Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Институт монголоведения, буддологии и тибетологии
Сибирского отделения Российской академии наук

В. Ю. Башкуев

Европейская медицина и традиционное общество в монгольском мире (последняя треть XIX – первая половина XX в.)

Иркутск
Оттиск
2021

УДК 94 (571.5)
ББК 63.3 (2Р54)
Б 33

Утверждено Ученым советом ИМБТ СО РАН

Научный редактор:
д. и. н., проф. Л. В. Курас
Рецензенты:
д. и. н. Ц. П. Ванчикова
д. и. н. С. И. Кузнецов
д. м. н. А. Н. Плеханов

Издание осуществлено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, грант № 16-01-00284а «Европейская медицина в контексте социалистической трансформации монгольских народов: конфликт и взаимодействие (1920-е -1970-е гг.)»

Б 33 **Башкуев В. Ю.** Европейская медицина и традиционное общество в монгольском мире (последняя треть XIX – первая половина XX в.) / В. Ю. Башкуев / науч. ред. Л. В. Курас. – Иркутск: Изд-во «Оттиск», 2021. – 416 с.

Монография продолжает серию работ, посвященных взаимодействию России и монгольских народов Внутренней и Центральной Азии в области медицины и охраны здоровья с последней трети XIX в. по 1950-е гг. Исследование опирается на обширный корпус архивных источников. Внимание сосредоточено на взаимоотношениях между врачами и традиционными кочевыми сообществами Бурятии, Монголии и Тувы. Раскрываются вопросы взаимного восприятия и формирования доверия между сторонами взаимодействия; рассматривается роль профессиональных врачебных установок в контакте врачей с представителями других культур; осмысливается роль коммунистической идеологии при внедрении в традиционное общество моделей и практик европейской медицины.

Книга адресована историкам, политологам, медикам и всем интересующимся историей медицины, внешней политикой России/СССР в Азии, историей стран и регионов монгольского мира.

ISBN 978-5-6040406-3–8

УДК 94 (571.5)
ББК 63.3 (2Р54)

© ИМБТ СО РАН, 2021
© В. Ю. Башкуев, 2021

Federal state budgetary institution of science
the Institute for Mongolian, Buddhist, and Tibetan Studies of the
Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences

V. Yu. Bashkuev

European Medicine and Traditional Society in the Mongolian World (Last Third of the Nineteenth – First Half of the Twentieth Century)

Irkutsk
Ottisk
2021

UDC 94 (571.5)
LBC 63.3 (2P54)
Б 33

Approved by the Scientific Council of the IMBTS SB RAS

Science editor:
D. Sc. in History, professor L. V. Kuras

Reviewers:
D. Sc. in History, professor Ts. P. Vanchikova
D. Sc. in History, professor S. I. Kuznetsov
D. Sc. in Medicine, professor A. N. Plekhanov

This publication was financially supported by the Russian Foundation for Basic Research, grant # 16-01-00284a «European Medicine in the Context of Socialist Transformation of the Mongolian Peoples: Clash and Interaction».

Б 33 **Bashkuev V. Yu.** European Medicine and Traditional Society in the Mongolian World (Last Third of the Nineteenth – First Half of the Twentieth Century) / V. Yu. Bashkuev / sc. ed. L. V. Kuras. – Irkutsk: «Ottisk», 2021 – 416 p.

The monograph continues the series of works about the interaction between Russia and the Mongolian peoples of Inner and Central Asia in the field of medicine and health care from the last third of the 19th century to the 1950s. The study is based on an extensive corpus of archival sources. The focus is on the relationship between doctors and traditional nomadic communities of Buryatia, Mongolia, and Tuva. The questions of mutual perception and the formation of trust between the parties to the interaction are elucidated; the role of professional medical attitudes in the doctors» contact with the representatives of other cultures is considered; the role of the communist ideology in the introduction of models and practices of European medicine into the traditional society is analyzed.

The book is intended for historians, political scientists, physicians, and all those interested in the history of medicine, Russian/Soviet foreign policy in Asia, and the history of the countries and regions of the Mongolian world.

ISBN 978-5-6040406-3–8

UDC 94 (571.5)
LBC 63.3 (2P54)

© IMBTS SB RAS, 2021
© V. Yu. Bashkuev, 2021

Оглавление

Введение 9

Раздел I: Формирование русского медицинского сообщества. Эволюция врачебных взглядов на социальную и географическую периферию Российской империи 20

Глава 1. Медицина и власть в Российской империи.Формирование профессиональных основ и механизмов саморегуляции русского врачебного сообщества (XVII – середина XIX в.) 23

1.1. Ранний этап формирования государственной медицины (XVI – конец XVIII в.) 27

1.2. Возникновение в России системы профессиональной научной аттестации медиков (первая половина XIX в.) 39

1.3. Организационная структура российской медицины в начале XIX в. Формирование профессионального врачебного сообщества (первая половина XIX в.) 47

Глава 2. Врачи и общество в Российской империи. Формирование врачебного взгляда на социальные проблемы (вторая треть XIX – начало XX в.) 59

2.1. Русские врачи – эксперты и диагносты социума (конец первой – вторая треть XIX в.)....59

2.2. Врачи как подвижники общественного здравоохранения и профилактической медицины (последняя треть XIX – начало XX в.) 64

2.3. Крестьянская община, ее пороки и добродетели глазами русских врачей (конец XIX – начало XX в.) 70

2.4. Проблемы здоровья инородцев Сибири и Дальнего Востока в представлении русских врачей (конец XIX – начало XX в.) 83

Раздел II: Взаимодействие врачей из СССР с традиционными сообществами монгольского мира (1920-е – конец 1940-х гг.)....121

Глава 1. Советская медицина и традиционное общество в Бурят-Монголии (1920-е – 1930-е гг.) 126
1.1. Врачебные репрезентации традиционного бурятского быта в период кампании против социальных болезней (1920-е – начало 1930-х гг.) 126
1.2. Медицинское изучение коренных малочисленных народов севера Бурят-Монголии (конец 1920-х – 1930-е гг.) 155
1.3. Тибетская медицина в Бурят-Монгольской АССР в период строительства социалистического здравоохранения (1920-е – 1930-е гг.) 169
Глава 2. Советские врачи и традиционное общество в Монгольской Народной Республике (конец 1920-х – 1940-е гг.) 195
2.1. Традиционный быт и проблемы здоровья монголов глазами врачей медико-санитарных экспедиций Наркомздрава РСФСР (1920-е – 1930-е гг.) 195
2.2. Советские врачи-интернационалисты и проблема чумы в Монголии (1920-е – 1940-е гг.) 235
2.3. Советские врачи, монгольские ламы и тибетская медицина: попытки сосуществования, реалии противостояния (1920-е – середина 1930-х гг.) 245
2.4. Советское врачебное сообщество в Монгольской Народной Республике в 1920-х – 1940-х гг.: социокультурный портрет на фоне эпохи 266
Глава 3. Медико-санитарные проблемы Тувинской Народной Республики в материалах экспедиций Наркомздрава РСФСР (1928–1935 гг.) 302
3.1. Традиционный быт и здоровье тувинцев глазами советских экспедиционных врачей 302
3.2. Проблемы здравоохранения Тувы в материалах второй, третьей и четвертой экспедиций Наркомздрава РСФСР (1929–1934 гг.) 325
3.3. Советское медицинское сообщество в Тувинской Народной Республике: проблемы формирования и социокультурные характеристики 336
Заключение 372
Список использованных источников и литературы 387
Иллюстрации 405

TABLE OF CONTENTS

Introduction 9

Section I: The making of the Russian medical community. Evolution of medical views on the social and geographical periphery of the Russian Empire 20

Chapter 1: Medicine and power in the Russian Empire. The making of professional foundations and mechanisms of self-regulation of the Russian medical community (seventeenth – mid-nineteenth centuries) 23

1.1 The early stage of state medicine (sixteenth – late eighteenth centuries) 27

1.2 The emergence of a system of professional scientific attestation of physicians in Russia (first half of the nineteenth century) 39

1.3. Organizational structure of Russian medicine at the beginning of nineteenth century. The making of a professional medical community (first half of the nineteenth century) 47

Chapter 2: Physicians and society in the Russian Empire. Formation of the physician»s view of social problems (second third of the nineteenth – beginning of the twentieth century) . . 59

2.1 Russian doctors as experts and diagnosticians of society (end of the first – the second third of the nineteenth century) 59

2.2 Doctors as promoters of public health and preventive medicine (last third of the nineteenth – beginning of the twentieth century) 64

2.3. Peasant community, its vices and virtues through the eyes of Russian doctors (late nineteenth – early twentieth century) . . . 70

2.4 Problems of the health of the Siberian and Far Eastern inorodtsy in the eyes of the Russian physicians (late nineteenth – early twentieth century) 83

Section II: The interaction of physicians from the USSR with traditional communities of the Mongolian world (1920s – late 1940s) 121

Chapter 1: Soviet medicine and traditional society in Buryat-Mongolia (1920s-1930s) 126
1.1 Medical representations of traditional Buryat life during the campaign against social diseases (1920s – early 1930s) 126
1.2 The medical study of the indigenous peoples of northern Buryat-Mongolia (late 1920s to 1930s) 155
1.3 Tibetan medicine in the Buryat-Mongolian ASSR during the construction of socialist healthcare (1920s-1930s) 169
Chapter 2: Soviet physicians and traditional society in the Mongolian People's Republic (late 1920s-1940s) 195
2.1 Traditional life and health problems of Mongols as seen by the staff of medical and sanitary expeditions of the People's Commissariat for Health of the RSFSR (1920s-1930s) 195
2.2 Soviet medical internationalists and the problem of plague in Mongolia (1920s-1940s) 235
2.3. Soviet physicians, Mongolian lamas, and Tibetan medicine: attempts to coexist and the realities of confrontation (1920s – mid-1930s) 245
2.4. The Soviet medical community in the Mongolian People's Republic in the 1920s-1940s: a sociocultural portrait against the background of the epoch 266
Chapter 3. Medical and sanitary problems of the Tuvinian People's Republic in the materials of expeditions of the People's Commissariat for Health of the RSFSR (1928-1935) 302
3.1 Traditional life and health of Tuvinians as viewed by Soviet expeditionary physicians 302
3.2 Problems of public health in the materials of the second, third, and fourth expeditions of the People's Commissariat for Health of the RSFSR (1929-1934) 325
3.3. The Soviet medical community in the Tuvinian People's Republic: problems of formation and socio-cultural characteristics 336
Conclusion 372
Sources and literature 387
Photographs 405

Введение

История взаимодействия европейской медицины в ее российской и советской инкарнациях с традиционными сообществами и культурами Внутренней и Центральной Азии в новейший период – обширное, многослойное, до сих пор мало разработанное в научном плане проблемное поле. Вряд ли будет правильным называть его абсолютной *terra incognita*: этому препятствуют как сложившиеся достаточно давно традиции этнографического изучения народно-бытовой и тибетской медицины, так и современные изыскания в области истории здравоохранения и, особенно, попытки осмысления политической роли медицины в первой половине XX столетия. Тем не менее, вступая на это поле, ученый – в данном случае историк – вооруженный проверенной исследовательской оптикой, неизбежно сталкивается со сложной гетерогенной структурой. Обнажив и изучив через призму выбранной методологии один слой проблем, он тут же открывает существование сразу нескольких взаимосвязанных «подстилающих сред», требующих иного угла зрения, дистанции, зачастую междисциплинарного анализа. Появляющаяся в результате научная работа, концептуально очертив определенный проблемный пласт, оставляет открытым количество вопросов, вполне достаточное для следующего погружения в тему с усовершенствованным, либо абсолютно новым исследовательским инструментарием.

Замысел и наброски концепции этой книги родились в ходе профессиональных и неформальных обсуждений результатов исследования политической роли медицины в монгольском мире в последней трети XIX – первой половине XX в.[1] Признав справед-

[1] Катализатором обсуждения послужила опубликованная мной в конце 2016 г. монография «Российская медицина и монгольский мир: исторический опыт взаимодействия (конец XIX – первая половина XX вв.)», получившая положительную прессу, и последовавшая за ней диссертация на соискание ученой степени доктора исторических наук «Исторический опыт взаимодействия России и монгольских народов в области медицины и охраны здоровья (последняя треть XIX – первая

ливым вывод о том, что социалистический вариант европейской медицины, привнесенный в монгольский ареал на революционной волне двух первых десятилетий XX в., являлся рычагом советской «мягкой силы», проводящей средой большевистской идеологии и инструментом социокультурной трансформации кочевых сообществ, научные эксперты и общественность отметили постановку важных гипотез и выделение интересных, требующих продолжения сюжетов в этом исследовательском поле. Полученные комментарии позволили четче разметить зону особого внимания для нового исследования в области взаимодействия европейской медицины и традиционных монгольских социумов. На сей раз потребовалось смещение фокуса с геополитических аспектов на более индивидуальный и, потому чувствительный уровень соприкосновения врачей и представителей традиционных сообществ монгольского мира.

В силу ряда причин сделать это будет непросто. В книге освещаются отдаленные от нас во времени события. Наиболее достоверными источниками сегодня являются архивные документы – докладные записки, отчеты, протоколы, медико-топографические очерки; источники личного происхождения – путевые дневники и письма; написанные на полевом материале научные труды медиков, организаторов здравоохранения и ученых на переднем крае изучаемого взаимодействия. Созданные в рамках европейской культурной и научной традиции, они отражают комплекс мнений и убеждений лишь одной советской стороны.

Голоса с противоположного края услышать сегодня уже практически невозможно. И дело не только в том, что в конкурентной борьбе сильнейшим оказался социалистический вариант европейской медицины, а, как известно, «историю пишут победители». Проблема состоит и в том, что взаимодействие подробно документировалось лишь одной стороной – той, что представляла новые властные институты в обществах, только что приступивших к строительству современной государственности. Даже в зародыше социалистическое здравоохранение опиралось на государственную политику, требовавшую постоянного сбора эмпирических данных для оперативного анализа ситуации и расчета дальнейшей

половина XX вв.)», защищенная в июне 2017 г. Я благодарен моим коллегам за конструктивную критику, важные замечания и вопросы, определившие дальнейшее направление научного поиска.

стратегии. Реакция же трансформируемых сообществ была преимущественно ситуативной и импульсивной, неоднородной как сам кочевой социум.

Соприкасаясь с европейской медициной, большинство слоев традиционного общества реагировало на нее положительно, адаптируясь к новой реальности, интериоризируя привнесенные врачами гигиенические навыки, вырабатывая внутренние, иногда весьма самобытные, установки на здоровьесберегающее поведение. Болезненная реакция отторжения возникала лишь там, где ущемлялись интересы какой-либо из сторон взаимодействия и угрозе подвергалась ее функциональная повестка. Как правило, это касалось традиционных элит и альтернативных медицинских систем.

Если в случае элит конфликт обычно протекал в плоскости политической борьбы, противостояние медицинских систем – там где оно возникало – было мировоззренческим и оттого непримиримым. Неприятие происходило в душах и умах, чаще всего выражаясь в спонтанных действиях. Возможно, где-то в недрах бурятских дацанов и монгольских хурэ и откладывались письменные свидетельства, документировавшие неправоту и несправедливость европейских врачей по отношению к тысячелетней книжной мудрости тибетской медицины, но каток репрессий 1930-х гг. уничтожил их вместе с самими храмами – хранилищами религиозного знания и эмчи-ламами – носителями монголо-тибетских практик врачевания.

Зато советская сторона взаимодействия создала целый пласт источников, документирующих конфликтные ситуации на стыке медицинских систем и мировоззрений. В них отразились болезненные реакции традиционного кочевого общества на социокультурную трансформацию по-большевистски. Даже опосредованные инокультурным взглядом, профессиональными аберрациями и большевистской идеологией, они представляют собой важный материал, в котором можно выделить и осмыслить тонкости взаимодействия на самом базовом межличностном уровне. Однако для этого важно сначала определить, что двигало вовлеченными в процесс взаимодействия людьми помимо простой необходимости в получении медицинской помощи у арата и продиктованной врачебным этосом реакции медработника. Логично было бы начать с идентификации вовлеченных в контакт сообществ и индивидов.

Памятуя о геополитической подоплеке взаимодействия, предложим для их номинации общеупотребительный в геополитике и международных отношениях термин «акторы».

Французский политолог Ф. Моро-Дефарж определяет акторов как индивидов или структуры, которые вырабатывают, выражают и переводят в действие намерения. По его мнению, в современном мире особенно важен геополитический микроконтекст: сегодня любой актор, будь то человек, корпорация, частная или общественная организация, является геополитическим актором[2]. Формулировка Моро-Дефаржа точно соответствует контексту изучаемого здесь явления: несмотря на то, что взаимодействие инициировалось на уровне государств, по мере развития в него вовлекалось множество других акторов.

Государства-акторы и государственные структуры-акторы с их политическими повестками были рассмотрены в работах, опубликованных в 2012 – 2019 гг.[3] В этой же книге меня больше интересуют другие участники взаимодействия. Непосредственное внедрение европейской медицины в монгольском мире осуществлялось сотнями медработников, на собственном опыте познававших трансформируемую среду и цементировавших фундамент

[2] *Moreau-Defarges P.* Overpopulation, geopolitical actors, world governance. Insistut Français des Relations Internationales // Exploring Geopolitics. URL: http://www.exploringgeopolitics. org/interview_moreau_defarges_philippe_overpopulation_geopolitical_actors_world_governance_institut_francais_des_relations_internationales_ifri/ (дата обращения: 15.12.2017).

