаться в экстремальных условиях. Но не дай Бог повториться где-либо в мире чему-нибудь подобному ленинградской блокаде, не дай Бог!

## Работа военных и гражданских патологоанатомов

Блокада Ленинграда в истории человечества стала чудовищным экспериментом на выживание людей в условиях голода, холода, авиационных бомбежек и артиллерийских обстрелов. Огромную помощь горожанам в преодолении этих трудностей, лечении и профилактике различных заболеваний оказали медицинские работники города. Совместно с врачами других специальностей в блокадном Ленинграде трудились и патологоанатомы. Постороннему человеку, не знакомому с задачами, которые им приходилось решать, покажется странным, для чего было нужно в то тяжелое время, при огромном количестве больных, раненых, при острой нехватке всего самого необходимого, проводить аутопсийные исследования (вскрытия трупов умерших людей). Вместе с тем значение и важность труда патологоанатомов в блокированном Ленинграде невозможно переоценить. Вследствие недоедания, как количественного, так и качественного, переохлаждения, переутомления, психических травм происходило изменение течения многих, в том числе и опасных, заболеваний. Возникла угроза значительного увеличения диагностических ошибок у врачей. В этих условиях патологоанатомам пришлось решать следующие основные задачи:

- 1) устанавливать особенности течения различных заболеваний в условиях алиментарной дистрофии;
- 2) анализировать причины смертности больных;
- 3) выявлять и анализировать дефекты лечения.

Успешное выполнение этих задач патологоанатомами Ленинграда помогло значительно улучшить диагностический и лечебный процесс в блокированном городе и тем самым спасти многие тысячи человеческих жизней.

В довоенном Ленинграде патологоанатомическая работа была хорошо развита. В медицинских вузах активно работали кафедры патологической анатомии, возглавляемые ведущими специалистами в данной области медицины, такими как академик Н. Н. Анич-

ков, профессора В. Г. Гаршин, Ф. Я. Чистович, М. К. Даль, Г. В. Шор, Л. М. Шабад, С. С. Вайль и др. В городе работало большое число научно-исследовательских институтов с патологоанатомическими лабораториями и отделами. Во всех крупных больницах имелись патологоанатомические отделения (ПАО), тесно сотрудничавшие с кафедрами вузов. В городе регулярно проходили заседания Ленинградского Общества патологов.

Начавшаяся Великая Отечественная война нарушила размеренную работу городских патологоанатомов, поставила перед ними новые задачи, потребовала переориентироваться на нужды фронта. С первых же дней войны началось создание патологоанатомических лабораторий фронтов, что потребовало мобилизации патологоанатомов в действующую армию (В. Д. Цинзерлинг, М. Б. Ариэль, В. В. Румянцева, О. И. Базан и др.). Оставшиеся работать в гражданских больницах прозекторы стали дополнительно обслуживать военные госпитали.

В первые месяцы войны (июль—август 1941 г.) перед образованной патологоанатомической службой Северного (впоследствии Ленинградского) фронта, которую возглавил профессор В. Д. Цинзерлинг, встала задача обслужить патологоанатомической работой армии, занимавшие линию фронта от Баренцева моря до Финского залива. По мобилизационному плану для Северного фронта были созданы 3 полноценные патологоанатомические лаборатории (ПАЛ) с полным штатом. Из них две армейские — ПАЛ 49 и 50 и одна фронтовая — ПАЛ 48 при главном патологе фронта. Фронтная лаборатория находилась в Ленинграде и использовалась для организации и общего руководства патологоанатомической работой на Северном фронте и изучения материала, поступающего из армий (статистическая обработка, составление отчетов и пр.), лабораторной работы по специальным заданиям и накоплению материала по патологии боевой травмы (музейная работа). Патологоанатомическое обслуживание военных госпиталей и других лечебных учреждений в Ленинграде и пригородах велось военными патологоанатомами, имевшимися в штате некоторых госпиталей, кафедрами вузов (Военно-медицинская академия, 1-й, 2-й Ленинградские медицинские институты, Педиатрический институт и др.), прозектурами больниц и научных институтов города.

В этот период (июль—август 1941 г.) в районе Ленинграда для проведения патологоанатомической работы имелись чрезвычайно благоприятные условия. В армиях в этот период было достаточное количество патологоанатомических групп, имевших в своем соста-

ве квалифицированных специалистов, в Ленинграде в эту работу было вовлечено много хорошо оснащенных патологоанатомических учреждений с большим числом квалифицированных работников, возглавляемых квалифицированными специалистами (профессора вузов и др.). С другой стороны, было относительно небольшое число погибших военнослужащих и гражданских лиц. В этот период перед руководством патологоанатомической службой фронта были поставлены основные задачи: изучение поступающего материала, создание единого подхода к его оценке, организация обмена опытом между врачами-специалистами, направление патологоанатомической работы на вопросы наибольшего теоретического и практического значения. Кроме того, в целях получения достоверного материала для статистической обработки большое внимание обращалось на выработку правильного и полного заполнения всеми патологоанатомами карт секций (издана дополнительная инструкция), была также начата научная работа по актуальным вопросам военной патологии, проводился сбор материалов для создания музея военных поражений. Частично, главным образом в смысле организации, эти задачи были выполнены.<sup>1</sup> Однако такая планомерная работа уже в августе была нарушена изменившейся военной обстановкой.

С этого месяца начался новый период в работе патологоанатомов Ленинграда. Продолжавшийся до октября—ноября, он характеризовался приближением линии фронта к Ленинграду, появлением здесь новых армий и в связи с этим — увеличением в городе числа госпиталей, а как следствие — резким увеличением секционного материала. Главной задачей для патологоанатомов стало проведение вскрытий и использование их данных для исправления текущей медицинской работы. Прочие стороны патологоанатомической работы (научная разработка материала, создание музея) отошли на второй план.

Руководством патологоанатомической службой фронта в этот период были проведены следующие мероприятия: во-первых, к переводящимся в тыл госпиталям были прикомандированы две группы врачей из ПАЛ 49 с наиболее квалифицированными специалистами этой лаборатории (вследствие необходимости автономной их работы); во-вторых, в появившиеся под Ленинградом армии были направлены патологоанатомы; в-третьих, наиболее загруженным прозектурам начали оказывать помощь путем прикомандирова-

---

<sup>1</sup> ВММ, ф. 21, оп. 46177, д. 1, л. 236.

вания к ним групп или отдельных специалистов. Такая помощь оказывалась Военно-медицинской академии, в особенности кафедре судебной медицины, больнице им. В. В. Куйбышева, эвакогоспиталю (ЭГ) № 1171, больницам им. Ф. Ф. Эрисмана и им. И. И. Мечникова и др. Таким маневром силами ПАЛ удалось охватить вскрытиями весь секционный материал в Ленинграде.

Из других организационных задач, которые решались в это время, необходимо отметить следующие:

1. Планомерное прикрепление госпиталей, не имевших своих патологоанатомов, к военным и гражданским прозектурам. Так, 6 ноября 1941 г. был издан совместный приказ по Военно-санитарному управлению Ленинградского фронта и Ленинградскому городскому отделу здравоохранения № 022,<sup>2</sup> в котором эвакогоспитали прикреплялись к прозекторским больниц и институтов для производства вскрытий тел умерших в них военнослужащих. Об объеме работы в этих прозекторских можно судить по числу эвакогоспиталей, прикрепленных к каждой из них: к кафедре патологической анатомии Военно-медицинской академии — 11 госпиталей, к прозектуре больницы им. Ф. Ф. Эрисмана — 17 госпиталей, к прозектуре больницы им. В. И. Ленина — 4 госпиталя и г. д.

2. Создание при ЭГ № 1171 специальной военной команды по захоронению трупов, так как вопрос захоронения в этот период являлся одним из важнейших: накопление большого числа умерших в прозектурах чрезвычайно затрудняло их работу.

В ноябре 1941 г. в условиях работы патологоанатомов произошел ряд новых и серьезных изменений, обусловленных тяжелой обстановкой, сложившейся в городе. Этот период продолжался до марта 1942 г. Изменения в основном были следующие: во-первых, резко увеличилось количество секционного материала (максимум в феврале 1942 г.), во-вторых, в ноябре начали выходить из строя городские прозектуры в связи с перегрузкой трупами и прекращением отопления. В декабре 1941 г. уже почти все городские прозектуры прекратили свою работу, в-третьих, в ноябре произошла эвакуация ряда учреждений и лиц из Ленинграда (заведующего кафедрой патологической анатомии 2-го медицинского института проф. Л. М. Шабада и др.). Особое значение имел отъезд Военно-медицинской академии, проводившей очень большую работу по вскрытию трупов из военных госпиталей.<sup>3</sup> В-четвертых, в большинстве патологоанатомических отделений, не прекращавших свою

<sup>2</sup> ЦГА СПб., ф. 9156, оп. 6, д. 1, л. 85—87.

<sup>3</sup> ВММ, ф. 21, оп. 46177, д. 1, л. 237—238.

работу, создалась очень трудная обстановка: отсутствие воды, отопления, освещения, большое поступление трупов людей, погибших от истощения, перебои в работе специальной команды по вывозу и захоронению трупов.

В отчете о деятельности патологоанатомического отделения больницы им. С. П. Боткина за 1941 г. так описана работа подразделения в этот период: «...с первых же дней объявления войны в отделении были введены круглосуточные дежурства старшего и младшего персонала по зданию и по приемке трупов в дневное и ночное время. Трудность этих дежурств заключалась в том, что при уменьшенном составе работников (до войны здесь работали проф. В. Д. Цинзерлинг, врачи О. Л. Вишневская, А. К. Винокурцева) они приходились через сутки и протекали в осеннее и зимнее время в темноте и холоде (обилие окон и высота здания не позволяли произвести полного затемнения, а отсутствие печных установок, при бездействии парового отопления, лишали здания отопления).

Все усилия неуклонно уменьшавшегося состава работников направлялись к продолжению текущей секционной работы, увеличившейся вследствие прикрепления к больнице ряда госпиталей. Педагогическая и научная работы в отделении прекратились».<sup>4</sup>

С 6 сентября морг стал загружаться трупами, что в связи с частыми задержками транспортировки привело к переполнению подвального, а также, частично, и помещения 1-го этажа. Работникам приходилось буквально ходить по трупам, что было особенно тяжело в ночное время. В декабре вышел из строя водопровод, и лопнули трубы, причем подвальные помещения оказались частично затопленными, а затем промерзли (температура в здании доходила до минус 11°С). С середины декабря заболели два врача, и на месте из работников остались два лаборанта и один служитель для исполнения регистрационной работы при приемке и отправке трупов. С этого же времени полностью прекратилась секционная работа.

В это время в городе патологоанатомическая работа велась главным образом военными патологоанатомами, которых крайне не хватало в лечебных учреждениях Ленинградского фронта (пополнить их ряды было невозможно из-за прекращения мобилизации гражданских врачей). Нехватка патологоанатомов усугублялась, особенно в январе и феврале, большой заболеваемостью среди личного состава ПАО госпиталей и ПАЛ. Болели почти все ведущие работники, включая главного патолога профессора В. Д. Цинзерлинга.

<sup>4</sup> ЦГА СПб, ф 9156, оп 4, д 342, л 1.

Многие ленинградские патологоанатомы (О. П. Быкова, И. Е. Левин, Ш. М. Лейтес, профессор М. Э. Мандельштам, К. Д. Лаврова, Р. Мартынова, Л. Б. Шейнина и др.) погибли во время войны в блокированном городе. Из военных патологоанатомов погиб начальник ПАО ЭГ № 2222 профессор В. М. Гаккель. Профессор Ф. Я. Чистович, отказавшийся от эвакуации, продолжал работу в блокированном Ленинграде до весны 1942 г., в июне он был эвакуирован уже тяжелобольным и погиб в госпитале в Новосибирске. Также в эвакуации погибла Т. А. Штейн. М. И. Горемыкина была ранена при артиллерийском обстреле Ленинграда.

При такой обстановке большая работа выпала на долю ПАЛ 48 и 49, работники которых продолжали работу в ряде эвакуогоспиталей Ленинграда. Вскрытия без перебоев, хотя и в ограниченном количестве, производились в ПАО ЭГ № 80, где работал профессор М. К. Даль и где командованием госпиталя были созданы удовлетворительные условия для работы, в ЭГ № 90 (начальник ПАО М. Б. Ариэль), в ЭГ № 1015 (начальник ПАО А. А. Куликовская) и др. Продолжали работать и прозектуры в некоторых гражданских больницах, так, в больнице им. К. А. Раухфуса (крупнейшей детской больнице города) в период с ноября 1941 г. по май 1942 г. было произведено 1023 вскрытия (прозектор Л. М. Линдер). Вскрытия производились в неотопливаемой секционной, где инструменты примерзали к столу. Нередко трупы приходилось оттаивать в маленьком кабинете прозектора, где она сама и ночевала, так как уходить ежедневно домой не хватало сил. Работа была очень трудной, но была необходима для клиницистов, для санитарно-эпидемиологической службы города и поэтому не прерывалась.<sup>5</sup>

Необходимо отметить, что совместно с врачами в блокированном городе работали лаборанты (О. Н. Смелова, Т. Я. Сосунова, Е. Ф. Быкова, Е. И. Нефедьева, Е. Н. Максимова, М. О. Шапчиц, А. Ф. Новицкая и др.).<sup>6</sup>

Большое число жителей города умирало от голода и лишений дома и на улицах. Помимо специально организованных в разных районах моргов, куда жители доставляли своих умерших, трупы погибших дома и в больницах скапливались в большом количестве в покойничьих больниц, откуда транспортом похоронного

---

<sup>5</sup> Вайль С С Очерк развития патологической анатомии в Ленинграде после Великой Октябрьской Социалистической Революции // Труды Ленинградского научного общества патологоанатомов Л, 1966 Вып 7. С 204—268

<sup>6</sup> Хмельницкий О К Патологоанатомическая служба во время Великой Отечественной войны в блокадном Ленинграде // Архив патологии 1985 Т 47, № 5 С 29—36

треста время от времени вывозились для захоронения (городской трест «Похоронное дело» с 1 декабря 1941 г. по 1 декабря 1942 г. вывоз на кладбище 444 182 трупа<sup>7</sup>). В организации этой работы активно участвовал Ленинградский горздравотдел.<sup>8</sup> В связи с невозможностью в этот период полного охвата вскрытиями всех умерших были изданы временные указания об обязательном вскрытии лишь некоторых категорий трупов. Большая их часть хоронилась без вскрытий, при этом свидетельства о смерти выдавались госпиталями родственникам умерших на основании данных истории болезни, направлений врачей поликлиник, анамнестических данных и т. д.<sup>9</sup>

Проблема захоронения трупов военнослужащих также стояла очень остро в период с ноября 1941 г. по март 1942 г. Созданная в сентябре команда, обязанностью которой был вывоз трупов на кладбище, не могла справиться с работой, тем более что подготовка могил гражданскими учреждениями производилась в совершенно недостаточном количестве.

Несмотря на все трудности этого периода, патологоанатомами города было произведено достаточное количество вскрытий, чтобы установить дизентерийную природу поносов у истощенных (М. Б. Ариэль, М. К. Даль), в некоторых учреждениях проводилась научная разработка материала (Т. В. Чайка — «истощение», М. К. Даль — «истощение и дизентерия», М. Б. Ариэль — «септические осложнения ран»),<sup>10</sup> в медицинских вузах продолжались занятия со студентами. Профессор В. Г. Гаршин так описывал преподавание курса патологической анатомии в 1-м медицинском институте: «Лекции и занятия все же продолжались. Студентов делалось все меньше. В аудитории, когдаходишь к ней, не слышно веселого гула молодых голосов... Сидят в пальто, в шапках, жмутся к печурке, во время лекции сами подкладывают дрова и задумчиво смотрят на огонь... Стал лаконичным, нет сил подробно рассказывать даже о том, что всегда волновало и захватывало. Часто нет физических сил дотянуть лекцию до конца... Идут экзамены. Слушаю — отвечают недурно! Усвоили лекционный материал! А экзаменатор — ассистентка — спрашивает и педантично, и участливо. Откуда у них силы? ...Идет жизнь на кафедре, несмотря ни на что. Это важнее всего. Экзамены по моему предмету выдержали все, кто

<sup>7</sup> Ленинград в осаде СПб, 1995 С 593

<sup>8</sup> ЦГА СПб, ф 9156, оп 6, д 14, л 33—34, д 21, л 2

<sup>9</sup> Там же, ф 9156, оп 4, д 311, л 2—17

<sup>10</sup> ВММ, ф 21, оп 46177, д 1, л 237—238



выдержал экзамен голода. Кое-кто умер уже после моего экзамена».<sup>11</sup>

К марту 1942 г. условия патологоанатомической работы постепенно улучшились, чему в большой мере способствовали организация захоронения и разгрузка от трупов моргов патологоанатомических отделений больниц и госпиталей. Улучшилось и состояние здоровья большинства патологоанатомов. С начала мая, после окончания полуторамесячных курсов по подготовке прозекторов военного времени, в больницах города начал работать еще 21 патологоанатом (из них 9 — в системе патологоанатомической службы Ленинградского фронта). Это дало возможность снизить дефицит кадров в прозектурах больниц и повысить квалификацию врачей-специалистов. Возглавлял работу на этих курсах профессор М. К. Даль. Активное участие здесь принимали профессор В. Г. Гаршин, проф. В. Д. Цинзерлинг, М. А. Захарьевская. Среди выпускников этих курсов был и будущий член-корреспондент АМН СССР О. К. Хмельницкий.<sup>12</sup>

Улучшение условий работы в Ленинграде позволило с марта 1942 г. постепенно увеличить охват секционного материала вскрытиями. В это время перед патологоанатомами была поставлена задача полного охвата вскрытиями госпиталей, имевших свои прозектуры, а с мая—июня 1942 г. требовалось охватить вскрытиями полностью всех умерших и в прикрепленных госпиталях. Эта задача была выполнена, так, в марте было охвачено вскрытиями 20% умерших, в апреле около 50%, а в июне процент вскрытий приблизился к 100.

С марта 1942 г. перед патологоанатомами города и фронта встали серьезные задачи по изучению сложной и необычной патологии этого времени, с целью использования этих научных знаний для улучшения оказания медицинской помощи в лечебных учреждениях города.

Анализ всего материала осуществлялся профессором В. Д. Цинзерлингом, профессором В. Г. Гаршиным и специальными исследованиями, проводимыми профессором М. К. Далем, М. Б. Ариэлем, Т. В. Чайкой, М. А. Захарьевской и др. Результаты этой работы позволили дать определенное понимание материала и причин смерти военнослужащих и гражданских лиц.

Полученные в это время прозекторами данные регулярно доводились до руководства Военно-санитарной службы фронта, Лен-

<sup>11</sup> Гаршин В. Г. Там, где смерть помогает жизни // Архив патологии 1984. Т. 46, № 5 С. 83—88

<sup>12</sup> Хмельницкий О. К. Патологоанатомическая служба... С. 29—36.

горздравотдела (с весны 1942 г. главный патолог Ленфронта проф. В. Д. Цинзерлинг вел консультативную работу по организации прозекторского дела в Ленгорздравотделе), широкого круга врачей. С этой целью делались доклады и сообщения на конференциях врачей Ленинградского фронта и городских научных обществах врачей (В. В. Румянцева и М. К. Даль о ранениях груди, М. К. Даль и В. Г. Гаршин об инфекционной желтухе, М. А. Захарьевская о гипертонической болезни, Е. А. Попова и М. К. Даль об истощении, В. Д. Цинзерлинг о патологии истощения и связанных с ним заболеваниях, о работе по сопоставлению клинического и анатомического диагнозов, об особо опасных инфекциях, В. Г. Гаршин об особенностях течения туберкулеза<sup>13</sup>). Кроме того, текущий секционный материал госпиталей систематически прорабатывался с врачами для повышения их квалификации, выявления ошибок клинической диагностики и других дефектов в оказании медицинской помощи, это имело большое значение, так как патология алиментарного истощения большинству врачей была мало знакома. Перед патологоанатомами была поставлена задача систематически организовывать клиничко-анатомические конференции и проводить их не только в госпиталях, имевших штатные прозектуры, но и во всех прикрепленных к ним лечебных учреждениях. На этих конференциях разбирались главным образом случаи, где имелось расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов. Увеличение количества таких случаев, по сравнению с мирным временем, связано с коротким пребыванием больных в отделениях (иногда менее 1 суток), тяжелым состоянием их, атипичным течением заболевания, недостаточностью лабораторных исследований, увеличением числа врачей, имеющих сравнительно небольшой опыт и стаж по специальности.<sup>14</sup>

Клиничко-анатомические конференции в этот период были особенно необходимы и полезны, так как оказывали заметное влияние на улучшение диагностической работы и снижение больничной летальности — одного из основных показателей качества лечебно-диагностической работы (в 1-м квартале 1942 г. — 39.3%, во 2-м квартале — 32.1%, в 3-м квартале — 15.9%, в 4-м квартале — 9.8%).<sup>15</sup>

По инициативе райздравотделов в городе начали проводиться клиничко-анатомические конференции с участием врачей всех спе-

<sup>13</sup> ВММ, ф. 21, оп. 5727, д. 3, л. 148; оп. 46178, д. 4, л. 147.

<sup>14</sup> ЦГА СПб., ф. 9156, оп. 4, д. 342, л. 44.

<sup>15</sup> Там же, д. 338, л. 26.

циальностей. В дальнейшем, по мере накопления опыта у клиницистов и патологоанатомов, эти конференции стали тематическими и были посвящены наиболее актуальным вопросам патологии: гипертонической болезни и эпидемическому гепатиту (патологоанатомические данные представлялись В. Г. Гаршиным), алиментарной дистрофии и дизентерии (В. Д. Цинзерлинг), алиментарной дистрофии и туберкулезу, алиментарной дистрофии у детей (Л. М. Линдер и др.).

Касаясь патологии военного времени в Ленинграде, необходимо отметить, что она существенно менялась на протяжении разных периодов блокады. Боевая травма, игравшая главную роль в начале военных действий, уступила место новой патологии — алиментарному истощению. 14 ноября 1941 г. зарегистрирован первый случай смерти от алиментарного истощения в практике военных госпиталей, после чего их количество начало резко возрастать.<sup>16</sup> Врачи столкнулись с неожиданной, малознакомой и сложной патологией алиментарного истощения.<sup>17</sup> Вначале среди врачей не было даже единого мнения о терминологии и лечении этого заболевания. Ленгорздравотделу потребовалось в декабре 1941 г. издать указания,<sup>18</sup> в которых клиническая симптоматика, наблюдаемая при нарушении питания, была обозначена термином «дистрофия алиментарная». Кроме того, определенные сложности для врачей вносил тот факт, что патологоанатомические изменения при алиментарной дистрофии, наблюдавшейся в Ленинграде в 1941—1943 гг., при общей довольно монотонной картине варьировались в зависимости от длительности недоедания и от сочетания алиментарной дистрофии с теми или иными заболеваниями (пневмонией, дизентерией, туберкулезом и др.), осложнявшими течение болезни и заметно влиявшими на морфологическую картину болезни. Значение этих заболеваний для течения алиментарной дистрофии было настолько велико, что «эпидемия» ленинградской алиментарной дистрофии была разделена на периоды, в основном по тем осложнениям, которые в эти периоды наблюда-

<sup>16</sup> Базан О. И. Патологоанатомы помогают живым // Медики и блокада: взгляд сквозь годы. Воспоминания, фрагменты дневников, свидетельства очевидцев, документальные материалы. СПб., 1997. С. 74. В гражданских лечебных учреждениях первые случаи смерти от алиментарной дистрофии фиксировались с начала ноября. См. Главу 2 данной книги. — *Примеч. ред.*

<sup>17</sup> Цинзерлинг В. Д. [из выступления в прениях на Первой объединенной научной конференции терапевтов и хирургов] // Труды Первой объединенной научной конференции терапевтов и хирургов. Л., 1943. С. 124—125.

<sup>18</sup> ЦГА СПб., ф. 9156, оп. 4, д. 317, л. 8.

лись.<sup>19</sup> В. Д. Цинзерлинг выделял следующие 3 периода: первый — с ноября 1941 г. по январь 1942 г. — он характеризовался осложнением дистрофии пневмониями, которые наблюдались в 83% секционных случаев (только 17% всех случаев относились к «чистой» алиментарной дистрофии). Во втором периоде, начавшемся в январе и длившемся до апреля 1942 г., алиментарная дистрофия протекала с осложнениями со стороны желудочно-кишечного тракта, главным образом энтероколитом и дизентерией. Дизентерия усугубляла течение алиментарного истощения, поддерживала его и вызывала вторичное истощение.<sup>20</sup> В марте алиментарная дистрофия без осложнений наблюдалась лишь в 4% вскрытий, осложнение только пневмонией — в 21%, в то время как осложнение дизентерией — в 70%. В третьем периоде (апрель, май, июнь) дизентерия оставалась ведущим осложнением — анатомические изменения в кишечнике констатировались в 73%, но при этом с середины марта патология алиментарной дистрофии приобрела новые черты — стали появляться туберкулез и цинга. Неосложненная же форма алиментарной дистрофии в 1942 г., по сводным данным прозектур г. Ленинграда, наблюдалась в 15.4% случаев.<sup>21</sup>

Данная форма алиментарной дистрофии может протекать с отеками и без них. Во время блокады перед врачами встал вопрос: в какой мере можно действительно различать эти два варианта болезни как отдельные ее формы.