[3] *Башкуев В.Ю.* Геополитические аспекты советско-германского сотрудничества в области медицины в 1920-х гг. // Власть. 2012. № 2. С. 145-149; *Он же.* Медицина и политика «мягкой силы» в геополитических стратегиях СССР в монгольском мире // Вестник Бурятского научного центра Сибирского отделения Российской академии наук. 2013. № 4 (12). С. 14-21; *Он же.* Геополитика и евгеника в контексте научного изучения Бурят-Монгольской АССР в 1920-х – начале 1930-х гг. // Власть. 2014. № 5. С. 140-145; *Он же.* An outpost of socialism in the «Buddhist Orient»: geopolitical and eugenic implications of medical and anthropological research on Buryat-Mongols in the 1920s // Études Mongoles et Sibériennes, Centrasiatiques et Tibétaines. 2015. Vol. 46. URL: https://journals. openedition. org/emscat/2523; *Он же.* Медицина и советская политика «мягкой силы» в Центральной Азии (1930-1940-е гг.) // Проблемы социально-экономического развития Сибири. 2016. № 1 (23). С. 78-88; *Он же.* Роль медицины в советско-монгольских отношениях в 1920-е гг. // Вестник Томского государственного университета. 2016. № 408. С. 42-48; *Он же.* Российская медицина и монгольский мир: исторический опыт взаимодействия (конец XIX – первая половина XX вв.). Иркутск: «Оттиск», 2016. 436 с.; *Он же.* Медико-санитарные экспедиции Наркомздрава РСФСР в Тувинской Народной Республике и становление тувинского здравоохранения (конец 1920-х – середина 1930-х гг.) // Вестник Томского государственного университета. 2018. № 426. С. 52-63; *Он же.* Вклад советских врачей-интернационалистов в борьбу с чумой в Монгольской Народной Республике (1920-1940-е гг.) // Дальневосточный медицинский журнал. 2019. № 4. С. 47–52.

нового здравоохранения самым долговечным скрепляющим составом – искренним доверием масс к русскому врачу.

Именно русское и советское врачебное сообщество являлось основным групповым актором во взаимодействии европейской медицины и традиционного монгольского общества. Это его кропотливая, самоотверженная работа создала в монгольском мире пространство и идеологический фундамент социалистической медицины. В контакте двух культур и мировоззренческих систем отражались и преломлялись аспекты выработанного за два столетия после петровских реформ российского врачебного этоса; на него накладывались и социалистические воззрения выдвиженцев – нового поколения пролетарских медработников. Культурно и идеологически обусловленное преломление заимствованных из Европы научных и социальных идей, опосредованное опытом формирования русского врачебного сообщества, является интереснейшим аспектом взаимодействия российской медицины и традиционного монгольского социума.

В процессе взаимодействия медики придерживались своей внутренней повестки, причудливо сочетавшей возложенную на них миссию, идеологию, цели, узкогрупповые и личностные интересы, адаптационные стратегии и профессиональный этос. Каждый аспект накладывал отпечаток на характер и результаты контакта с трансформируемой инокультурной средой, и это часто заметно в источниках. Поэтому выделение и осмысление повестки русского и советского медицинского сообщества является важным шагом к пониманию того, как выстраивались отношения между врачами и нуждавшимися в лечении бурятами, монголами, сойотами, тувинцами.

Такой подход снабжает исследователя набором «корригирующих линз», позволяющих точнее распознавать и интерпретировать особенности восприятия кочевых социумов носителями новой идеологии и медицинской традиции. Следовательно, в осмыслении их тактики и стратегии в монгольском мире появляются столь необходимые для объективности полутона. Они дают возможность лучше понять, в какой мере приходивший к постели больного врач был идеологом и пропагандистом, а в какой – гуманистом и охранителем жизни.

Объективное понимание механизмов взаимодействия вряд ли достижимо без знания и учета социокультурных особенностей

трансформируемого общества. Реализуя свой модернистский проект в монгольском мире, большевики, изначально подходившие к кочевому обществу как к глубокому анахронизму, быстро столкнулись с проблемой преодоления мощной инерции традиционности. Складывавшиеся тысячелетиями нормы кочевого быта, матрицы социальных и гендерных отношений, религиозные устои и традиции сопротивлялись насаждаемому советскими врачами и санпросветом гигиеническому режиму. Потребовались неимоверные усилия, чтобы изменить практики, формировавшие (анти) санитарную реальность традиционной повседневности кочевников – обычаи приема пищи, отхождения ко сну, отправления естественных потребностей, нормы семейного быта, половые отношения. Возникают закономерные вопросы: с какими вызовами столкнулись врачи при непосредственном контакте с традиционной кочевой культурой? Как реалии традиционного кочевого общества влияли на формирование тактики и стратегии советских врачей в насаждении нового гигиенического порядка в Бурятии, Монголии, Туве?

Социальная направленность советского варианта европейской медицины подразумевала равенство в отношениях со всеми представителями традиционного кочевого общества. Однако реакция на внедрение новой медицинской системы среди его сословий сильно разнилась. Реализуя свою повестку в монгольском мире, пропагандируя и продвигая, а местами и продавливая принципы санитарии и гигиены в его культурном пространстве, советские врачи вторгались в области, строго зарезервированные за представителями традиционных элит. В первую очередь, это касалось ламского духовенства и тибетских лекарей – эмчи. Серьезно ущемлялись их экономические интересы. Растущая популярность советской медицины разрушала столетиями формировавшуюся систему правил поведения и религиозных табу, изменяла гендерные роли, трансформировала мировоззрение кочевников, тем самым подрывая авторитет служителей культа. И если массы простых скотоводов-аратов – основных реципиентов советской помощи – с одобрением принимали медицинские и гигиенические новшества, то количественно меньшее, но социально и экономически более активное ламское сословие реагировало иначе. Способность к продуманному и местами довольно эффективному сопротивлению сделала ламство, пожалуй, наиболее заметным

из акторов взаимодействия со стороны традиционных кочевых сообществ.

В ходе исследования предстоит выявить спектр реакций на внедрение социалистического здравоохранения в традиционном монгольском обществе и осмыслить его в историко-политическом контексте изучаемой эпохи. Что, помимо простой нужды в квалифицированной медицинской помощи, определяло особенности восприятия социалистической медицины социальными слоями кочевого общества? Насколько различались реакции на нововведения в различных регионах и странах монгольского ареала – Бурятии, Монголии и Туве? Чем объяснялись подобные различия?

Таким образом, предлагаемое исследование направлено на осмысление взаимодействия российской / советской медицины с традиционными монгольскими социумами на уровне непосредственного контакта его акторов через призму их внутренних повесток. Сформулированная цель перемещает исследовательский фокус с политических и идеологических аспектов в область межгрупповых и межличностных взаимоотношений и взаимовлияний. При этом политический контекст не исчезает и не теряет своего значения, а выступает основным фоном, на котором разворачивается контакт гетерогенных медицинских систем, взаимодействие и конфликт их представителей.

Хронологические рамки исследования охватывают период с последней трети XIX по 40-е гг. XX в. Выбор нижней границы обусловлен тем, что именно тогда в Российской империи начались важнейшие политические и общественные перемены, определившие исторический вектор на полстолетия вперед. Преодолевая инерцию николаевской эпохи, Россия постепенно, через неудачи и ошибки, догоняла европейские державы в социальном, научно-техническом и интеллектуальном развитии, закладывая механизмы общественной саморегуляции в до предела огосударствленных областях. В частности, значимые изменения, обусловленные эпидемическими вызовами, организационным и научным отставанием, произошли в медицине и здравоохранении.

Земские реформы 1860-х гг. положили начало развитию новой, более доступной системы медицинской помощи. Консолидировалось, повышая свой авторитет и самосознание, профессиональное врачебное сообщество. Городовая реформа 1870 г. стимулировала развитие муниципальных органов здравоохранения там, где не

вводилась земская медицина. Желание России удержаться в рядах «цивилизованных государств», с одной стороны, и стремление к расширению своего влияния в Азии с другой, способствовали актуализации медицинского изучения окраинных регионов, развитию российской бактериологии и эпидемиологии. Экспертное медицинское знание в этот период обрело государственное значение: во властных коридорах стали не только прислушиваться к врачебному мнению, но и вводить врачей в высочайше утвержденные правительственные комиссии.

На фоне взаимосвязанного процесса медикализации политических проблем и политизации медицинского знания актуальность приобрело медицинское изучение конкретных территорий и народов, в частности, бурят и монголов. На фоне обострившейся эпидемиологической ситуации в пограничных с Цинской империей Забайкалье и Приморье традиционные знания монгольских народов о тарбаганьей чуме обсуждались на международном уровне в контексте противоэпидемической борьбы.

Верхняя граница изучаемого периода обозначает определенный порог во взаимодействии СССР с монгольскими народами в области медицины и охраны здоровья. К началу 1950-х гг. в МНР была в целом построена вполне функциональная система здравоохранения на социалистических принципах. Несмотря на дефицит квалифицированных медиков, в послевоенный период монгольское партийное и отраслевое руководство все отчетливее озвучивало идею о самостоятельности в разработке и осуществлении стратегии развития здравоохранения. Создававшаяся же с конца 1920-х гг. система здравоохранения Тувы была абсорбирована здравоохранением РСФСР в связи с вхождением ТНР в состав СССР в 1944 г.

Территориально исследование охватывает ареал проживания монгольских народов от Бурятии до южных границ Монгольской Народной Республики и от границ Маньчжурии до Монгольского Алтая и Тувы. Территориальные, административные и государственные образования включают дореволюционную этническую Бурятию (районы расселения бурят в Прибайкалье и Забайкалье), Бурят-Монгольскую АССР в границах 1923 г., Монгольскую Народную Республику и Тувинскую Народную Республику.

Геополитический характер взаимодействия России / СССР с этими странами и регионами обусловил тот факт, что в исследова-

ние не были включены восточные, южные и западные периферии монгольского мира – Маньчжурия, Внутренняя Монголия и Калмыкия. Китайские провинции находились в зоне геополитического влияния Японии, а в 1930-х гг. там были образованы буферные марионеточные государства Маньчжоу-Го и Мэнцзян. В них японцы проводили собственную медицинскую политику, изучение которой – тема отдельного большого исследования.

Что касается Калмыкии, то в силу своего географического положения она была отделена от монгольского вектора советской геополитики в Азии. Калмыкию, безусловно, можно рассматривать в контексте государственной политики здравоохранения в отношении советских монголов, и сегодня в этом направлении уже ведутся исследования[4]. Однако выпадение Калмыкии из геополитического контекста российской и советской медицинской политики в монгольском мире препятствует ее включению в географические рамки этой книги, ибо в таком случае будет нарушена логика исследования.

Несколько слов необходимо сказать о структуре книги. Монография состоит из двух разделов, в которых выделены главы и параграфы. Первый раздел посвящен российскому врачебному сообществу как основному актору взаимодействия. Рассматриваются процессы его формирования и профессионализации; выделяются особенности отношений врачей и государственной власти. Раздел предлагает экскурс в историю формирования внутренней профессиональной повестки русского врачебного сообщества, прослеживает ее трансформации в политической среде Российской империи, вводит эту повестку в контекст отношений России и монгольских народов Центральной Азии.

Во втором разделе непосредственно рассматриваются отношения представителей русского и советского медицинского

[4] *Бадугинова М.В.* Здравоохранение Калмыцкой степи Астраханской губернии на рубеже XIX-XX веков // Научная мысль Кавказа. 2011. № 1. Ч. 2 (65). С. 23-25; *Она же*. Роль «красных кибиток» в системе охраны здоровья населения Калмыкии в 1927–1931 гг. // Вестник Калмыцкого института гуманитарных исследований РАН. 2011. № 2. С. 37-41; *Она же.* Борьба со вспышкой эпидемии чумы в Калмыцкой АССР и Сталинградской области в 1937–1938 гг. // Вестник Калмыцкого института гуманитарных исследований РАН. 2012. № 2. С. 108-113; *Она же.* Экспедиция П.Ю. Берлина в Калмыкию (1925 г.) и ее значение в развитии здравоохранения республики // Вестник Калмыцкого института гуманитарных исследований РАН. 2014. № 2. С. 30-36; *Она же.* Здравоохранение Калмыкии в конце XIX –первой половине XX века: автореф. дис.…канд. ист. наук. Грозный, 2018; 29 с. *Она же.* Здравоохранение Калмыкии в конце XIX –первой половине XX века: дис.… канд. ист. наук. Грозный, 2018. 224 с.

сообщества с традиционными кочевыми обществами Бурятии, Монголии и Тувы. Выделяется и анализируется спектр их реакций на внедрение новой медицинской системы. Внимание уделено формированию экспатриантских советских врачебных сообществ в Монгольской и Тувинской народных республиках.

В совокупности два этих раздела позволяют воссоздать объемную картину контакта гетерогенных идеологических и медицинских систем, а на линии их смыкания выделены частные особенности взаимодействия. Политический контекст эпохи создает «атмосферу», через призму которой рассматриваются и осмысливаются особенности взаимодействия. Заключение сводит в едином контексте выявленные в двух разделах особенности, характеризуя весь комплекс взаимоотношений.

В ходе работы над обширной научной проблемой взаимодействия российской медицины и монгольского мира помощь в исследовании оказали многие люди и организации. Я благодарен Отделению гуманитарных и общественных наук Российского фонда фундаментальных исследований за предоставленный исследовательский грант № 16-01–00248 для реализации проекта «Европейская медицина в контексте социалистической трансформации монгольских народов: конфликт и взаимодействие (1920-1970-е гг.)», результаты которого легли в основу этой книги. Выражаю признательность Институту монголоведения, буддологии и тибетологии Сибирского отделения Российской академии наук – организации, где от начала до конца выполнялось данное исследование, коллективу и директору института академику РАН Борису Вандановичу Базарову, поддержавшим меня советом и делом.

Я глубоко признателен коллегам из других организаций – доктору исторических наук, профессору НИУ «Высшая школа экономики» Елене Анатольевне Вишленковой, доктору медицинских наук, профессору Дальневосточного государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации Павлу Эдуардовичу Ратманову, доктору исторических наук, профессору, директору Хакасского научно-исследовательского института языка, литературы и истории Валентине Николаевне Тугужековой, доктору исторических наук, главному научному сотруднику Института востоковедения РАН Владимиру Викторовичу Грайворонскому – за согласие выступить научными

экспертами моих исследований, критические советы и рекомендации, вдохновение и новые идеи, почерпнутые мной из их научных трудов, и в ходе профессионального общения. Огромное спасибо моим друзьям, профессору НИУ «Высшая школа экономики», руководителю департамента истории НИУ ВШЭ в Санкт-Петербурге и соредактору журнала *Ab Imperio* Александру Михайловичу Семенову и кандидату исторических наук, доценту кафедры истории и теории культуры Российского государственного гуманитарного университета Вере Сергеевне Дубиной за помощь в установлении профессиональных связей и добрые советы.

Отдельная благодарность моему учителю, научному консультанту и научному редактору этой и предыдущей монографии доктору исторических наук, профессору Леониду Владимировичу Курасу, оказавшему огромную помощь в проведении исследования.

Я также благодарен за квалифицированную помощь и доброжелательное отношение работникам читального зала № 2 Государственного архива Российской Федерации Элеоноре Алексеевне Болотиной, Вере Алексеевне Хамидовой и Наталье Николаевне Рябчук, коллективу Российского государственного архива социально-политической истории, специалистам Государственного архива Республики Бурятия и лично Ларисе Шираповне Чимитдоржиевой, работникам Центральной научно-медицинской библиотеки Первого МГМУ им. И. М. Сеченова и Центральной научной библиотеки БНЦ СО РАН.

Помощь в написании книги оказали коллеги – историки медицины из Бурятии и Монголии. Я благодарен директору научно-медицинской библиотеки при Республиканском центре медицинской профилактики Наталье Петровне Демковой за предоставленные фотоматериалы, а эксперту в области истории здравоохранения Бурятии, кандидату исторических наук Дашидондоку Бальжитовичу Батоеву – за содержательные комментарии к моим исследованиям. Я также очень признателен коллеге из Улан-Батора, автору более 20 монографий по истории медицины Монголии Лувсанбалдану Энхбаатару за фотографии и документы из монгольских архивов.

И, наконец, я выражаю глубокую благодарность моей семье и родным, источнику вдохновения и сил, за терпение и поддержку в процессе работы над книгой.

Раздел I:
Формирование русского медицинского сообщества. Эволюция врачебных взглядов на социальную и географическую периферию Российской империи

Основным донором квалифицированных кадров для создания современного здравоохранения в странах и регионах монгольского мира выступало сначала русское, затем советское профессиональное медицинское сообщество. В пограничных с Россией Внешней Монголии и Урянхае русские врачи появились вместе с российскими дипломатическими учреждениями и торговыми фирмами в конце XIX в. Начав с медицинского обслуживания формировавшихся там небольших экстерриториальных сообществ – дипломатов, торговых представителей, купцов, военных специалистов и членов их семей – медики постепенно присматривались к местным санитарно-гигиеническим условиям и проблемам здоровья. Растущие экономические и политические интересы империи в Восточной и Центральной Азии актуализировали медицинское изучение перспективных с геополитической точки зрения территорий, чему немало способствовали эпидемические вспышки «тарбаганьей болезни» и других опасных заболеваний в Монголии и на границе Забайкальской области с Маньчжурией.

Загадочный, культурно чуждый кочевой мир привлекал исследователей-медиков глубиной отличий от российских реалий и манил научными тайнами. Изучая характерные социальные явления и медицинские проблемы монголов, русские доктора старались постичь их природу и сущность сквозь призму собственного профессионального опыта и в сопоставлении с проблемами в родном отечестве. Тот факт, что в социокультурных феноменах монгольского мира они, в основном, видели глубокую отсталость, ошибочность, нередко сознательное шарлатанство, способен по-

ведать нам о сформированных у врачей за годы учебы и практики внутренних профессиональных установках. В них сочетался ряд компонентов, которые предстоит детально разобрать в данной части работы.

Профессиональные установки русских и советских врачей были не единственной точкой преломления их взглядов на традиционные кочевые сообщества, но одним из наиболее важных факторов, формирующих сфокусированное и конденсированное восприятие монгольских реалий. Другой преломляющей гранью была сложившаяся на определенный момент времени совокупность внутри- и внешнеполитических факторов, воспринимавшаяся с точки зрения лояльности государственным интересам. Подобная проекция прослеживается в документах и научных работах, созданных русскими и особенно советскими врачами в странах и регионах монгольского мира. Чаще всего она реализуется через понимание медицинской службы как составляющей более высокой и благородной миссии либо по «окультуриванию» монгольских народов, либо по их защите от внешних агрессоров и внутренних эксплуататоров. Как правило, главенство в ней приписано российскому/советскому государству, а врач воспринимает себя в качестве инструмента или агента изменений.

Сочетание врачебных установок, определявшихся профессиональным этосом, с пониманием и принятием собственной роли в выполнении государственной миссии рождало внутреннюю повестку медицинского сообщества как одного из основных акторов взаимодействия российской медицины и монгольских народов. Большое значение в ее формировании играли актуальные на определенный момент времени проблемы, вокруг которых начинали вращаться профессиональные и научные интересы врачей, внимание политических и социальных аналитиков, государственные соображения и, наконец, геополитические планы. Из-за способности к концентрации вокруг себя различных по иерархии уровней интересов – от индивидуальных исследовательских до государственных и международных – назовем их осевыми объектами интереса. На рубеже XIX и XX столетий таким объектом стала эндемическая «тарбаганья болезнь» – чума, разносившаяся степными грызунами. Другим объектом, создавшим вокруг себя плотную концентрацию интересов, была монголо-тибетская медицина. Еще одним осевым объектом медицинского интереса являлись венерические болезни; при этом отечественных врачей

живо интересовали социальные условия их распространения в кочевых сообществах, а, скажем, немцев – исключительно клинические аспекты.

Итак, внутренняя повестка российского/советского медицинского сообщества в монгольском мире формировалась на основе профессионального восприятия врачами местных сообществ и их проблем, осознания своей государственной миссии и комплекса осевых объектов интереса, часть которых пережила минимум две общественно-политические формации, сохранив актуальность по сей день. В процессах внедрения европейской медицины в монгольском мире она имела определяющее значение, отражаясь как на модусе индивидуального взаимодействия с пациентами, так и на формировании политики охраны здоровья и ее модификациях, обусловленных местными реалиями.

Глава 1
Медицина и власть в Российской империи. Формирование профессиональных основ и механизмов саморегуляции русского врачебного сообщества (XVII – середина XIX в.)

С какими же профессиональными качествами, нормами и стереотипами приходили в монгольский мир советские медики? На каком фундаменте зиждились научные, этические и мировоззренческие установки врачей-интернационалистов? Без ответов на эти вопросы сложно осмыслить и объяснить особенности процессов внедрения современной медицины в монгольском мире. Углубление в политическую сторону проблемы ведет к переоцениванию роли идеологии во врачебной работе; концентрация на медицинских аспектах грозит превратить исторический нарратив в известное по советской историографии линейное нагромождение фактов о росте медицинской сети и достижениях организаторов здравоохранения. Стараясь избежать описанных сценариев, свой путь между Сциллой излишней идеологизации и Харибдой «истории врачей, написанной врачами для врачей» начнем с экскурса в историю формирования русского врачебного сообщества и его отношений с государством.

Несмотря на то, что профессионализации медицины посвящена обширная социологическая литература, глубокая научная проработка ее исторических аспектов началась относительно недавно. В отечественной историографии работу над проблемами взаимодействия государственной власти и медиков в недостаточно изученный, но крайне важный для профессионализации медицинской отрасли период (конец XVIII – первая половина XIX в.) ведет группа историков медицины и университетского образования под руководством д. и. н., профессора Е. А. Вишленковой в НИУ «Высшая школа экономики». Серия их публикаций об

истории врачебных сообществ Петербурга и системе аттестации медицинских кадров в Российской империи первой половины XIX в., особом взгляде врачей на медико-социальные проблемы страны и отношении врачебного сообщества к народной медицине предлагает новое видение роли медиков в государственной и общественной жизни дореформенной России. В отличие от устоявшейся как в отечественной, так и зарубежной историографии точки зрения о том, что врачи традиционно выступали критиками царского режима, Е. А. Вишленкова и коллеги доказывают, что русское врачебное сообщество состояло в тесных отношениях с властью, являясь не диссидентствующим меньшинством, а привилегированным, ценимым и опекаемым властью профессиональным сословием[5].

Врачебные общества как центры производства медицинского знания, экспертные сообщества для решения актуальных медицинских проблем и разработки медико-социальных инициатив в отдаленных губерниях изучаются сибирскими историками медицины. В современной отечественной историографии особое внимание привлекло основанное в Иркутске в 1858 г. Общество врачей Восточной Сибири (ОВВС)[6]. Отмечены научным интересом и другие губернские врачебные общества – Общество врачей

[5] *Вишленкова Е. А.* Медико-биологические объяснения социальных проблем России (вторая треть XIX века) // История и историческая память: межвуз. сб. науч. ст. Вып. 4. Саратов, 2011. С. 37–66. *Она же.* «Выполняя врачебные обязанности, я постиг дух народный»: самосознание врача как просветителя государства (Россия, первая половина XIX века) // Ab Imperio. 2011. № 2. С. 47-79; *Она же.* Врачебные общества Петербурга в первой половине XIX века: от представительства во власти к самоорганизации // История и историческая память. 2014. № 10. С. 182-199; *Она же.* «Изложить предмет сциентифически»: русские врачи и их полевые исследования (первая половина XIX в.) // Российская история. 2015. № 3. С. 154-169; *Она же.* Медицинские советы и врачебные общества в Петербурге первой половины XIX века // История медицины. 2016. Т. 3. № 2. С. 186-201; *Vishlenkova E.* The State of Health: Balancing Power, Resources, and Expertise and the Birth of the Medical Profession in the Russian Empire // Ab Imperio. 2016. № 3. P. 39-75; *Гатина З. С., Вишленкова Е. А.* Система научной аттестации в медицине России в первой половине XIX века // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета культуры и искусств. 2014. № 1 (18). С. 168-178; *Лягушкин И. А., Вишленкова Е. А.* Профессиональная самоорганизация русских ученых (опыт просопографического анализа зоологической секции на съездах русских естествоиспытателей и врачей второй половины XIX – начала XX века) // История и историческая память. 2013. № 7–8. С. 172–190.

[6] *Сизых Т. П.* Издательская деятельность медицинских сообществ XIX и XX веков города Иркутска // Сибирский медицинский журнал. 2005. Т. 58. № 5. С. 79-86*; Она же.* Роль общества врачей в становлении сибирской бальнеологии // Сибирский медицинский журнал. 2005. Т. 54. № 5. С. 88-93; *Она же.* К 150-летию общества врачей Восточной Сибири // Сибирский медицинский журнал. 2005. Т. 53. № 4. С. 83–89.

Енисейской губернии (1886) и Омское медицинское общество (1883)[7].

Тема профессионализации в научной и медицинской сферах имперской России активно разрабатывается в западной историографии. Для нее характерен акцент на те области, в которых сообщества высокообразованных профессионалов старались отдалиться от государственной опеки, производя независимое от цензурного и чиновного ока знание и вырабатывая критический подход к оценке государственной политики[8]. Однако в недавнее время сформировалось историографическое направление, подчеркивающее важность взаимоотношений просвещенных профессиональных сообществ с государством[9].

Сформировавшаяся на сегодняшний день историография проблемы представляет врачебное сословие как наиболее крупное

---

[7] *Орлова И.В.* Профессиональные медицинские сообщества в Восточной Сибири XIX века // Иркутский историко-экономический ежегодник. Иркутск: Изд-во БГУ, 2016. С. 339-343; *Козлова И.К., Лалетин И.Т.* К истории общества врачей Енисейской губернии // Сибирское медицинское обозрение. 2002. Т. 22. № 2. С. 61-63; *Федорова Г.В., Ахтулова Л.А.* Общественная медицина в Омске. К 120-летию основания Омского медицинского общества // Омский научный вестник. 2002. № 20. С. 155–159.

[8] Одна из первых работ по истории медицинской профессионализации в дореволюционной России сконцентрирована на периоде после Крымской войны (1853-1856) и земской медицине, относя формирование профессионального сообщества врачей к 1890-м гг. Врачи более раннего периода рассматриваются как безусловные и бессловесные слуги государства. См.: *Frieden, N.M.* Russian Physicians in the Era of Reform and Revolution, 1856–1905. Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1981. 398 p.

[9] Одним из его представителей является Э. Беккер, изучившая особенности формирования экспертного сообщества врачей на примере судебно-медицинской экспертизы в дореформенной и пореформенной России. В своей монографии *Medicine, Law and the State in Imperial Russia* Беккер подчеркивает то, что судебные медики видели в тесной связи с государственной властью важное условие формирование собственной профессиональной идентичности. По ее мнению, именно судебная медицина как область, где наиболее тесно смыкались интересы государства и медиков, стала своего рода колыбелью, где взращивались основы дальнейшей профессионализации российского врачебного сообщества. См.: *Becker E.M.* Medicine, Law, and the State in Imperial Russia. Budapest-New York: Central European University Press, 2011. 399 p.

Монография Д. Бира *Renovating Russia: The Human Sciences and the Fate of Liberal Modernity, 1880–1930* сквозь призму криминологии, девиантологии и психологии толпы прослеживает формирование и эволюцию взглядов сообщества психиатров, психологов и криминологов на российские низы. Одной из ключевых идей Бира является то, что изначально либеральные и продемократические, под впечатлением революционного хаоса 1904–1905 гг. они убедились в неспособности народных масс к самоорганизации и рациональному самоуправлению. Таким образом, либеральный дискурс внутри сообщества сместился в сторону апологетики жесткого государственного контроля над политическими свободами и большему подчинению низов общества интеллектуальным элитам. См.: *Beer D.* Renovating Russia: The Human Sciences and the Fate of Imperial Modernity, 1880-1930/ Ithaca, N. Y.: Cornell University Press, 2008. 229 p.

интеллектуальное сообщество России, на чье развитие государственная власть с самого начала оказывала решающее влияние. В результате врачи видели себя как государственных служащих, наделенных функцией надзора за состоянием здоровья населения империи, и потому имевших определенный голос во внутренней политике. В контексте данного раздела важно проследить, как дореволюционное врачебное сообщество вырабатывало собственную общественную, реформаторскую, гуманистическую повестку, базируясь на экспертном знании медицинских проблем страны, и как последняя взаимодействовала с государственной политикой на разных уровнях. Это даст систему координат, необходимую для анализа внутренней повестки российского/советского медицинского сообщества в процессах внедрения европейской медицины в монгольском мире.

Материалы современных исследований позволяют представить процесс формирования врачебного сообщества в дореволюционной России в виде взаимосвязанных эволюционных этапов. Ее открывает длительный период, в ходе которого царская администрация медленно, но верно убеждалась в ценности врачебного сословия, училась прислушиваться к мнению медиков и кооптировала их в структуру государственной власти. Начавшись в конце XVI в. с образованием Аптекарского приказа, он продолжался до конца первой трети XIX в. К тому времени русские врачи, получившие некоторую автономность во власти, сформировавшие в ней элитное представительство и механизмы профессиональной саморегуляции, почувствовали насущную необходимость в объединении во врачебные общества.

В XIX в. отчетливо выделялись несколько этапов, в ходе которых русские врачи вырабатывали стратегии сосуществования с властью и общественные повестки. Важным водоразделом является 1864 г. – начало создания земской медицины, а там, где она не вводилась – городская реформа 1870 г. Опыт работы над максимально приближенной на тот период к населению системой медицинской помощи раскрыл копившийся во врачебном сообществе общественный потенциал. Медицина, до того времени являвшаяся надежным средством управления, стала быстро приобретать общественный характер, превращаясь в канал взаимодействия между обществом и властью, в которым врачи играли роль наделенных экспертным знанием ретрансляторов общественных проблем. В возвратно-поступательном режиме и

с разной степенью интенсивности этот этап продолжался вплоть до начала строительства большевиками нового здравоохранения в 1918 г.

1.1. Ранний этап формирования государственной медицины (XVI – конец XVIII в.)

Исторический экскурс в начальный этап поможет понять почему высокая степень огосударствления представляется имманентной характеристикой медицинской отрасли в России. Какие особенности формирования российской медицины привели к тому, что социальный статус русского врача неразрывно увязывался с «государевой службой» и напрямую зависел от нее? Как на протяжении столетий изменялся модус взаимодействия власти и медиков?

Медицина со средних веков являлась одним из краеугольных камней университетского образования в Европе. Врачебные корпорации, часто именовавшиеся медицинскими факультетами, представляли собой саморегулирующиеся формы профессиональной консолидации медиков. Элитарные и закрытые, медицинские факультеты самостоятельно определяли свой кадровый состав и являлись влиятельнейшими участниками рынка медицинских услуг, корпоративно устанавливая объем, перечень, характер и стоимость лечения. Государство практически не вмешивалось в их работу, а там, где такие попытки предпринимались, возникали лишь безрезультатные конфликты[10]. Таким образом, и без государственной службы принадлежность к элитарной корпорации и значительная стоимость медицинских услуг обеспечивали европейским врачам высокие доходы и соответствующий социальный статус.

В допетровской Руси ситуация была совсем иной. Длительная культурная изоляция от Европы, сформировавшая цивилизационные барьеры, определила отсутствие сопоставимого с европейским собственного производства квалифицированных врачей. Путь, которым Московское государство восполняло их дефицит, с

[10] *Сточик А. М., Затравкин С. Н., Сточик А. А.* Становление государственной медицины (вторая половина XVIII – первая половина XIX века). Сообщение 1. Возникновение концепции медицинской полиции, органов управления медико-санитарным делом, врачебно-санитарного законодательства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 1. С. 45.

самого начала подразумевал немногочисленность и узкое, сугубо элитарное предназначение этого ресурса. Лекари приглашались к царскому двору из стран, с которыми установились надежные торговые и дипломатические отношения. Например, в 1581 г. по просьбе царя Ивана IV английская королева Елизавета I прислала в Московию опытных врачей, хирургов и аптекарей со значительным запасом лекарств. Образованный в этот период Аптекарский приказ был ориентирован на охрану здоровья и благоденствия царя с семьей. Воспринимавшаяся чрезвычайно серьезно, эта задача обусловливала назначение на должность судьи приказа самых доверенных людей монарха и их сугубо утилитарное назначение – «надкушивать» все предлагавшиеся царю и его домочадцам лекарства и следить за деятельностью иноземных лекарей[11]. При Иване Грозном Аптекарский приказ возглавлял князь-опричник А. И. Вяземский; при Михаиле Федоровиче – боярин И. Б. Черкасский; при Алексее Михайловиче Ф. И. Шереметев, И. Д. Милославский и, затем, близкий друг царя А. С. Матвеев[12].

Впоследствии поле деятельности Аптекарского приказа расширялось по нисходящей, повторяя иерархическую систему русского государства – от царской семьи к ближним боярам, затем к военачальникам и войску. Его вербовочный аппарат состоял из особых комиссаров, посылавшихся «в прусские и иные земли». Первые Романовы активно нанимали иноземных медиков: при Михаиле Федоровиче было приглашено четыре доктора, девять лекарей и четыре аптекаря; при Алексее Михайловиче – 11 докторов, три лекаря, один глазной врач и шесть аптекарей; при Федоре Алексеевиче – четыре доктора, девять лекарей и четыре аптекаря. Предпочтение отдавалось протестантам – англичанам, голландцам и немцам; католикам же после Смутного времени не доверяли. Поначалу медиков было немного: в 1656 г. всего три доктора и четыре лекаря в Москве, два – в полках[13].

При найме иностранных специалистов Аптекарский приказ выполнял важную функцию – испытание в мастерстве и тща-

[11] История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.) / под ред. Р. У. Хабриева. М.: Гэотар-Медиа, 2014. URL: http://istoriirossii. ru/16-vek/297-aptekarskij-prikaz. html (дата обращения: 22.11.2017).

[12] *Печникова О. Г.* Создание и функционирование Аптечного приказа // Юридические исследования. 2013. № 3. С. 21.

[13] *Смирнова Е. М.* «Аптекарского приказу люди» на государевой службе // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. 2017. № 9 (83). С. 175.

тельный расспрос о социальном происхождении и полученных за границей квалификациях. Окончательное решение о приеме на службу выносил царь, а медик затем приводился к присяге. Эта ранняя система профессиональной сертификации была развита в последующие эпохи и стала одним из краеугольных камней российского врачебного сообщества.

Несмотря на языковые и культурные барьеры и совершенно непривычную систему иерархических отношений, иностранцы ехали на царскую службу, соблазненные перспективой крупных заработков. Посланный весной 1679 г. за границу комиссар-вербовщик В. Горстен «приговорил» 10 лекарей и в ноябре того же года был отправлен за новой партией. Контракт обычно заключался на три года и часто продлевался. Так, С. Коллинз провел на царской службе девять лет, А. Граман – 20 лет, его племянник М. Граман – 10 лет[14]. Многие иностранные врачи приезжали с семьями или заводили их в России.

Жалование иностранных врачей Аптекарского приказа складывалось из годового оклада и месячного корма. В 1660-1670-е гг. доктора получали 730–1114 руб. в год, лекари 80–149 руб. в год, в зависимости от срока службы и милости царя. Суммы увеличивались за выслугу лет, участие в военных действиях и другие заслуги. Предоставлялись щедрые вознаграждения по случаю представления к царскому двору, «выезда» в отпуск, «отъезда», рождения в царской семье сына. Для сравнения, появившиеся во второй половине XVII в. русские лекари (подготовленные иностранцами или выпущенные основанной в 1654 г. при приказе лекарской школой) получали 29–68 руб. в год по усмотрению судьи Аптекарского приказа[15].

Щедрое жалование, по-видимому, вполне компенсировало иностранным врачам существенное понижение в социальном статусе. Согласно Соборному Уложению 1649 г. иноземцы подчинялись законам Московского государства. Выпускники европейских университетов с докторскими степенями, на русской службе они низводились до уровня холопов, что демонстрируется, например, формой обращения к царю: «…бьют челом холопи твои оптекарского приказу дохтуры Лаврентейко Блюментрост, да Симанко Зомер»[16]. Судьба лекаря всецело зависела от монаршей

[14] Там же. С. 176.
[15] Там же. С. 176–177.
[16] Цит. по: *Смирнова Е. М.* «Аптекарского приказу люди». С. 176.

милости: с одной стороны, нередко жаловались большие суммы и драгоценные подарки, с другой – царь мог легко нарушить условия контракта и не отпустить врача на родину, заточить и даже казнить его. При дворе за уровнем доверия царя к врачу ревниво следили и часто интриговали. Нередко иноземные доктора становились жертвами народных волнений и внесудебных расправ. Так, по подозрению в отравлении царя Федора Алексеевича в 1682 г. стрельцами были убиты доктора И. Гутменш и Д. фон Гаден. В московском обществе иностранных врачей не любили из-за инославного вероисповедания и из суеверия; даже цари, бывало, подозревали своих лекарей в колдовстве. Поэтому профессия лейб-медика была сопряжена с опасностью для жизни.