Исследования патологоанатомов (Т. В. Чайка и др.) показали, что морфологические изменения при обоих вариантах алиментарной дистрофии в основном одинаковые, кахектическую и отечную форму болезни можно выделять только в острых стадиях течения алиментарной дистрофии, когда имеются выраженная кахексия или отеки. В дальнейшем такое разделение становится очень затруднительным, Т. В. Чайка отмечала, что в ряде случаев, уже начиная с марта, можно было наблюдать переходы от кахектической формы к отечной — в брюшной полости появлялось незначительное количество жидкости, а микроскопически в органах обнаруживались все те изменения, которые могут быть определены как стадия латентных отеков. Исследованиями было показано, что, если болезнь

---

<sup>19</sup> *Гаршин В. Г.* Патологическая анатомия // Алиментарная дистрофия в блокированном Ленинграде / Под ред. М. В. Черноруцкого. Л., 1947. С. 103—128.

<sup>20</sup> *Чайка Т. В.* Динамика морфологических изменений при алиментарном истощении // Труды Первой объединенной научной конференции терапевтов и хирургов. Л., 1943. С. 117—124.

<sup>21</sup> *Гаршин В. Г.* Патологическая анатомия. С. 103—128.

затягивалась, отеки наблюдались всегда. Иногда они были резко выражены, иногда же проявлялись лишь в пастозности стоп и голеней. На вскрытиях неотечных трупов довольно часто можно было установить наличие их у больного прежде, на что указывали утолщение эпидермиса, шелушение кожи, «рубцы» от растяжений на бедрах и животе. Все это позволило патологоанатомам сделать вывод о том, что необходимо отказаться от выделения кахектической и отечной форм и говорить об алиментарной дистрофии с отеками и об алиментарной дистрофии без отеков.<sup>22</sup>

Ухудшившаяся санитарно-эпидемиологическая обстановка в городе и появление большого числа истощенных больных привели в декабре 1941—марте 1942 г. к вспышке дизентерии, протекавшей весьма необычно как клинически, так и патологоанатомически: очень вяло, при нормальной температуре, со слабо выраженной воспалительной реакцией в стенке кишки. Данная кишечная дисфункция у больных с алиментарной дистрофией клиницистами трактовалась как «голодный понос» или «колит голодающих». Исследованиями патологоанатомов (В. Д. Цинзерлинга, М. Б. Ариэль) в сотрудничестве с бактериологами (Э. М. Новгородской и др.) было показано, что в большинстве случаев кишечная дисфункция у дистрофиков (взрослых и детей) была обусловлена дизентерией, вызванной преимущественно палочкой Флекснера. Эта работа имела большое эпидемиологическое значение и сказалась на методах лечения. В 1942 г. от дизентерии, осложнившей алиментарную дистрофию, погибли 20.4% больных, а в 1943 г. — только 6%.<sup>23</sup>

Течение туберкулеза в этот период характеризовалось следующими особенностями (В. Г. Гаршин, М. К. Даль, М. Б. Ариэль):

- 1) часто наблюдался казеозный лимфаденит корня легких;
- 2) значительно увеличилась частота гематогенной диссеминации туберкулеза;
- 3) выросла частота туберкулезных плевритов.<sup>24</sup>

В период с ноября 1941 г. по май 1942 г. у жителей Ленинграда наблюдалась преимущественно артериальная гипотония. В се-

<sup>22</sup> Там же; Чайка Т В Патологическая анатомия алиментарной дистрофии // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. М., 1951. Т. 28. С. 56—87.

<sup>23</sup> Ариэль М Б. К анатомической характеристике кишечных осложнений при алиментарном истощении // Труды эвакогоспиталей системы фронтового эвакуационного пункта № 50 и лечебных учреждений армий. Л., 1943. С. 112—117, Вайль С С. Очерк развития патологической анатомии... С. 204—268.

<sup>24</sup> Гаршин В Г. Туберкулез при алиментарной дистрофии // Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны. Л., 1944. Вып. 5. С. 121—127.

редине 1942 г. в городе началось резкое учащение случаев гипертонической болезни, что было обусловлено изменением стенки сосудов в условиях длительного стресса и алиментарной дистрофии. В последующие годы учащение заболеваемости этой болезнью было настолько велико, что дало повод говорить об особенной «ленинградской гипертонии».<sup>25</sup> В 1943 г. заболеваемость была наибольшей (до 50% всех терапевтических больных). Смертность от этого заболевания в 1943 г. по больнице им. Ф. Ф. Эрисмана — 31.8%. В 1944 г. наметилось некоторое снижение частоты гипертонической болезни как причины смерти (20.7% всех вскрытий). Болезнь поражала те же возрастные группы (средний возраст для мужчин в 1942 г. — 60 лет, в 1943 г. — 54 года, в 1944 г. — 57 лет; для женщин, соответственно, 47, 57, 46 лет), однако при этом участились случаи гибели от гипертонической болезни в молодом возрасте (в 1943 г. в возрастной группе от 31 до 40 лет от гипертонической болезни погибли 16%<sup>26</sup>).

Сочетание гипертонической болезни и алиментарной дистрофии изменило патологоанатомическую картину гипертонической болезни. В конце 1942 г. и первом квартале 1943 г. смерть гипертоников наступала преимущественно от сердечной недостаточности (1942 г. — 78%, 1-й квартал 1943 г. — 88%), что было обусловлено влиянием алиментарной дистрофии на миокард. В этот период кровоизлияния в мозг встречались значительно реже (1942 г. — 14%, 1-й квартал 1943 г. — 11%). Поражения почек не наблюдалось. С апреля 1943 г. по мере исчезновения алиментарной дистрофии картина постепенно изменилась. Случаи смерти от недостаточности функции сердца стали встречаться реже (57%), участились кровоизлияния в мозг (18%), появились случаи нефросклероза с нарушением функции почек (6%). В 1944 г. патологоанатомическая картина гипертонической болезни постепенно приблизилась к обычной.<sup>27</sup>

Конец 1942—начало 1943 г. характеризовались активизацией работы Ленгорздравотдела. Был создан ряд комиссий, занимавшихся решением широкого круга научно-практических задач, стали регулярно проводиться клинко-анатомические конференции, постепенно процент вскрытий умерших больных был доведен до 100.<sup>28</sup>

В начале 1943 г. возобновилась деятельность прозекторской комиссии Ленгорздравотдела, которую возглавлял профессор В. Г. Гар-

<sup>25</sup> ЦГА СПб., ф. 9156, оп. 4, д. 371, л. 1—42.

<sup>26</sup> Вайль С. С. Очерк развития патологической анатомии... С. 204—268.

<sup>27</sup> ЦГА СПб., ф. 9156, оп. 4, д. 371, л. 1—42.

<sup>28</sup> Там же, д. 338, л. 1—27.

шин. Эта комиссия выработала новую номенклатуру болезней, связанных с дистрофией, позволявшую учитывать различные сочетания болезней (алиментарная дистрофия с дизентерией, туберкулезом и т. п.). Данная номенклатура была подвергнута рассмотрению на совещаниях прозекторов, с ведущими терапевтами города, в Терапевтическом обществе им. С. П. Боткина и принята Ленгорздравотделом.<sup>29</sup> На основании ее по патологоанатомическим отчетам за 1942 г. (в дальнейшем — за 1943 и 1944 гг.) был составлен сводный общегородской отчет, где такие заболевания, как гипертоническая болезнь, атеросклероз, туберкулез и опухоли, были разработаны подробно, по специальным таблицам.

В это же время приказом по Ленгорздравотделу был организован комитет по изучению гипертонической болезни, его председателем был назначен профессор Д. М. Гротэль, из патологоанатомов в него вошла М. А. Захарьевская. Комитетом проведено несколько заседаний по организации изучения гипертонической болезни в Ленинграде. Среди прочего им были выработаны и утверждены план научных работ по гипертонической болезни и схема протокола вскрытия с объяснительной запиской к нему. По патологической анатомии гипертонической болезни было запланировано 5 научных тем по изучению: а) сосудов почек; б) сосудов головного мозга; в) сосудов сердца; г) глазного дна; д) эндокринных желез. Первые четыре исследования проводились под руководством профессора В. Г. Гаршина, к работе были также привлечены М. А. Захарьевская и К. Г. Волкова. Подробная инструкция по методике составления протоколов вскрытий умерших от гипертонической болезни была разослана через больничную часть Ленгорздравотдела по всем больницам города.<sup>30</sup>

В апреле 1943 г. приказом по Ленгорздравотделу организован комитет по изучению алиментарной дистрофии и гипо- и авитаминозов. Возглавил комитет профессор М. В. Черноуцкий, патологоанатомов в нем представлял профессор В. Г. Гаршин. Первое заседание состоялось 4 мая 1943 г. В связи с тем, что к моменту организации комитета целый ряд работ по алиментарной дистрофии и авитаминозам был уже закончен (к середине августа 1943 г. было выполнено 109 научных работ по алиментарной дистрофии, из них 9 по патологической анатомии данного заболевания<sup>31</sup>), а

<sup>29</sup> Вайль С. С. Очерк развития патологической анатомии... С. 204—268.

<sup>30</sup> ЦГА СПб., ф. 9156, оп. 4, д. 112, л. 35—41.

<sup>31</sup> Там же, л. 43—45.

также с тем, что алиментарная дистрофия в середине 1943 г. находилась в конечной стадии ликвидации, комитет свою основную задачу видел, с одной стороны, в суммировании и подведении итогов всех этих работ, с другой — в освещении еще недостаточно изученных проблем этой патологии, таких как:

- 1) затяжные формы алиментарной дистрофии и ее отдаленные последствия;
- 2) алиментарная дистрофия в старческом возрасте;
- 3) изменения эндокринной системы при алиментарной дистрофии;
- 4) изменение функций желудочно-кишечного тракта;
- 5) изменения печени и почек;
- 6) иммуно-биологические сдвиги при алиментарной дистрофии.

В комитете было запланировано издание книги «Алиментарная дистрофия». Она была издана в Ленинграде в 1947 г. В 3-й главе раздел «Патологическая анатомия алиментарной дистрофии» написан профессором В. Г. Гаршиным.<sup>32</sup>

В 1943 г. при непосредственном участии профессора В. Г. Гаршина, отвечавшего за патологоанатомический раздел, был снят учебный фильм «Алиментарная дистрофия».

В апреле же 1943 г. приказом по Ленгорздравотделу был учрежден научный комитет по изучению остеомиелитов огнестрельного происхождения. Возглавил его профессор П. Г. Корнев, профессор М. К. Даль руководил морфологическими исследованиями. Были намечены следующие темы научных работ по патологической анатомии:

- 1) патогенез и эволюция остеомиелитов огнестрельного происхождения (М. К. Даль и П. Г. Корнев);
- 2) гистолографические изменения при раневом остеомиелите (М. К. Даль и Д. М. Крылов);
- 3) патогистологические изменения ранних стадий огнестрельного повреждения костей (В. М. Назаров и В. Г. Рыбина).<sup>33</sup>

Большую роль сыграли прозекторы в работе лечебно-контрольных комиссий. Для эффективной их работы была создана центральная экспертная комиссия, которая занималась преимущественно вопросами больничной летальности. Лечебные учреждения, дававшие высокие показатели по летальности, подвергались тщатель-

<sup>32</sup> Гаршин В. Г. Патологическая анатомия С 103—128.

<sup>33</sup> ЦГА СПб, ф 9156, оп 4, д 112, л. 52



ному анализу с их стороны. В ряде случаев эта работа оказалась особенно эффективной. Так, например, в больнице им. К. А. Раухфуса (прозектор Л. М. Линдер), где особенно была высока летальность в зимне-весеннее время 1942 г., на лечебно-контрольной комиссии было выяснено, что детям с алиментарной дистрофией ошибочно ставился диагноз токсической диспепсии. В связи с этим были изменены терапия и особенно диететика. Данная работа позволила значительно снизить процент расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов и сделать лечебную работу в больнице более эффективной. Аналогичная работа проводилась и в других больницах (им. Н. К. Крупской, им. С. П. Боткина, им. В. Слуцкой и др.).<sup>34</sup>

Регулярная работа Ленинградского общества патологов возобновилась в 1944 г. под председательством профессора В. Г. Гаршина. В течение этого года было проведено 18 заседаний, на которых были поставлены 16 докладов и 37 демонстраций.<sup>35</sup>

Подводя итоги работы патологоанатомов в период блокады Ленинграда, необходимо отметить, что ими была проведена большая работа, оказавшая существенное влияние на улучшение медицинской помощи раненым и больным. Патологоанатомы внесли ясность в представления о причинах смертности раненых, выявляли дефекты медицинской работы в отношении прижизненной диагностики и хирургической работы, обращали внимание на дефекты документации, на смерти в сантранспорте и пр. Особое же значение имело изучение патологоанатомами проблемы патологии истощения, сложной и малознакомой врачам по мирному времени. Значение алиментарного истощения и связанных с ним заболеваний, а также динамики всего этого процесса было правильно оценено в большой степени благодаря работе патологоанатомов.

---

<sup>34</sup> Там же, д 338, *Вайль С С* Очерк развития патологической анатомии С 204—268

<sup>35</sup> Там же

## Влияние блокады на физическое развитие детей и подростков

Изучение роста чрезвычайно важно для выяснения механизмов жизнедеятельности человека. Индивидуальные морфометрические различия обусловлены как генетическими причинами, так и внешними условиями жизни человека. Показатели роста и развития детей и подростков приобретают особое значение в связи с тем, что они отражают наиболее интенсивный период становления формы и функции организма. Кроме того, многие компоненты крови и органов тела меняются параллельно с ростом.

В Советском Союзе уделялось большое внимание состоянию здоровья детей. Во время Великой Отечественной войны в блокированном Ленинграде проблема здоровья подрастающего поколения также была в ряду основных. Об этом свидетельствует ряд постановлений Ленгорсовета и бюро горкома ВКП (б).<sup>1</sup> Физическое развитие детей является одним из важнейших показателей состояния их здоровья. А. Цетлин дает следующее определение физического развития: «Под физическим развитием человека мы понимаем совокупность морфологических и функциональных признаков и их взаимосвязи и взаимозависимости от окружающих условий внешней среды при руководящей роли центральной нервной системы».<sup>2</sup>

### *Возрастные особенности физического развития детей и подростков (анализ литературных источников)*

К настоящему времени опубликовано большое количество научных работ, посвященных изучению физического развития различных групп населения. В результате многочисленных исследований были установлены стандарты физического развития детей,

<sup>1</sup> ЦГАИПД СПб., ф. 25, оп. 2, д. 4739, 4752.

<sup>2</sup> Цетлин А. Физическое развитие детей и подростков. М., 1963. 204 с.

характеризующие состояние нормы.<sup>3</sup> Было также установлено, что на физическое развитие детей оказывает влияние целый ряд разнообразных факторов: условия жизни, труда, характер питания и многое другое.<sup>4</sup>

Великая Отечественная война, в которой Советский Союз принял на себя основную тяжесть борьбы с фашизмом, резко изменила условия жизни советских людей. Это не могло не сказаться на физическом развитии детей и подростков. Существует большое количество работ, характеризующих динамику физического развития, состояния здоровья и заболеваемости детей и подростков за период Великой Отечественной войны.<sup>5</sup> Было установлено, что влияние

<sup>3</sup> Эрисман Ф. Ф. Санитарное обследование фабричных заведений Клинского уезда. М., 1881; Гундобин М. П. Особенности детского возраста. СПб., 1905; Мочан В. О., Поморский Ю. Л. Физическое развитие ленинградского школьника по данным 1927—1930 гг. Л., 1934; Гешелина Л. С. Стандарты антропометрических измерений московского дошкольника // Педиатрия. 1934. № 3. С. 13, 14; Бродовская В. С. Основные признаки физического развития в их возрастной динамике. М., 1934; Сыркин Л. А. О физическом развитии советского школьника // Гигиена и санитария. 1936. № 10. С. 30—35; Менихес М. А. Физическое развитие детского и юношеского населения и методика его исследования по материалам Ростова: Дис. ... д-ра мед. наук. Ростов, 1940. 489 с.; Бунак В. В., Неструх М. В., Рогинский Я. Я. Антропология. М., 1941; Корсунская М. И. Физическое развитие детей дошкольного возраста Москвы в 1935—40 гг. // Педиатрия. 1944. № 2. С. 69—75; Израэлян Л. Анатомо-физиологические даты детского возраста (справочник). М. 210 с.; Тихвинский С. Б., Архангельская И. А., Миронова З. С., Миронов С. П., Левенец С. А., Хрущев С. В. Анатомо-физиологические особенности в периодах развития детей и подростков // Детская спортивная медицина. М., 1991. С. 25—43.

<sup>4</sup> Эрисман Ф. Ф. Физическое развитие фабричных рабочих центральной России // Статистика физического развития рабочего населения (Москва и губерния) 1889—1923 гг. / Сост. П. И. Куркин. М., 1925. С. 19—152; Куркин П. И. Статистика физического развития рабочего населения (Москва и губерния, 1889—1923 гг.) // Вопросы труда. М., 1925; Лаппо-Дроздова А. И. Динамика физического развития подростков. М., 1960. 119 с.; Цетлин А. Физическое развитие детей и подростков; Сальникова П. Физическое развитие школьников. М., 1968.

<sup>5</sup> Тур А. Ф. Расстройства питания и другие заболевания у детей Ленинграда в 1941—1943 гг. // Педиатрия. 1944. № 4. С. 10—18; Цетлин А., Васильевский Н. П., Арон Д. И., Бабушкина Э. Н., Кронзон Б. Ф. Физическое развитие и состояние здоровья детей в годы Великой Отечественной войны // Педиатрия. 1946. № 1. С. 42—47; Зыкин А. И. Физическое развитие учащихся РУ, школ ФЗО и ФЗУ и рабочих подростков Львова в послевоенный период с 1946 по 1949 год. Львов, 1952. С. 11; Широкова-Диваева В. П. Динамика физического развития дошкольников и школьников города Ташкента за 25 лет (1925—1950): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ташкент, 1953. С. 24; Баландина В. А. Физическое развитие детей дошкольного возраста Омска (по материалам 1945—1952 гг.): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Омск, 1954. С. 11; Пантелеева Е. И. Физическое развитие учащихся ремесленных училищ и школ фабрично-заводского обучения Иваново в 1945—1948 гг.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иваново, 1954. С. 15; Голованова П. Динамика и некоторые особенности физического развития детей дошкольного возраста Москвы и Московской области (по данным обследования 1940—1950—1951 гг.): Автореф.

тяжелых бытовых условий на физическое развитие детей и подростков сказалось в снижении общих (тотальных) размеров тела, веса, окружности грудной клетки, в задержке полового развития. Многие исследователи пришли к заключению, что неблагоприятные условия жизни больше *сказываются* на мужском организме, нежели на женском.

Работ, посвященных влиянию голода на растущий организм ребенка, очень немного. Среди них нужно отметить классическое исследование В. Г. Штефко.<sup>6</sup> Оно посвящено физическому развитию крымских детей, перенесших голод. Им были установлены следующие закономерности:

- бóльший рост девочек по сравнению с мальчиками в возрасте 6—11 лет;
- первый «перекрест» кривых роста мальчиков и девочек, наблюдаемый между 13 и 14 годами;
- в 8—9 лет и 12—13 лет отсутствует характерное увеличение роста как у мальчиков, так и у девочек;
- бóльшие коэффициенты вариации роста у девочек (кроме возраста 12 лет), чем у мальчиков.

Анализируя эти изменения, В. Г. Штефко делает вывод, что «женский организм в борьбе с внешними условиями более стоек, чем мужской. На этом основании то преобладание в росте у девочек, которое бросается в глаза, в особенности в годы тяжелого существования, должно быть отнесено именно на большую стойкость женского организма, чем мужского».<sup>7</sup> Второй важный вывод, сделанный В. Г. Штефко, заключается в том, что «влияние голодания на рост наиболее пагубно действует в возрасте между 12 и 13 годами и между 8 и 9».<sup>8</sup>

В табл. 1 приведены статистические данные роста детей, перенесших голодание в Крыму в 1922—1923 гг.

Анализ опубликованных источников позволяет сделать вывод, что влияние неблагоприятных условий жизни сказывается на замедлении физического развития детей и подростков, особенно в пе-

---

дис. ... канд. мед. наук. М., 1954; *Мальшиева Л. В.* Динамика развития детей младшего школьного возраста Курска в послевоенные годы (1947—1954 гг.): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Курск, 1954. 15 с.; *Андреев Л. Н.* Физическое развитие детей школьного возраста Курска // Методическое письмо. Курск, 1959; *Виленкина Х. Л.* Врачебный контроль за здоровьем и физическим развитием детей дошкольного возраста. Л., 1960; *Сальникова П.* Физическое развитие школьников.

<sup>6</sup> *Штефко В.* Материалы по физическому развитию детей и подростков. М., 1925.

<sup>7</sup> Там же. С. 13, 14.

<sup>8</sup> Там же. С. 10.

риод полового созревания. Голодание приводит к изменениям соотношения характеристик физического развития мальчиков и девочек, а также к значительному снижению абсолютных показателей роста, веса, окружности грудной клетки.

Таблица 1

Рост детей, перенесших голодание в Крыму в 1922—1923 гг.  
(по В. Г. Штефко)

Возраст, лет	Мальчики				Девочки			
	n	M, см	$\sigma$ , см	V, %	n	M, см	$\sigma$ , см	V, %
10	88	121.3	3.4	3.8	98	122.4	4.4	4.4
11	143	127.6	3.8	2.6	107	128.6	5.4	5.0
12	101	133.8	5.0	5.8	152	133.8	5.7	3.7
13	117	134.9	5.0	4.8	104	134.1	5.8	5.5
14	93	142.1	3.0	3.3	82	141.4	3.4	4.1
15	64	144.2	3.0	3.0	—	—	—	—

Примечание. n — количество исследуемых (объем выборки); M — среднее арифметическое;  $\sigma$  — стандартное отклонение; V — коэффициент вариации.

*Цель настоящего исследования* — определить влияние неблагоприятных условий, в которых находились дети блокадного Ленинграда, на их физическое развитие.

*Гипотеза исследования.* Известно, что изменение физического развития и роста организма человека происходит под влиянием как эндогенных (генетических), так и экзогенных (внешней среды) факторов. При этом наиболее интенсивная реакция на действие этих условий приходится на детский и подростковый периоды постнатальной жизни человека. Предполагалось, что сравнительный анализ антропометрических характеристик развития детей и подростков обоего пола, перенесших блокаду Ленинграда, и их сверстников, но находившихся в других условиях существования, позволит подойти к решению актуальной проблемы обеспечения жизнедеятельности организма в экстремальных условиях. Важным является ответ на вопрос о природе изменения в этих условиях характеристик физического развития — это показатели разрушения механизмов жизнедеятельности или это показатели приспособления, адаптации организма человека к меняющимся факторам среды.

В ходе работы авторы использовали следующие методы:

1. Систематизация антропологической литературы, характеризующей физическое развитие детей и подростков в норме и под влиянием неблагоприятных жизненных условий.

2. Поиск и анализ архивных источников в ЦГА СПб., ЦГАНТД СПб., ЦГАИПД СПб., позволивших обнаружить неопубликованные данные о физическом развитии дошкольников, школьников и учащихся ремесленных училищ.

*Статистический анализ систематизированных данных.* Для анализа данных, характеризующих физическое развитие человека, широко используется их статистическая обработка. Чаще всего применяется расчет числовых характеристик выборки: среднего арифметического, стандартного отклонения, коэффициента вариации, экстремумов (максимального и минимального значений признака). Использование среднего арифметического позволяет судить о положении центра выборки, стандартного отклонения, экстремумов и коэффициента вариации — о вариативности признака, т. е. о величине отклонения значений признака от среднего арифметического. Чем больше величина стандартного отклонения и коэффициента вариации, тем больше вариативность признака.

Существует определенная, генетически обусловленная тенденция группы признаков физического развития, когда их значение концентрируется около некоторых средних величин. Среднее значение, как правило, соответствует наиболее благоприятному выражению признака для обеспечения жизнедеятельности, а наибольшее и наименьшее его отклонения — наименее благоприятному. Таким образом, существует «генотипический гомеостаз», поддерживающий как оптимум проявления признака, так и диапазон его изменчивости. В случае поддержания постоянства в развивающихся системах этот процесс называют гомеорезом.

Статистический анализ, проведенный в настоящем исследовании, характеризуется следующими особенностями:

- он основывался на данных, полученных из научной литературы и архивных материалов;
- для оценки достоверности различия средних арифметических двух выборок применялся расчет *t*-критерия Стьюдента, а для оценки достоверности различий в варьировании признаков использовался *F*-критерий Фишера.

Следует подчеркнуть, что не все опубликованные данные о физическом развитии человека могут быть подвергнуты дополнительному статистическому анализу. Минимальный набор статистических характеристик должен состоять из: среднего арифметического, одного из показателей вариативности (стандартного отклонения или ошибки среднего арифметического) и объема выборки. Только в этом случае возможна оценка достоверности различия выборок с

использованием *t*-критерия Стьюдента. Это требование соблюдается, к сожалению, не всегда.

Кроме того, следует обратить внимание еще на одну особенность проведенного статистического анализа. Все имеющиеся в настоящее время статистические пакеты, например STATGRAPHICS PLUS, STATISTICA, SPSS или S-PLUS 2000 PRO, ориентированы на обработку исходных данных, полученных в результате измерений. Однако при работе с опубликованными результатами приходится иметь дело с уже определенным образом обработанными статистическими данными. Поэтому использовать готовые статистические пакеты не представлялось возможным. В связи с этим расчет *t*-критерия Стьюдента и *F*-критерия Фишера осуществлялся в Excel 97 по специально разработанной программе.

В исследовании были использованы следующие обозначения: *n* — объем выборки; *M* — среднее арифметическое; *m* — ошибка среднего арифметического;  $\sigma$  — стандартное отклонение; *V* — коэффициент вариации; *p* — уровень значимости;  $p_t$  — уровень значимости, рассчитанный по *t*-критерию Стьюдента;  $p_F$  — уровень значимости, рассчитанный по *F*-критерию Фишера.

#### *Влияние блокады Ленинграда на физическое развитие дошкольников*

В настоящем исследовании проведен анализ общепринятых показателей, характеризующих физическое развитие дошкольников: роста стоя (длины тела), роста сидя, веса и окружности грудной клетки. Следует отметить, что изучению физического развития дошкольников посвящено достаточно много работ. Во всех довоенных источниках приводятся *полные статистические данные*: среднее арифметическое, стандартное отклонение и объем выборки. После войны результаты исследований чаще всего даны в виде величины процентной прибавки, что не позволяет оценить достоверность приведенных данных измерения физического состояния детей. До войны в Ленинграде физическое развитие подростков активно изучали Х. Л. Виленкина и Н. И. Кривицкая.<sup>9</sup> В исследованиях Х. Л. Виленкиной 1928 и 1934 гг. и Н. И. Кривицкой 1936 и 1937 гг., к сожалению, даны только средние величины, что не позволяет осуществить полный статистический анализ полученных материалов. Однако существуют полные статистические данные М. И. Корсун-

<sup>9</sup> Виленкина Х Л Врачебный контроль за здоровьем и физическим развитием детей дошкольного возраста, Кривицкая Н И Физическое развитие ленинградских детей дошкольного возраста // Советский врачебный журнал 1939 № 3. С 706—710

ской<sup>10</sup> обследования в 1936 г. физического развития дошкольников Москвы и Н.И.Кривицкой — в Ленинграде в 1936—1937 гг. Сопоставление этих данных свидетельствует об их хорошем совпадении (табл. 2).

Таблица 2

Данные о росте дошкольников Москвы и Ленинграда

Возраст	Пол	Москва, 1936 г. (данные М. И. Корсунской)			Ленинград, 1936—1937 гг. (данные Н. И. Кривицкой)		
		n	М, см	σ, см	n	М, см	σ, см
3	девочки	77	91.68	3.38		—	
4		102	96.82	3.84		97	
5		103	103.86	4.2		103	
6		106	110.76	5.06		111	
7		110	116.52	4.38		116	
8		70	120.04	3.74		—	
3	мальчики	84	91.6	3.78		—	
4		106	98.5	4.1		98	
5		103	104.48	4.54		104	
6		114	111.14	4.54		112	
7		120	116.36	4.52		116	
8		84	119.32	4.2			

В опубликованных источниках не удалось обнаружить полные статистические данные, характеризующие физическое развитие детей, переживших блокаду Ленинграда. Однако в архивных материалах такие данные имеются, это материалы З. З. Шнитниковой.<sup>11</sup> В Ленинграде 11 июня 1945 г. была образована комиссия по изучению санитарных последствий войны и блокады Ленинграда.<sup>12</sup> В состав первой подкомиссии входила З. З. Шнитникова — директор Бюро санитарной статистики. Оценка влияния тяжелых условий на рождаемость детей и смертность различных групп населения в последовательные периоды блокады Ленинграда состав-

<sup>10</sup> Корсунская М. И. Сдвиги в физическом развитии детей дошкольного возраста Москвы // Педиатрия. 1938 № 2. С 107—113.

<sup>11</sup> Научно-методическое бюро санитарной статистики Ленгорздравотдела. Статистические материалы к проведению обследования физического развития детей в детсадах города Ленинграда за 1946 год (инструкции, таблицы, анализы) // ЦГА СПб., ф 9713, оп. 1, д. 177.

<sup>12</sup> Научно-методическое бюро санитарной статистики Ленгорздравотдела. Докладные записки проф. З. Г. Френкеля в Ленгорздравотдел о детской смертности, о заболеваниях туберкулезом, о родах, беременности во время блокады Ленинграда // ЦГА СПб., ф. 9713, оп. 1, д. 113, л. 35.



ляла основную задачу комиссии. В материалах З. З. Шнитниковой находятся данные обследования дошкольников Ленинграда, проведенного в январе 1945 г. «Сектором детства». Было обследовано 3207 детей, посещавших детские сады в возрасте от 3 до 8 лет: 1605 мальчиков и 1602 девочки.<sup>13</sup> К обследованию были привлечены 2-й Медицинский и Педиатрический институты.

Бюро санитарной статистики отвечало за статистическую обработку полученных данных. Учитывались следующие показатели: физическое развитие, частота заболеваний, степень полового созревания и упитанность. В наших исследованиях была использована часть архивных материалов, касающихся физического развития детей Ленинграда. Особая ценность этих сведений состоит в том, что в них приведены полные статистические характеристики, а также характеристики физического развития дошкольников, переживших блокаду и бывших в эвакуации.

Таким образом, в нашей работе были сопоставлены данные о физическом развитии ленинградских дошкольников, перенесших блокаду, обследованных в 1945 г., с аналогичными показателями обследования дошкольников Москвы, проведенного в 1936 г. М. И. Корсунской.

#### *Рост стоя*

Статистический анализ роста девочек и мальчиков 4—8 лет Москвы и Ленинграда (данные 3-летних детей не анализируются из-за небольшого количества обследованных) показывает, что длина тела дошкольников Москвы (1936 г.) достоверно больше ( $p < 0,05$ ) во всех исследуемых возрастных группах по сравнению с ленинградцами (1945 г.). При этом, чем больше возраст детей, тем больше это различие (табл. 3).

Этот вывод полностью согласуется с данными А. Цетлина с соавторами, в которых приведены изменения, происшедшие в физическом развитии детей Москвы во время Великой Отечественной войны. А. Г. Цетлин писал: «У детей дошкольного возраста (4—7 лет) отмечается по всем показателям определенная закономерность: чем старше дети, тем резче отставание; наибольшее отставание отмечается у детей 6—7 лет».<sup>14</sup>

<sup>13</sup> Научно-методическое бюро санитарной статистики Ленгорздравотдела. Статистические материалы к проведению обследования физического развития детей в детских садах города Ленинграда за 1946 год (инструкции, таблицы, анализы) // ЦГА СПб., ф. 9713, оп. 1, д. 177.

<sup>14</sup> Цетлин А. Г., Васильевский Н. П., Арон Д. И., Бабушкина Э. Н., Кронзон Б. Ф. Физическое развитие и состояние здоровья детей в годы Великой Отечественной войны. С. 42.

Кроме того, следует отметить, что стандартное отклонение ( $\sigma$ ), характеризующее диапазон отдаления роста от среднего значения, у девочек и мальчиков, переживших блокаду, больше. Эти результаты противоречат данным В. Г. Штефко, который указывал, что любые неблагоприятные условия приводят к уменьшению вариабельности признака, объясняя это естественным отбором.<sup>15</sup>

Таблица 3

Длина тела дошкольников Москвы (1936) и Ленинграда (1945)

Возраст	Пол	Москва (1936)			Ленинград (1945)			$P_t$	$P_F$	Разность
		n	M, см	$\sigma$ , см	n	M, см	$\sigma$ , см			
3	девочки	77	91.68	3.38	15	92.7	6.8	> 0.05	< 0.001	+1.02
4		102	96.82	3.84	57	94.8	5.5	< 0.05	< 0.001	-2.02
5		103	103.86	4.2	186	98.6	6.0	< 0.001	< 0.001	-5.26
6		106	110.76	5.06	270	104.6	5.65	< 0.001	> 0.05	-6.16
7		110	116.52	4.38	300	109.7	5.95	< 0.001	< 0.001	-6.82
8		70	120.04	3.74	16	109.5	5.0	< 0.001	> 0.05	-10.54
3	мальчики	84	91.6	3.78	2	94	—	—	—	2.4
4		106	98.5	4.1	59	95	6.5	< 0.001	< 0.001	-3.5
5		103	104.48	4.54	187	99.8	5.95	< 0.001	< 0.01	-4.68
6		114	111.14	4.54	281	104.8	5.9	< 0.001	< 0.001	-6.60
7		120	116.36	4.52	281	109.6	6.05	< 0.001	< 0.001	-6.76
8		84	119.32	4.2	20	110.5	5.25	< 0.001	> 0.05	-8.82

Примечание. Столбец «Разность» в табл. 3 и последующих характеризует разницу между средними арифметическими. Так, у девочек в 3 года разность равна  $92.7 - 91.68 = 1.02$  см, а в 8 лет —  $109.5 - 120.04 = -10.54$  см.

Вывод, сделанный В. Г. Штефко, вряд ли приложим к тому, что произошло с физическим состоянием детей, переживших блокаду Ленинграда, не только потому, что значительно разнятся статистические характеристики исходных данных. Во-первых, судить о результатах действий отбора можно лишь тогда, когда оценивается какой-либо признак у представителей нескольких поколений одной и той же популяции. Во-вторых, неблагоприятные условия блокады (голод, холод, страх) оказали настолько тяжелое влияние на детей и подростков, что реакция их организмов перешла пределы адаптивных возможностей, поэтому антропологические характеристики стали отражать проявление механизмов другой

<sup>15</sup> Штефко В. Г. Материалы по физическому развитию детей и подростков.

природы — механизмов разрушения гомеостаза. Это положение подтверждается данными об увеличивающихся различиях стандартного отклонения роста между детьми-блокадниками и их сверстниками. Очевидно, чем в большей степени созрели морфологические и функциональные структуры, обеспечивающие рост и развитие организма в ювенальный период, тем сильнее выражена дискоординация их активности.

Х. Л. Виленкина в 1928 и 1934 гг. исследовала рост дошкольников Ленинграда.<sup>16</sup> Эти данные позволили заключить, что рост мальчиков и девочек во всех возрастных группах примерно одинаков (достоверных статистических различий по этому признаку нет). Проведенный нами статистический анализ результатов исследования физического развития дошкольников Ленинграда 1945 г. также свидетельствует о том, что *достоверных статистических различий между ростом мальчиков и девочек во всех возрастных группах тоже не обнаружено* ( $p_1 > 0.05$ ).

#### *Рост сидя*

Сравнение длины верхней части тела (рост сидя) дошкольников Москвы (1936) и Ленинграда (1945) показывает отсутствие достоверных статистических различий ( $p_1 > 0.05$ ). Это утверждение справедливо для физического развития как мальчиков, так и девочек (табл. 4). Однако вариативность роста сидя достоверно больше у дошкольников Ленинграда. *Следовательно, неблагоприятные условия, в которых оказались дошкольники Ленинграда, достоверно не отразились на абсолютных значениях роста сидя, однако его вариативность достоверно выше.*

Из полученных данных следует еще один вывод. Так как по росту сидя дошкольники Москвы (1936) и Ленинграда (1945) достоверно не отличаются друг от друга, а по росту стоя эти отличия достоверны, то основное различие этих групп дошкольников связано с длиной нижних конечностей. Это наглядно демонстрируют рис. 1—2.

Г. Фанкони предложил для демонстрации изменения пропорций тела использовать следующие соотношения.<sup>17</sup> Ось ординат характеризует отношение роста сидя к длине нижних конечностей, ось абсцисс — возраст. Он установил, что отношение длины верхней

<sup>16</sup> Виленкина Х. Л. Врачебный контроль за здоровьем и физическим развитием детей дошкольного возраста.

<sup>17</sup> Фанкони Г. Нормальный и патологический рост // Руководство по детским болезням / Под ред. Г. Фанкони. 1960. С. 239—251.

части туловища к нижней у новорожденного равно 1.7; к десяти годам оно приближается к единице, а в дальнейшем становится несколько меньше единицы.

Таблица 4

Показатели роста сидя дошкольников Москвы (1936)  
и Ленинграда (1945)

Возраст	Пол	Москва (1936)			Ленинград (1945)			P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	Разность
		n	M, см	σ, см	n	M, см	σ, см			
3	девочки	77	54.35	2.04	15	57.4	10.55	> 0.05	< 0.001	+3.05
4		102	56.41	2.15	57	58.5	9.7	> 0.05	< 0.001	-2.09
5		103	59.32	2.08	186	62.0	11.9	< 0.01	< 0.001	-2.68
6		106	62.44	2.53	270	63.9	12.5	> 0.05	< 0.001	-1.46
7		110	64.48	2.59	300	63.4	9.75	> 0.05	< 0.001	+1.08
8	70	65.82	2.07	16	67.3	12.2	> 0.05	< 0.001	-1.48	
3	мальчики	84	54.55	1.92	2	53.0	—	> 0.05	< 0.001	+1.55
4		106	57.63	2.00	59	60.3	10.6	> 0.05	< 0.001	-2.67
5		103	59.97	2.52	187	63.1	11.8	< 0.001	< 0.001	-3.13
6		114	62.76	2.12	281	63.0	11.3	> 0.05	< 0.001	-0.24
7		120	65.02	2.43	281	64.8	11.1	> 0.05	< 0.001	+0.22
8	84	66.60	2.21	20	64.3	9.4	> 0.05	< 0.001	+2.30	

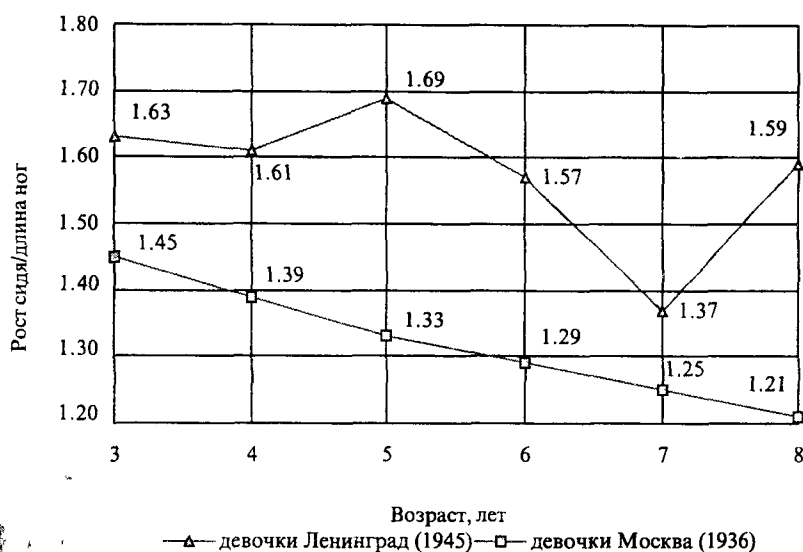
Рис. 1 и 2 демонстрируют изменение пропорций тела у московских и ленинградских дошкольников, обследованных в 1936 г.; с увеличением возраста отношение верхней части тела к нижней у московских детей закономерно уменьшается с 1.45 в 3 года до 1.2 в 8 лет у девочек и с 1.46 в 3 года до 1.26 в 8 лет у мальчиков.

У ленинградских дошкольников пропорции тела сильно нарушены, особенно у мальчиков 4—5 лет. Отношение длины верхней части тела к нижней у мальчиков этого возраста больше 1.7, т. е. такое же, как у новорожденных. Таким образом, условия, в которых оказались дошкольники Ленинграда, существенно повлияли на пропорции тела детей. Длина верхней части тела у дошкольников Москвы и Ленинграда почти одинакова, тогда как нижние конечности значительно короче у детей, перенесших блокаду.

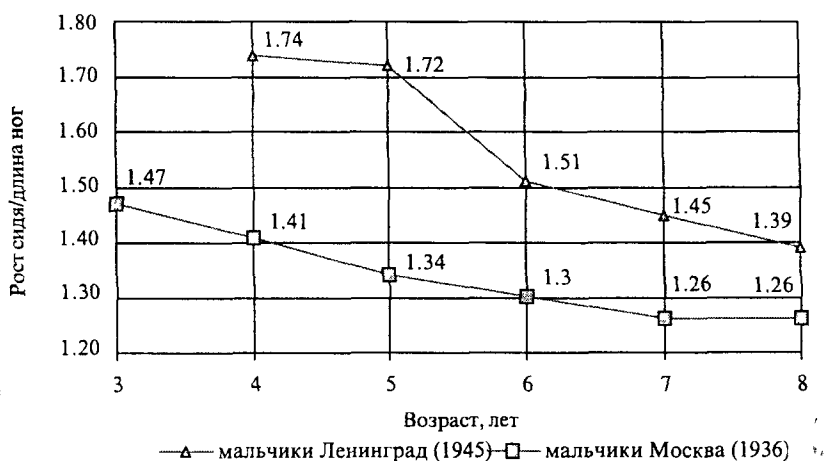
В. Г. Штефко, анализируя влияние голодания на рост детей, отмечает, что на перестройку кости и на податливость ее различным внешним воздействиям сильно влияет питание.<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Штефко В. Г. Материалы по физическому развитию детей и подростков.

**Рис. 1. Изменение пропорций тела с возрастом у девочек Ленинграда и Москвы**



**Рис. 2. Изменение пропорций тела с возрастом у мальчиков Ленинграда и Москвы**



Так как изменение пропорций тела у девочек, перенесших блокаду, выражено в меньшей степени, можно сказать, что их организм более устойчив к действию неблагоприятных факторов. По-

лученные данные согласуются с результатами А. Г. Цетлина,<sup>19</sup> который показал, что тяжелые условия военного времени неодинаково повлияли на показатели физического развития, в особенности на рост детей разного возраста.

Наибольшая задержка роста была отмечена в 3—4 года, 7—8 лет и 13—14 лет, т. е. в так называемые узловые периоды, когда происходит переход от наиболее интенсивных процессов развития к преимущественно интенсивным процессам роста. Как указывает А. Цетлин: «...одним из наиболее существенных факторов, оказывающих наиболее существенное влияние на эти процессы, является качество питания, в частности, содержание в нем полноценного белка».<sup>20</sup>

Известно, что начиная с ранних стадий внутриутробного развития относительная скорость роста нижних конечностей выше. Очевидно, голодание приводит к расстройству регуляторных механизмов роста и развития организма особенно в ювенальном периоде, причем прежде всего страдают те дети, которые отличаются наибольшей активностью, наибольшим градиентом роста.

Кроме перечисленных причин изменения роста детей под влиянием неблагоприятных условий можно отметить еще одну — роль физической среды, с которой взаимодействует растущий организм. С точки зрения биомеханики относительное уменьшение длины нижних конечностей и как следствие — повышение устойчивости тела из-за снижения его общего центра тяжести относительно опоры, с одной стороны, и уменьшение длины рычагов при переносе ног при ходьбе — с другой снижают энергетические затраты организма на обеспечение вертикальной позы и локомоций.

### *Вес*

У ленинградских детей этот показатель достоверно меньше, чем у дошкольников Москвы (табл. 5). Однако вариативность этого показателя небольшая, в связи с чем различия групп дошкольников по этому показателю в большинстве случаев недостоверны. Следует отметить, что с увеличением возраста дошкольников различия в весе московских и ленинградских детей увеличиваются. Эти данные подтверждают положение о том, что рост человека и его индивидуальная изменчивость в большей степени определяются генетической программой, чем вес.

<sup>19</sup> Цетлин А. Г. Физическое развитие детей и подростков.

<sup>20</sup> Там же. С. 67.

Вес дошкольников Москвы (1936) и Ленинграда (1945)

Возраст	Пол	Москва (1936)			Ленинград (1945)			$P_t$	$P_f$	Разность	
		n	M, кг	$\sigma$ , кг	n	M, кг	$\sigma$ , кг				
3	девочки	77	14.29	1.26	15	14.2	1.80	> 0.05	< 0.05	-0.09	
4		102	15.34	1.51	57	14.8	1.79	< 0.05	> 0.05	-0.54	
5		103	17.13	1.93	186	15.9	1.97	< 0.001	> 0.05	-1.23	
6		106	19.08	2.15	270	17.5	2.04	< 0.001	> 0.05	-1.58	
7		110	21.04	2.06	300	18.9	2.39	< 0.001	< 0.05	-2.14	
8		70	22.75	2.42	16	19.4	2.25	< 0.001	> 0.05	-3.35	
3		мальчики	84	14.42	1.14	2	13.0	—	—	—	-1.42
4			106	15.99	1.52	59	15.0	1.71	< 0.001	> 0.05	-0.99
5	103		17.84	1.94	187	16.2	2.03	< 0.001	> 0.05	-1.64	
6	114		19.60	1.94	281	17.7	2.07	< 0.001	> 0.05	-1.90	
7	120		21.33	2.19	281	19.2	2.13	< 0.001	> 0.05	-2.13	
8	84		22.94	2.26	20	19.7	2.04	< 0.001	> 0.05	-3.24	

#### Окружность грудной клетки

По окружности грудной клетки (ОГК) дошкольники Ленинграда также уступают дошкольникам Москвы, причем между большинством возрастных групп эти различия достоверны на высоком статистическом уровне ( $p_t < 0.001$ ). По этому признаку, так же как и по другим показателям, отмечается увеличение различия с возрастом. Вариативность показателя ОГК достоверно больше у детей, перенесших блокаду Ленинграда (табл. 6).

Итак, влияние неблагоприятных условий блокады на физическое развитие дошкольников Ленинграда сказалось в следующем:

- в уменьшении средних значений длины тела, веса и окружности грудной клетки;
- в резком изменении пропорций тела детей: в частности, отношение верхней части тела к нижней у детей 4—5 лет такое же, как у новорожденных;
- в увеличении вариативности большинства антропологических признаков: роста стоя, роста сидя, окружности грудной клетки;
- с возрастом увеличивается разность антропологических показателей детей-блокадников с показателями детей довоенного периода.

**Окружность грудной клетки дошкольников Москвы (1936)  
и Ленинграда (1945)**

Возраст	Пол	Москва (1936)			Ленинград (1945)			P <sub>t</sub>	P <sub>F</sub>	Разность
		n	M, см	σ, см	n	M, см	σ, см			
3	девочки	77	52.17	1.62	15	51.7	2.18	> 0.05	> 0.05	-0.47
4		102	52.81	1.57	57	52.6	3.4	> 0.05	< 0.001	-0.21
5		103	54.28	2.08	186	53.5	3.35	< 0.05	< 0.001	-0.78
6		106	55.76	2.01	270	54.8	3.1	< 0.001	< 0.001	-0.96
7		110	57.25	1.79	300	56.0	3.4	< 0.001	< 0.001	-1.25
8		70	58.91	2.47	16	56.1	2.88	< 0.001	< 0.001	-2.81
3	мальчики	84	52.9	1.78	2	57.5	—	—	—	+4.6
4		106	54.09	1.95	59	53.1	2.61	< 0.05	< 0.01	-0.99
5		103	55.69	2.1	187	54.2	3.3	< 0.001	< 0.001	-1.49
6		114	57.52	2.27	281	55.9	2.9	< 0.001	< 0.001	-1.62
7		120	58.87	2.24	281	57.1	3.15	< 0.001	< 0.001	-1.77
8		84	60.65	2.25	20	56.5	2.65	< 0.001	< 0.001	-4.15

*Влияние блокады Ленинграда  
на физическое развитие школьников*

В материалах ленинградской комиссии по изучению санитарных последствий войны и блокады Ленинграда кроме статистических характеристик физического развития дошкольников обнаружены соответствующие данные обследования школьников в 1945 г., выполненные Педиатрическим институтом.<sup>21</sup> До войны физическое развитие ленинградских школьников исследовали В. О. Мочан и Ю. Л. Поморский, Г. М. Краковяк,<sup>22</sup> учащихся школ ФЗУ — Г. Г. Надсон.<sup>23</sup> Г. М. Краковяк провел обследование детей в 1937 г. В его статье приведены полные статистические данные, позволившие сравнить их с результатами исследования школьников Педиатрическим институтом.

<sup>21</sup> Научно-методическое бюро санитарной статистики Ленгорздравотдела. Статистические материалы к проведению обследования физического развития детей в детских садах города Ленинграда за 1946 год (инструкции, таблицы, анализы) // ЦГА СПб., ф. 9713, оп. 1, д. 177.

<sup>22</sup> Мочан В. О., Поморский Ю. Л. Физическое развитие ленинградского школьника по данным 1927—1930 гг.; Краковяк Г. М. Улучшение физического развития школьников г. Ленинграда // Советский врачебный журнал. 1939. № 3. С. 706—710.