И все же количество иноземных врачей на русской службе в течение XVII в. постоянно росло. По данным Е. М. Смирновой, в допетровскую эпоху на «государевой службе» побывали 237 иностранных медиков. Большинство, конечно, приезжало на оговоренный в контракте срок. Часть же врачей предпочла закрепиться, в том числе и переходя в православие, что давало как единовременные крупные пожалования от царя, так и перспективы вхождения в дворянское сословие и карьерного роста. Среди них были основатели врачебных династий, например, Л. Блюментрост[17].

Если врачи-иноземцы составляли в Московии костяк гражданской медицинской службы, то из русских лекарей формировались военно-медицинские кадры. Наем военных лекарей-иностранцев производился на время войны, а спрос на медиков в войсках ощущался постоянно. Выучившиеся у иноземцев методом ремесленного ученичества русские лекари направлялись в распоряжение Пушкарского приказа и распределялись по полкам. После открытия в 1654 г. при Аптекарском приказе лекарской школы в войска для прохождения практики направлялись ее русские выпускники[18]. На одного иностранца-лекаря в полках приходилось два-три русских. По прохождении военной практики русские выпускники подавали челобитную о присвоении лекарского звания, выдерживали надлежащее испытание в Аптекарском приказе и получали царскую санкцию «быть в лекарях». Как и иностранцы, русские лекари приносили клятвенную присягу[19].

[17] Там же. С. 178.

[18] Ю. П. Лисицын называет военную медицину того периода отдельным подразделением, не подчинявшимся Аптекарскому приказу. См.: *Лисицын Ю. П.* История медицины. М.: Гэотар-Медиа, 2008. С. 89.

[19] *Смирнова Е. М.* «Аптекарского приказу люди». С. 176.

Одним из главных бедствий описываемого исторического периода были эпидемии. На протяжении всего средневековья и раннего нового времени кошмаром европейских государств была чума, приводившая в запустение целые регионы. На Русь эпидемии приходили чуть позже, чем в Европу, но свирепствовали с не меньшей силой. Поэтому уже с XIV столетия в русской народной медицине утвердилась мысль о заразности чумы и начали формироваться первые организованные меры по борьбе с эпидемиями – заставы на путях их предположительного распространения. К моменту образования Аптекарского приказа уже существовали административные противоэпидемические мероприятия: организованная уборка и захоронение трупов, «печатание» зараженных домов с выставлением караулов, изоляция «заповетренных мест» цепью застав, категорический запрет на выезд из пораженной местности. Имелась система информирования московского правительства о «моровых поветриях». Аптекарский приказ и царские воеводы образовывали высшую инстанцию, куда из провинций поступали такие «отписки»; оттуда информация шла непосредственно к царю[20].

Воеводам на местах вменялось в обязанность собирать сведения о больных и умерших в подчиненных им полках; кроме того, царские власти требовали представить диагноз и краткую характеристику заболевания. Например, когда в 1664 г. городецкий воевода сообщил в Москву о численности жертв морового поветрия, царские власти направили ему грозный указ: «А от чего на Городецке моровое поветрие на люди учинилось, от тутошних или от жилецких, или от приезжих и от прохожих людей, и сколько в котором дворе людей умерло порознь, и кто имянно, и в коих числех – о том ты к нам не отписал, знатно ты нашего указу не слушаешь, а по нашему указу велено тебе про моровое на люди поветрие и про упадок людем писать имянно, а ты тот наш указ поставил на оплошку»[21]. В отсутствии лекарей, самим местным начальникам приходилось получать такие сведения от подчиненных: приставов, дьяков, подьячих, а также «лазутчиков» и путем «обыска» и «розыска» проезжих людей. Естественно, наличие квалифицированного врача сделало бы сведения об эпидемии намного более точными.

[20] *Васильев К.Г., Сегал А.Е.* История эпидемий в России. Материалы и очерки. М.: Медгиз, 1960. С. 63–66.
[21] Там же. С. 67.

С лечением инфекционных заболеваний во время военных действий связано открытие в Московском государстве первых больниц. Сначала это были частные инициативы крупных монастырей и отдельных представителей знати, например, боярина Ф. М. Ртищева, открывшего в 1652 г. в Москве больницу на две палаты с постоянным врачом при ней. В 1654 г. во время русско-польской войны Ртищев сопровождал царя и открывал по пути временные больнички, содержавшиеся за его счет. Подобные же заведения открывали и другие бояре – Черкасский, Матвеев, Апраксин, Ордин-Нащокин. Первым же государственным медучреждением стала временная амбулатория, а затем и больница для больных дизентерией и цингой солдат на Арбате, открытая в октябре 1678 г. Врачами там работали Л. Блюментрост и А. Кельдерман. По мнению К. Г. Васильева и А. Е. Сегала, это учреждение можно считать первой государственной временной инфекционной больницей[22].

Таким образом, к началу петровской эпохи в Московском государстве в рамках приказной системы сформировался зародыш государственной медицины. Историк правовых аспектов медицины в царской России О. Г. Печникова сводит основные направления деятельности Аптекарского приказа к: 1) организации медицинского обеспечения за счет докторов, лекарей, аптекарей; 2) государственному лицензированию медицинской деятельности; 3) организации военно-медицинской службы; 4) врачебного освидетельствования больных и увечных[23]. Обратим внимание, что приказная система заложила жесткий иерархический принцип, а отсутствие каких-либо прав личности в русском законодательстве XVII в. и полная зависимость от сиюминутной царской воли определила модус взаимодействия власти с даже наиболее уважаемыми и квалифицированными иностранными докторами: открыто декларировавшийся холопский статус и отсутствие легальных защитных механизмов против любого произвола. Тем не менее большие гонорары влекли зарубежных медиков, часть которых предпочла остаться на русской службе навсегда.

Одновременно малыми темпами началось создание национальных медицинских кадров, уступавших иностранцам по социальному статусу и материальному положению.

Итак, государственные интересы, определившие формирование зародыша государственной медицины, сначала лежали в

[22] Там же. С. 84–85.
[23] *Печникова О. Г.* Создание и функционирование Аптечного приказа. С. 22.

необходимости организации медицинской помощи царю с семьей, затем расширились до медицинского обслуживания элиты и войска. Расширение функций повлекло за собой необходимость контроля над качественным составом нанимавшихся врачей и привело к осознанию нужды в национальных медицинских кадрах. Значение фактора эпидемий было также велико, но в отсутствие профессиональной прослойки врачей противоэпидемические мероприятия носили административный, а не медицинский характер и осуществлялись военными и гражданскими властями.

Развитие российской медицины в начале XVIII в. традиционно объясняется историками большой тягой царя-реформатора Петра I к научным знаниям и стремлением модернизировать страну по европейскому образцу. Действительно, страсть монарха к изучению анатомии и хирургии, привычка всюду носить с собой хирургический набор и, не смущаясь, применять его на людях и трупах, собирание разнообразных анатомических, зоологических и медицинских коллекций помогали «натурализации» европейской медицины при дворе, откуда она неизбежно распространялась по нисходящей. Свою роль сыграла твердая уверенность царя в пользе научного трансфера путем обучения русских студентов за границей. Первыми взращенными Петром врачами русского происхождения были получившие докторские степени в Падуанском университете П. В. Постников (1696) и Г. И. Волков (отправлен на учебу в 1698 г.)[24].

Дефицит квалифицированных врачей и медицинских учреждений в условиях постоянных войн петровской эпохи способствовал массовому импорту медицинских кадров. Например, в 1697 г. из Амстердама было выписано 50 врачей (14 немцев, 14 французов, 12 голландцев, четыре датчанина и т. д.). Роль ряда иностранных медиков в развитии медицины в России трудно переоценить. По мнению М. Б. Мирского, рекомендации близких к царю врачей (И. Блюментрост, Н. Бидлоо, Р. Эрскин) способствовали пониманию Петром I необходимости государственного развития медицинского дела[25]. Так, на своего лейб-медика Р. Эрскина царь полагался не только в вопросах лечения, но и использовал его как эксперта по проблемам медицины, прежде всего, военной. По-ви-

[24] *Куприянов Н.* История медицины России в царствование Петра Великого. СПб.: Типография Якова Трея, 1872. С. 5–6.
[25] *Мирский М. Б.* Очерки истории медицины в России XVI-XVIII вв. Владикавказ, 1995. С. 75.

димому, именно Эрскин формулировал в «Воинском уставе» 1716 г. обязанности военных медиков. В благодарность за сложную и ответственную работу в том же 1716 г. лейб-медик был назначен архиатром – руководителем всей медицинской отрасли России и пожалован в статские советники[26].

Под руководством иностранных врачей в России формировались первые крупные медицинские учреждения. В 1702 г. приближенный к царю голландский врач Н. Бидлоо был назначен инспектором строившегося московского военного госпиталя. В открывшемся в 1707 г. медицинском учреждении имелись анатомический театр, ботанический сад и хирургическое училище. Там Н. Бидлоо самолично преподавал ученикам анатомию и хирургию[27]. В 1712 г. был учреждены инвалидный госпиталь для престарелых солдат в Москве и богадельни в Москве, Санкт-Петербурге, Киеве, Екатеринбурге, Ревеле и Риге. В 1715 г. в Санкт-Петербурге были открыты Сухопутный и Морской госпитали с хирургическими училищами. Морским госпиталем руководил М. Минеат; Сухопутный сначала возглавлял А. А. Севасто, затем М. Схендо фон дер Бех. В этих учреждениях внедрение европейской медицины уже велось комплексно: помимо лечения пациентов, там за государственный счет обучалось 50 учеников. Для учебных целей переводились и печатались иностранные медицинские труды, при госпиталях работали анатомические театры[28]. Воспроизводство собственных медицинских кадров приобретало систематический характер и институциализировалось.

Административная реформа 1720 г. трансформировала архаичную систему приказов, что не могло не сказаться на руководстве медицинским делом. Преемник Р. Эрскина на посту архиатра И. Л. Блюментрост предложил Петру I свой проект преобразования медицины в России, суть которого состояла в создании Медицинской коллегии – нового государственного органа управления медицинской сферой. Проект был принят и по указу Сената от 14 августа 1721 г. была создана Медицинская канцелярия, которой подчинялись все медицинские учреждения вне зависимости от ведомственной или частной принадлежности. В непосредственную компетенцию этого органа входили: надзор за госпиталями и аптеками, создание новых госпиталей и увеличение числа аптек,

[26] Там же. С. 60, 62–63.
[27] Там же. С. 46.
[28] *Куприянов Н.* История медицины России. С. 9–11.

управление всеми медицинским кадрами (определение на службу, назначение жалования и наград), организация противоэпидемических мероприятий, выпуск наставлений для «сохранения народного здравия», поиск и принятие практических и научных методов улучшения медицинской отрасли. Автор проекта, архиатр И. Л. Блюментрост, стал первым главой Медицинской канцелярии[29].

Острая проблема медицинских кадров с самого начала занимала особое место в деятельности нового органа управления медициной. В царствование Петра I приток иностранных врачей в Россию стал действительно массовым, но в потоке иноземцев встречалось немало самозванцев, не имевших медицинского образования. Этих бродячих шарлатанов называли «цесарцами» или «венгерцами»; они брались за деньги лечить любые болезни, часто с плачевными результатами. Поэтому уже в 1721 г. по представлению И. Л. Блюментроста Сенат издал указ, дававший право врачебной практики только лицам с аттестатом Медицинской канцелярии. В документе говорилось: «Никакой доктор или лекарь не дерзает нигде практику иметь или лечить прежде освидетельствования Медицинской канцелярией». В 1729 г. вышел новый указ, грозивший «жестким штрафом и наказанием» самозванцам без государственной сертификации. Проблема была так серьезна, что постановление 1729 г. было подтверждено Сенатом в 1751 г[30]. Экспертная селекция специалистов-медиков, определение права на врачебную практику и борьба с шарлатанами были одной из главных задач Медицинской канцелярии на всем протяжении ее существования.

Выделяя и приближая высококвалифицированных иностранных медиков, обладавших администраторскими талантами, прислушиваясь к их профессиональному мнению по организации медицины, Петр I по сути заложил традицию консультироваться с врачами в вопросах государственной важности. Создав институт архиатрства, он ввел строго профессиональную иерархию в медицинской отрасли. Вспомним, что Аптекарский приказ в Московском государстве возглавлялся не врачами, а приближенными к царю боярами, что отражало концентрацию внимания не на развитии медицинской отрасли, а на необходимости обеспечения безопасности царя и его семьи. Архиатр же, будучи доверенным

[29] *Мирский М. Б.* Очерки истории медицины. С. 76–78.
[30] Цит. по: *Мирский М. Б.* Очерки истории медицины. С. 78–79.

высокопрофессиональным медиком, управлял всей медицинской отраслью империи и подчинялся непосредственно императору. В условиях реформаторского петровского абсолютизма это облегчало администрирование медицины и сглаживало проблему пересекающихся ведомственных полномочий.

Медицинская канцелярия оставалась верховным органом управления медицинской отраслью и после петровской эпохи. В 1732 г. своим указом императрица Анна Иоанновна подтвердила особое положение канцелярии – выше нее стоял только кабинет министров и сама монархиня; ни Сенат, ни другие учреждения не имели права вмешиваться в ее дела.

В этот период при архиатре И. Б. Фишере в государственной медицине произошли важные события. В Санкт-Петербурге и Москве были созданы «физикаты» – прообраз муниципальной медицины, во главе которых стояли штадт-физики, то есть медицинские администраторы столичных городов. Их обязанности включали: наблюдение за народным здравием; принятие медико-полицейских мер; испытание поступающих на службу врачей; наблюдение за частнопрактикующими докторами; воспрещение незаконной медицинской практики; надзор за государственными и частными аптеками; разбор конфликтов между медицинскими чиновниками; контроль за продвижением врачей по службе; оказание бесплатной помощи больным, имевшим право на казенное пособие. Роль столичных физикатов со временем выросла, а функции – расширились. Просуществовали эти органы до середины XIX в.[31]

Из-за необходимости организованно противостоять частым эпидемиям и обеспечивать хоть какой-то уровень защиты городского населения от повальных болезней и шарлатанов в 1737 г. И. Б. Фишер представил Анне Иоанновне «доношение», в котором предлагал учредить в крупных городах империи должности городовых врачей. В результате было учреждено 56 должностей городовых врачей на содержании городских управлений. И хотя на заполнение вакансий ушло много лет (магистраты не хотели тратиться на их содержание), и понадобился еще один сенатский указ 1756 г. об обязательном назначении Медицинской канцелярией городовых врачей, создание этого института являлось качественно новым шагом в развитии государственной медицины[32].

[31] Там же. С. 81.
[32] Там же. С. 82–83.

Указ 1756 г. принуждал магистраты гарантировать финансовое обеспечение и бытовое обслуживание городовых врачей, предусматривая штрафные взыскания в двойном размере за несвоевременное выполнение условий. В Москве же и Московской губернии из-за большой населенности были назначены губернский врач, губернский лекарь и городовой врач. Все они освидетельствовали заболевших, «битых» или внезапно умерших (то есть выполняли функции судебно-медицинской экспертизы); губернский врач лечил дворянство, городовой – купечество. Но главной обязанностью губернских врача и лекаря была борьба с «поветривающими и прилипчивыми болезнями». При возникновении эпидемии они были обязаны оказывать помощь всем вне зависимости от сословия и выезжать в эпидемические очаги.

Важным достижением являлось назначение указом Анны Иоанновны специального врача для бедных в Санкт-Петербурге (1738). В его обязанности входило ежедневное пребывание в главной аптеке для прописывания и выдачи бедноте бесплатных лекарств. Таким образом, хоть и в ограниченном масштабе, государство брало на себя обязанность безвозмездной медицинской помощи неимущим и беспомощным[33].

В екатерининскую эпоху развитие медицины характеризовалось более серьезным отношением к социальным аспектам и качеству медицинской помощи. В столицах было построено несколько крупных гражданских больниц – Павловская (1763) и Старо-Екатерининская (1776) в Москве; Калинкинская (1762) и Обуховская (1772) в Санкт-Петербурге. В 1762–1763 гг. были изданы три указа о лечении «заразительных болезней» и учреждении «сифилитических домов». По ним больницы обязывались оказывать полную медицинскую помощь любым поступавшим больным, не спрашивая ранга и фамилии[34].

Изменения коснулись и управления медицинской отраслью: Екатерина II распустила Медицинскую канцелярию и упразднила должность архиатра, создав в 1763 г. Медицинскую коллегию, которой руководили не профессиональные медики, а придворные сановники – барон А. И. Черкасов, А. А. Ржевский, А. О. Закревский, И. Ф. Фитингоф, барон А. И. Васильев. Входившие в состав

[33] Там же. С. 83.

[34] История здравоохранения дореволюционной России. URL: http://istoriirossii. ru/18-vek/304-zdravooxranenie-v-rossii-v-period-czarstvovaniya-ekateriny-ii. html?showall=1 (дата обращения 11.12.2017).

коллегии врачи, лекари и аптекари (семь человек, не считая главы) заседали в ней два часа в неделю по совместительству с основной медицинской должностью. Несмотря на то, что одной из целей Медицинской коллегии было «заведение российских докторов, операторов, лекарей и аптекарей», то есть русификация медицинских кадров, за 30 лет коллегия присвоила степень доктора медицины лишь пяти врачам – сказались интриги иностранных врачей, препятствовавших профессионализации русской медицины[35]. Понадобилось жесткое вмешательство возглавившего в 1793 г. Медицинскую коллегию А. И. Васильева, защищавшего русское представительство в органе.

В 1799 г. император Павел I расширил состав Медицинской коллегии и ее административные полномочия. Члены коллегии теперь заседали в ней на постоянной, а не временной основе. Работа сосредоточилась на изучении народной медицины, систематизации рецептов в национальную фармакопею, публикации медицинских книг и учебников, управлении медицинскими учреждениями, сертификации иностранных лекарств, принятии в медицинскую службу выпускников госпитальных школ и иностранных врачей, эпидемическом контроле. В каждой губернии функционировал свой медицинский совет, состоявший из инспектора, повивальной бабки и «оператора» (хирурга), которому подчинялись все медицинские учреждения и врачи. В свою очередь, губернский медицинский совет отвечал перед столичным медицинским советом, инструктировавшимся Медицинской коллегией. Е. А. Вишленкова считает, что несмотря на сохранявшийся дефицит образованных врачей, впервые во всех 34 губерниях Российской империи была образована сеть государственных гражданских учреждений здравоохранения[36].

Описанные выше изменения в отрасли соответствовали по времени и содержанию созданию государственной медицины в европейских странах. Подробно огосударствление европейской медицины анализируют в своих работах историки медицины из Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко[37]. Здесь же следует отметить, что

[35] Там же.

[36] *Vishlenkova E.* The State of Health. P. 44.

[37] *Сточик А. М., Затравкин С. Н., Сточик А. А.* Становление государственной медицины (вторая половина XVIII – первая половина XIX века). Сообщение 1. Возникновение концепции медицинской полиции, органов управления медико-санитарным делом, врачебно-санитарного законодательства // Проблемы социальной гигиены,

ключевыми аспектами деятельности государственных органов управления медициной как в Европе, так и в России были: сбор и изучение информации об особенностях физической и социальной среды обитания людей для выявления их связи с заболеваемостью; создание на ее основе лечебно-профилактических рекомендаций для практикующих врачей, часть которых после соответствующих процедур получала статус законодательных актов; разработка специального врачебно-санитарного законодательства; формирование государственной системы подготовки врачебных кадров; централизованная борьба с шарлатанами и оказание государственной медицинской помощи социально уязвимым слоям населения. Сходясь в основных этих функциях с медициной европейских государств, российская медицина XVIII – первой половины XIX в. превращалась в ценимый властью инструмент государственной политики и неотъемлемый атрибут развитости и «европейскости» Российской империи, к чему ее элита постоянно стремилась и сомнения в чем воспринимала очень болезненно.

1.2. Возникновение в России системы профессиональной научной аттестации медиков (первая половина XIX в.)

Государственная медицина помогала упорядочивать традиционно проблемную сферу народного благоденствия: к началу XIX в. врачи в Российской империи осуществляли важные функции социального контроля над населением. Вовлеченность в социальную среду на местах позволяла им создавать новое медицинское

здравоохранения и истории медицины. 2013. № 1. С. 44-49; *Они же.* Становление государственной медицины во второй половине XVIII – первой половине XIX века. Сообщение 2. Создание государственных систем подготовки медицинских кадров и призрения социально незащищенных групп населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 2. С. 41-45; *Они же.* Становление государственной медицины во второй половине XVIII – первой половине XIX века. Сообщение 4. Государственные меры по обеспечению здоровых условий жизни, питания и трудовой деятельности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 4. С. 41-46; *Они же.* Становление государственной медицины (вторая половина XVIII – первая половина XIX века). Сообщение 5. Основные результаты внедрения концепции медицинской полиции // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 5. С. 51-56; *Они же.* Возникновение профилактической медицины в процессе научных революций 17–19 веков. М.: Шико, 2013. 136 с.; *Степин В. С., Сточик А. М., Затравкин С. Н.* История и философия медицины. Научные революции XVII – XX веков. М.: Академический проспект, 2020. 376 с.

знание об империи и доносить его до представителей власти в доступных формах и понятиях. То есть научная медицина уже тогда служила инструментом систематизации знания о стране и средством управления империей.

Поэтому-то запущенные в 1802 г. реформы по рационализации государственного управления столь серьезно затронули медицинскую отрасль. Современные исследователи России первой трети XIX в. считают, что несмотря на хаотичность реформаторских процессов в эпоху Александра I, именно тогда начали формироваться альянсы между представителями власти и науки, а история развития медицины отлично показывает сложность взаимоотношений между государством и нарождавшимся профессиональным сообществом в условиях самоорганизации и саморегуляции обоих участников процесса[38].

Основные функции медицины попали в ведение созданного Министерства внутренних дел, однако часть медицинских дел (подготовка врачей, наблюдение за деятельностью их обществ, финансирование санитарных кордонов и проведение оздоровительных мероприятий) перешла к Министерству народного просвещения (МНП). Военные же врачи, Петербургская и Московская военно-медицинские академии были подчинены сначала Министерству военно-сухопутных дел, а с 1834 г. – Военно-медицинскому комитету при главной квартире действующей армии.

По мнению З. С. Гатиной и Е. А. Вишленковой сложившаяся ситуация многовластия позитивно повлияла на врачебное сообщество. Ведомственная конкуренция дала врачам определенную автономность и возможность развить механизмы самоуправления в самой важной для профессионального группообразования области – оценке знаний и качества исследовательской работы[39]. Разработанная при деятельном участии государства в первой половине XIX в., система научной аттестации медиков отражала потребность правительства в образованных по западным стандартам медицинских чиновниках. Необходимость поддерживать высокий образовательный и научный уровень врачебного сословия обусловила готовность делегировать значительную часть властных полномочий в присуждении медицинских степеней про-

[38] *Vishlenkova E.* The State of Health. P. 42.
[39] *Гатина З. С., Вишленкова Е. А.* Система научной аттестации в медицине в России в первой половине XIX в. // Вестник СПбГУКИ. 2014. № 1 (18). С. 169.

фессиональному медицинскому сообществу в лице факультетских советов.

Как развивалась система научной аттестации, заложившая в отечественной медицине высокие стандарты качества, профессиональную солидарность, чувство собственного достоинства, моральные и научные ориентиры, лежавшие вне жесткой чиновной иерархии Российской империи? Знание этих процессов необходимо для понимания особенностей формирования профессиональной и гражданской личности русского врача; того как она проявлялась в условиях межцивилизационного контакта и как трансформировалась под влиянием различных идеологий.

Государственная система подготовки медицинских кадров закладывала достаточно высокие стандарты качества научных и практических знаний. Еще в начале XVIII в. приближенный Петра I голландский врач Н. Бидлоо, возглавлявший Московский военный госпиталь и самолично преподававший в госпитальной школе анатомию и хирургию, радел за высокое качество своих выпускников. Даже назначенные царем высокие денежные премии за каждого подготовленного лекаря и подлекаря не могли спровоцировать его на подмену качества количеством[40]. В середине XVIII в. в русских госпитальных школах был установлен строгий порядок экзаменов, делившихся на приватные и публичные. Приватные проводились еженедельно госпитальным оператором в присутствии всех учеников. Ежемесячный экзамен принимался в присутствии всего медперсонала госпиталя, причем вопросы задавались даже самым младшим лекарем. Публичные экзамены проходили по третям учебного года и в его конце с приглашением почетных гостей. Все испытания проводились в анатомическом театре и упор делался на практические операции – ампутации, удаление камней, бельма и т. д. По их результатам ученики производились в подлекари, подлекари – в лекари. Эта система также распространялась на госпитали, где не было школ, и просуществовала до конца XVIII столетия[41].

В 1804 г. вышли уставы, провозгласившие учреждение императорских университетов. Согласно ним, законно предоставлять медицинскую помощь теперь мог лишь тот, кто получил письменное удостоверение «ученого сословия». Университетский устав

[40] *Мирский М. Б.* Очерки истории медицины. С. 57.
[41] *Палкин Б. Н.* Русские госпитальные школы XVIII века и их воспитанники. М.: Медгиз, 1959. С. 50–52.

даровал университетам право оценивать медицинские знания при условии строжайшего контроля качества со стороны профессоров. Так государство декларировало серьезное намерение запустить собственное производство университетски образованных медиков и поставить под контроль разного рода популярных целителей с сомнительной медицинской подготовкой[42].

Поощряя государственную сертификацию лекарей, Университетский устав 1804 г. существенно расширил круг возможностей для выдержавших профессиональное испытание. Помимо официального разрешения на медицинскую практику, полученное удостоверение вводило претендента в иерархию бюрократических чинов (лекарь и аптекарь получали 12 класс; повивальные бабки – позволение учить своему ремеслу и доступ к уездной должности). Обладание даже чином 14 класса (коллежский регистратор) уже давало гражданские права; чиновники 9 класса получали личное почетное гражданство, а обладатели первых восьми классных чинов – потомственное почетное гражданство[43]. Относясь к чинам 8 класса, доктора с подтвержденными в ходе профессиональных испытаний университетскими степенями стояли на достаточно высокой ступени социальной иерархии. Наделение врачей чиновными привилегиями выделяло их из общей массы, создавало карьерную мотивацию, давало чувство сословной солидарности и значимости в государственном механизме. Кроме того, по мнению Е. А. Вишленковой, так в России появились рычаги формирования врачебной корпорации[44].

В эпоху Александра I иерархия ученых званий в медицине выглядела следующим образом: выпускник медицинского факультета двигался от «лекаря» и «доктора медицины» к высшим профессиональным степеням «медико-хирург» и «доктор медицины и хирургии». Хирургия в то время считалась более высоким мастерством, чем терапия[45].

Поначалу связанное с большими организационными проблемами, отечественное производство квалифицированных медицинских кадров постепенно набирало темп и обретало качество, пусть даже не всегда соответствовавшее ожиданиям.

---

[42] *Гатина З. С., Вишленкова Е. А.* Система научной аттестации. С. 170.
[43] Там же. С. 172–173.
[44] *Вишленкова Е. А.* Медико-биологические объяснения социальных проблем России. С. 44.
[45] *Гатина З. С., Вишленкова Е. А.* Система научной аттестации С. 172.

Правительство приложило немало усилий для привлечения молодежи к обучению медицине: государство увеличивало число казеннокоштных (бюджетных) мест на медицинских факультетах, открывало путь в медицину для выходцев из социальных низов и политически нестабильных регионов империи, основывало при университетах целые медицинские институты для «казенных воспитанников»[46]. В строго сословной иерархии империи создавалось подобие социального лифта и двигателем его была острая нужда в медицинских кадрах, особенно в армии и на флоте.

Заданная государством высокая планка качества в медицинском образовании достигалась отнюдь не всегда. Сказывалась необходимость наладить клиническую систему обучения, выровнять разницу в уровне между столичными и провинциальными университетами и, элементарно, взрастить подготовленных к сложностям медицинской науки молодых людей. Ощущалась неразбериха в вопросе аттестации иностранных медиков. В 1808 г. вокруг качества медицинского образования произошел конфликт интересов МВД и МНП, после которого специальная комиссия по разрешению затруднений признала за МВД приоритет интересов в области медицины. Российские университеты смогли выдавать аттестаты только своим выпускникам. Право экзаменовать иностранцев было отдано медико-хирургическим академиям и врачебным управам. К казеннокоштным студентам-медикам и прошедшим испытания иноземным врачам применялось строгое требование прохождения годичной практики в крупных госпиталях.

Министерство народного просвещения также ужесточило требования к соискателям медицинских степеней. В отличие от других наук, медикам категорически запрещалось переходить на более высокие уровни иерархии ученых степеней, минуя низшие ступени. Звание доктора медицины и хирургии было предписано давать лишь опытным врачам с большой практикой, что со стороны правительства являлось признанием необходимости врачебно-

[46] Необходимо все же отметить, что многие студенты, даже находясь в стесненных материальных условиях, всеми силами старались сохранить «собственный кошт» (т. е. платить за обучение самостоятельно). Делалось это для того, чтобы избежать обязательной службы по распределению, фактически означавшей долгие годы (25–30 лет) изоляции в глухих углах необъятной империи. См.: *Вишняков Н. И.* Записки военного врача. Вступ. ст. и коммент. Н. П. Матхановой / серия «История Сибири. Первоисточники». Вып. XIV. Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2011. 339 с.

го опыта и долговременных наблюдений для профессионального роста в области медицины[47].

Осознаваемая властью специфичность медицинского знания вкупе с нуждой в большом количестве квалифицированных врачей определенным образом «иммунизировала» университетское медицинское образование от чиновного вторжения извне. В то время как присвоенные по другим специальностям степени утверждало Министерство народного просвещения, врачи получали звание от своих коллег из факультетского совета. Даже изменения требований к врачебным ученым степеням в сравнении с другими специальностями запаздывали примерно на год: новые университетские правила нужно было адаптировать к медицинской специфике, а ведомственные интересы – скоординировать[48].

Внутриотраслевому саморегулированию и автономии способствовали жесткие требования к знаниям и умениям соискателей медицинских степеней. Первый их свод был разработан в 1810 г. Тогда медицинские отделения университетов получили право присваивать звание «медико-хирург» и «доктор медицины и хирургии». Ранее такое право было лишь у медико-хирургических академий. Комиссия обязательно включала профессоров с других факультетов, проверявших знания по своим предметам, а также одного-двух членов врачебной управы или медицинского чиновника. От соискателя требовалось доказательство благонадежности и практического умения с помощью пакета документов от соответствующих учреждений[49].

Начиная с доктора медицины и выше претенденты должны были сдавать экзамены на латыни. От соискателей более низких степеней требовалось владение языком в объеме, необходимом для перевода и понимания фармакопей и правильного выписывания рецептов.

В совет факультета представлялась диссертация на тему, назначенную советом. От претендентов на звание доктора медицины и доктора медицины и хирургии требовалась качественная авторская диссертация, или какое-то достойное особенного внимания медицинское сочинение, либо медико-топографическое описание[50].

---

[47] *Гатина З. С., Вишленкова Е. А.* Система научной аттестации. С. 172.
[48] Там же. С. 173.
[49] Там же. С. 174.
[50] Там же.

В условиях послевоенного дефицита квалифицированных врачей требования к владению латинским языком варьировались, но все равно оставались принципиально важными. Ведь знание латыни использовалось как средство защиты от покупных диссертаций. В 1817 г. было принято правительственное постановление о принятии экзаменов на высшие врачебные степени на латинском языке. Усиление требований к соискателям объясняется борьбой правительства и профессиональной верхушки с мошенничеством и шарлатанством в медицине.

До 1818 г. университеты не могли оценивать знания и умения выпускников медико-хирургических академий, которые находились в подчинении военного ведомства. Из-за загруженности военных профессоров, необходимости ездить в Москву и Петербург и в интересах врачебной профессии, госпитальным и полковым врачам разрешили сдавать экзамены в провинциальных университетах поближе к местам их службы[51].

В 1838 г. МНП издало временные «Правила испытания медицинских, ветеринарных и фармацевтических чиновников и вообще лиц, занимающихся врачебною практикою». По ним на звание доктора медицины и хирургии могли претендовать исключительно медико-хирурги и доктора медицины, прослужившие в этих должностях не менее трех лет. Для «штаб-лекаря» обязательной была работа в должности «лекаря» в течение четырех лет для лекарей первого отделения с «превосходными знаниями», пяти лет для лекарей второго отделения с хорошими знаниями и семи лет для лекарей третьего отделения. К соискателям степеней доктора медицины и медико-хирурга предъявлялись те же правила выслуги; претендовать на них могли как государственные, так и частнопрактикующие врачи[52].

Согласно правилам 1838 г. к соискателям степеней доктора медицины и доктора медицины и хирургии предъявлялись языковые требования – латинский язык, а претенденты на иные звания могли проходить испытания на русском; иностранцы – на одном из европейских языков. Соискатели звания штаб-лекаря должны были представить медико-топографическое описание – текст с описанием результатов аналитических наблюдений за разными аспектами жизни в местности, где служил врач. Такие тексты

[51] Там же.
[52] Там же. С. 175.

ценились наряду с текстами по клиническим наблюдениям, медицинским и вспомогательным наукам.

Для претендентов на высшие степени требовалась диссертация хирургической направленности. Перед защитой подготавливались и издавались тезисы – основные положения диссертационной работы, раздававшиеся собравшимся на диспут. Соискателю назначались два оппонента из членов медицинского факультета[53].

В 1844 г. появились измененные «Правила испытания врачей, фармацевтов, ветеринаров, дантистов и повивальных бабок». Была введена новая профессиональная иерархия: лекарь, штаб-лекарь, доктор медицины, доктор медицины и хирургии относились к «учено-практическим званиям», а уездный врач, члены врачебной управы (акушер и оператор), инспектор врачебной управы относились к категории «учебно-служебных званий», дантист и повивальная бабка – к категории «специально-практических званий». За каждой степенью закреплялись определенные социальные привилегии[54].

Новые правила подняли требования к знаниям соискателей учено-практических званий. К требованиям на степень доктора медицины и хирургии добавилось наличие теоретических и практических знаний в хирургии. Устные экзамены проходили на языке того университета, где они принимались. Иностранцы могли выбрать между латинским и европейскими языками; доктор медицины был обязан не только написать, но и защищать диссертационное сочинение на латыни, чтобы доказать совету свое авторство. Соискатель звания доктора медицины и хирургии должен был написать диссертацию о хирургическом предмете на русском, латыни или одном из европейских языков; шесть выносимых на защиту положений должны были быть медицинскими[55].

Таким образом, к началу второй половины XIX в. в российской медицине сформировалась строгая система научной аттестации, профессионально иммунизированная от случайных людей и административного вмешательства. Она давала государству медицинских чиновников, вооруженных западными знаниями, которых власть мотивировала социальными, финансовыми и служебными привилегиями, формируя чувство принадлежности к высоко ценимому сословию и, как следствие, политическую лояльность. В

[53] Там же.
[54] Там же.
[55] Там же.

ряды медиков кооптировались представители разных социальных слоев, включая выходцев из политически проблемных регионов империи, например, Царства Польского. Внутри сообщества научные степени выполняли функцию регулятора корпоративных отношений и средства построения внутригрупповой иерархии[56]. При этом государство не только делегировало медикам часть своей власти по утверждению степеней, но и законодательно оберегало иерархию медицинской профессии от посягательств извне – по указу Сената от 1843 г. судить о способностях и познаниях врачей могло исключительно медицинское начальство[57].

1.3. Организационная структура российской медицины в начале XIX в. Формирование профессионального врачебного сообщества (первая половина XIX в.)

К концу первой трети XIX в. правительству удалось наладить стабильный приток обученных медиков в армейские и флотские госпитали, гражданские больницы и другие медицинские учреждения. Одна только Московская медико-хирургическая академия с 1809 по 1832 гг. подготовила 831 лекаря и кандидата медицины, обеспечив ими армию. В 1840 г. российские университеты дали империи 431 специалиста (лекарей, аптекарей, ветеринаров и повивальных бабок), а в 1841 г. – уже 527 обученных медиков. К 1846 г. численность врачей в России превысила восемь тысяч человек. Таким образом, врачебный цех превратился в самое массовое из ученых сообществ страны[58]. Лояльность этого выпестованного стараниями правительства сообщества естественным образом принадлежала государству.