<sup>23</sup> Надсон Г. Г. Антропометрическая характеристика физического развития учащихся школ фабрично-заводского ученичества Ленинграда // Антропометрический журнал. 1936. № 3. С. 267—288.



### Рост стоя

На основе данных Г. М. Краковяка<sup>24</sup> и Педиатрического института<sup>25</sup> нами установлено, что длина тела девочек 8—15 лет, обследованных в 1937 и 1945 гг. в одном и том же возрасте, достоверно ( $p_1 < 0.001$ ) различается. Девочки, пережившие блокаду, ниже ростом своих довоенных сверстниц (табл. 7). Однако если у дошкольниц 3—8 лет с повышением возраста отличия в длине тела возрастают, то у старших детей, наоборот, уменьшаются (рис. 3). Следствием этого является отсутствие достоверных различий длины тела у 16-летних девушек ( $p_1 > 0.05$ ). Аналогичная тенденция характерна для динамики роста мальчиков 7—18 лет. Несмотря на то что по росту стоя довоенные мальчики значительно превосходят детей, обследованных в 1945 г. ( $p_1 < 0.001$ ), с увеличением возраста эти отличия значительно уменьшаются (рис. 4).

Г. П. Сальникова исследовала рост стоя школьников Московской области.<sup>26</sup> Результаты свидетельствуют о том, что неблагоприятные условия жизни, связанные с Великой Отечественной войной, сказались на динамике роста школьников аналогичным образом: с увеличением возраста школьников различия в довоенных и военных показателях как девочек, так и мальчиков нивелируются (рис. 5 и 6). Из этого следует, что наибольшее отставание роста обнаружено у детей 7—8 лет, которым в 1941—1942 гг. было 3—4 года. По-видимому, этот возраст является самым уязвимым к воздействию неблагоприятных условий.

Из полученных данных следует еще один вывод. Сильное воздействие неблагоприятных условий, которым подвергается растущий организм, приводит к значительному замедлению роста, однако после их устранения развитие происходит ускоренными темпами.

Этот вывод, сделанный при анализе динамики роста школьников Ленинграда 1945 г., подтверждается данными обследования Р. И. Верховской.<sup>27</sup> Она установила, что годовые приросты длины тела и веса у рабочих подростков и учащихся РУ были выше,

<sup>24</sup> Краковяк Г. М. Улучшение физического развития школьников г. Ленинграда.

<sup>25</sup> Научно-методическое бюро санитарной статистики Ленгорздравотдела. Статистические материалы к проведению обследования физического развития детей в детсадах города Ленинграда за 1946 год (инструкции, таблицы, анализы) // ЦГА СПб., ф. 9713, оп. 1, д. 177.

<sup>26</sup> Сальникова Г. П. Физическое развитие школьников.

<sup>27</sup> Научная работа Р. И. Верховской на тему: «Опыт динамического наблюдения над индивидуальным физическим развитием учащихся РУ и рабочих подростков Ленинградской металлообрабатывающей промышленности» // ЦГАНТД СПб., ф. 221, оп. 2-1, д. 66.

чем в довоенном 1940 г. Р. И. Верховская писала: «У ленинградских подростков, особенно пострадавших за время войны и потерпевших ущерб в физическом развитии в послевоенный период, происходила усиленная компенсация потерь военного периода. Темпы физического развития у них были значительно выше, чем у их сверстников в довоенное время».<sup>28</sup>

Рис. 3. Рост девочек Ленинграда 7—18 лет (обсл. 1936—1937, 1945 гг.)

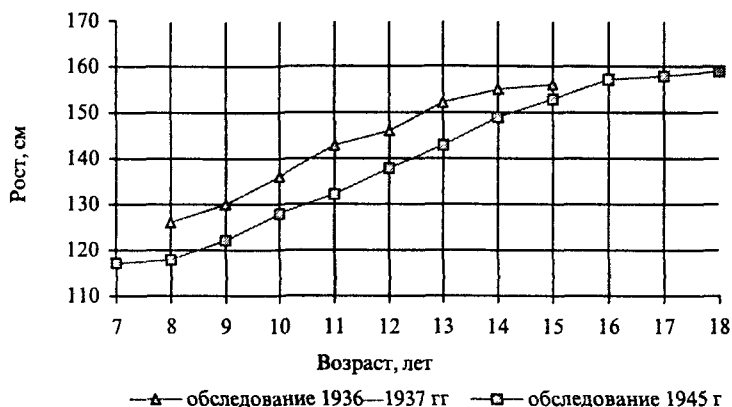
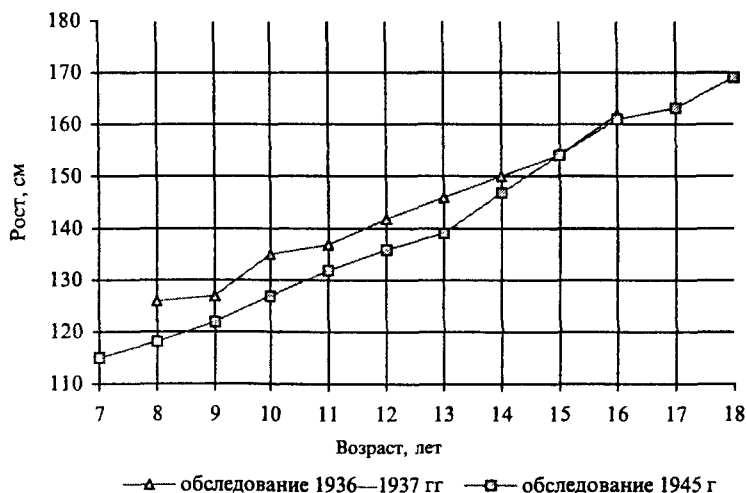
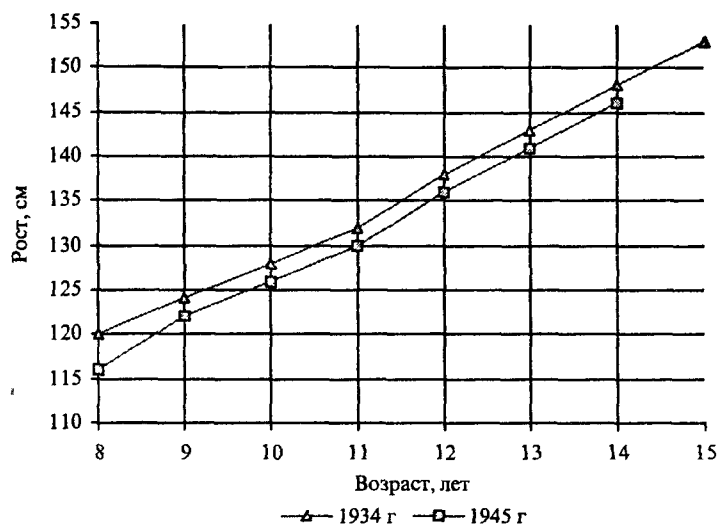


Рис. 4. Рост мальчиков Ленинграда 7—18 лет (обсл. 1936—1937, 1945 гг.)

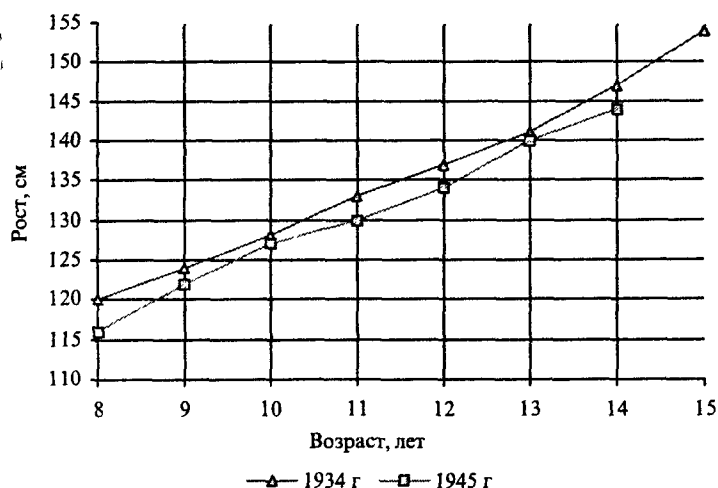


<sup>28</sup> Там же, л 7

**Рис. 5. Рост девочек пос. Глухово 8—15 лет (обсл. 1934, 1945 гг.)**  
по Г. П. Сальниковой



**Рис. 6. Рост мальчиков пос. Глухово 8—15 лет (обсл. 1934, 1945 гг.)**  
по Г. П. Сальниковой



Вариативность роста школьников Ленинграда в возрасте 8—9 и 14—17 лет, обследованных в 1945 г., достоверно больше аналогичного показателя у довоенных школьников (обследование 1937 г.).

Наблюдается снижение различий по показателям вариативности в возрастных группах 10—13 лет у мальчиков и 10, 11 и 13 лет у девочек.

### Вес

Сравнительный анализ физического состояния показывает, что у ленинградских детей одного и того же возраста (обследование 1937 и 1945 гг.) вес достоверно меньше у переживших блокаду (табл. 8). Однако вариативность этого показателя (для некоторых возрастов) достоверно выше как у мальчиков, так и у девочек.

Таблица 7

Длина тела школьников 7—18 лет Ленинграда (1937 и 1945 гг.)

Возраст	Пол	Ленинград (1937)			Ленинград (1945)			P <sub>t</sub>	P <sub>f</sub>	Разность
		n	M, см	σ, см	n	M, см	σ, см			
7	девочки	—	—	—	339	116.85	6.35	—	—	—
8		100	126.0	4.73	811	118.45	5.9	< 0.001	< 0.001	-7.6
9		100	128.5	4.37	684	122.36	6.5	< 0.001	< 0.001	-6.1
10		100	131.0	6.11	513	128.13	6.9	< 0.001	> 0.05	-2.9
11		100	137.0	6.23	444	132.75	7.05	< 0.001	> 0.05	-4.3
12		100	143.3	5.77	531	138.23	7.6	< 0.001	< 0.001	-5.1
13		100	146.6	7.32	540	143.7	8.1	< 0.001	> 0.05	-2.9
14		180	152.7	5.96	467	149.07	7.6	< 0.001	< 0.001	-3.6
15		180	155.9	4.84	410	153.35	6.9	< 0.001	< 0.001	-2.6
16		140	157.4	5.27	358	156.8	7.25	> 0.05	< 0.001	-0.6
17	—	—	—	294	157.95	6.0	—	—	—	
18	—	—	—	156	159.2	6.25	—	—	—	
7	мальчики	—	—	—	288	115.3	5.43	—	—	—
8		100	126.1	4.65	960	118.1	5.85	< 0.001	< 0.001	-8.0
9		100	128.1	4.76	802	122.42	6.36	< 0.001	< 0.001	-5.7
10		100	134.5	5.73	589	127.31	6.38	< 0.001	> 0.05	-7.2
11		100	137.5	6.88	525	131.65	6.9	< 0.001	> 0.05	-5.8
12		100	142.2	6.61	555	135.9	7.05	< 0.001	> 0.05	-6.3
13		100	146.0	6.19	626	138.65	6.53	< 0.001	> 0.05	-7.3
14		200	150.8	4.5	552	146.7	8.2	< 0.001	< 0.001	-4.1
15		200	155.4	3.87	438	153.8	9.92	< 0.001	< 0.001	-1.6
16		100	163.0	5.79	365	160.65	9.2	< 0.001	< 0.001	-2.3
17	—	—	—	203	163.5	7.0	—	—	—	
18	—	—	—	63	169.5	9.05	—	—	—	

Вес школьников Ленинграда (1937 и 1945 гг.)

Возраст	Пол	Ленинград (1937)			Ленинград (1945)			P <sub>t</sub>	P <sub>F</sub>	Разность
		n	M, кг	σ, кг	n	M, кг	σ, кг			
7	девочки	—	—	—	339	21.51	2.4	—	—	—
8		100	24.5	2.83	811	22.22	2.77	< 0.001	> 0.05	-2.0
9		100	25.9	3.23	681	24.25	3.35	< 0.001	> 0.05	-1.7
10		100	28.8	3.01	513	26.92	4.28	< 0.001	< 0.001	-1.9
11		100	31.6	4.8	443	29.32	4.0	< 0.001	< 0.01	-2.3
12		100	34.7	4.41	530	32.73	5.53	< 0.001	< 0.01	-2.0
13		100	38.5	5.82	538	36.60	6.18	< 0.01	> 0.05	-1.9
14		180	44.5	5.19	467	41.55	6.98	< 0.001	< 0.001	-3.0
15		180	46.4	5.38	410	45.9	7.56	> 0.05	< 0.001	-0.5
16		140	51.7	4.45	358	50.4	7.8	< 0.05	< 0.001	-1.3
17	—	—	—	293	53.9	7.25	—	—	—	
18	—	—	—	158	55.75	6.95	—	—	—	
7	мальчики	—	—	—	287	21.03	2.1	—	—	—
8		100	25.8	3.08	959	22.22	2.69	< 0.001	< 0.05	-3.6
9		100	26.8	2.48	802	24.05	2.97	< 0.001	< 0.05	-2.8
10		100	28.9	2.91	585	26.4	3.35	< 0.001	< 0.05	-2.5
11		100	30.2	3.58	522	28.63	3.75	< 0.001	> 0.05	-1.6
12		100	34.0	3.20	554	31.93	4.10	< 0.001	< 0.01	-2.1
13		100	38.3	4.48	624	34.71	5.00	< 0.001	> 0.05	-3.6
14		200	42.8	4.69	551	38.38	6.50	< 0.001	< 0.001	-4.4
15		200	47.1	3.71	438	43.73	8.08	< 0.001	< 0.001	-3.4
16		100	56.7	5.51	362	49.82	8.33	< 0.001	< 0.001	-6.9
17	—	—	—	202	53.9	7.26	—	—	—	
18	—	—	—	63	58.2	8.35	—	—	—	

### Окружность грудной клетки

По окружности грудной клетки школьники Ленинграда, как девочки, так и мальчики, пережившие блокаду, значительно уступают своим довоенным сверстникам, причем во всех возрастных группах эти различия достоверны на высоком статистическом уровне ( $p < 0.001$ ). Вариативность этого показателя также достоверно различается (табл. 9).

Для сравнительной характеристики динамики роста, веса и окружности грудной клетки у мальчиков и девочек большинство исследователей использует графическое представление антропологических данных. Если на одном графике представить изменение одной и той же характеристики у мальчиков и девочек в соответствии с возрастом, то между этими кривыми, как правило, происходит два

перекреста. Первый перекрест кривых соответствует возрасту, когда девочки «перегоняют» мальчиков, а второй — когда мальчики «перегоняют» девочек. В табл. 10 представлены соответствующие данные, полученные из научной литературы, опубликованной в предвоенные годы.

Таблица 9

Окружность груди школьников Ленинграда (1937 и 1945 гг.)

Возраст	Пол	Ленинград (1937)			Ленинград (1945)			$P_t$	$P_F$	Разность
		n	M, см	$\sigma$ , см	n	M, см	$\sigma$ , см			
7	девочки	—	—	—	339	57.93	3.2	—	—	—
8		100	63.0	2.47	811	58.35	3.4	< 0.001	< 0.001	-4.7
9		100	63.2	2.78	684	59.95	3.6	< 0.001	< 0.001	-3.3
10		100	66.0	2.68	513	61.9	4.0	< 0.001	< 0.001	-4.1
11		100	66.9	3.61	444	63.4	3.65	< 0.001	> 0.05	-3.5
12		100	69.6	4.27	531	65.11	4.7	< 0.001	> 0.05	-4.5
13		100	71.8	4.02	541	68.61	4.75	< 0.001	< 0.05	-3.2
14		180	73.9	3.68	467	71.0	5.85	< 0.001	< 0.001	-2.9
15		180	77.9	3.67	411	73.27	6.25	< 0.001	< 0.001	-4.6
16		140	82.0	2.61	358	77.14	6.45	< 0.001	< 0.001	-4.9
17	—	—	—	295	79.85	6.0	—	—	—	
18	—	—	—	159	81.0	6.2	—	—	—	
7	мальчики	—	—	—	288	59.9	3.45	—	—	—
8		100	63.1	0.85	963	58.8	3.75	< 0.001	< 0.001	-4.3
9		100	64.4	1.2	802	60.4	3.6	< 0.001	< 0.001	-4.0
10		100	66.9	1.02	688	62.03	3.55	< 0.001	< 0.001	-4.9
11		100	67.9	1.56	525	63.0	3.8	< 0.001	< 0.001	-4.9
12		100	68.2	1.37	555	65.08	4.45	< 0.001	< 0.001	-3.1
13		100	70.8	1.25	626	67.35	4.15	< 0.001	< 0.001	-3.5
14		200	74.9	1.32	551	69.4	4.65	< 0.001	< 0.001	-5.5
15		200	76.6	1.16	438	72.2	5.9	< 0.001	< 0.001	-4.4
16		100	81.6	1.29	365	79.8	5.95	< 0.001	< 0.001	-1.8
17	—	—	—	203	79.35	5.9	—	—	—	
18	—	—	—	58	79.9	5.5	—	—	—	

Первый перекрест кривых роста мальчиков и девочек приходится на возраст 11—12, второй — на возраст 15—16 лет. Первый перекрест кривых веса приходится на 11—12 лет, второй — на 16—19 лет. Эти перекресты кривых объясняются половыми особенностями развития. У девочек пубертатный период начинается раньше, чем у мальчиков, в связи с этим показатели физического развития девочек будут выше, чем у мальчиков. В дальнейшем же, когда у мальчиков наступает период полового созревания, величины этих показателей превышают показатели девочек.

Возраст, в котором происходит первый и второй перекрест кривых роста и веса мальчиков и девочек

Рост		Вес		Автор, год и место исследования
Первый перекрест, лет	Второй перекрест, лет	Первый перекрест, лет	Второй перекрест, лет	
11		11		Штефко В. Г., 1923—1924 гг., Москва <sup>29</sup>
12	15	12	16	Сыркин Л. А., Арон Д. И., 1936—1937 гг., Москва <sup>30</sup>
12	16	12	19	Мочан В. О., Поморский Ю. Л., 1927—1930 гг., Ленинград <sup>31</sup>
12	16	11	16	Краковяк Г. М., 1937 г., Ленинград <sup>32</sup>

Существуют различные точки зрения о влиянии неблагоприятных условий на соотношение кривых антропологических показателей у мальчиков и девочек. Так, А. Г. Цетлин замечает, что в годы Великой Отечественной войны отмечалась значительная задержка в половом развитии мальчиков и девочек и это заметно отражалось также на «повозрастных перекрестах» отдельных показателей их физического развития.<sup>33</sup> Наоборот, Г. П. Сальникова считает, что, несмотря на неблагоприятное воздействие факторов внешней среды во время Великой Отечественной войны, первый перекрест возрастно-половых кривых отмечался в 11 лет для длины и веса тела.<sup>34</sup>

Данные, представленные З. З. Шнитниковой, свидетельствуют о том, что первый перекрест кривых роста мальчиков и девочек Ленинграда (обследование 1945 г.) соответствует возрасту 11—12 лет, а второй перекрест — 15 годам (рис. 7).<sup>35</sup> Первый перекрест веса дево-

<sup>29</sup> Штефко В. Г. Материалы по физическому развитию детей и подростков.

<sup>30</sup> Сыркин Л. А., Арон Д. И. Сдвиги в физическом развитии московских школьников // Гигиена и санитария. 1939 № 1.

<sup>31</sup> Мочан В. О., Поморский Ю. Л. Физическое развитие ленинградского школьника по данным 1927—1930 гг.

<sup>32</sup> Краковяк Г. М. Улучшение физического развития школьников г. Ленинграда.

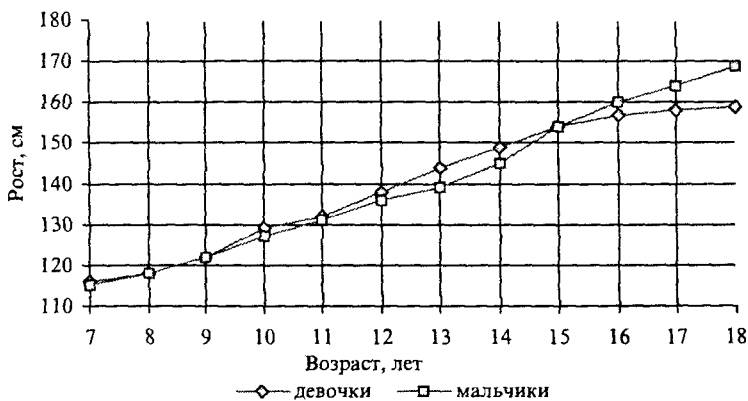
<sup>33</sup> Цетлин А. Г. Физическое развитие детей и подростков.

<sup>34</sup> Сальникова Г. П. Физическое развитие школьников.

<sup>35</sup> Научно-методическое бюро санитарной статистики Ленгорздравотдела. Статистические материалы к проведению обследования физического развития детей в детсадах города Ленинграда за 1946 год (инструкции, таблицы, анализы) // ЦГА СПб., ф. 9713, оп. 1, д. 177.

чек и мальчиков приходится на 12 лет, второй — на 16 лет (рис. 8). Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что школьники Ленинграда (обследование 1945 г.) по этому показателю не отличаются от довоенных детей. Однако исследование В. М. Левина физического развития учащихся ремесленных училищ в 1946 и 1947 гг. свидетельствует о том, что тяжелые условия, в которых находились дети Ленинграда, оказали влияние на возраст, в котором происходит перекрест кривых роста и веса мальчиков и девочек.<sup>36</sup> «Обычно девочки обгоняют в росте мальчиков между 11 и 12 годами. Это превышение продолжается до 14 лет, когда наступают обратные соотношения. Рассматривая систематизированные нами данные с этой точки зрения, необходимо отметить, что эти закономерности половых отличий в период роста у ленинградских подростков нарушены. Обгон роста у юношей запаздывает на 2 года. Лишь в 17 лет они начинают обгонять по этому показателю своих сверстниц».<sup>37</sup>

Рис. 7. Динамика роста школьников г. Ленинграда 7—18 лет (обсл. 1945 г.)



Таким образом, данные В. М. Левина значительно противоречат данным обследования школьников. Понять, почему так происходит, помогают результаты исследования М. Л. Рыловой, выполненного под руководством профессора И. Г. Липкович.<sup>38</sup> Это

<sup>36</sup> Рукопись В. М. Левина «Физическое развитие и артериальное давление подростков, поступивших в РУ г. Ленинграда осенью 1946 г.» // ЦГАНТД СПб, ф. 222, оп. 2-1, д. 254, л. 10

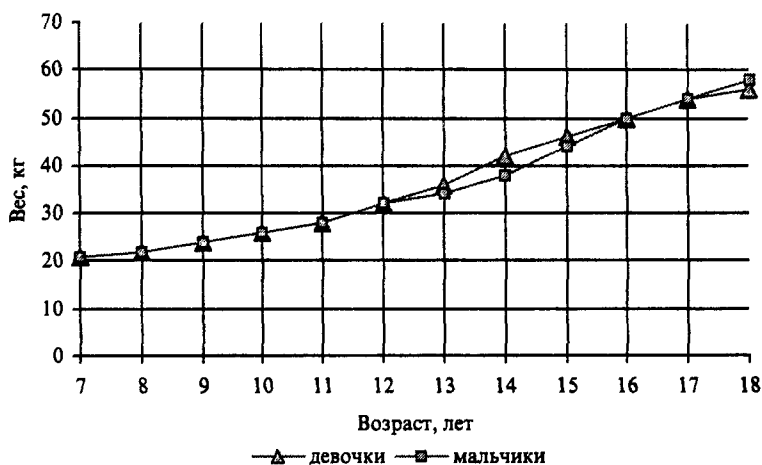
<sup>37</sup> Там же

<sup>38</sup> Липкович И. Г. Санитарные последствия войны в области гигиены труда 1946. С. 242 // ЦГАНТД СПб, ф. 221, оп. 2-1, д. 279



обследование прошел 7701 подросток (2861 рабочий и 4840 учащихся РУ и школ ФЗО). Из этого контингента, как указывают авторы, 2000 человек только с 1941 по 1942 г. находились в Ленинграде, 1200 человек прожили весь блокадный период. Из этих данных следует, что существует большое различие в динамике роста и веса у рабочих подростков, а также учащихся РУ и школ ФЗО. Юноши из группы рабочих подростков начинают обгонять в росте девушек в 15 лет, а учащиеся РУ и школ ФЗО — в 16.5 лет. Можно сделать вывод, что контингент учащихся РУ и школ ФЗО формировался из детей, испытавших наибольшие тяготы во время блокады Ленинграда.

Рис. 8. Динамика веса школьников г. Ленинграда 7—8 лет (обсл. 1945 г.)



Именно с этим связана сильнейшая задержка в половом созревании юношей — учащихся РУ. Р. И. Верховская<sup>39</sup> вынуждена констатировать, что в группе подростков, сильно отстающих по своему физическому развитию от других детей, «оказалось значительно больше сирот, подростков, бывших в оккупации, проживших в Ленинграде весь период блокады».<sup>40</sup>

<sup>39</sup> Научная работа Р. И. Верховской на тему: «Опыт динамического наблюдения над индивидуальным физическим развитием учащихся РУ и рабочих подростков Ленинградской металлообрабатывающей промышленности» // ЦГАНТД СПб., ф. 221, оп. 2-1, д. 66, л. 7

<sup>40</sup> Там же, л. 11.

Блокада Ленинграда оказала существенное негативное влияние на физическое развитие детей и подростков: рост, вес, окружность грудной клетки у них достоверно ниже, чем у их сверстников до войны.

Вместе с тем блокада неодинаково отразилась на изменении физического развития детей разного возраста и пола. У дошкольников отмечается увеличение отставания в физическом развитии с возрастом. У детей в возрасте 3 лет, переживших блокаду, наблюдаются минимальные различия в физическом развитии по сравнению с их довоенными сверстниками, а у детей 8 лет — максимальные.

Голодание по-разному сказалось на размерах и росте отдельных частей тела: у детей-блокадников значительно замедлился рост нижних конечностей.

У школьников в 1945 г. не обнаружено замедления полового созревания как в группе девочек, так и в группе мальчиков. У учащихся ремесленных училищ обследования 1945 г. отмечается значительное отставание полового созревания юношей по сравнению с девушками. Это может свидетельствовать о том, что девушки переносили неблагоприятные условия, связанные с блокадой Ленинграда, значительно лучше, чем юноши.

Весьма информативным показателем, позволившим оценить особенности реакции растущего организма человека на тяжелые условия блокады, оказалась статистика вариативности показателей физического развития. Именно по этому показателю по большинству признаков (рост, вес, ОГК) обнаружены более существенные и достоверные различия между детьми, пережившими блокаду, и их довоенными сверстниками.

Изменение показателей физического развития детей и подростков, вызванное блокадой, свидетельствует о том, что их нельзя оценить только как механизмы адаптации. Они скорее свидетельствуют о разрушении и дискоординации регуляторных механизмов обеспечения жизнедеятельности.

Результаты исследования влияния блокады на индивидуальное развитие детей и подростков представляют сами по себе значительный интерес для объяснения механизмов выживания организма человека в экстремальных условиях. Однако, для того чтобы ответить на вопрос — в какой степени блокада повлияла на генетическую программу обеспечения жизнедеятельности организма, необходимо знать, в какой степени потомки перенесших блокаду «унаследовали» ее последствия.

## Отдаленные последствия длительного голодания детей и подростков (секционные данные)

В последние десятилетия значительный интерес вызывает проблема отдаленных последствий длительного голодания или недостаточного питания детей. Об этом свидетельствуют работы как отечественных,<sup>1</sup> так и зарубежных авторов.<sup>2</sup> В зарубежной литературе описаны результаты длительного наблюдения за людьми, родившимися в период экономической депрессии в Англии.<sup>3</sup> Опубликованы данные, свидетельствующие о состоянии здоровья людей, родившихся во время 5-месячного голода (1944—1945 гг.) в Голландии.<sup>4</sup> В 1941—1944 гг. гражданское население Ленинграда 2.5 года находилось в кольце военной блокады. Мирное население крупного

<sup>1</sup> Штерн И. А., Павлова Л. С. К вопросу о рациональном питании беременных для профилактики токсикозов беременных и для нормального развития внутриутробного плода и новорожденного // Акушерство и гинекология. 1960. № 1. С. 24—26; Коньшиев А. В. Питание и пренатальное развитие // Вопросы питания. 1973. № 3. С. 7—17; Рачков Б. М., Юрьев П. В., Макаров В. П. Исходы длительного голодания у лиц, переживших блокаду Ленинграда, и членов их семей // Остеохондрозы и пограничные состояния: Сб. науч. трудов. СПб., 1993. С. 13—18.

<sup>2</sup> Ravelli G. P., Stein Z. A., Susser W. et al. Obesity in young men after famine exposure in utero and early infancy // The New. Eng. Journ. of Med. 1976. Vol. 295. N 7. P. 349—354; Barker D. J. P. 1) Fetal origins of coronary heart disease // B. M. J. 1995. Vol. 311. P. 171—174; 2) Growth in utero and coronary heart disease // Nutr. Rev. 1996. Vol. 54 (S. II). N 2. P. 1—7; Haas J. D., Murdoch S., Rivera J. et al. Early nutrition and later physical Work Capacity // Ibid. P. 41—48; McGill H. C., Mott G. E., Lewis D. S. et al. Early determinants of adult metabolic regulation: effect of nutrition on adult lipid and lipoprotein metabolism // Ibid. P. 31—40.

<sup>3</sup> Barker D. J. P. Fetal nutrition cardiovascular disease in adult life // Lancet. 1993. Vol. 341. P. 938—941; Osmond C., Barker D. J. P., Winter P. D. et al. Early growth and death from cardiovascular disease in women // B. M. J. 1993. Vol. 307. P. 1519—1524; Martyn C. N., Barker D. J. P., Jespersen S. et al. Growth in utero, adult blood pressure, and arterial compliance // B. Heart J. 1995. Vol. 73. P. 116—121.

<sup>4</sup> Lumey L. H. In utero exposure famine and subsequent fertility: the Dutch famine birth cohort study // Amer. J. Publ. Heart. 1997. Vol. 87. N 12. P. 1962—1966; Ravelli G. P., Van der Meulen J. H. P., Osmond C. et al. Obesity at age of 50 y in men and women exposed to famine prenatally // Am. J. Clin. Nutr. 1999. Vol. 70. N 5. P. 811—816.

европейского города переживало длительный период голодания либо выраженного недоедания на фоне дополнительно действующих комплексных стрессорных воздействий (холод, бомбовые удары, смерть близких и знакомых людей, отсутствие средств связи и коммуникаций и др.). Можно предполагать, что ставшие взрослыми дети и подростки блокадного Ленинграда имеют уровень здоровья, отличный от уровня здоровья их сверстников, избежавших экстремальных условий жизни в заблокированном городе.

*Состояние здоровья ленинградских детей  
в 1941—1945 и последующие годы*

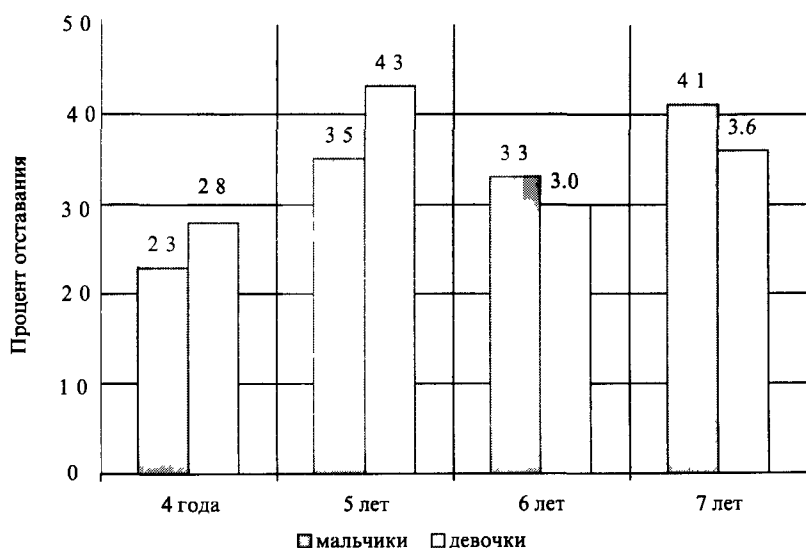
Как говорилось выше (см. Главу 2), осенью—зимой 1941/42 г. в заблокированном Ленинграде отмечалась массовая гибель мирного населения. Неблагоприятные условия жизни и быта обусловили следующие особенности физического и психического развития детей, переживших блокаду Ленинграда. Так, например, у женщин блокадного Ленинграда с сентября 1941 г. по январь 1944 г. рождались дети с низкими показателями массы тела и роста. В январе 1944 г., когда была снята блокада Ленинграда и значительно улучшилось питание населения, показатели массы тела и роста новорожденных детей не достигали уровня довоенного 1940 г., оставаясь низкими и в 1944, и в 1945 гг.<sup>5</sup> Недоношенные дети довоенного периода догоняли по массе тела и росту своих доношенных сверстников большей частью в возрасте 1.2—1.6 месяцев. Однако недоношенные дети, рожденные в блокадном Ленинграде и поставленные в условия правильного питания, воспитания, ухода, все-таки заметно отставали от нормы по массе тела и росту от своих сверстников в возрасте 2.0—2.5 года. Недоношенные дети блокадного периода, даже воспитывавшиеся в благоприятных затем условиях жизни, не имели явлений гипотрофии, но оставались «мелкими» по размерам туловища. В возрасте около 2 лет у таких детей не отмечалось признаков гипотрофии. Они хорошо развивались в психомоторном отношении, однако рост и масса их тела заметно отставали от аналогичных показателей не только сверстников, рожденных доношенными, но и недоношенных детей такой же степени зрелости, рожденных до войны. При недостаточно правильном питании недоношенные дети блокадного периода легко переходили в состояние гипотрофии. Дети, выжившие к 1944 г. и перенесшие тяжелую алиментарную дистрофию внутриутробно или на первом году своей жизни,

---

<sup>5</sup> Хромов Б М, Свешников А В *Здравоохранение Ленинграда* Л, 1969. 206 с.

значительно отставали в физическом, а при неблагоприятных условиях воспитания и в психомоторном развитии.<sup>6</sup> Влияние длительного голодания или недоедания 1941—1944 гг. сказывалось на состоянии здоровья ленинградских детей еще на протяжении ряда лет. Так, в 1945—1946 гг. в Ленинграде проводились антропометрические измерения у 3500 детей-дошкольников в возрасте от 3 до 7 лет, переживших блокаду города.<sup>7</sup> В 1945 г. показатели роста ленинградских дошкольников<sup>8</sup> были значительно меньшими, чем у их сверстников-ленинградцев, живших в 1927—1928 гг. (рис. 1).

**Рис. 1. Процент отставания в росте ленинградских детей-дошкольников в 1945 г. (по сравнению с ростом их сверстников в 1927—1928 гг.)**



Согласно представленным данным, к 1945 г. максимальное отставание в росте было отмечено у девочек в возрасте 5 (на 4.3%), а у мальчиков в возрасте 7 лет (на 4.1%). В сравнении со сверстниками 1927—1928 гг. и 1934 г. дети-дошкольники обоего пола, пережившие блокаду Ленинграда, были ниже своих сверстников по росту соответственно на 3—4 и 5—6%.<sup>9</sup> К 1946 г. отмечалось увели-

<sup>6</sup> Тур А Ф Расстройства питания и другие заболевания у детей Ленинграда в 1941—1943 гг // Педиатрия 1944 № 4 С 10—16

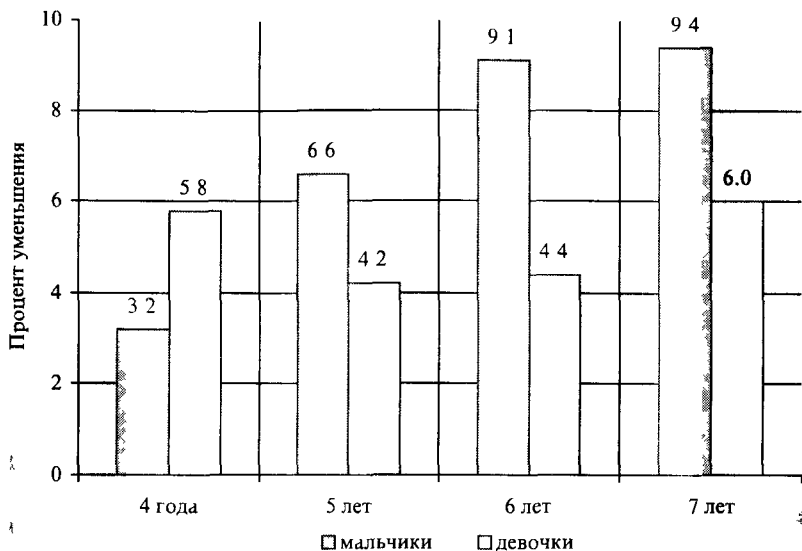
<sup>7</sup> ЦГА СПб, ф 9713, оп 1, д 200, л 129.

<sup>8</sup> Там же, л 131

<sup>9</sup> Там же, л 132

чение роста обследуемых детей-дошкольников по сравнению с их ровесниками-ленинградцами в 1945 г.<sup>10</sup>

Рис. 2. Уменьшение массы тела ленинградских детей-дошкольников в 1945 г. (по сравнению с массой тела их сверстников, живших в 1934 г., в процентах)



В 1945 г. во всех возрастных группах было отмечено отставание не только роста, но и массы тела детей-дошкольников, переживших блокаду Ленинграда, по сравнению со средними значениями массы тела их сверстников 1934 г.<sup>11</sup> Анализируя эти данные (рис. 2), можно отметить, что максимальный процент отставания массы тела отмечался у мальчиков-дошкольников, находившихся к 1945 г. в возрастной группе 6—7 лет (9.2 и 9.4% соответственно), а девочек в возрасте 4 и 7 лет (5.8 и 6.0% соответственно). Минимальное отставание массы тела было отмечено в том же календарном году у мальчиков в возрасте 4 лет (3.2%) и девочек в возрасте 5—6 лет (4.2 и 4.4% соответственно).

В 1945 г. лишь 24—30% ленинградских детей имели хороший статус питания, а 20% всех детей дошкольного возраста, особенно среди мальчиков, имели сниженную массу тела.<sup>12</sup> Показано, что

<sup>10</sup> Там же, л 168

<sup>11</sup> Там же, л 133

<sup>12</sup> Там же, л 138

мальчики с пониженной массой тела часто болели в 47%, девочки — в 50%, а дети с нормальной массой тела болели в 89% случаев.<sup>13</sup>

Обобщая вышеизложенное, можно сказать, что экстремальные условия жизни оказали неблагоприятное воздействие на физическое развитие детей, переживших блокаду Ленинграда: их отставание в физическом развитии по сравнению с физическим развитием сверстников довоенного времени (1940 г.) составляло 2—3 года. Это отставание сохранялось еще в течение 1946—1948 гг.<sup>14</sup>

В научной литературе представлено сравнительно мало исследований, посвященных отдаленным последствиям длительного голодания детей и подростков в заблокированном Ленинграде. Так, в 1974 г. (спустя 30 лет после снятия блокады) при обследовании 5152 мужчин и 4935 женщин было выявлено резкое повышение максимальных цифр артериального давления у ленинградцев в возрасте от 40 лет и старше.<sup>15</sup> Б. М. Рачковым и соавторами<sup>16</sup> было обследовано 2000 граждан различных возрастных групп, переживших блокаду Ленинграда, и членов их семей. Отмечены наиболее частые сочетанные заболевания позвоночника, зубов, в 50% случаев выявлялись деструктивные процессы в крупных суставах. Люди, родившиеся в июле—августе 1941 г. и пережившие все дни блокады, отличались крайне ранним началом заболеваний костной системы.

В 1997 г. С. Станнером с соавторами<sup>17</sup> были опубликованы результаты обследования 361 взрослого человека (основная группа), переживших в раннем детстве блокаду Ленинграда. Контрольную группу составили 188 человек того же возраста, но избежавших блокадных условий существования (группа сравнения). Основную группу авторы разделили на 2 подгруппы, первую составили 169 человек (из них 37 мужчин), голодавших внутриутробно, т. е. родившихся в блокадном Ленинграде за период с 1 ноября 1941 г. по 30 июня 1942 г. Во вторую подгруппу вошли 192 человека (из них 62 мужчины), родившихся в период с 1 января по 30 июня 1941 г. (т. е. до начала блокады Ленинграда) и переживших осаду города. В подгруппе людей, испытавших внутриутробный голод, была отмечена тенденция к эндотелиальной дисфункции (на основании

<sup>13</sup> Там же, л 137

<sup>14</sup> Там же, ф 9156, оп 4, д 647, л 41

<sup>15</sup> Гогин Е Е Гипертоническая болезнь М, 1997 400 с

<sup>16</sup> Рачков Б М, Юрьев П В, Макаров В П Исходы длительного голодания С 13—18

<sup>17</sup> Stanner S A, Bulmer K, Andres C et al Does malnutrition in utero determines diabetes and coronary heart disease in adulthood? Results from the Leningrad siege study, a cross sectional study // В. М. J. 1997 Vol. 315. P. 1342—1449.

статистически достоверного повышения концентрации фактора Виллебранта), определялось увеличение частоты ожирения и артериальной гипертензии. В обследованных подгруппах не было выявлено различий между риском развития ишемической болезни сердца, нарушенной толерантностью к глюкозе, наличием микроальбуминурии. Не отмечено также и статистически значимых различий между результатами обследования людей основной группы и группы сравнения. На основании полученных данных авторы делают заключение, опровергающее гипотезу профессора Д. Баркера о том, что недостаточность материнского питания «программирует» у потомства высокий риск последующего развития ишемической болезни сердца, нарушенной толерантности к глюкозе, артериальной гипертензии.

В комментарии к изложенным фактам Ж. Рич-Эдвардс<sup>18</sup> отметила некоторые недостатки в проведенном исследовании. Так, например, при формировании групп обследованных людей не были учтены триместры беременности матерей, голодавших во время блокады, хотя известна зависимость между триместрами беременности и характером последующих влияний, связанных с внутриутробным голоданием.<sup>19</sup>

Нами было проведено комплексное изучение состояния здоровья и причин смерти людей старших возрастных групп, переживших в детском или подростковом возрасте блокаду Ленинграда. Составной частью данного исследования явился ретроспективный анализ результатов патологоанатомических вскрытий пациентов, родившихся в 1927—1941 гг. и умерших на отделениях Санкт-Петербургского госпиталя ветеранов войн (СПб. ГВВ). Из 10 782 историй болезней пациентов, умерших на отделениях СПб. ГВВ за период с 1989 по 2000 г., в статистической обработке было использовано 594 истории болезни (385 историй болезни составлены на мужчин и 209 — на женщин). Все анализируемые истории болезни имели протоколы патологоанатомического вскрытия. Изучаемые документы разделялись на две группы. В первую (основную) группу вошли 303 аутопсии больных, переживших в детском либо подростковом возрасте блокаду Ленинграда (при этом 170 аутопсий было проведено у мужчин и 133 — у женщин). Вторую группу документов (группу сравнения) составила 291 аутопсия пациентов, не переживавших

<sup>18</sup> Rich-Edwards J. W., Gillman M. W. A Hypothesis challenged // B. M. J. 1997. Vol. 315. P. 1348—1349.

<sup>19</sup> Barker D. J. P. Fetal origins of coronary heart disease. P. 171—174.



блокады Ленинграда (при этом 215 аутопсий было проведено у мужчин и 76 — у женщин).

Целью нашего исследования явилось изучение основных причин смерти, частоты развития некоторых заболеваний у пациентов двух групп наблюдения. Достоверность результатов определялась по критерию различия средних величин Стьюдента и критерию  $t$  (различия относительных показателей).<sup>20</sup> За 100% принималось количество больных в подгруппе.

*Основные причины смерти людей среднего и пожилого  
возраста, переживших блокаду Ленинграда  
в детском или подростковом периоде жизни  
(секционные данные)*

При проведении сравнительного анализа нами было отмечено статистически достоверное уменьшение возраста, в котором умирали мужчины и женщины основной группы. Так, мужчины, пережившие в детстве блокаду Ленинграда, умирали в возрасте  $63.4 \pm 0.3$  года (против  $64.7 \pm 0.3$  года у мужчин группы сравнения), женщины — в  $65.0 \pm 0.4$  года (против  $66.8 \pm 0.6$  лет у женщин группы сравнения).

Основной причиной смерти пациентов основной и группы сравнения (табл. 1) являлись сердечно-сосудистые заболевания, составившие у мужчин основной группы  $49.4 \pm 3.8\%$ , у женщин той же группы —  $56.4 \pm 4.3\%$  (у мужчин и женщин группы сравнения соответственно  $48.4 \pm 3.4\%$  и  $48.7 \pm 5.7\%$ ). Второе и третье места в структуре причин смерти занимали раковые интоксикации и острые пневмонии. Так, по причине раковой интоксикации умерли  $26.5 \pm 3.4\%$  мужчин и  $24.1 \pm 3.7\%$  женщин основной группы (против  $26.1 \pm 3.0\%$  мужчин и  $25.0 \pm 5.0\%$  женщин группы сравнения). По причине острой пневмонии умерли  $22.4 \pm 3.2\%$  пожилых мужчин и  $9.8 \pm 3.7\%$  пожилых женщин основной группы (против  $27.4 \pm 3.0\%$  мужчин и  $3.9 \pm 2.2\%$  женщин группы сравнения). Сравнительный анализ причин смерти у пациентов двух групп наблюдения (см. табл. 1) не выявил статистически значимых различий. Следует, однако, отметить выраженную тенденцию ( $t = 1.92$ ) к увеличению числа мужчин основной группы, умерших по причине прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности. Полученные нами данные согласуются с выводами экспертов ВОЗ<sup>21</sup> о пре-

<sup>20</sup> Вишняков Н И, Миняев В А, Алексеева Л А и др. Основные методы статистического исследования // Метод указания для студентов, клинич. ординаторов и аспирантов. 2-е изд. СПб., 2000. 84 с.

<sup>21</sup> WHO. Diet nutrition and the prevention of chronic disease. 1990. N 797. P. 74, 75.

валирующей доли сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний в структуре причин смерти взрослого населения промышленно-развитых стран мира.

Таблица 1

Основные причины смерти пациентов, родившихся в 1927—1941 гг. и умерших на отделениях СПб. ГВВ в 1989—2000 гг.

Причина смерти		Относительное число больных, %			
		Основная группа		Группа сравнения	
		Мужчины (n = 170)	Женщины (n = 133)	Мужчины (n = 215)	Женщины (n = 76)
Серечно-сосудистые заболевания	Всего, в том числе:	49.4 ± 3.8	56.4 ± 4.3	48.4 ± 3.4	48.7 ± 5.7
	Прогрессирующая серечно-сосудистая недостаточность	20.0 ± 3.1 (t = 1.92)	23.3 ± 3.7	12.6 ± 2.3	18.4 ± 4.5
	Острая серечно- сосудистая недостаточность	12.9 ± 2.6	12.0 ± 2.8	15.8 ± 2.5	6.6 ± 2.8
	Острое нарушение мозгового кровообращения	12.4 ± 2.5	15.0 ± 3.1	13.5 ± 2.3	15.7 ± 4.3
	Тромбоэмболия легочной артерии	4.1 ± 1.5	6.0 ± 2.1	6.5 ± 1.7	7.9 ± 3.1
Раковая интоксикация		26.5 ± 3.4	24.1 ± 3.7	26.1 ± 3.0	22.8 ± 2.9
Пневмонии		22.4 ± 3.2	9.8 ± 2.6	27.4 ± 3.0	3.9 ± 2.2

*Атеросклеротическое поражение артерий у людей  
основной группы наблюдения (секционные данные)*

При оценке характера атеросклеротического поражения артерий нами использовалась классификация качественных и количественных атеросклеротических изменений артерий, предложенная Г. Г. Автандиловым.<sup>22</sup> При этом объективная качественная оценка атеросклеротического поражения артерий заключается в определении четырех стадий, которые обозначаются римскими цифрами от I до IV:

<sup>22</sup> Цит по Автандилов Г. Г. Медицинская морфометрия. Руководство. М., 1990. С 217

- для I стадии атеросклеротического поражения артерий характерно наличие липоидных пятен и полосок;
- II стадия определяется наличием липоидных пятен и фиброзных бляшек;
- для III стадии характерны липоидные пятна, фиброзные бляшки и осложненные формы поражения (изъязвления, кровоизлияния, тромбы);
- IV стадия характеризуется существованием липоидных пятен, фиброзных бляшек, осложненных атеросклеротических поражений и обызвествлений.

При проведении сравнительного анализа нами было использовано суммирование ряда признаков, которое позволило всю совокупность полученных данных разделить на два клинически важных параметра. При этом выделялось:

- неосложненное течение атеросклеротического поражения, которое характеризовалось наличием в стенке сосуда липоидных пятен и полосок, фиброзных бляшек;
- осложненное течение атеросклеротического поражения, которое определялось не только существованием липоидных пятен, полосок, фиброзных бляшек, но и наличием в стенке сосуда изъязвлений, кровоизлияний, тромбов, обызвествлений.

Согласно классификации Г. Г. Автандилова, количественная оценка определяется площадью атеросклеротического поражения артерий, оценивается степенью атеросклеротического поражения и обозначается арабскими цифрами от 1 до 5. Нами использовалось три градации в количественной характеристике атеросклеротического процесса:

- до 30%,
- от 30 до 50%,
- свыше 50% площади поражения артерии.