Необходимость в содействии врачей у государственных властей всех уровней постоянно росла: помимо предупреждения и излечения болезней медики осматривали рекрутов, учащихся, душевнобольных, заключенных, ссыльных, помогали полиции и судебным органам, организовывали работу больниц, клиник и госпиталей, собирали статистические, топографические, метео-

[56] Там же. С. 176.
[57] Там же.
[58] *Вишленкова Е. А.* Медико-биологические объяснения социальных проблем России. С. 170.

рологические и медико-санитарные данные. Одновременно накапливалось врачебное знание о реальном состоянии российского социума, формировалось ощущение сопричастности решению социальных проблем империи. Но долгое время медики видели единственную форму гражданской активности в служении государству, выполнении его политики, считая автономию от государственной структуры попросту ненужной[59].

Историки врачебных сообществ отмечают, что до 1830-х гг. обсуждение социальных и медицинских проблем на основе служебного опыта врачей происходило внутри правительственных ведомств, каковыми являлись все врачебные комитеты, советы и комиссии при МВД, Министерстве народного просвещения и военном министерстве. Заявляя о необходимости делиться профессиональным мнением по вопросам диагностики и лечения или решения социальных задач, медицинская элита пребывала в рамках государственных интересов, не проявляя далеко идущей общественной или корпоративной инициативы. Даже просветительские инициативы врачебных объединений при государственных органах опирались на административные ресурсы в строго обозначенных рамках комитетов: Военно-медицинского при военном ведомстве, Временного медицинского при Министерстве народного просвещения, комитете «для начертания полного Устава об управлении лечебной частью» при МВД. Комитеты и медицинские советы осуществляли систематизацию и управление медицинским знанием, составляя наставления для практикующих врачей, рецензируя иностранные труды, вынося решения об их опубликовании на русском языке, лицензируя новые медицинские препараты[60]. Члены Медицинского совета МВД выясняли причины распространения эпидемических заболеваний, принимали решения о правительственных мерах по борьбе с ними, распределяли новоиспеченных врачей по губерниям и уездам[61].

Организационная структура и деятельность российской медицины повторяла систему управления Российской империи и

[59] *Вишленкова Е. А.* Врачебные общества Петербурга. С. 193.

[60] С 1810 по 1819 гг. из-за передела полномочий между министерствами медицинские советы образовались при нескольких ведомствах – МВД, Министерстве народного просвещения и Министерстве полиции. В 1822 г. советы вернулись в подчинение МВД и слились в один совет с расширенными функциями и полномочиями. См.: *Вишленкова Е. А.* Медицинские советы и врачебные общества в Петербурге. С. 189–191.

[61] Там же. С 196.

подчинялась ее логике. Помимо обычного разделения медиков на военных и гражданских, внутри нее выделялась вхожая в высшие эшелоны власти элита, глядевшая на рядовых врачей как на молодое и неопытное сообщество, нуждающееся в правительственной опеке. Даже решение сугубо внутренних проблем, например, организация касс взаимопомощи, инициировалось чиновниками и утверждалось на самом высшем уровне. Так, в 1842 г. Николай I утвердил устав обществ вспомоществования, учредив в империи новую форму профессиональной самоорганизации[62].

Специфические российские условия – колоссальные масштабы территории и, следовательно, распыленность медицинских кадров по имперской периферии, а также огромная численная диспропорция между образованными медиками и легионами местночтимых целителей – своего рода дисперсия знания в океане медицинского невежества – подстегивали стремление врачей к созданию профессионального сообщества. Медики в отдаленных губерниях испытывали острую нужду не только в оборудовании и медикаментах, но и в повышении квалификации, регулярных консультациях с коллегами по актуальным вопросам диагностики и лечения. Более того, местное население, а иногда и власти, далеко не всегда воспринимали врачей положительно: в контакте с простолюдинами и провинциальными помещиками они сталкивались с недоверием, отказом платить за услуги, даже открытым насилием. Поэтому чувство корпоративной общности университетски образованных врачей укреплялось противопоставлением себя темным народным массам, шарлатанам и малообразованным самодурам из местного начальства.

Е. А. Вишленкова считает, что традиционно рассматриваемые в историографии как предтечи общественных объединений русских врачей «Вольное экономическое общество» (1765–1918) и «Общество соревнования врачебных и физических наук при Московском университете» (1804; в 1845 г. переименовано в «Физико-медицинское общество») не являлись в полном смысле общественными организациями, а были скорее просвещенными клубами специалистов при правительстве и государственном же Московском университете. Они выполняли важные функции площадок для научного обсуждения врачебного опыта и способствовали трансферу в Россию западных научных идей. Также через них

[62] Там же. С 197.

во врачебную среду проводились одобренные государством идеи самоидентификации медицинского сообщества как естественного для российской культурной среды явления[63].

Моделью для первых профессиональных общественных организаций врачей стали немецкие врачебные общества в Санкт-Петербурге (1817), Москве и Риге (1823). Петербургское общество немецких врачей было элитным закрытым клубом, в который входили влиятельные медики империи. Их высокие доходы обеспечивали общество материально, а вакансия открывалась лишь со смертью кого-либо из действующих членов. В узком кругу обсуждали мировые медицинские открытия и делились опытом лечения и клинических наблюдений[64].

В 1833 г. в Санкт-Петербурге было основано Общество русских врачей (ОРВ). В его состав вошли авторитетные военные и гражданские медики, но в отличие от более ранних обществ или своего немецкого прототипа ОРВ не являлось элитным собранием высокопоставленных интеллектуалов, а преследовало цели широкого объединения русского медицинского сословия для обмена теоретическими знаниями, практическим опытом и для ревизии западных медицинских теорий. Его члены открыто декларировали свою аполитичность и приверженность идее всемерного содействия просвещенной государственной власти путем научного и профессионального совершенствования врачебного сообщества[65].

Десятилетие спустя Общество русских врачей, прошедшее трудный период становления, стало массовым. В ряды его почетных членов вступили даже заклятые конкуренты – члены Общества немецких врачей, в том числе его директор, профессор медико-хирургической академии И. Ф. Буш. Входившие в ОРВ врачи платили членские взносы, благодаря которым появилась возможность вести корреспонденцию с коллегами по всей империи. Обсуждалась новейшая медицинская литература, звучали доклады об изучении медицинских проблем. В материалах общества по-прежнему декларировалось полное единодушие с правительством и стремление воздавать ему благодарность демонстрацией своих успехов в укреплении благополучия империи. Манифестация лояльности со временем дала плоды – частная медицинская газета «Друг здравия» получила государственное

[63] *Вишленкова Е. А.* Врачебные общества Петербурга. С. 193.
[64] *Вишленкова Е. А.* Медицинские советы и врачебные общества в Петербурге. С. 194.
[65] *Вишленкова Е. А.* Врачебные общества Петербурга. С. 200–201.

финансирование, позволившее обзавестись редакционным штатом и сфокусировать издание на профессиональной аудитории[66].

Глядя на столичную активность, за консолидацию профессионального сообщества взялись и провинциальные врачи. Нам наиболее интересны медицинские общества Сибири. Находясь на географическом и культурном пограничье империи, они острее других переживали изоляцию от университетских и научных центров, нуждаясь в общероссийской и региональной профессиональной консолидации. К тому же на цивилизационном стыке Европы и Азии врачи аккумулировали ценные сведения о фронтирном социуме и чуждых европейскому пониманию культурных традициях. Этот иногда чрезвычайно специфический корпус знаний составлял каждодневную реальность окраин империи и его необходимо было встраивать в общеевропейскую медицинскую науку хотя бы для способности бороться с альтернативными русской медицине медицинскими практиками и системами.

В 1858 г. в Иркутске по инициативе врачей Г.В. Вейриха и К.В. Кинаста было организовано Общество врачей Восточной Сибири (ОВВС). Дошедший до нашего времени Устав был официально утвержден лишь три года спустя, 26 июня 1863 г. Т.П. Сизых считает ОВВС пятым по счету врачебным обществом Российской империи. Его членами могли стать врачи, фармацевты, ветеринары и все занимавшиеся естественными науками. Почетными членами общества в разные годы состояли высшие губернские чины (генерал-губернаторы Д.Г. Анучин, А.Д. Горемыкин, А.П. Игнатьев), духовные иерархи (архиепископ Вениамин), а также российские светила медицинских и естественных наук Н.И. Пирогов, С.П. Боткин, И.И. Мечников, Ф.Ф. Эрисман, Д.И. Менделеев, И.М. Сеченов, К.А. Тимирязев[67].

Задачи ОВВС не ограничивались консолидацией разреженной профессиональной среды Восточной Сибири и коллегиальным обсуждением врачебного опыта. Общество стало источником важных социальных инициатив. В 1861 г. группа иркутских врачей во главе с К.В. Кинастом учредила лечебницу для «вольноприходящих больных». В 1865 г. купец 1-й гильдии М.В. Михеев поддержал инициативу щедрым пожертвованием и в городе открылась Михеевская лечебница с аптекой, а ОВВС получило в

[66] Там же. С. 204.

[67] *Сизых Т.П.* К 150-летию Общества врачей Восточной Сибири // Сибирский медицинский журнал. 2005. Т. 53. № 4. С. 83–84.

ней помещение для библиотеки и заседаний. В начале XX в. на ее базе появились микробиологическая и химическая лаборатории.

В 1866 г. благодаря деятельности врачей-членов ОВВС в Иркутске была открыта гражданская Солдатовская мещанская больница на 16 коек[68]. В 1877 г. в ОВВС по просьбе генерал-губернатора и иркутского городского головы разрабатывался проект центрального дома для умалишенных. Личные средства членов общества, собиравшиеся по подписке, шли на помощь семьям умерших врачей и профессоров через вспомогательную медицинскую кассу[69].

Общество активно сотрудничало с администрацией генерал-губернатора, муниципальными властями и городским сообществом по проблемам санитарного благополучия Иркутска. По обращению генерал-губернатора графа А. П. Игнатьева была создана специальная комиссия по разработке «Проекта оздоровления г. Иркутска». В 1880 г. по просьбе иркутского городского головы В. П. Сукачева ОВВС выработало меры против эпидемии дифтерии, изучило состояние отхожих мест и свалок и составило соответствующую справку. Были также разработаны меры против занесения в город инфекционных заболеваний арестантскими партиями, мероприятия по предотвращению вспышек дифтерии в учебных заведениях[70].

Как и в столичном врачебном обществе, в ОВВС активно обсуждались актуальные для региона научные и медицинские проблемы. Члены общества структурировали, стандартизировали и вводили в оборот локальные медицинские и другие релевантные научные данные. Во второй половине 1860-х гг. Н. И. Кашиным была создана программа для медико-топографических описаний населенных пунктов Восточной Сибири. Впервые в Иркутской губернии такое описание было выполнено им по эпидемиологии эндемического зоба. Вскоре по этой же программе были выполнены исследования по Якутии (врач Петухов) и Верхоленску (Э. Ф. Шперк). Врач Н. А. Белоголовый составил программу по медицинской статистике и в 1870-х гг. в Иркутске впервые началась регистрация заболеваемости и смертности[71]. В 1878–1880 гг.

[68] *Орлова И. В.* Профессиональные медицинские сообщества в Восточной Сибири XIX века // Иркутский историко-экономический ежегодник. Иркутск: Изд-во БГУ, 2016. С. 341.
[69] *Сизых Т. П.* К 150-летию Общества врачей Восточной Сибири. С. 86.
[70] Там же. С. 87.
[71] Там же.

врач А. А. Шамарин осуществил гидроминералогические исследования наиболее известных сибирских минеральных источников (Игнашенского, Ямаровского, Барнаульского, Джергиевского, Дарасунского, Макковеевского и т. д.)[72]. Таким образом, врачи ОВВС рационализировали знания об этой части империи, создавая корпус научных материалов для будущего освоения ее ресурсов.

Вторым по времени основания сибирским врачебным сообществом стало созданное в 1883 г. Омское медицинское общество (ОМО). Омск являлся военно-административным центром Сибири и основным медицинским контингентом там были военные врачи. В городе размещались крупные для того времени стационарные медучреждения – к 1880 г. Омский окружной госпиталь имел 323 койки, располагавшиеся в пяти больничных корпусах. Именно госпитальные врачи инициировали создание ОМО. В момент создания, 11 октября 1883 г. оно состояло из 44 действительных членов, в том числе 18 учредителей. В состав почетных членов общества, помимо врачей, входили генералы.

В Омском медицинском обществе шла активная коллегиальная научная деятельность. За 25 лет было проведено 282 заседания, в среднем по 11,3 в год. На девятнадцатом году существования общества при председателе Е. П. Казанском было проведено 16 заседаний – максимальное число за всю историю ОМО. В среднем в год на заседаниях представлялось приблизительно 18 докладов. Главной обсуждаемой темой были проблемы гигиены, затем шли хирургия, внутренние болезни, инфекционные заболевания и эпидемиология. На заседаниях проводилась демонстрация больных. Большинство сообщений публиковалось в Приложениях к протоколам ОМО, непрерывно издававшимся с года основания общества[73].

Омское медицинское общество вело активную корреспонденцию с другими общественными врачебными организациями империи (всего 21 медицинское общество, включая Общество русских врачей в Петербурге). Члены общества участвовали в работе отечественных и международных медицинских съездов, конгрессов и выставок (VIII съезд русских естествоиспытателей

[72] *Сизых Т. П.* Роль общества врачей в становлении сибирской бальнеологии // Сибирский медицинский журнал. 2005. Т. 54. № 5. С. 89.

[73] *Федорова Г. В., Ахтулова Л. А.* Общественная медицина в Омске. К 120-летию основания Омского медицинского общества // Омский научный вестник. 2002. № 20. С. 158.

и врачей в Санкт-Петербурге в 1891 г., VIII Международный конгресс гигиенистов в Будапеште, XI Международный медицинский конгресс в Риме и хирургический конгресс в Берлине в 1894 г., XIV Международный конгресс в Мадриде). Возвратившись в Омск, они отчитывались перед членами общества о содержании научных форумов[74].

В 1886 г. красноярскими врачами было создано Общество врачей Енисейской губернии (ОВЕГ). 9 июля состоялось первое организационное заседание, а 26 сентября 1886 г. – торжественное открытие. Первым председателем общества был избран П. И. Мажаров, вице-президентом – П. И. Рачковский, секретарем и казначеем – В. М. Крутовский.

Как и иркутское ОВВС, красноярское общество врачей проводило в жизнь социальные инициативы по охране здоровья. В 1887 г. на пожертвования мецената Л. П. Кузнецова было начато строительство каменного здания лечебницы, закончившееся в сентябре 1888 г. Также был построен хирургический барак. В 1889 г. по инициативе В. М. Крутовского была создана первая в Сибири фельдшерская школа – сначала частная, а после переданная Обществу врачей Енисейской губернии. В 1896 г., к десятилетию общества в Красноярске была открыта вторая аптека, где для бедного населения лекарства отпускались бесплатно. Доходы от ее работы использовались как дополнительный источник средств для больниц и для публикации научных трудов общества[75].

Врачи – члены общества особое внимание уделяли профилактике и борьбе с инфекционными и венерическими заболеваниями. С 1887 г. ОВЕГ выпускало бюллетень о движении заразных болезней и мерах по их предупреждению. После того, как в ноябре 1890 г. соответствующий вопрос был поднят на заседании, медики сделали многое для улучшения медицинского обслуживания традиционно проблемных в медико-санитарном отношении мест, например, тюрем. Так, в результате обследования, проведенного П. И Рачковским, в местном остроге появились дезокамера и прачечная, стала практиковаться изоляция больных, был выделен специальный врач для осмотров на этапе[76].

---

[74] Там же.

[75] *Козлова И. К., Лалетин И. Т.* К истории общества врачей Енисейской губернии // Сибирское медицинское обозрение. 2002. № 2. С. 60–61.

[76] Там же.

Меньшие по масштабу медицинские общества существовали в Чите и Верхнеудинске. Инициаторами основания Забайкальского общества врачей в Чите выступили известные в регионе врачи В. Я. Кокосов, П. С. Алексеев и Н. В. Кирилов. Обсуждались клинические вопросы, вопросы краевой эпидемиологии и демографии Забайкалья, медицинская статистика, народная медицина. В отличие от более крупных ОВВС, ОМО и ОВЕГ, Забайкальское общество врачей опубликовало всего три выпуска «Протоколов и трудов». По-видимому, причиной этому были малочисленность и финансовая необеспеченность общества. Основанное в 1905 г. Верхнеудинское общество врачей было еще менее плодотворным в своей деятельности[77].

Профессиональная консолидация сибирских врачей, начинавшаяся с оглядкой на столичные примеры, вскоре обрела собственный характер, во многом определявшийся местной спецификой. Так, в отсутствие в Сибири земской медицины врачебные общества выполняли важную работу по созданию общедоступных учреждений здравоохранения, транслируя социальные проблемы местных сообществ тем кругам, чьи ресурсы были способны изменить ситуацию к лучшему. На средства частных благотворителей они строили больницы и лечебницы, в меру возможностей оборудовали их и оказывали медицинскую помощь остро нуждавшемуся в ней населению.

В этой деятельности сибирские врачебные общества выполняли двоякую роль. С одной стороны, они пользовались определенной поддержкой губернских, городских и военных властей, остро нуждавшихся во врачах как зачинателях и исполнителях социально необходимых санитарных, профилактических и противоэпидемических мероприятий. С другой стороны, врачебные общества консолидировали внутри себя экспертное знание и медицинский опыт, служившие репутационным активом в привлечении средств частной благотворительности для реализации важных проектов по созданию медицинской инфраструктуры. Таким образом, деятельность профессиональных врачебных сообществ Сибири вовлекала в медицинские дела власть и общественность, одновременно придавая им и государственно, и общественно значимый характер.

Другой особенностью сибирских врачебных обществ была концентрация на насущной проблеме, проистекающей из транзит-

[77] *Орлова И. В.* Профессиональные медицинские сообщества в Восточной Сибири. С. 342–343.

ного статуса Сибири – предотвращении эпидемий, проникавших как с запада с партиями каторжников, воинскими командами и переселенцами, так и с пограничья России и Цинской империи. Особенно актуальным фактор эпидемий стал в период повышенной миграционной активности, с 1850-х гг. по начало XX в., когда переселенцы, рабочая сила и войска массово направлялись на Амур, в Приморье, в зону КВЖД и на строительство Транссиба.