Проведенный статистический анализ выявил достоверное увеличение осложненных форм атеросклероза коронарных и мозговых артерий (с наличием липоидных пятен и полосок, фиброзных бляшек, изъязвлений, кровоизлияний, тромбов, обызвествлений) у мужчин, переживших в детском или подростковом возрасте блокаду Ленинграда (табл. 2). Так, у мужчин основной группы наблюдения достоверно чаще отмечались осложненные формы атеросклеротического поражения коронарных артерий ( $37.1 \pm 3.7\%$  против  $26.4 \pm 3.0\%$  у мужчин группы сравнения), артерий головного мозга ( $14.7 \pm 2.7\%$  против  $1.4 \pm 0.8\%$  у мужчин группы сравнения).

### Стадии атеросклеротического поражения аорты, коронарных и мозговых артерий у пациентов двух групп наблюдения

Группа наблюдения		Относительное число больных с различными стадиями атеросклеротического поражения артерий, %					
		Аорта		Коронарные артерии		Артерии головного мозга	
		Неосложненные (I + II) стадии	Осложненные (III + IV) стадии	Неосложненные (I + II) стадии	Осложненные (III + IV) стадии	Неосложненные (I + II) стадии	Осложненные (III + IV) стадии
Основная группа	Мужчины (n = 170)	4.7 ± 1.6	43.5 ± 3.8*	10.5 ± 2.4	37.1 ± 3.7*	12.4 ± 2.5	14.7 ± 2.7*
	Женщины (n = 133)	5.3 ± 1.9	45.1 ± 4.3	9.8 ± 2.6	42.1 ± 4.3	11.3 ± 2.7	6.0 ± 2.1
Группа сравнения	Мужчины (n = 215)	2.8 ± 1.1	38.6 ± 3.4	10.7 ± 2.1	26.5 ± 3.0	17.7 ± 2.6	1.4 ± 0.8
	Женщины (n = 76)	2.6 ± 1.8	40.8 ± 5.6	7.9 ± 3.1	36.8 ± 5.5	19.7 ± 7.6	3.9 ± 2.2

Примечание.\* — статистически достоверные изменения.

Таблица 3

### Площадь атеросклеротического поражения аорты, коронарных и мозговых артерий у пациентов двух групп наблюдения

Площадь атеросклеротического поражения интимы артерий		Относительное число (%) больных с различной площадью атеросклеротического поражения артерий			
		Основная группа		Группа сравнения	
		Мужчины (n = 170)	Женщины (n = 133)	Мужчины (n = 215)	Женщины (n = 76)
Аорта	До 30%	30.5 ± 3.5	39.1 ± 4.2	26.9 ± 3.0	39.5 ± 5.7
	30—50%	28.2 ± 3.5*	15.0 ± 3.1	17.7 ± 2.6	15.8 ± 4.2
	Свыше 50%	11.2 ± 2.4	4.5 ± 1.8	20.0 ± 2.7*	1.3 ± 1.3
Коронарные артерии	До 30%	48.2 ± 3.8*	48.1 ± 4.3	36.3 ± 3.3	44.7 ± 5.7
	30—50%	18.8 ± 3.0	12.8 ± 2.9	16.3 ± 2.5	14.5 ± 4.0
	Свыше 50%	4.1 ± 1.5	5.3 ± 1.9	18.6 ± 2.7*	5.2 ± 2.6
Артерии головного мозга	До 30%	19.4 ± 3.0	15.8 ± 3.2	20.0 ± 2.7	10.5 ± 3.5
	30—50%	14.1 ± 2.7*	7.5 ± 2.3	7.4 ± 1.8	7.9 ± 3.1
	Свыше 50%	1.8 ± 1.0	4.5 ± 1.8	10.7 ± 2.1*	2.6 ± 1.8

Примечание.\* — статистически достоверные изменения.

При оценке площади атеросклеротического поражения аорты, коронарных и мозговых артерий (табл. 3) выявлено статистически достоверное увеличение числа мужчин основной группы, имевших меньшую площадь поражения сосудов (от 30 до 50%). У мужчин группы сравнения достоверно чаще отмечалась большая площадь (50% и более) атеросклеротического поражения аорты, коронарных и мозговых артерий.

*Частота некоторых заболеваний  
у людей основной группы наблюдения (секционные данные)*

При проведении статистической группировки изучаемых признаков нами был использован ряд условий. Так, выраженность артериальной гипертензии определялась обязательным сочетанием повышенного артериального давления с наличием гипертрофии миокарда левого желудочка. Резко выраженным ожирением считалось увеличение массы тела умершего пациента, при котором толщина жировой прослойки по передней брюшной стенке составляла более 5—7 см. Число перенесенных инфарктов миокарда определялось анамнестически (по записям в истории болезни) и по наличию очагов постинфарктного кардиосклероза.

Систематизация признаков проводилась по клиническим критериям. Так, к острым заболеваниям легких были отнесены такие заболевания, как острые пневмонии, тромбоэмболии легочной артерии и мелких ее ветвей, инфаркт легкого. Хронические заболевания бронхолегочной системы составили туберкулезные изменения в легких, пневмосклероз, эмфизема (диффузная и буллезная), хронический бронхит. В состав больных с пневмосклерозом вошли пациенты, имевшие ателектаз легкого, перибронхиальный, сетчатый, диффузный пневмосклероз. В группу диффузных заболеваний почек и мочевыводящих путей включались заболевания интерстиция (интерстициальный нефрит, хронический пиелонефрит), инфекционные заболевания (уретрит, хронический цистит, хронический простатит, пиелит, абсцесс почки, апостематозный нефрит, паранефрит), хронический гломерулонефрит. Сосудистые заболевания почек определялись наличием у пациентов стеноза почечных артерий, нефросклероза, инфаркта и тромбоза почки, кровоизлияний в паранефральную клетчатку, травматического разрыва почки, заключительной стадии почечной недостаточности. В группу заболеваний с нарушениями уродинамики включались приобретенные стриктуры уретры, мочекаменная болезнь, ретроперитонеальный фиброз, эпицистостома, гидронефроз.

## Частота некоторых заболеваний у пациентов двух групп наблюдения, %

Поражение различных органов и систем			Частота заболеваний (%)					
			Основная группа		Группа сравнения			
			Мужчины (n = 170)	Женщины (n = 133)	Мужчины (n = 215)	Женщины (n = 76)		
Сердечно-сосудистая система	Заболевания миокарда	Инфаркт (острая и подострая стадия)		12.9 ± 2.6	6.0 ± 2.1	13.0 ± 2.3	9.2 ± 3.1	
		Перенесенные в прошлом инфаркты		48.8 ± 3.8 (t = 1.93)	30.8 ± 4.0	39.1 ± 3.3	35.5 ± 5.5	
		Атеросклеротический кардиосклероз		44.1 ± 3.8	39.8 ± 4.2	37.7 ± 3.3	36.8 ± 5.5	
	Сосудистые заболевания головного мозга	Острое нарушение мозгового кровообращения	Всего, в том числе.		20.0 ± 3.1	19.6 ± 3.4	15.3 ± 2.5	18.4 ± 4.5
			Ишемический инсульт		17.1 ± 2.9	12.0 ± 2.8	14.0 ± 2.4	11.8 ± 3.7
		Постинсультные кисты	Геморрагический инсульт		2.4 ± 1.2	1.5 ± 1.1	0.5 ± 0.5	2.6 ± 1.8
			Смешанный инсульт		0.6 ± 0.6	6.0 ± 2.1	0.9 ± 0.6	3.9 ± 2.2
			Крупные единичные кисты		28.8 ± 0.8	17.3 ± 3.3	23.3 ± 2.9	14.5 ± 4.0
			Мелкие множественные кисты		5.9 ± 1.8	5.3 ± 1.9	7.4 ± 1.8	3.9 ± 2.2
	Артериальная гипертензия (в сочетании с гипертрофией левого желудочка сердца)			17.1 ± 2.9	19.5 ± 3.4*	22.7 ± 2.9	9.2 ± 3.3	
Гастроэнтеро-логическая система	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки		11.2 ± 2.4	5.3 ± 1.9	12.1 ± 2.2	2.6 ± 1.8		
	Желчнокаменная болезнь		10.6 ± 2.4*	18.1 ± 3.3	1.8 ± 0.9	10.5 ± 3.5		
	Хронический атрофический гастрит (диффузный)		5.3 ± 1.7	8.2 ± 2.4*	3.7 ± 1.3	1.3 ± 1.3		
	Циррозы печени		4.1 ± 1.5	1.5 ± 1.1	4.7 ± 1.4	1.3 ± 1.3		
	Хронические гепатиты		1.2 ± 0.8	1.5 ± 1.1	1.4 ± 0.8	1.3 ± 1.3		
Мочевыделительная система	Диффузные заболевания почек		19.4 ± 3.0	14.3 ± 3.0	15.8 ± 2.5	17.1 ± 4.3		
	Сосудистые заболевания почек		14.1 ± 2.7	18.1 ± 3.3	12.6 ± 2.3	7.9 ± 3.1		
	Нарушения уродинамики		5.9 ± 1.8	3.0 ± 1.5	4.7 ± 1.4	5.3 ± 2.6		
Эндокринная система	Всего (СД-1 + СД-2), в том числе:		10.0 ± 2.3	26.3 ± 3.8	7.0 ± 1.7	9.2 ± 3.3		
	СД-2		7.7 ± 2.1	16.5 ± 3.2*	6.1 ± 1.6	5.3 ± 2.6		
	СД-1		2.4 ± 1.2	9.8 ± 2.6	2.0 ± 1.0	3.9 ± 2.2		
Выраженное ожирение (III и более степень)			4.7 ± 1.6	15.0 ± 3.1	1.8 ± 0.9	7.9 ± 3.1		

Примечание.\* — статистически значимые изменения.

Согласно данным табл. 4, у мужчин основной группы отмечалась резко выраженная тенденция ( $t = 1.93$ ) к увеличению количества перенесенных в прошлом острых инфарктов миокарда ( $48.8 \pm 3.8\%$  против  $39.1 \pm 3.3\%$  у мужчин группы сравнения). У мужчин основной группы достоверно чаще регистрировалась желчнокаменная болезнь ( $10.6 \pm 2.4\%$  против  $1.8 \pm 0.9\%$  у мужчин в группе сравнения).

У женщин основной группы (см. табл. 4) регистрировалась тяжелая артериальная гипертензия, сопровождавшаяся гипертрофией миокарда левого желудочка, ( $19.5 \pm 3.4\%$  против  $9.2 \pm 3.3\%$  у женщин группы сравнения). Сахарный диабет у женщин, переживших в детском или подростковом возрасте блокаду Ленинграда, был выявлен в  $26.3 \pm 3.8\%$  случаев (против  $9.2 \pm 3.3\%$  у женщин группы сравнения). Следует отметить, что у женщин основной группы статистически достоверно чаще возникал сахарный диабет второго типа (в  $16.5 \pm 3.2\%$  случаев против  $5.3 \pm 2.6\%$  у женщин группы сравнения).

Выявляя частоту развития острых нарушений мозгового кровообращения, мы отмечали резкое преобладание доли ишемических инсультов у мужчин и женщин двух групп наблюдения. Так, соотношение между частотой развития ишемического инсульта и инсульта геморрагического у мужчин основной группы составило 17.1 и 2.4%, а в группе сравнения соответственно 14.0 и 0.5%. Соотношение между частотой развития ишемического инсульта и инсульта геморрагического у женщин основной группы составило 12.0 и 1.5%, а в группе сравнения соответственно 11.8 и 2.6%. Указанное соотношение характерно для населения большинства стран мира.

У пожилых мужчин и женщин двух групп наблюдения не было выявлено статистически значимых различий в частоте развития острых и хронических заболеваний бронхолегочной системы, злокачественного поражения различных органов и систем.

#### *Выводы*

Полученные нами данные свидетельствуют о значимых изменениях частоты развития некоторых заболеваний у людей среднего и пожилого возраста, переживших в детском или подростковом возрасте длительные периоды голодания либо недоедания. Показано также, что ставшие взрослыми дети и подростки блокадного Ленинграда умирали достоверно раньше (на 1.3—1.8 года), чем их сверстники, избежавшие блокадных условий жизни. Основной при-

чиной смерти пациентов двух групп наблюдения (см. табл. 1) являлись сердечно-сосудистые заболевания. На втором месте регистрировалась раковая интоксикация, на третьем — пневмония. Следует отметить выраженную тенденцию ( $t = 1.92$ ) к увеличению числа мужчин основной группы, умерших по причине прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности (20% против 12.6% у мужчин группы сравнения). Кроме того, у мужчин основной группы наблюдалась выраженная тенденция ( $t = 1.93$ ) к увеличению частоты инфаркта миокарда (см. табл. 4) в анамнезе (48.8 % против 39.1% у мужчин группы сравнения).

Мужчины основной группы достоверно чаще имели осложненные формы атеросклероза коронарных и мозговых артерий, а у мужчин группы сравнения достоверно чаще отмечалась большая площадь (50 и более процентов) атеросклеротического поражения крупных артерий (аорты, коронарных и мозговых артерий).

#### *Интерпретация полученных данных*

Мы предполагаем, что полученные характеристики атеросклеротического поражения аорты, коронарных и мозговых артерий, частота развития постинфарктного кардиосклероза и прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности могут быть объяснены современными представлениями о двух вариантах клинического течения атеросклероза.<sup>23</sup> Первый вариант специалисты-морфологи назвали нестенозирующим, диффузным, дилатационным атеросклерозом, когда происходит медленный рост количества бляшек, возникающих диффузно и не приводящих к стенозу сосуда. Коллатеральное кровообращение компенсирует непрерывно снижающую перфузию в тканях, поэтому очагов ишемии не возникает. Бляшки, которые возникают при этом варианте течения атеросклероза, не имеют тенденции к разрыву фиброзной оболочки, поэтому не создается условий для появления тромба на поверхности бляшки. Такой вариант прогрессирования атеросклеротического поражения артерий обычно не приводит к развитию острого инфаркта миокарда и мозгового инсульта. Очень важно, что в ранние сроки при подобном течении атеросклероза процесс не захватывает сонные артерии. Второй вариант развития атеросклеротического процесса имеет название очаговой стенозирующей болезни сосуда, характеризуется возникновением локальных бляшек, выступающих

<sup>23</sup> Kiechl S., Willeit J. The natural course of atherosclerosis. Part I and Part II // *Atheroscl., thromb., vasc. Biol.* 1999. Vol. 19. P. 1484—1498.



в просвет сосуда. Быстрый рост бляшек сопровождается возникновением на их поверхности изъязвлений и тромботических масс, нередко приводящих к развитию нестабильной стенокардии и последующего инфаркта миокарда, ишемического инсульта. Условия, способствующие развитию гиперкоагуляции, приводят к быстрому росту бляшки, возникновению очага ишемии. Появление ишемизированного участка ткани становится возможным из-за отсутствия или недостаточного развития коллатерального кровообращения. Именно вторая модель прогрессирования атеросклероза рано поражает внутреннюю сонную артерию, почечную артерию, артерии стопы, нередко коронарные артерии. Чаще всего нестабильными бывают небольшие по размерам атеросклеротические бляшки,<sup>24</sup> которые суживают просвет сосуда менее чем на 50%, часто не вызывая клинических проявлений и обуславливая внезапное развитие острого инфаркта, без предшествующих стенокардических болей у пациента. Крупные стабильные бляшки могут не вызывать ишемии, если в мышце сердца успевают хорошо развиться артерии-коллатерали.

В настоящее время доказано, что атеросклеротические изменения интимы артерий характеризуются дисфункцией эндотелиальных клеток.<sup>25</sup> Именно дисфункция эндотелия определяет программу развития атеросклеротической бляшки (ее склерозирование, разрыв с возникновением тромба, изъязвлений, отложение кальция). Клинические проявления атеросклероза определяются не столько размерами бляшки, сколько ее состоянием, содержанием липидов в ядре бляшки и плотностью ее фиброзной оболочки.<sup>26</sup> Стабильность или нестабильность атеросклеротической бляшки определяется в первую очередь активностью моноцитов, макрофагов, Т-лимфоцитов, которые из тока циркулирующей крови захватываются эндотелием кровеносных артерий и продуцируют провоспалительные цитокины (фактор некроза опухоли, ИЛ-1 бета и др.). Провоспалительные цитокины способствуют нестабильности атеросклеротической бляшки, вызывая ее разрыв, эрозию и запуская тем самым сложный каскад изменений: активируются тромбоциты, образуя-

---

<sup>24</sup> Falk E., Shah P. K., Fuster V. Pathogenesis of plaque disruption // *Atherosclerosis and coronary artery disease*. Philadelphia, 1996. P. 491—507.

<sup>25</sup> Гомазков О. А. Молекулярные и физиологические аспекты эндотелиальной дисфункции. Роль эндогенных химических регуляторов // *Успехи физиологических наук*. 2000. Т. 31, № 4. С. 48—62.

<sup>26</sup> Weissberg P. L. Atherogenesis: current understanding of the causes of atheroma // *Heart*. 2000. Vol. 83. P. 247—252.

щие вместе с моноцитами агрегации, включаются многие элементы свертывающей и антисвертывающей систем крови. Конечным итогом подобных реакций является возникновение нестабильной стенокардии, острого инфаркта миокарда, кардиогенного шока, фибрилляции желудочков, внезапной смерти.<sup>27</sup>

Увеличение частоты развития тяжелой артериальной гипертензии, сахарного диабета второго типа у женщин основной группы может быть обусловлено влиянием недостаточного питания в раннем детстве на дифференциацию гипоталамических центров, формирующих пищевое поведение и рост организма.<sup>28</sup> Последующая доступность пищи способствует аккумуляции избыточного жира в организме, что увеличивает риск развития сахарного диабета второго типа, тесно связанного с нарушенным (избыточным) питанием человека во взрослом периоде его жизни.

У мужчин основной группы (в отличие от женщин, переживших блокаду Ленинграда в детском или подростковом возрасте) не было выявлено существенного превышения частоты возникновения артериальной гипертензии, сахарного диабета. Можно предполагать, что данный факт может быть обусловлен различными сроками критических периодов при развитии мужского и женского организмов, а следовательно, и различными сроками повышенной уязвимости регуляторных систем (в том числе и центров гипоталамуса, оси «гипофиз—надпочечники»), регулирующих различные виды метаболизма и многие параметры гемодинамики.

Как известно, хронический гастрит является самым распространенным заболеванием желудка, но атрофический диффузный гастрит встречается значительно реже. Его развитие чаще обусловлено метаболическими нарушениями в слизистой оболочке желудка. Известно, например, что хронический гастрит встречается у 100% госпитализированных больных с инсулинзависимым сахарным диабетом средней и тяжелой степени.<sup>29</sup> У наблюдавшихся нами женщин, переживших блокаду Ленинграда в детском или подростковом возрасте, отмечалось достоверное увеличение числа случаев атрофического гастрита (8.2% против 1.3% у женщин группы сравнения).

---

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> Ravelli G. P., Stein Z. A., Susser W. et al. Obesity in young men... P. 349—354; Ravelly G. P., Van der Meulen J. H. P., Osmond C. et al. Obesity at age of 50 y in men... P. 811—816.

<sup>29</sup> Стырт Е. А. Клинико-морфологическая характеристика хеликобактер-ассоциированного хронического гастрита у больных сахарным диабетом: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Омск, 1995. 19 с.

Полученные данные согласуются с более частым распространением сахарного диабета у женщин основной группы.

Мы предполагаем, что изменения в состоянии здоровья людей среднего и пожилого возраста, переживших в детском или подростковом возрасте блокаду Ленинграда, могут являться следствием нарушенного гемоваскулярного гомеостаза в организме пожилых людей, переживших в детском или подростковом возрасте экстремальные условия жизни. Наше предположение основывается на научных фактах, показывающих связь между повышенным риском развития сахарного диабета, ожирения, артериальной гипертензии, повышенного тромбообразования, а также возникновением ишемии, атрофии любого органа и дисфункцией эндотелиальных клеток.<sup>30</sup> Дисфункция эндотелия артерий может быть обусловлена влиянием множества как эндогенных, так и экзогенно действующих факторов. Вероятно, экстремальные условия жизни в блокадном Ленинграде (голод, длительное недоедание, суррогатный характер продуктов питания и т. д.), являясь крайне неблагоприятными факторами, воздействовавшими на организм детей и подростков блокадного Ленинграда, во многом определили формирование функциональных структур эндотелия сосудов.

#### *Заключение*

Известно, что общество, создав конкретные условия жизни для подавляющего большинства своих сограждан, значительно предопределяет состояние их здоровья, продолжительность жизни, причины смерти.<sup>31</sup> основополагающие социальные факторы, такие как характер питания, материальная достаточность, образ жизни, экономическая стабильность общества, военные конфликты и т. п., влияют на исход множества заболеваний у людей. По мнению экспертов ВОЗ,<sup>32</sup> характер питания является важнейшим условием, определяющим частоту развития хронических неинфекционных заболеваний у взрослого населения. Так, резкое усиление темпов развития атеросклероза объясняется изменением режима питания и образа жизни населения во второй половине XX в. Подтверждением данного тезиса может служить выявление отдельных популяций 40-летних людей, частота развития метаболического синдрома у которых достигала 20—30 и даже 50%. Примером подобного не-

<sup>30</sup> Гомазков О. А. Роль эндогенных химических регуляторов. С. 48—62.

<sup>31</sup> WHO. Diet nutrition and the prevention...; WHO. A summary of the relationships between diet and chronic diseases. 1990. N 797. P. 52—57; WHO. Cardiovascular disease. Risk factors: new areas for research. 1990. N 841. P. 40—45.

<sup>32</sup> WHO. A summary of the relationships between diet... P. 52—57.

благополучия стали канадские индейцы племени Пима, жители тихоокеанского острова Науриан, аборигены Австралии, эмигранты из бедных слоев населения, переселившиеся в США, и др. Всех этих людей объединяет, с одной стороны, полуголодное существование в детском или подростковом возрасте, с другой — относительное благополучие в зрелом возрасте.

Прошло более полувека с тех пор, когда была снята многомесячная блокада Ленинграда. Ее последствия еще длительное время сказывались на состоянии здоровья детей, выживших в тяжелых экстремальных условиях блокадного города. Нами показано, что люди среднего и пожилого возраста, испытавшие в детском и/или подростковом возрасте длительные периоды голодания, составляют одну из групп населения с высоким риском развития ряда заболеваний. Эти люди нуждаются в дополнительной медицинской и социальной поддержке.

Состояние здоровья пожилых людей, переживших в детстве блокаду Ленинграда, является актуальной проблемой еще и потому, что современное состояние здоровья детей России, когда каждый третий ребенок в возрасте 2 лет недоедает,<sup>33</sup> позволяет предполагать грядущие неблагоприятные изменения в структуре заболеваемости и смертности взрослого населения России. Только путем решительных и немедленных действий можно устранить или хотя бы смягчить социальные факторы, неблагоприятно действующие на организм детей, подростков и беременных женщин, живущих в современной России.

---

<sup>33</sup> Welch R L, Vock N, Netrebekko O. Measur hunger in the Russian Federation using the Radimer/ Cornell hunger scale // Bulletin of the World Health Organization. 1998 Vol 76 (Pt. 2). P. 143—148.

## Противоправные действия и преступность в условиях голода

900-дневная оборона Ленинграда в годы второй мировой войны всегда воспринимается как высочайший подвиг, яркое проявление мужества и самоотверженности. Непокоренный город продемонстрировал убедительный пример выживания в экстремальной обстановке, созданной вражеской блокадой. Именно в условиях тяжелейшего времени, когда продовольственный кризис достиг своего апогея, город сражался, работал и жил. Ленинградцы делали все возможное для победы над врагом.

К сожалению, не все жители города смогли выдержать испытание. О них и пойдет речь в этой главе.

В чрезвычайных условиях военного времени попираются все правовые нормы. Статус человека резко меняется. Он оказывается в положении незащитного субъекта, полностью зависящего от военных, подчиняется жестким требованиям установленного на данный период чрезвычайного порядка. Сложившийся жизненный уклад, в том числе продовольственный, резко нарушается. Массовые и серьезные ограничения в сфере продовольственного снабжения обычно делят человеческое общество на тех, кто приспосабливается к установленному режиму, и тех, кто пытается изыскивать возможности обойти новые требования.

Обстоятельства с начала войны складывались для Ленинграда и его многочисленного населения весьма неблагоприятно.

Известно, что в мирное время зона ответственности войск Ленинградского военного округа (ЛВО) простиралась от Баренцева моря до Прибалтики. Стратегическим планом «развертывания Вооруженных Сил СССР на случай войны с Германией и ее союзниками от 15 мая 1941 года» предусматривалось развернуть Северный фронт с основными задачами — оборона Ленинграда, порта Мурманск, Кировской железной дороги и совместно с Балтийским военно-морским флотом обеспечение за ними полного господства в водах Финского залива. С этой же целью предусматривалось пере-

дать Северному фронту из ПриБВО оборону северного и северо-западного побережья Эстонской ССР.<sup>1</sup>

Но война внесла свои коррективы в стратегические планы. 29 июня 1941 г. 8-я и 11-я армии Северо-Западного фронта (СЗФ), не выдержав первого удара немцев, отошли за реку Западная Двина (р. Даугава). 27-я армия Северо-Западного фронта также удержать рубеж Рига—Даугавпилс—Краслава не смогла. Ко 2 июля образовалась большая брешь в оперативном построении наших войск. Дороги на Псков—Лугу—Ленинград и на Остров—Порхов—Новгород оказались практически открытыми. Сложилась реальная угроза удара противника своими танковыми колоннами на Ленинград с юго-запада и с юга.<sup>2</sup>

С июля 1941 г. в судьбе Ленинграда и его защитников наступал период, резко обозначивший начало продовольственных трудностей, сказавшихся на всех 900 днях блокады. Это характеризовалось следующими обстоятельствами: во-первых, Ленинград принял значительную часть населения, эвакуированного из Прибалтики и городов своей области. Город явился перевалочным пунктом для огромного потока беженцев, которые «выкачивали» продукты из имеющихся фондов, истощая запасы продовольствия.<sup>3</sup>

Другим обстоятельством, значительно усилившим нагрузку на продовольственные фонды, выступала поэтапная эвакуация населения самого города. В период с июня 1941 г. по декабрь 1942 г. из Ленинграда организовано выбыли 1 063 479 человек.<sup>4</sup> В первую очередь принимались меры к вывозу из Ленинграда детей.

Выделение фондов для обеспечения питанием эвакуируемого населения носило неплановый характер. Местные органы вынуждены были порой идти на нарушение установленного продовольственного режима.

Следует иметь в виду то, что Ленинград исконно пользовался завозным продовольствием, т. е., как говорится, «с колес», и его запасы в среднем создавались на несколько месяцев. С установлением блокады (8 сентября 1941 г.) подвоз продовольствия практически прекратился.

Враг делал все, чтобы уничтожить имеющиеся запасы продовольствия. С 8 по 10 сентября 1941 г. он произвел целевое воздушное нападение на Бадаевские склады (ул. Киевская, 1). Только 8

<sup>1</sup> Олейников Г. А. Героические страницы битвы за Ленинград. СПб., 2000. С. 75.

<sup>2</sup> Там же. С. 43.

<sup>3</sup> См.: Ленинград в осаде: Сб. документов. СПб., 1995. С. 589.

<sup>4</sup> Там же. С. 350.

сентября на эти склады было сброшено 280 зажигательных бомб. 10 сентября налет повторился, было сброшено 420 зажигательных бомб. В результате бомбовых ударов сгорело 38 продовольственных кладовых.<sup>5</sup>

В эти же дни бомбардировке подверглись магазины № 63 (ул. Блохина, д. 3/4), № 38 (пр. Добролюбова, д. 5), № 34 (Советский пр.), база № 1 (ул. Тележная, д. 9), овощная база № 2 (ул. Новорыбинская, д. 19/21), фасовочно-маринадное предприятие (Дегтярный пер., д. 5) и другие объекты продторга. Это нанесло серьезный ущерб продовольственным запасам.

Безусловно, одним из серьезных обстоятельств, значительно повлиявшим на состояние продовольственных фондов в начале битвы за Ленинград, явились запоздалые и нерешительные действия, принимаемые военными и местными властями. Известно, что Указом Президиума Верховного Совета СССР от 22 июня 1941 г. при введении военного положения предписывалось Военным советам «е) регулировать торговлю и работу торгующих организаций (рынки, магазины, склады, предприятия общественного питания), коммунальных предприятий (бани, прачечные, парикмахерские и т. д.), а также устанавливать нормы отпуска населению продовольственных и промышленных товаров...».<sup>6</sup>

Это положение в ряду с другими определяло правомочные возможности Военных советов как чрезвычайных органов военного времени. Полнота власти сосредоточивалась в руках военной администрации, решения которой носили обязательный характер для всех государственных органов, органов местного самоуправления, а также граждан и организаций. Вполне понятно, что военное положение ограничивало права и свободы личности и организаций.

К сожалению, первые 10 дней войны для Военного совета Северного фронта, ленинградских советских и партийных органов были не временем организационно-хозяйственных вопросов, в том числе и продовольственных, а временем агитационно-пропагандистских мероприятий. Видимо, нарастающая угроза городу военными и советскими органами еще не осознавалась. Только 2 июля в соответствии с директивой бюро горкома партии Ленгорисполком принял решение о создании комиссии для разрешения текущих хозяйственных вопросов в условиях войны. Но и это не поставило на первоочередную повестку дня вопрос о продовольствии и режиме

<sup>5</sup> Там же. С. 364.

<sup>6</sup> Ведомости Верховного Совета СССР. 1941. № 29.

его исполнения. Главными проблемами оставались военно-организационные (создание армии народного ополчения, производство боевой техники и вооружения, строительство оборонительных сооружений и т. д.). Только 18 июля 1941 г. в Ленинграде, Колпине, Кронштадте, Петергофе и Пушкине была введена карточная система снабжения. Карточки получили 2 652 461 человек, а 19 июля они были введены в городах Волкове, Шлиссельбурге, Сестрорецке и пригородных районах — Слуцком, Красносельском, Ораниенбаумском, Мгинском, Всеволожском и Парголовском.<sup>7</sup>

Следует иметь в виду, что беспокойство о состоянии продовольственных ресурсов в Ленинграде проявили прежде всего сотрудники УНКВД. 22 июня 1941 г. на первом военном экстренном заседании оперативного штаба начальник ОБХСС А. С. Дрязгов поставил вопрос о немедленном введении карточной системы и рассредоточении запасов продуктов по небольшим складам. Однако, как известно, карточную систему ввели только на 27-й день войны, а энергичное рассредоточение продовольствия последовало лишь после пожара на Бадаевских складах.<sup>8</sup>

Военный совет Ленинградского фронта в сентябре пытался определить ряд экстренных мер по экономии продовольствия. В числе их были такие, как: использование при выпечке хлеба в качестве примесей ячменной, овсяной, соевой и солодовой муки; сокращение 35 предприятий общественного питания, торгующих по коммерческим ценам; сокращение на 50% выработки хлебо-булочных изделий во всех предприятиях общественного питания и, следовательно, мучных блюд, создание резерва сухарей для нужд фронта<sup>9</sup> и др. С началом введения карточной системы в городе продолжали существовать коммерческие продовольственные учреждения, где продукты можно было купить по высокой цене. Следовательно, отдельные категории граждан могли приобретать продовольствие в большем количестве, чем по карточкам.

Важной мерой по созданию продовольственных резервов являлась и уборка картофеля и овощей в пригородных хозяйствах. Военный совет фронта 4 сентября 1941 г. определил меры по организации сезонных уборочных работ с целью создания запасов картофеля и овощей. Уборка картофеля, капусты и овощей была

---

<sup>7</sup> См. Июнь 1941—май 1945. О подвиге Ленинграда строками хроники / Сост. Ю. Н. Яблочкин. Л., 1989. С. 38, 39, 50, 51.

<sup>8</sup> См. Белозеров Б. П. Фронт и тыл: проблемы безопасности. 1941—1945 гг. СПб., 1999. С. 174.

<sup>9</sup> Ленинград в осаде. С. 188.



организованна, но вывезти собранное полностью не удалось, часть полей с картофелем оказалась на территории, захваченной противником.

Предвидя продовольственные трудности, горожане шли на незаконные действия. Уполномоченный Наркомата заготовок СССР Е. Фурдман информировал обком партии и облисполком о том, что «совершенно недопустимым является то, что почти во всех местах уборки создается положение, при котором каждый работающий берет себе сколько может унести картофеля и овощей, и никто этому не противодействует, приходится наблюдать на шоссе́йных трактах и в пригородных трамваях сотни людей, в мешках и корзинах уносящих урожай с полей, что является прямым нарушением постановления Военного совета, по которому установлено, что личная доля, причитающаяся за уборку, выдается в райпешоторгах в Ленинграде. Непринятие срочных мер к прекращению этой анархии приведет к разбазариванию всего урожая в частные руки».<sup>10</sup>

Но остановить эти заготовки остающейся на зиму на полях продукции было невозможно. Глубокой осенью 1941 г. поля пригородных колхозов были заполнены ленинградцами. Они пытались накопать картофеля, моркови, свеклы, набрать капусты и ее листьев и этим хотя бы на короткое время облегчить свою жизнь. В довоенном Ленинграде такие районы, как Дачное, Купчино, Шувалово, Парголово и др., являлись пригородными, и здесь было широко развито частное хозяйство. Жители этих поселков держали коров, коз, овец, свиней, кур, гусей, кроликов, широко занимались садоводством и огородничеством. Это были районы, в которых проживали рабочие Кировского завода, «Электросилы» и других фабрик и заводов города. Осенью и в начале зимы их хозяйства стали местом кражи скотины и птицы, причем подчас с угрозой физического насилия. На этот путь становились прежде всего эвакуированные из Прибалтики и районов Ленинградской области. Милиция в силу своей малочисленности и наличия других неотложных задач по обеспечению режимных мероприятий не могла активно участвовать в пресечении этих краж, и расхитители оставались безнаказанными.

Затем прошла другая волна, воспринятая органами правопорядка как явление ненормальное. Были съедены собаки и кошки, пойманы голуби и другая птица. Очевидцы одной из тыловых во-

<sup>10</sup> Там же. С. 190.

инских частей, расположенных в городе, вспоминали, что в их расположении осталась единственная кошка, которая искусно расправлялась с крысами, а их было много. Часовому вменялась в задачу и «охрана кошки».

В обстановке, сложившейся в Ленинграде, особенно в зиму 1941/42 г., перед населением встал вопрос о выживании. Большая часть жителей оказалась в исключительно сложном положении. Она полностью зависела от продовольственных ресурсов, имеющихся в городе.

Следует иметь в виду, что довоенный Ленинград в продовольственном плане был достаточно благополучным городом. Жители его не испытывали каких-либо трудностей в приобретении продуктов питания, причем по ценам, доступным практически даже малооплачиваемым категориям населения. Можно было в любом магазине приобрести все нужные продовольственные товары, и не было необходимости заниматься их накоплением впрок. Съев минимальные запасы продуктов, хранящихся в домах, эта часть населения оказалась беззащитной в продовольственном отношении. Теперь ее выживание зависело от того, как поступают в город продукты и сколько их будут выдавать каждому. Чувство постоянного голода, дистрофия своя и близких толкали на противозаконный поиск того, что можно было бы использовать в питании. Рабочие промышленных предприятий выискивали различные смазочные масла, жмыхи, клеи, приводные кожаные ремни, спирты и т. д. Все это с разрешения администрации, а то и тайно уносилось с предприятия и использовалось в питании. Но это не являлось прямой кражей продовольствия, ибо к данному виду преступного деяния не относилось и под статью УК РСФСР не подпадало.

Зимой 1941/42 г. часть населения, обезумевшая от голода и смерти родственников, была готова к эксцессам. Именно тогда были зафиксированы случаи разгрома магазинов и растаскивания хлеба при его перевозке. Пришлось усилить охрану саней с хлебом и самих пунктов его выдачи. В связи с этим дополнительные задачи были возложены на истощенных голодом сотрудников милиции Ленинграда.

Положение самой милиции было крайне сложным. В январе—феврале 1942 г. от голода скончались 378 милиционеров. Нередко были случаи смерти милиционеров от голода прямо на посту. Начальник Управления милиции Е. С. Грушко в своей докладной на имя председателя Исполкома Ленсовета в декабре 1941 г. сообщал, что от бомб, снарядов и голода в ОРУД ежедневно выбывали из

строю 60—65 человек, в отряде речной милиции — 20—25, в территориальных отделениях — до 10.<sup>11</sup>

Широкое распространение получили нарушения, связанные с продовольственными карточками. Обычным стало использование карточек погибших членов семьи и родственников. Злоупотребления допускались со стороны домоуправов и администраций некоторых предприятий. Борьба с ними была чрезвычайно затруднена отсутствием точных данных о смертности и реальном числе населения города.

В условиях блокады отчетливо выявилась и другая категория людей, которая в силу своих должностных обязанностей была связана с продовольствием. Такие должности были, есть и будут всегда, ибо общество нуждается в организованном распределении продовольствия. Это были заведующие складами, базами и кладовыми, работники хлебозаводов, магазинов и столовых. В их числе были и те, кто перевозил продовольствие по Дороге жизни, охранял склады и перевалочные базы. Именно эта категория пыталась противозаконным путем заполучить продукты как в целях личного употребления, так и для родственников и в других корыстных целях. Это был достаточно значительный слой населения, стоящий в прямом смысле слова «у кормушки».

Условия для хищений прежде всего заведующими базами, складами и кладовыми сложились в самом начале войны. Во-первых, призыв в Красную Армию по мобилизации не предусматривал времени для полного отчета материально-ответственного лица о состоянии движения продуктов и их остатке. Ревизорская проверка вообще не признавалась в период призыва в действующую армию. Безусловно были честные и порядочные должностные лица. Они с точностью передавали все продовольствие, находившееся у них на хранении, отчитывались о его прохождении и остатках. Очевидцы вспоминали, как с фронта бывшие заведующие складами и кладовыми в своих письмах в коллективы выражали беспокойство о продовольственных товарах, имеющих крайне ограниченный срок хранения, интересовались теми лицами, кому передан их склад (кладовая).

К сожалению, не все должностные лица отличались порядочностью и честностью. Отдельные из них, видя бесконтрольность, не чувствуя какой-либо ответственности за находящиеся в их веде-

<sup>11</sup> Соколов А. Ленинградская Краснознаменная // Советская милиция. 1967. № 11. С. 20; Ленинградская милиция и органы УНКВД Ленинграда в годы Великой Отечественной войны (1941—1945 гг.). Л., 1985. С. 19.

нии материальные ценности, мешками и ящиками вывозили муку, крупы, сахар, консервы, соль и другие продукты, распределяли по своим родственникам или прятали в тайники. Уже 24 июня, т. е. на 3-й день войны, была арестована повар одной из столовых Аипова, у которой дома изъяли почти полтонны разных продуктов и товаров на сумму 300 тыс. р.<sup>12</sup>

Крупные хищения осенью 1941 и весной 1942 г. были выявлены в столовых. Так, заведующий столовой Красногвардейского района, некто В., сумел «сэкономить» и похитить две тонны хлеба, 1230 кг мяса, 1,5 центнера сахара. Постоянно обворовывали и учащихся ФЗУ в столовой № 10, за два месяца здесь похитили много продуктов, предназначенных подросткам.<sup>13</sup>

Естественно, в той сложной обстановке, когда на первый план выдвигалось выполнение правительственных решений о мобилизации населения, местным органам власти было просто не по силам организовать строгую отчетность должностных лиц, это и создавало условия для хищений продовольствия. Руководству осажденного города пришлось и этот вопрос взять под контроль. Состояние продовольственного снабжения населения блокадного города оказалось в центре внимания советских и партийных органов. Эти вопросы неоднократно выносились на обсуждение Ленгорисполкома и бюро горкома партии, по ним принимались совместные или самостоятельные решения. Особое беспокойство у руководства вызывали многочисленные факты преступного отношения должностных лиц к использованию продовольственных ресурсов. Несмотря на то что в 1942 г. снабжение города улучшилось, нарушения не прекращались. В декабре 1942 г. состояние общественного питания было вынесено на рассмотрение бюро городского комитета партии. Были вскрыты многие серьезные недостатки в работе столовых и намечены соответствующие меры ее улучшения. Однако повторная проверка в феврале 1943 г. в пяти столовых Куйбышевского района, а также ресторанов «Москва», «Метрополь», «Бристоль» и других выявила целый ряд преступлений в сфере питания граждан. Так, в столовой № 23 каждому столующемуся только в феврале недодали овощей 2000 г, дрожжей белковых — 200 г, соевых продуктов — 2350 г, сухофруктов — 270 г, жиров — 55 г<sup>14</sup> и т. д.

<sup>12</sup> Блокада рассекреченная. СПб, 1995. С. 205

<sup>13</sup> Белозеров Б П Фронт и тыл: проблемы безопасности. 1941—1945 гг. С. 175.

<sup>14</sup> ЦГАИПД СПб., ф. 25, оп. 2, д. 4687, л. 33.

В феврале 1943 г. серьезной проверке подверглись военные госпитали и больницы системы Ленгорздравотдела, где также выявлены были многочисленные вопиющие факты обкрадывания больных. В больницах им. Нахимсона, им. Карла Либкнехта и др. приготовление и отпуск пищи производились бесконтрольно, выход готовой продукции не указывался. За счет больных ежедневно питались 6—8 человек медицинского персонала, которые карточки свои не сдавали. В госпитале № 109 в декабре 1942 г. было не додано 22.7% жиров, 49% картофельной муки, 91% овощей, 50% чая и т. д.<sup>15</sup>

Были случаи, когда сами руководители предприятий и учреждений использовали в корыстных целях незаконные возможности получения продовольствия. При этом практиковались такие приемы, как: завышение численности работающих, включение в списки «мертвых душ», подделка подписей и т. д. Так, в январе 1943 г. Управление пожарной охраны города представило списки питающихся сотрудников на 247 человек больше фактического состава, а Управление трудовых ресурсов — на 613 человек.<sup>16</sup>

На ряде предприятий города были случаи завышения числа работающих, что позволяло администрации получать продукты для столовой в большем, чем им полагалось, количестве. Рабочие карточки выдавались служащим на заводе им. Егорова, в трамвайно-троллейбусном парке и др. Только здесь в январе 1943 г. было незаконно выдано около 100 рабочих карточек. В условиях голода была создана новая форма стимулирования труда и помощи отличившимся рабочим. Это были так называемые стахановские талоны на получение дополнительных порций еды в заводской столовой. Распределением талонов занимались лично начальники цехов и мастера, что делало возможным субъективизм в их раздаче и злоупотребления. В Ленэнерго, например, группа руководящих работников в лице заместителя управляющего, помощника управляющего, зам. главного инженера и секретаря парторганизации только в апреле 1943 г. «съела» фонды 600 талонов, предназначенных для рабочих. Ими было расхищено с декабря 1942 г. по апрель 1943 г. более тонны продуктов, в том числе мясо, масло, сахар, консервы и др.<sup>17</sup>

В начале июня 1945 г. начальник Управления НКВД по Ленинградской области П. Н. Кубаткин сообщал А. А. Кузнецову, что

---

<sup>15</sup> Там же, л. 56.

<sup>16</sup> Там же, л. 82.

<sup>17</sup> Там же, д. 4743, л. 11—12.

арестована группа, которую возглавлял начальник инспекции Горпромторга. Принимая участие в работе комиссии по проверке и уничтожению использованных продовольственных талонов, преступная группа похищала талоны, сбывала их через своих людей в магазинах и полученные продукты продавала по спекулятивным ценам. За март—июнь 1942 г. преступники по похищенным талонам получили в торговой сети свыше тонны масла, крупы, мяса и сахара.<sup>18</sup>

Махинации с продовольственными карточками весьма трудно пресекались работниками милиции. Если в 1942 г. и начале 1943 г. удалось сократить число продовольственных преступлений (кражи, спекуляции), то злоупотребления с карточками (ст. 169 ч. II УК РСФСР) не прекращались. В декабря 1942 г. в народные суды поступило 249 дел против 259, поступивших в июне. Эти дела рассматривались в короткие сроки, как правило, до 10 дней.<sup>19</sup> И на протяжении последующих лет войны это противоправное деяние оставалось одним из главных хищений продовольствия.

Даже суровые меры воздействия не могли их приостановить. Накануне блокады за расхищение продовольствия должностные лица осуждались на срок от 2 до 3 лет лишения свободы. С началом же блокады в среднем — на 8 лет, а с ноября 1941 г. и до конца зимы за такие преступления уже приговаривали к высшей мере наказания.<sup>20</sup>

Малейшая безответственность, недостаток контроля за продовольствием в период голода создавали условия для спекуляции. Используя серьезные продовольственные трудности, спекулянты втридорога продавали продукты питания или выменивали их на ценные вещи. Эти преступные деяния проявились сразу же, как только стал ощущаться недостаток продовольствия. Цены на продукты питания, в том числе и на заменители, резко возрастали по мере ухудшения продовольственного снабжения. В октябре—ноябре 1941 г. на рынках или толчках можно было купить продукты питания по ценам: хлеб — 100 г за 30 р.; масло — 100 г за 70—80 р.; сахар — 100 г. за 30 р.; мясо — 1 кг за 200 р.; конину — 1 кг за 150 р.; картофель — 1 кг за 60 р.; жмых — 1 кг за 80—100 р.; шоколад «Спорт» — 100 г за 130—160 р.; конфеты шоколадные — 1 шт. за 5 р. На этих же рынках можно было обменять продукты на

<sup>18</sup> *Ломагин Н А* В тисках голода. Блокада Ленинграда в документах германских спецслужб и НКВД. СПб, 2000. С. 239.

<sup>19</sup> Ленинград в осаде С 450.

<sup>20</sup> См.: Ленинградская правда. 1941. 1 авг., 30 сент., 2 окт., 12 нояб., 20 нояб., 13 дек.

промтовары по следующей стоимости: за дамское кроличье пальто — 1 пуд картофеля; за карманные часы — 1.5 кг хлеба; за валенки с галошами — 4 кг жмыха; за русские сапоги — 3 кг хлеба.<sup>21</sup>

До войны в городе имелась определенная категория людей, обладавших значительными материальными ценностями. В блокаду они меняли: золотые и серебряные изделия, меха, картины и книги на хлеб и другие продукты питания. Рассказывали, что за мерзлую конскую ногу ловкие дельцы выменяли библиотеку с уникальными книгами. Но эта «нога»... спасла жизнь ленинградке. Супы из конины помогли ей выжить.

Черные рынки доставляли много хлопот работникам милиции. Истощенным от недоедания сотрудникам милиции приходилось бороться со спекулянтами и этим пресекать разворовывание продовольствия на складах и в сети общественного питания.

Военный совет Ленинградского фронта неоднократно обращал внимание руководителей советских и партийных органов на необходимость всемерного усиления борьбы со спекуляцией. Так, в апреле 1942 г. своим специальным постановлением «Об усилении борьбы со спекуляцией» Военный совет потребовал от институтов власти, и прежде всего правоохранительных органов, принять все меры к борьбе с разросшейся спекуляцией продуктами питания.<sup>22</sup>

На необходимость бережного отношения к военному имуществу и продовольствию указал и Государственный Комитет Обороны (ГКО). 3 марта 1942 г. он принял постановление № 1379С «Об охране военного имущества Красной Армии в военное время». В постановлении прямо указывалось: «Исходя из того, что хищения и разбазаривание военного имущества подрывают военную мощь Союза Советских Социалистических Республик, люди, творящие эти злодеяния, должны быть рассматриваемы как враги народа...»<sup>23</sup> В постановлении говорилось:

«1. Установить на военное время:

— за хищения (воровство) оружия, боеприпасов, продовольствия, обмундирования, снаряжения, горючего и прочего военного имущества, совершенные складскими работниками и другими лицами, в непосредственном ведении которых постоянно или временно находилось это народное достояние;

— за хищения (воровство) тех же предметов военного снабжения лицами, ответственными за сохранность или сопровождение

<sup>21</sup> Ленинград в осаде. С. 412.

<sup>22</sup> Белозеров Б. П. Фронт и тыл: проблемы безопасности. 1941—1945 гг. С. 181.

<sup>23</sup> ИЦ ГУВД СПб. и ЛО, ф. 1, оп. 1, д. 89, л. 9.

воинских грузов на железнодорожном, водном, авиационном транспорте, а равно водителями или сопровождающими грузовые автомашины и повозными, — высшую меру наказания — расстрел с конфискацией всего личного имущества преступника.

2. Лиц, принявших в свое пользование или на хранение упомянутое в ст. 1 настоящего постановления имущество, зная заведомо о том, что оно похищено или незаконно приобретено, а равно всех лиц, незаконно приобретающих и хранящих оружие, военно-техническое имущество, военное обмундирование и другие предметы военного образца, подвергать судебной ответственности как соучастников (ст. 17 и примечание 2 к ст. 193-1 УК РСФСР по редакции СУ 1936 № 1 высшая мера наказания).

3. За разбазаривание указанного в ст. 1 настоящего постановления военного имущества, а именно:

— за отпуск должностным лицам на довольствие войск или отдельным военным служащим продовольствия или военного имущества сверх установленной нормы;

— за оставление военного имущества без надзора, когда это не вызывалось условиями боевой обстановки;

— за оставление противнику боевой техники и другого военного имущества в обстановке, когда это не вызывалось военными обстоятельствами;

— за нарушение правил хранения военного имущества, последствием чего явились порча или хищение имущества;

— за недостачу должностными лицами служб снабжения довольствующим органам тары от продовольствия, боеприпасов и подлежащей возврату народному хозяйству — подвергать лишению свободы не ниже 5 лет с удержанием стоимости утраченного или испорченного имущества».<sup>24</sup>

Вполне понятно, что такое жесткое решение ГКО в тех условиях было необходимо. Это еще раз подчеркивает важность оперативного принятия мер в чрезвычайных условиях по сохранению и правильному, законному использованию продовольствия для войск. Для Ленинграда, его защитников это постановление было крайне важным. Оно потребовало принятия суровых мер со стороны военных властей к сохранению продовольствия и имущества. 3 марта 1942 г. нарком обороны И. В. Сталин издал приказ № 0169 «Об улучшении охраны и мерах наказания за хищения и разбазаривание военного имущества». 15 марта 1942 г. нарком внутренних

<sup>24</sup> Там же, л. 9—11.