Характерной для врачебных обществ Сибири областью экспертизы являлось медико-топографическое изучение местных территорий, обусловленное климатическими и географическими особенностями, наличием эндемических заболеваний, необходимостью оценки бальнеологического и рекреационного потенциала региона для будущего освоения. Богатые ресурсами сибирские земли являлись неисчерпаемым кладезем разнообразных данных. Это стимулировало в медиках не только естественный интерес к научному поиску, но и давало вполне реальную возможность заслужить репутацию среди коллег, повысить научный и социальный статус. Активному производству медико-топографических исследований способствовало и то, что с первой половины XIX в. этот жанр являлся одним из стандартов квалификационных работ в русской медицине.

***

С конца XVI по середину XIX в. русская медицина прошла долгий путь от придворных иностранных лекарей и Аптекарского приказа до медико-хирургических академий, университетских медицинских факультетов, Медицинского совета МВД, гражданской, военной и флотской медицины; то есть эволюционировала от примитивных форм к государственной системе по европейским образцам. Пришедшая в Россию из Европы концепция медицинской полиции естественным образом сжилась с самодержавием Романовых, пустила в империи корни и дала вполне жизнеспособные, хотя и временами причудливые побеги. Внешне российская государственная медицина мало чем отличалась от европейских аналогов. Как медицинские чиновники, русские врачи выполняли тот же набор функций, что и европейские. Они собирали информацию о народах империи и среде их обитания; писали «наставления» для врачей, часть из которых превратилась в законы; разрабатывали медико-санитарное законодательство; создавали государственную систему профессионального медицинского об-

разования; осуществляли медицинское обслуживание социально уязвимых слоев и организованно боролись с шарлатанством.

Внутреннее содержание системы определялось политической волей монарха, спецификой отношений между государственной властью и нарождавшимся врачебным сословием, типичными для России социально-экономическими проблемами. На нее влияли задачи, поставленные правительством, географические и этнические факторы, осложнявшие унификацию медицинской службы в огромной державе. Долгое время врачи воспринимались имперской властью сугубо инструментально, как проводники государевой воли в областях, касающихся здоровья и благоденствия подданных. Нельзя сказать, что им это не нравилось. Врачи гордились возложенной на них миссией дисциплинировать население империи в медицинском плане и охотно пользовались служебными привилегиями.

Власть ценила этот инструмент государственной политики не только за результаты, но и за ощущение просвещенности и цивилизационного равенства с Европой. Цари, бывало, даже ассоциировали себя с искусными врачами, лечащими недужный социальный организм империи[78]. Высочайшее внимание выражалось и в том, что вступая во власть, каждый русский самодержец в XVIII – начале XIX в. затевал реформы, так или иначе касавшиеся государственной медицины. Например, благодаря административным реформам Александра I, к началу второй половины XIX в. сформировалась строгая система научной аттестации медиков, профессионально иммунизированная от случайных людей и административного вмешательства. Она выпускала квалифицированных медицинских чиновников, вооруженных передовыми западными знаниями. Власть мотивировала их социальными, финансовыми и служебными привилегиями, формируя чувство принадлежности к высоко ценимому сословию и, как следствие, политическую лояльность и корпоративную солидарность.

Профессиональная самоорганизация русского врачебного сословия в XIX в. была важной эволюционной ступенью. Врачи вырабатывали стратегии взаимодействия с централизованной государственной машиной, одновременно создавая и укрепляя внутреннюю иерархию сообщества, аккумулируя, адаптируя и перераспределяя научное медицинское знание, нарабатывая экс-

[78] *Вишленкова Е. А.* «Выполняя врачебные обязанности, я постиг дух народный». С. 68.

пертную репутацию – серьезный актив в отношениях с властью и обществом. Со второй трети XIX в. и до конца империи Романовых в медицинской среде формировалось профессиональное самосознание. Парадоксальным образом лояльность власти, исходившая из понимания того, что лишь сохраняя высокий статус сообщества и выполняя инструментальные функции в управлении империей можно улучшить внутреннюю ситуацию, сочеталась в нем с нарождавшейся гражданской ответственностью. Врачи стремились к общественной инициативе, формированию нового научного знания о социально и этнически гетерогенном населении, повышению качественного стандарта отечественной медицины как через профессиональное совершенствование внутри сообщества, так и путем интеграции локальных знаний в мировую медицинскую науку. О том, как у врачей формировалась ответственность за решение российских социальных проблем речь пойдет в следующей главе.

Глава 2
Врачи и общество в Российской империи. Формирование врачебного взгляда на социальные проблемы (вторая треть XIX – начало XX в.)

2.1. Русские врачи – эксперты и диагносты социума (конец первой – вторая треть XIX в.)

Современные исследователи русского медицинского сообщества XIX в., опираясь на работы М. Фуко, Т. Джонсона, А. Уэйкфилда и М. Раева, определяют, что в николаевской России деятельность врачей полностью укладывалась в русло политики рационалистической ревизии управления. «Задача религиозной и культурной унификации подданных была переосмыслена с точки зрения строить внутреннюю политику на точном знании населения и ресурсов страны, а также на понимании природы наблюдаемых различий, – подчеркивает Е. А. Вишленкова. – Соответственно, целью становилось не формирование единого социального тела империи, а оптимизация управления дискретными группами населения, разнородными регионами, эффективное использование их потенциала ради общего государственного блага»[79]. Кто как не рассеянные по бескрайним просторам губерний врачи могли лучше всех знать реалии и проблемы глубин русского социума? Поэтому интеллектуальная любознательность и пафос служения просвещенному государству использовались во вполне рациональных и практичных целях: врачи собирали, обрабатывали и подавали власти информацию в структурированном и понятном формате медико-топографических, медико-статистических и демографических сочинений.

[79] *Вишленкова Е. А.* «Выполняя врачебные обязанности, я постиг дух народный». С. 52.

Для большинства врачей николаевской эпохи написание обширных медико-топографических очерков и описаний мест своей службы было привычным делом. В них сочеталась информация о естественно-географических особенностях различных регионов империи, демографические характеристики населения, исследования локальных вариантов народно-бытовой медицины, наблюдения за повседневным бытом городов и сел, описания социальных проблем народа. В отечественной историографии подобные материалы традиционно рассматривались как свидетельства оппозиционности врачебного сообщества административной политике царизма. В современных же исследованиях они чаще интерпретируются как рационализирующие социальное пространство империи нарративы, поставлявшиеся врачами власти в расчете на сотрудничество в построении разумного и справедливого государства[80].

Увлечение русских врачей производством пусть специализированных, но все же вполне литературных продуктов напрямую связано с описанными выше процессами профессионализации врачебного сословия в России. Обращаясь к коллегам с призывом активнее публиковать результаты своих исследований, основатель «народно-медицинской» газеты «Друг здравия» педиатр К. И. Грум-Гржимайло отмечал нехватку «литературной гласности», необходимую для «большей славы русской медицины», выделял ее способность стимулировать здоровую научную конкуренцию в медицинской среде и важную роль в совершенствовании «истинной медицины» в стране.

Выделяя особую коннотацию понятий «русская медицина» и «истинная медицина» в историческом контексте развития отечественного медицинского сообщества, Е. А. Вишленкова увидела в словах Грум-Гржимайло прямые соотнесения с конкретными характеристиками медицинской профессии в Российской империи. Сформировавшееся к тому времени русское врачебное сословие уже ощущало себя избранным в сравнении с необученными народными целителями и сугубо меркантильными европейскими коллегами. Полученные в высших учебных заведениях и на государственной службе знания вкупе с признанием правительством политической важности медицины являлись основными гарантами социального престижа русского врача и культивировали

[80] *Вишленкова Е. А.* Медико-биологические объяснения. С. 41.

мессианские настроения по отношению к социуму. Ощущая силу образования и государственной поддержки, русские врачи выходили за рамки служебных обязанностей, претендуя на особое, экспертное знание российских реалий[81].

В массовом производстве медико-топографических описаний историки усматривают раннюю врачебную профессионализацию, становление врачебного дискурса, зарождение медикализации в России[82] и стремление к производству специализированного медицинского знания по сугубо русским проблемам. Последнее свидетельствует об определенном желании обособиться от европейского опыта.

Вбирая и анализируя социальные проблемы российского населения, врачи облекали их в особый язык медицинских описаний, сочетавший общечеловеческие категории и эмоции с научным универсализмом и ригидными медицинскими знаниями. Задаваемый рациональным знанием университетски образованных медиков, язык этот был связующим каналом, через который глубинные российские реалии вводились в европейский медицинский научный дискурс, осмысливались и рационализировались в его понятийной и терминологической структуре, становясь общепонятными. С этой точки зрения язык медицинских описаний действительно нивелировал возведенные цивилизационным дискурсом культурные границы[83]. С другой стороны, из всех медицинских источников именно медико-топографические описания и документы подобных жанров демонстрируют, насколько глубоко могли прочерчиваться границы между врачебным пониманием нормы и каждодневной реальностью русской и, особенно, инородческой глубинки Российской империи.

Мечтая о просвещенном государстве, веря в потенциал науки и его способность трансформировать окружающую действительность в интересах всего общества, русские врачи разделяли идеи английского социалиста Р. Оуэна. Тот считал, что только наука о влиянии окружающих условий на природу человека и о способах управления этими условиями позволит добиться коренного улучшения цивилизации. Оуэн призывал правительства «рационального строя» точно разобраться в том, что есть человеческая природа и управлять в соответствии с ее законами. Мировоззре-

[81] *Она же.* «Выполняя врачебные обязанности, я постиг дух народный». С. 48.
[82] Там же. С. 49.
[83] Там же. С. 53.

ние русских врачей в тот период было созвучно этим призывам. Русские последователи оуэновских идей считали себя экспертами в вопросах человеческой природы на службе просвещенного правительства и в этом видели «истинную» и «русскую» суть медицинской профессии[84].

Как бы ни хотелось отнести все рвение врачей середины XIX столетия в изучении локальных медико-санитарных условий на счет идеалистических стремлений, производства такого рода знания от медиков требовало и государство. Особенно этому способствовал рост городов, актуализация санитарных проблем и частые эпидемии. Так после обновления в 1841 г. Медицинского совета МВД одной из основных его функций стала экспертная. Это означало, что на основе собранных со всей империи данных, совет должен был ежегодно предоставлять правительству аналитические обзоры состояния медицинского устройства страны. Для сбора информации использовался административный ресурс: МВД потребовало, чтобы все врачи, работающие на государство или частнопрактикующие, в обязательном порядке ежемесячно предоставляли медицинским властям «ведомости». За отсутствие сведений полагалась кара; за качественное и своевременное предоставление – повышение в чине[85].

Конгломерат медико-топографических, медико-санитарных и других медицинских описаний и очерков обрабатывался в Медицинском совете и поступал в высшие эшелоны власти Российской империи. Подобные материалы публиковались и в основных периодических изданиях гражданской и военной медицины – «Журнале МВД» и «Военно-медицинском журнале», – обязательных для чтения медиками соответствующих ведомств. Получалось, что написанные специфическим языком медицинских описаний материалы читались и в сообществе медиков, и высшими имперскими чиновниками, связывая обе среды и прививая правящим элитам медицинский язык социального анализа и представления об успешности врачебного контроля за населением[86].

В современных исследованиях медицинской профессионализации XIX столетия отчетливо прослеживается антитезис теории незавершенной модернизации России. Так, утверждается, что в 1830 – 1840-е гг. у власти и просвещенного сообщества возник консенсус о необходимости нового рационализирующего типа знания об им-

[84] Там же. С. 61–62.
[85] Там же. С. 67.
[86] Там же. С. 68.

перии, ее составляющих и проблемах[87]. Медицинский язык с его научным универсализмом и мировоззренческой сущностью был, пожалуй, наиболее подходящим средством не только для понимания этих вопросов властью, но и для рационализации самой власти, ее самовосприятия в образе просвещенного доктора, обладающего полнотой современного научного знания и сведений о состоянии подопечного социума для врачевания хронической социальной отсталости[88]. Значительная роль медицины в ключевых для всей политической системы империи отраслях, например в криминальной юриспруденции, позволяла врачам продвигать в этой области не только свою профессиональную миссию, но и наделяла их, если не властным, то по крайней мере научным и общественным авторитетом, позволявшим рассуждать о рациональном конструировании законности. В таком качестве медики влияли на интеллектуальные вкусы, а затем и ориентацию представителей власти в направлении построенной на законности политической либерализации[89].

Какая же социальная роль складывалась под влиянием осознания близости к власти, общих с ней модернизационных целей, вооруженности современным научным знанием, исключительности в понимании проблем Российской империи и утилитарности своей профессии в быстро изменяющихся социальных условиях эпохи очередной промышленной революции? Вне всяких сомнений у врачей сформировалась мессианское видение своей общности сначала как целителей от основных болезней цивилизации, жертвенно служащих человечеству и соотечественникам, затем – как лучших социальных экспертов-диагностов, обладающих глубоким знанием всех слоев российского общества. На первых порах не отделявшие себя от «просвещенного государства», в своем понимании социальной миссии русского врача они к 1850-м гг. эволюционировали до необходимости критически относиться к действиям власти и вскрывать социальные язвы существующего строя[90]. И уже со второй половины XIX в., когда в большинстве губерний Российской империи сформировались врачебные объединения, профессиональная активность медиков приобрела отчетливо выраженную социальную направленность[91].

---

[87] Там же. С. 78.
[88] Там же. С. 68.
[89] *Becker E. M.* Medicine, Law, and the State in Imperial Russia. Budapest-New York: Central European University Press, 2011. P. 12–13.
[90] *Вишленкова Е. А.* «Выполняя врачебные обязанности, я постиг дух народный». С. 71.
[91] *Смирнова Е. М.* Медики в годы первой русской революции // Общество: философия,

2.2. Врачи как подвижники общественного здравоохранения и профилактической медицины (последняя треть XIX – начало XX в.)

Сильнейший импульс обсуждению проблем здоровья численно доминирующего, но наименее защищенного в медицинском плане сословия – крестьянства – дала реформа 1861 г. Признание необходимости создания нового здравоохранения с охватом сельских жителей исходило и из правительственных кругов. Так, весной 1862 г. на заседании Общества русских врачей в Москве приказную систему серьезно раскритиковал вице-директор Медицинского департамента Н. И. Розов. Впоследствии, в процессе обсуждения вопроса медицинского обслуживания населения столкнулись основные политические группировки того периода. Позиция либералов отстаивала необходимость широкого и равного медицинского обслуживания населения; реакционная часть придерживалась формулы «врач – барский доктор, фельдшер – мужицкий», отражая привычную для России социальную дихотомию. Даже мнения врачебных сообществ и их печатных органов диаметрально разделились. Общество русских врачей в Москве (1859) и его «Московская медицинская газета» были сторонниками рационализации медицинской помощи населению; киевский журнал «Современная медицина» занял противоположную позицию, выражая мнения, что в уездах вообще нет запроса на врачей[92].

Победившие в противостоянии сторонники всеобщего медицинского обслуживания разработали наиболее децентрализованную в тех условиях модель медицинской помощи на селе – участковую систему, базировавшуюся на осевое медучреждение участка (больницу с аптекой), укомплектованную врачом, двумя фельдшерами, повивальной бабкой. В течение 20 лет после введения в 1864 г. земского самоуправления эта система завоевывала признание как наиболее рациональный путь организации медицинского обслуживания населения[93]; была скопирована и успешно развита большевиками после Октябрьской революции 1917 г.

история, культура. 2017. № 9. С. 48 (48-52).

[92] *Егорышева И. В.* Вклад медицинской общественности в разработку основополагающих принципов земской медицины России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 6. С. 38.

[93] Там же.

Приближение врачей к обслуживаемому населению позволяло ближе соприкоснуться с социальными язвами российской глубинки, почувствовать как на нее воздействовали быстрые социальные и экономические изменения эпохи – урбанизация, индустриализация, распад патриархальной крестьянской общины. Вкупе с оставшимися обязанностями по сбору материалов по медицинской географии и статистике и добавившимися функциями санитарного пропагандиста это делало земских медиков даже большими социологами и писателями, чем в прошедшую николаевскую эпоху. Близкое соприкосновение с проблемами санитарной и социальной гигиены привело к появлению в медицинской периодике 1860-х гг. большого количества статей о «гигиенической стороне крестьянского вопроса». Серьезная разработка врачами той эпохи вопросов санитарной статистики отражало приверженность многих медиков высказыванию Н. И. Пирогова «будущее принадлежит медицине предохранительной», то есть концепции профилактической медицины.

В условиях земской медицины у русских врачей сильно развилось чувство самостоятельности, проявлявшееся во врачебном сословии с 30-х гг. XIX в. Все попытки регламентации медицинской помощи со стороны правительства воспринимались земскими врачами отрицательно. «Земская медицина, по нашему мнению, тем и хороша, что возникла и поддерживается местными нуждами в размерах и формах местных потребностей…», – писал воронежский санитарный врач М. Я. Капустин. – «Все ее недостатки и несовершенства имеют, если можно так высказаться, и ту хорошую сторону, что, будучи раз сознаны, могут быть устранены или ограничены компетентностью каждого уездного собрания»[94].

С образованием земской медицины еще более возросла роль профессиональной консолидации: в тот период врачебное сообщество как никогда остро нуждалось в обмене опытом и методическом руководстве. Сначала эту задачу выполняли земские врачебные съезды, первый из которых состоялся в 1871 г. в Твери. Всего было проведено 378 съездов земских врачей. Со второй половины 1880-х гг. важную роль в формировании общественного мнения во врачебной среде стало играть Общество русских врачей в память Н. И. Пирогова, чьи съезды стали трибуной земской медицины. Так, на II Пироговском съезде в 1887 г. одну пятую

[94] Цит. по: *Егорышева И. В.* Вклад медицинской общественности. С. 39.

всех делегатов составляли земские врачи. В результате работы Пироговских съездов земская медицина получила программу деятельности участкового и уездного санитарных врачей; были определены функции санитарно-статистических бюро; разработана современная номенклатура болезней; поставлено на повестку дня создание специализированной земской медицинской помощи; разработаны указания по борьбе с туберкулезом, малярией и другими заболеваниями; предложены способы организации родовспоможения. Журнал Пироговского общества «Общественный врач» информировал медицинскую общественность о достижениях в организации земской медицины[95].