дел СССР своим приказом не только объявил эти документы «для руководства и неукоснительного выполнения», но и определил ряд мер по борьбе с хищениями, в том числе и на транспорте. В частности, войска НКВД по охране железных дорог были задействованы для выполнения требований названных документов. В 1942 г. войсками НКВД по охране грузов на транспорте было задержано расхитителей грузов, в том числе и продовольственных, 10 170 человек, предотвращено 5904 случая хищений грузов. У задержанных было изъято 105 564 кг различных грузов.<sup>25</sup> В 1943 г. войсковые наряды задержали 16 232 расхитителя грузов.<sup>26</sup>

Приказ НКО строго-настрога предупреждал об ответственности всех воинских начальников за наведение порядка в охране и использовании военного имущества. В пункте 2 приказа говорилось: «Командующим войсками фронтов, армий и округов, командирам частей и соединений, начальникам военных учреждений в 15-дневный срок проверить все пункты хранения продовольствия, фуража, вещевого и прочего имущества, принять меры к надежной охране и сохранности имущества от порчи и хищений» и далее в п. 6 указывалось: «За неприятие конкретных мер на месте по сохранению оружия, боевой техники и всего вообще военного имущества, равно за ограниченность только бумажными указаниями наказывать бездельников, применяя высшие меры дисциплинарных прав, а также по суду, как за должностное преступление».<sup>27</sup>

Все дела, связанные с рассмотрением указанных преступлений, предусматривалось решать в течении трех дней. Для повышения ответственности тех лиц, которые доставляли или сопровождали груз, был разработан и утвержден специальный открытый лист. В приказе НКО № 0169 (п. 10) указывалось: «Сопровождающих, водителей, повозочных, предъявивших грузы в меньших количествах против показаний открытых листов, в случае отсутствия у них законных доказательств о недостатках, арестовывать и немедленно предавать суду Военного трибунала, согласно объявленного постановления ГКО».<sup>28</sup>

На открытом листе прямо указывалось: «За хищения, утрату грузов водитель, повозочный, сопровождающий подлежит немедленному аресту и суду Военного трибунала по законам военного

<sup>25</sup> Цит. по: *Алексеев А. Е. Внутренние войска в годы Великой Отечественной войны (1941—1945 гг.)*. СПб., 1996. С. 56.

<sup>26</sup> Там же.

<sup>27</sup> ИЦ ГУВД СПб. и ЛО, ф. 1, оп. 1, д. 89, л. 6—8.

<sup>28</sup> Там же, л. 9—11

времени».<sup>29</sup> Этим указанные лица сразу предупреждались, что к ним могут быть приняты строгие меры, если они допустят хищение или утрату грузов. Вполне понятно, что страх перед наказаниями, определенными ГКО и НКО, серьезно повлиял на предупреждение расхищения продовольствия и другого имущества.

Всякий экстремальный период, возникающий в связи с различными чрезвычайными обстоятельствами, требует очень серьезного организационно-административного обеспечения. Именно в такие периоды и тем более в условиях войны всегда появляются те, кто паразитирует на горе и страданиях других, совершая преступные деяния, связанные с хищениями, мародерством, бандитизмом. Наиболее опасной категорией нарушителей в блокированном Ленинграде, вставшей на преступный путь приобретения продовольствия, были те, кто создавал организованные группы расхитителей и сбытчиков продуктовых товаров.

Зимой 1941/42 г. организованные преступные банды грабили магазины, захватывали машины и сани с хлебом. Борьба с бандитизмом стала одной из серьезнейших проблем в работе отдела борьбы с бандитизмом (ОББ) УНКВД г. Ленинграда. Она требовала от сотрудников полной самоотдачи, высокого профессионализма, смелости, а главное — физических сил, которых уже не было у сотрудников милиции. Но эта борьба была необходима, ибо она касалась самого главного — продовольствия. Угроза продовольственному снабжению населения со стороны бандитских групп была чрезвычайной. Это был удар, сводивший на нет все усилия по доставке продовольствия и обеспечению им защитников города-фронта. В банды входили дезертиры, уклоняющиеся от призыва в действующую армию, бежавшие из мест заключения и другие уголовные элементы. Они втягивали в свою преступную среду детей и подростков, оставшихся без родителей. Бандитские группы насчитывали от 2 до 6 человек и, как правило, имели оружие и нередко вступали в перестрелку с рядами милиции.

Бандитизм статьей 59-3 УК РСФСР квалифицировался как тягчайшее преступление, за которое предусматривалось наказание вплоть до смертной казни. Понимая опасность для общества вооруженных дезертиров и их участия в бандитизме, Совет Народных Комиссаров СССР своим постановлением № 251/51 С от 30 мая 1942 г. прямо указывал, что дезертиры Красной Армии и Военно-Морского Флота, уличенные в грабежах, вооруженных налетах и

<sup>29</sup> Там же.

контрреволюционной деятельности, привлекаются к уголовной ответственности по ст. 58-1 б и подлежат заочному осуждению. Члены же семей этих осужденных по вступлении приговора в законную силу подлежат ссылке на 5 лет в отдаленные местности страны.<sup>30</sup> Борьба с бандитизмом велась с самого начала войны. За последние пять месяцев 1941 г. по ст. 59-3 УК РСФСР было возбуждено 39 дел, и раскрываемость преступлений составила 82,2%.<sup>31</sup>

В первой половине 1942 г. значительное распространение получили такие преступления, как убийства и покушения на убийства с целью овладения продкарточками и продуктами питания. В первом полугодии за эти виды преступлений были арестованы и осуждены 1216 человек, во второй половине — 546 человек.<sup>32</sup> Справиться с бандитами сотрудникам ОББ удалось только в 1943 г. После прорыва блокады бандитизм снизился в четыре раза, а раскрываемость его составила 99,5%. Сотрудникам ОББ удалось обезвредить несколько крупных банд, у которых было изъято: 18 винтовок, 14 гранат, 1 автомат, 8 пистолетов, 6 сабель и 17 охотничьих ружей.

В самый тяжелый период блокады участились и вооруженные ограбления (ст. 167 ч. 3 УК РСФСР). И этот вид преступления в 1943 г. удалось сократить более чем в 10 раз.<sup>33</sup> С июня 1941 г. по 1 августа 1943 г. за бандитизм (ст. 59-3 УК РСФСР) Военным трибуналом было осуждено 2104 человека, в том числе к высшей мере наказания — 435 (20,5%), к лишению свободы — 1669 (79,5%).<sup>34</sup> Но и после снятия блокады уровень преступности снизился не сразу. В первом полугодии 1944 г. было зарегистрировано 41 бандпроявление, во втором полугодии — 29, в области соответственно 43 и 23.<sup>35</sup>

В условиях жесточайшей блокады возник новый вид преступления — употребление в пищу человеческого мяса — каннибализм.<sup>36</sup> Использовалось мясо как убитых людей, так и трупов. Уже первые преступления подобного рода потребовали создания специальной группы в Уголовном розыске УНКВД. В ее состав вошли оперуполномоченные следователи и врачи-психиатры. Военный прокурор города А. И. Панфиленко 21 февраля 1942 г. в своей докладной записке секретарю ГК ВКП (б) А. А. Кузнецову указывал: «...с

<sup>30</sup> Там же, д 88, л. 104.

<sup>31</sup> Там же, ф 29, оп. 1, д. 6, л. 23—26.

<sup>32</sup> Ленинград в осаде С 454

<sup>33</sup> ИЦ ГУВД СПб. и ЛО, ф. 29, оп. 1, д. 6, л. 23—26.

<sup>34</sup> См.: Ленинград в осаде. С. 457.

<sup>35</sup> ИЦ ГУВД СПб. и ЛО, ф. 1, оп. 1, д. 175, л. 628, 629.

<sup>36</sup> Подробнее см. *Дзенискевич А. Р. Бандитизм (особая категория) в блокированном Ленинграде // История Петербурга. 2001. Январь. № 1. С. 47—51.*

момента возникновения в Ленинграде подобного рода преступлений, т. е. с начала декабря 1941 по 15 февраля 1942 г., органами расследования за совершение этих преступлений было привлечено к уголовной ответственности: в декабре 1941 г. — 26 человек, в январе 1942 г. — 366 человек и за первые 15 дней февраля 1942 г. 494 человека».<sup>37</sup>

К борьбе с каннибализмом в помощь милиции были привлечены органы госбезопасности, контрразведки Ленинградского фронта и бойцы комсомольского полка охраны революционного порядка. По данным научного сотрудника Музея истории милиции Р. Славина (Р. М. Любвина), уже в 1942 г. число страшных преступлений пошло на спад. В 1943 и 1944 гг. случаи каннибализма и трупоедства в криминальной хронике блокированного Ленинграда уже не отмечались.<sup>38</sup>

По мере того как отступали наиболее опасные преступления, работники милиции получали возможность усиливать борьбу с расхитителями продуктов питания. За период с 1 июля 1941 г. по 30 апреля 1943 г. сотрудниками ОБХСС было привлечено к уголовной ответственности 11 059 человек. А за весь период голода — 13 545.<sup>39</sup>

Благодаря неутомимой работе сотрудников милиции за годы блокады у преступников было конфисковано: 23 317 736 р. наличными, 4 081 600 р. в облигациях, на 73 420 р. золотых монет, бриллиантов на 6428 каратов, 767 кг серебра, 40 846 долларов.<sup>40</sup>

В выявлении расхитителей продовольствия оказывали помощь сами трудящиеся города. Они обращались в военные, партийные и советские органы с заявлениями, в которых гневно осуждали тех, кто в трудное время крал продовольственные товары. В начале 1943 г. группа работниц (16 человек) завода № 211 направила в адрес секретаря горкома партии А. А. Жданова письмо, в котором говорилось: «Мы великолепно знаем, что на столовую отпускаются дополнительные продукты, и если бы все это мы получали полностью, то мы бы не голодали и не были бы больными людьми (дистрофиками).

Вы посмотрите на весь штат столовой (при заводе), как они выглядят — „их можно запрягать и на них пахать“. Они от нас отнимают все эти граммы, которые выливаются в килограммы, и на них справляют себе вещи и занимаются спекуляцией...».<sup>41</sup> Действитель-

<sup>37</sup> См. Ленинград в осаде. С. 421.

<sup>38</sup> Секретные материалы. 2000. № 19 (38). С. 25.

<sup>39</sup> ИЦ ГУВД СПб и ЛО, ф 1, оп 1, д 222, т. 2, л. 102.

<sup>40</sup> Музей Краснознаменной милиции Санкт-Петербурга, фонд Ю. Ф. Пименова.

<sup>41</sup> ЦГАИПД СПб., ф. 25, оп. 2, д. 4707, л. 2.

но, только за 25 дней февраля каждый питающийся по рационной карточке недополучил по 295 г крупы, 80 г жиров, 2475 г соевой продукции, 3 кг овощей и 150 г сухофруктов.<sup>42</sup>

Можно ли было спокойно относиться к таким явлениям, как устройство банкетов за счет поощрительных талонов? Например, на заводе № 222 был устроен банкет за счет продуктов, полученных от 1500 пайков, выделенных рабочим и служащим, перевыполнившим нормы выработки.<sup>43</sup> Естественно, возмущение рабочих было массовым, и они требовали принятия строгих мер к виновным.

Эти и другие факты, выявленные в ходе массовых проверок, стали предметом серьезного разговора на совместных заседаниях Ленгорсовета и горкома партии. 17 февраля 1943 г. бюро ГК ВКП (б) обсуждает состояние питания в госпиталях и больницах, находящихся в ведении горздравотдела, 28 февраля совместно с ответственными и советскими работниками горком рассматривает меры по усилению борьбы с расхищением и разбазариванием продовольственных и промышленных товаров. В июне бюро ГК ВКП (б) рассматривает один из серьезных вопросов, касающихся расточительства продовольствия на оборонных заводах города. В этом же месяце изучается практика работы контрольно-учетных бюро при отделах торговли в Октябрьском и Свердловском районах города.<sup>44</sup>

Анализ проверок показал, что основными причинами хищений продовольственных и промышленных товаров является отсутствие надлежащего учета и контроля продовольствия по всей цепочке его прохождения от склада до потребителя. На складах и базах состав работников не отобран, на эти «хлебные» места зачастую назначаются люди с сомнительной репутацией. Руководители предприятий лично сами не осуществляют контроля за распределением продкарточек и талонов.

Запоздалыми решениями определялись суровые меры, в которых указывалось на немедленное упорядочение учета всех видов продовольственных и промышленных товаров в торговых предприятиях. Все материально-ответственные лица, по вине которых допущена недостача, привлекались к уголовной ответственности с возмещением нанесенного ущерба по рыночным ценам.

Дополнительные задачи возлагались на милицию по обеспечению контроля за печатанием и хранением продовольственных карточек и талонов в типографиях и участковых бюро. Военной про-

<sup>42</sup> Там же, д. 4701, л. 17

<sup>43</sup> Там же, д. 4687, л. 82

<sup>44</sup> Там же, д. 4759, л. 4, 37.

куратуре и управлению Наркомюста предлагалось в месячный срок рассмотреть в судебных инстанциях все находящиеся в производстве дела, связанные с расхищением и разбазариванием продовольственных товаров; организовать доведение вынесенных приговоров до граждан через местную газету «Ленинградская правда».<sup>45</sup>

Многие руководители предприятий и учреждений, партийные работники были отстранены от занимаемых должностей, и материалы об их участии в разбазаривании продовольствия переданы в следственные органы УНКВД.

Особую опасность представляло хищение военного имущества и продовольствия со специальных баз и складов, которые были созданы для обеспечения частей фронта. Следует иметь в виду, что основными лицами, которые в условиях жесточайшего голода совершали расхищение продовольствия, здесь были прежде всего начальники военных баз и складов, кладовщики, старшие колонн автомобилей, водители и др. Обманным путем или прямым хищением они добывали продовольствие и тайно стремились привезти его в Ленинград как для себя и своих родственников, так и для продажи. Этим противоправным действиям, к сожалению, способствовала низкая организация охраны баз и складов и пропускной системы грузов.

В условиях уже начавшейся блокады города безопасность продовольствия не была достаточно обеспечена. Лишь некоторые объекты находились под войсковой охраной, а остальные, как правило, обслуживались военизированными отрядами и просто сторожами. Медлительность в принятии необходимых мер по усилению охраны негативно сказалась на сохранности продуктов. Особенно это касалось периода накопления и переброски продовольствия в осажденный город. Его доставка и сбережение в пути и на базах стали первостепенным делом не только городских властей и милиции, но прежде всего военного командования. 16 ноября 1941 г. командующий Ленинградским фронтом генерал-лейтенант М. С. Хозин лично поставил задачу командиру 23-й дивизии войск НКВД на выделение специальных частей для охраны продовольственных складов и грузов, перевозимых по Дороге жизни. Гарнизоны дивизии не только охраняли, но и обороняли продовольственные склады и базы в Тихвине, Гостинополе, Новой Ладогге, Сясьстрое, Бухте Гольсмана, Ваганове и других местах.<sup>46</sup> Военный совет Ленинград-

<sup>45</sup>Там же, д. 4687, л. 83—85.

<sup>46</sup>ЦАМО РФ, ф. 217, оп. 1217, д. 109, л. 206.

ского фронта своими постановлениями от 27 января и 21 февраля 1942 г. возложил на войска НКВД задачу сопровождения и обеспечения сохранности грузов по Ириновской железной дороге с западного берега Ладоги до Ленинграда, а также непосредственную их охрану на станциях и складах в самом городе.<sup>47</sup> К апрелю 1942 г. под ответственностью войск НКВД находились 16 продовольственных и 3 артиллерийских объекта, вещевой и угольный склады, две базы горючего. Летом и осенью к ним добавилось еще 19 объектов.<sup>48</sup>

22 ноября 1942 г. Военный совет Ленинградского фронта своим постановлением «Об организации перевозок через Ладожское озеро в зиму 1942—1943 г.» предписал «охрану грузов на складах восточного и западного берега Ладожского озера оставить за командиром 23-й дивизии войск НКВД».<sup>49</sup> Принятие этого решения диктовалось исключительными обстоятельствами. Продовольствие расхищалось разными лицами, и прежде всего должностными армейскими чинами, которые использовали свое служебное положение. Известны многочисленные факты хищения продовольствия интендантским составом тыловых частей фронта.

На специально созданные полки, бригады и комендатуру 23-й дивизии НКВД возлагалась задача сопровождения вагонов с грузами. В 1942 г. для этих целей выделялось 10 872 караула, которые обеспечили безопасность и сохранность 141 398 вагонов. За 9 месяцев, предшествующих полному разгрому фашистских войск под Ленинградом, 20 780 войсковых нарядов обеспечивали доставку 202 537 вагонов с грузами для города и фронта.<sup>50</sup>

История свидетельствует, что природно-экономические, техногенные, военные и иные катастрофы приводят к тяжелейшему положению целые народы, особенно их неактивную часть (детей, стариков). Убедительным подтверждением этому является вторая мировая война. На долю Ленинграда и его защитников выпали тяжелейшие испытания. Блокада поставила население города на грань выживания.

В этих условиях не все ленинградцы смогли остаться законопослушными гражданами. И это приходится признать. По данным прокуратуры города, с 1 июля 1941 г. по 1 июля 1943 г. военными

<sup>47</sup> Внутренние войска в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.: Документы и материалы. М., 1975. С. 175—176.

<sup>48</sup> РГВА, ф. 38274, оп. 1, д. 8, л. 8—9.

<sup>49</sup> ЦАМО РФ, ф. 217, оп. 1217, д. 109, л. 296.

<sup>50</sup> РГВА, ф. 38274, оп. 1, д. 8, л. 45.

трибуналами было осуждено за преступления разного рода 15 193 человека, 2093 из них получили высшую меру наказания.<sup>51</sup>

К чести ленинградцев, настоящих преступников, даже в тех тяжелейших условиях, в городе, оказалось, как видим, сравнительно немного

---

<sup>51</sup> Ленинград в осаде С 461



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, еще не все поставленные проблемы изучены достаточно полно. В большей мере это относится к теме долговременных медицинских последствий голодной блокады. Хотя именно этот вопрос имеет большое теоретическое и практическое значение.

Мы сделали в этом направлении то, что могли. Всю проблему решить было не в наших силах. Такую задачу мы перед собой и не ставили.

Серьезное исследование проблемы отдаленных последствий голодной блокады возможно лишь при объединении усилий нескольких коллективов научно-исследовательских институтов соответствующего профиля.

Свою главную задачу мы видим в том, чтобы привлечь внимание научной общественности к нерешенным проблемам. Время уходит, а сделано не все из того, что можно и следовало сделать.

Мировую научную общественность в настоящее время все больше волнует проблема выживания человека в чрезвычайных, экстремальных условиях. Она имеет большое чисто практическое значение, так как подобные ситуации постоянно возникают в разных местах нашей планеты. И если развитие земной цивилизации будет продолжаться в том же направлении, как и сейчас, то можно ожидать дальнейшего нарастания экстремальных ситуаций.

В этих условиях проблема выживания человека становится все более и более важной. Внимательное изучение ленинградского блокадного материала могло бы содействовать углублению знаний в этой столь важной области.

И если наш скромный труд напомнит ученым разных специальностей о необходимости вернуться к проблемам последствий войны и блокады и выполнить долг перед теми, кто находился в осажденном Ленинграде, мы будем считать, что достигли своей главной цели.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

- Барбер Джон Дуглас** — д-р политологии, ст. науч. сотр. Кингс Колледжа, Кембридж, Великобритания.
- Белозеров Борис Петрович** — д-р ист. наук, канд. юридич. наук, профессор кафедры истории Органов внутренних дел СПб. университета МВД России, профессор СПб. Гуманитарного университета профсоюзов, действ. чл. Академии Военно-исторических наук (АВИН).
- Дзенискевич Андрей Ростиславович** — д-р ист. наук, вед. науч. сотр. СПб. ФИРИ РАН, лауреат Государственной премии СССР, действ. чл. АВИН.
- Козлов Игорь Михайлович** — д-р биол. наук, д-р пед. наук, профессор кафедры биомеханики Академии физической культуры им. П. Ф. Лесгафта, действ. чл. Петровской академии наук и искусств; иностранный чл.-кор. Общества биомехаников (Китай), почетный профессор НИИ спорта (Китай).
- Магаева Светлана Васильевна** — д-р биол. наук, вед. науч. сотр. Института общей патологии и патофизиологии РАМН, Москва.
- Самсонова Алла Владимировна** — д-р пед. наук, и. о. профессора кафедры биомеханики Академии физической культуры им. П. Ф. Лесгафта.
- Фролов Михаил Иванович** — д-р ист. наук, профессор кафедры истории Лен. обл. ун-та им. А. С. Пушкина, действ. чл. и вице-президент АВИН, действ. чл. Академии акмеологических наук.
- Хорошинина Лидия Павловна** — канд. мед. наук, ассистент кафедры гериатрии СПб. Медицинской академии последипломного образования.
- Черепенина Надежда Юрьевна** — заведующая отделом публикации документов ЦГА СПб.
- Чирский Вадим Семенович** — канд. мед. наук, преподаватель Военно-медицинской академии, подполковник мед. службы.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АУФСБ** — Архив Управления Федеральной службы безопасности РФ по С.-Петербургу и Ленинградской области.
- ВММ** — Архив Военно-морского музея.
- ВОАНПИ** — Вологодский областной архив новейшей политической истории.
- ГАВО** — Государственный архив Вологодской области.
- ГАРФ** — Государственный архив РФ.
- ГАЯО** — Государственный архив Ярославской области.
- ИЦ ГУВД СПб. и ЛО** — Информационный центр Главного управления Внутренних дел С.-Петербурга и Ленинградской области.
- РГАСПИ** — Российский государственный архив социально-политической истории.
- РГАЭ** — Российский государственный архив экономики.
- РГВА** — Российский государственный военный архив.
- ЦАМО РФ** — Центральный архив Министерства обороны.
- ЦГА СПб.** — Центральный государственный архив С.-Петербурга.
- ЦГАИПД СПб.** — Центральный государственный архив историко-политических документов С.-Петербурга.
- ЦГАНТД СПб.** — Центральный государственный архив научно-технической документации С.-Петербурга.
- ЦДНЛЯО** — Центр документации новейшей истории Ярославской области.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ .....	3
ВВЕДЕНИЕ. Голод в мировой истории и блокада Ленинграда ( <i>Дж. Д. Барбер</i> )	5
Глава 1. Демографическая обстановка и здравоохранение в Ленинграде накануне Великой Отечественной войны ( <i>Н. Ю. Черепенина</i> ) .....	18
Глава 2. Голод и смерть в блокированном городе ( <i>Н. Ю. Черепенина</i> ) .....	35
Глава 3. Заболеваемость и смертность эвакуируемых по пути от Ленинграда до Костромы ( <i>М. И. Фролов</i> ) .....	81
Глава 4. Научно-исследовательская работа медицинских учреждений ( <i>А. Р. Дзенискевич</i> ) .....	98
Глава 5. Физиологические и психосоматические предпосылки выживания и восстановления ( <i>С. В. Магаева</i> ) .....	141
Глава 6. Работа военных и гражданских патологоанатомов ( <i>В. С. Чирский</i> ) ....	186
Глава 7. Влияние блокады на физическое развитие детей и подростков ( <i>И. М. Козлов, А. В. Самсонова</i> ) .....	202
Глава 8. Отдаленные последствия длительного голодания детей и подростков (секционные данные) ( <i>Л. П. Хорошичина</i> ) .....	227
Глава 9. Противоправные действия и преступность в условиях голода ( <i>Б. П. Белозеров</i> ) .....	245
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	265
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ .....	266
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....	267

**ЖИЗНЬ И СМЕРТЬ В БЛОКИРОВАННОМ ЛЕНИНГРАДЕ**  
**Историко-медицинский аспект**

Редактор издательства *Е. А. Гольдич*  
Художник *Ю. П. Амбросов, А. Яковлев*  
Корректоры *Е. М. Буланина, О. В. Махрова*  
Компьютерная верстка *В. В. Шеиной*

Издательство «Дмитрий Буланин»  
ЛР № 061824 от 11.03.98

Подписано к печати 20.09.01  
Формат 60×90  $\frac{1}{16}$ . Бумага офсетная.  
Печать офсетная. Гарнитура Таймс.  
Печ. л. 17. Уч.-изд. л. 15.  
Тираж 800. Заказ № 4313

Отпечатано с готовых диапозитивов  
в Академической типографии «Наука» РАН  
Качество соответствует предоставленным оригиналам.  
199034 Санкт-Петербург 9 линия, 12

*Заказы присылать по адресу*  
**«ДМИТРИЙ БУЛАНИН»**  
199034, С.-Петербург,  
наб. Макарова, 4  
Институт русской литературы  
(Пушкинский Дом)  
Российской Академии наук  
Телефон: (812) 235-15-86  
Телефакс: (812) 346-16-33  
E-mail: bulanina@nevsky.net