Некоторые западные исследователи утверждают, что именно земская медицина стала одним из фокусов медицинской профессионализации в России. Так, историк медицины Нэнси Фриден считает, что со временем земские врачи превзошли губернских медицинских чиновников в эффективности администрирования больниц и программ оспопрививания, предотвращении эпидемий. Земская медицина предлагала альтернативу зависимому статусу врачей в официальной бюрократии империи. Вместе с этим она отмечает, что даже в выборной системе земств чрезвычайно острым было противоречие между земской верхушкой, обладавшей правом на землю, и более низкими по статусу, но ощущавшими свое базировавшееся на образованности моральное и профессиональное превосходство врачами[96].

Одним из серьезных камней преткновения была упоминавшаяся выше профилактическая медицина. Многие земские начальники воспринимали в штыки стремление земских врачей выйти за пределы лечебной медицины, разрабатывая программы санитарного образования и общественного здравоохранения. Считалось, что врач должен лечить, а для просвещения населения ему необходимо выбирать между медициной и борьбой за улучшение социальных условий. Земские же врачи видели в профилактической медицине путь к изменению всего нездорового быта крестьянской общины, и поэтому стремились к санитарному просвещению и регулированию на селе. Особенно это проявилось во время холерной эпидемии 1892 – 1893 гг.[97]

---

[95] Там же.

[96] *Frieden N. M.* The Russian Cholera Epidemic, 1892–1893, and Medical Professionalization // Journal of Social History. 1977. Vol. 10. № 4. P. 541.

[97] Там же. P. 542.

Азиатская холера снабдила социальных историков универсальной исследовательской оптикой для изучения социальных реформ и социальной политики государства, аспектов урбанизации и индустриализации, развития научных концепций гигиены и патологии, проблем миграции и геополитики. «Где бы она не появилась, она испытывала эффективность и устойчивость местных административных органов», – писал исследователь викторианской эпохи Эйза Бриггз. – Она безжалостно обнажала политические, социальные и моральные недостатки. Она провоцировала слухи, подозрения, иногда ожесточенные социальные конфликты. Она вдохновляла не только на проповеди, но и на создание романов и произведений искусства. Вследствие всех этих причин, изучение истории холеры в XIX в. представляет нечто гораздо большее, нежели простой экскурс в медицинскую эпидемиологию…; это важный и малоизученный раздел социальной истории»[98].

В контексте истории русской медицины холерные эпидемии XIX в. подняли массу насущных вопросов: от причин неэффективности санитарных кордонов до необходимости перехода к профилактической медицине, и обсуждения сущности и причин психических эпидемий. С 1823 по 1914 гг. холера шесть раз прокатывалась по империи, оставив после себя более двух миллионов жертв. Из европейских государств Россия пострадала больше всех, а во время второй (1826-1837) и третьей (1841-1859) пандемий азиатская холера вторгалась в Европу и Новый Свет через российскую территорию[99].

Печальный опыт холерных эпидемий XIX в. складывался в России из медицинского непонимания причин холеры (общего в тот период для всей Европы) и классических для царской администрации форм неэффективности. Анализируя астраханскую вспышку 1823 г., Медицинский совет МВД встал на строго контагионистские позиции, считая, что болезнь передается через зараженные личные вещи или товары в определенных климатических условиях – при жаркой и влажной погоде. Предполагалось, что для ее локализации требуется карантин. Русские врачи, видимо не без влияния концепции эпидемических конституций Т. Сиденгама (1624-1689), разработали сложную теорию, согласно которой

[98] *Briggs A.* Cholera and Society in the Nineteenth Century // Past and Present. 1961. № 19. P. 96.
[99] *Henze C. E.* Disease, Healthcare and Government in Late Imperial Russia. Life and Death on the Volga, 1823–1914. London and New York: Routledge, 2011. P. 19.

человек, получивший предрасположенность к болезни там, где она превалирует, переносит ее в незараженное место и, заболев, заражает своим состоянием местную атмосферу. Далее болезнь крепнет и поражает всех, чья конституция естественным образом предрасположена к ней. Соответственно, основными противохолерными средствами считались диета, умеренность, обертывание пропитанными одеколоном и испанским перцем простынями, кровопускание, прием очищающих средств (каломель, хлориды в смеси с солью, висмутом, хинином и опиумом)[100].

В отношении холеры царское правительство проводило поразительно непоследовательную политику. Во время эпидемии 1829–1831 гг. оно сначала пренебрегло рекомендациями Медицинского совета МВД, смягчив карантины и приняв на себя ответственность за противохолерные меры, затем неожиданно ввело схожие с Европой меры по ликвидации холеры противочумными методами – установлением медико-полицейских и военизированных санитарных кордонов. Жесткие ограничения привели к катастрофическим социальным последствиям: в ряде городов произошли холерные бунты, в ходе которых агрессия толпы была направлена на медиков и инфраструктуру[101]. Врачей, фельдшеров, чиновников и укрывавших их горожан зверски убивали; больницы и холерные бараки – сжигали дотла[102].

К сожалению, выводов из холерной катастрофы 1829–1831 гг. сделано не было и реформ не последовало. Как следствие, ситуация повторилась и в 1847–1848, и в 1892–1893 гг. «Трагическим результатом эпидемии было то, что эта возможность, как и многие те, что были до и после, прошла без извлечения уроков, а жертвы болезни и бунтов погибли бессмысленно… – считает Родерик Макгрю и с этим трудно не согласиться. – Русская автократия демонстрировала свою великую силу в защите самой себя, свою великую цель в уничтожении своих врагов, свою великую слабость в приготовлении к будущему…»[103]. Историк Шарлотта Хенце заключает, что в царской империи административные проблемы, нехватка лекарств и медицинских кадров, ненависть к

[100] Там же. P. 15.
[101] Там же. P. 16.
[102] История холерного бунта в г. Хвалынске, убийство разъяренной толпой правительственного врача Молчанова и защищавших его людей подробно описаны в: *Попов Г.И.* Русская народно-бытовая медицина. По материалам этнографического бюро князя В.Н. Тенишева. СПб.: Типография А.С. Суворина, 1903. С. 138–148.
[103] Цит. по: *Henze C.E.* Disease, Healthcare and Government. P. 18–19.

представителям власти и врачам, боязнь отравления и жестокие бунты стали обычным явлением, сопровождавшим эпидемии вплоть до начала XX в.[104]

Страх перед эпидемическими и социальными последствиями холеры, по-видимому, сыграл основную роль в продвижении в России профилактики инфекционных заболеваний. В 1885 г. известный своей общественной деятельностью хирург Н. В. Экк (1849-1908) выступил на заседании петербургского Общества русских врачей с докладом о чрезвычайно высокой смертности в России и необходимости оздоровления населения. Шарлотта Хенце отмечает, что выступление, где в качестве первопричины высокой смертности называлось отсутствие профилактики заболеваний, дало импульс сначала публичному обсуждению проблемы, затем формированию комиссии Боткина. Доклад Н. В. Экка в какой-то мере обозначил начало программы национального оздоровления в Российской империи[105].

Повышенное внимание врачей к профилактическим мерам в преддверии холерной эпидемии 1892–1893 гг. отмечалось еще до нее в связи с неурожаем и голодом 1891 г. Как указывает Н. Фриден, медицинские авторитеты предупреждали, что вслед за голодом придет мор и призывали организовывать профилактику таких связанных с голодом эпидемических заболеваний, как брюшной и сыпной тиф, холера. Отстаивая необходимость профилактической медицины, земские врачи в Саратове, одном из ключевых городов на пути холерной инфекции вверх по Волге, вступили в конфликт с земским начальством, лишившим врачей в ходе реорганизации медицинской управы права голоса. В начале 1892 г. все 11 саратовских земских врачей подали в отставку[106]; уже в июне 1892 г. в городе были зарегистрированы первые случаи заболевания, а 28 июня вспыхнул холерный бунт. Ни губернские, ни городские власти не смогли эффективно противостоять эпидемии: 380 спешно организованных муниципальных коек не могли вместить тысячи больных, временные бараки вмещали всего 200 чел., а не 2000 как требовалось. Не хватало фельдшеров и докторов, а 60 санитарных попечителей не смогли обеспечить контроля за санитарно-гигиеническим состоянием города[107].

---

[104] Там же. P. 19.
[105] Там же. P. 32.
[106] *Frieden N. M.* The Russian Cholera Epidemic. P. 543.
[107] *Henze C. E.* Disease, Healthcare and Government. P. 74, 86.

Ход холерной эпидемии 1892–1893 гг. в городах нижней и средней Волги самым жестоким образом выявил социальные причины провала противоэпидемической политики. Элементарная бедность населения, не позволявшая купить средства дезинфекции, сводила на нет надежды на выполнение размещенных в печати противохолерных инструкций. Да и в любом случае, неграмотное большинство саратовских жителей не могло прочитать информацию; для этого привлекались священники, зачитывавшие ее с церковных амвонов. Пользуясь ситуацией, аптекари стали завышать цены на дезинфектанты, а городская управа не только не принимала контрмер, но и отказывалась убирать дворы бедноты за муниципальный счет. На фоне всего этого зашкаливал уровень жестокости и некомпетентности использовавшейся для силового внедрения противохолерных мероприятий полиции. Не случайно ответной реакцией населения был параноидальный страх отравления, молниеносное распространение самых невероятных слухов, разрушительный и неконтролируемый русский бунт[108].

2.3. Крестьянская община, ее пороки и добродетели глазами русских врачей (конец XIX – начало XX в.)

Изучавшие русское крестьянское сообщество изнутри земские врачи поражались обилию и разнообразию суеверий вокруг причин возникновения инфекционных заболеваний. Особенно занимали докторов живописные персонификации моровых болезней: 12 лихорадок – дочерей царя Ирода; безобразная женщина с воловьими пузырями вместо глаз – распространенный в Орловской губернии образ оспы; отравляющая колодцы и при поимке исчезающая, как дым, девка – мистическое отображение заразы в Пензенской губернии и, наконец, главное пугало XIX в. – холера, количество образов которой было огромным. Распространенные в печати выражения «холера идет», «холера приближается» воспринимались крестьянскими массами буквально, а зловещая болезнь персонифицировалась и в виде человека (иногда даже попа), и зверя, и домашнего скота. Доктор медицины Г. И. Попов в вышедшем в 1903 г. объемном исследовании народной медицины собрал массу интересных историй и слухов, которыми народ объяснял причины холеры. Приведем некоторые из них.

[108] Там же. Р. 74, 80–82.

Во время эпидемии 1892–1893 гг. в Ярославской губернии крестьяне рассказывали о женщине, летавшей по воздуху и рассыпавшей ядовитые семена на землю, в огороды, колодцы и реки. В деревне Крутой Меленковского уезда Владимирской губернии было произведено опахивание территории в надежде, что холера не сможет перейти магическую черту. Люди следили за установленным рубежом и рассказывали, что ночью нечто белое подъезжало к селу, но доехав до черты, повернуло назад. Тем не менее впоследствии в деревне умерло от холеры 27 крестьян.

Медик из Калужской губернии сообщила, что в 1892 г. в ожидании холерной эпидемии в деревне Чепляевка была спущена сажалка для рыбы со стоячей водой. Выполнявшие работу крестьяне тут же сделали вывод о том, что зараза кроется в воде и на ночь надо запирать колодцы. Другие скептически отнеслись к этому, утверждая, что река близко и холера легко спрячется там. Ходили упорные слухи, что холер на самом деле целых пять – три бабы и два мужика. Потом разнеслась молва, что одну холеру убили.

История представлялась следующим образом: ехавшего вечером по дороге мужика окликнула старуха – слабая, плохо одетая, растрепанная и мокрая. Сжалившись над ней, мужик посадил ее на телегу и повез в деревню.

> «– Ну спасибо тебе, – говорит старуха, – услужил ты мне, услужу и я тебе.
>
> – Чем же ты мне услужишь, бабушка?
>
> – Да, ведь, я холера. Приду в деревню, пущу яд во все колодцы, кто из них напьется, тот и захворает: а ты бери на свою семью воду из реки, покуда хворость пройдет, туда я не буду яд пускать».

Тогда мужик увидел реальную внешность старухи – черная, страшная, с горящими, словно угли, глазами. Решил он холеру обмануть, привез к себе, угостил водкой и уложил спать. Затем отрубил ей топором голову и оказалось, что та вся начинена пузырьками с ядом. На другой день мужик отнес труп холеры в волостное правление и после осмотра мертвой старухи получил в награду 100 рублей[109].

Глядя на подобные курьезы сквозь рационалистическую призму университетского образования, русские врачи, с одной стороны, осознавали опасность попыток внести в суеверную среду

[109] *Попов Г. И.* Русская народно-бытовая медицина. С. 20–21.

русской деревни научное понимание природы болезни, памятуя о судьбах убитых во время холерных бунтов врачей. С другой стороны, привитая со студенческой скамьи миссия просвещать и спасать, вкупе с высокой врачебной и религиозной этикой, нередко приводили к актам самопожертвования. Например, помогая ликвидировать в 1910 г. эпидемию холеры в украинском селе Грушевка петербургский студент-медик Всеволод Малиновский специально заразил себя, чтобы продемонстрировать недоверчивым крестьянам действенность противохолерной вакцины. В результате опыта он умер, но прививки смогли спасти в Грушевке много жизней[110].

Примеры врачебного самопожертвования в доказательство действенности лекарственных средств и вакцин, зверские расправы над медработниками во время холерных бунтов, часто упоминающиеся в мемуарной литературе примеры недоверия крестьян к выписывавшимся лекарствам[111] указывают на глу-

[110] *Шевцова З.И., Гапонов В.В., Чабан Н.* Медики-подвижники на ниве земской медицины // Гастроентерологія. 2016. № 3 (61). С. 103. Часто упоминающимся в литературе примером врачебного самопожертвования, хотя и в результате ошибки, является история русского чумолога И.А. Деминского (1864-1912). В 1910 г. И.А. Деминский высказал предположение об эндемичности чумы на юго-востоке России. В 1911 г. в урочище Сагонай он выделил культуру чумной бациллы от больного верблюда, а в 1912 г. в слободе Рахинка Астраханской губернии – от суслика. В том же году, вскрывая отловленного в степи суслика Деминский заразился легочной формой чумы и умер. Пять дней спустя скончалась ухаживавшая за ним Е.М. Красильникова, слушательница Московских высших женских курсов. В своем завещании И.А. Деминский указал: «…Труп мой вскройте как случай экспериментального заражения человека от суслика». Гибель И.А. Деминского стала символическим подтверждением правоты русских бактериологов об эндемических очагах чумы и сусликах как основных переносчиках болезни в степи. См.: Большая медицинская энциклопедия. [Электронный ресурс]. http://бмэ. орг/index. php/ДЕМИНСКИЙ_Ипполит_Александрович (дата обращения 08.12.2017); *Бичехвост Н.* Забытые земляки… Эпидемиолог И. Деминский // Проза. ру. URL: https://www. proza. ru/2011/06/271485 (дата обращения 19.08.2016).

[111] Один из характерных примеров приводится земским доктором Э.Я. Заленским, работавшим эпидемическим врачом в Псковском уезде в начале XX в. Придя в дом крестьянки, матери тяжелобольного подростка, доктор и фельдшер обнаружили, что выписанные и полученные ранее лекарства бесцельно стояли на полке. Между медиками и крестьянкой произошел такой разговор:

«– Вот, посмотрите, ваше благородие, как она его лечит, – вдруг заговорил фельдшер, показывая мне пару склянок, отысканных им где-то на полках за посудою. Склянки доверху наполнены были лекарством, без пробок и с набравшимися туда «киргизами» (тараканами).

– Ты как же это, матушка, забираешь у нас лекарство, а не даешь его больному, – строго обратился я к бабе… Она не сразу нашлась, что ответить.

– А, може статься, и давали, – нагло заговорила она. – Кабы настоящее то зелье было, то польза была бы. А то раз дали, а больному много хуже стало: все умы отшибло. С тех пор, вон, блаженный стал. Супротив энтой дури один уксус и хорош, да вам его жаль. Кольки раз, в него ни просила, сеж не дал, – укоризненно закончила баба.

бокую пропасть непонимания, разделявшую крестьян и врачей в пореформенный период. Современные историки, анализируя деятельность медиков как агентов имперской власти, справедливо отмечают важность формировавшегося в ходе врачебной профессионализации и медицинского изучения окружающей и социальной среды России специфического рационализирующего языка, который со временем прививался и правящей элите. Но часто за кадром остается другой аспект: в процессе взаимодействия с крестьянской средой врачам приходилось овладевать и языком народно-бытовой медицины вместе с сопутствующим комплексом суеверий, представлений и образов.

Отмечая важность понимания врачом мировоззрения крестьянина, Г. И. Попов писал: «Тогда врач, узнав все его отрицательные и слабые стороны, получит возможность не только предусматривать и предостерегать, рельефнее выставлять на вид заблуждения народа, но, главное, научится говорить с народом применительно к его понятиям и на его языке, и тем откроет для себя путь самого широкого и прочного влияния на народ»[112].

Изучение особого языка народной медицины требовало полного погружения в деревенскую действительность и больших усилий по завоеванию доверия крестьян. Комментируя эту проблему, земский врач Э. Я. Заленский писал: «Чтобы изучить народное знахарство…необходимо пожить долгое время в деревне и, главное, сблизиться здесь с ее обывателями путем дружественных с ними отношений… Временное же хождение в народ с практиковавшимся когда-то даже балаганным переодеванием и подлаживанием под народную речь может дать только тот материал, который обращается в деревне открыто, как общее достояние, например, песня. Тот же материал, который находится в руках отдельных лиц, как например, знахарские заговоры, нельзя получить в деревне иначе, пока с доверием не войдешь в деревенскую жизнь и там не заведешь себе постоянного знакомства»[113].

«Так или иначе, но деревенский обыватель на всякое заезжее в его деревню городское лицо, хотя бы последнее являлось к

Я был возмущен не столько ее грубостью и невежеством, сколько бесчестностью, сказавшейся в наглой лжи. Баба вовсе не давала своему больному лекарства. На ее глазах фельдшер не поленился вымерить мензуркою содержимое обеих склянок. Микстуры оказались ничуть не начатыми». См.: *Заленский Э. Я.* Из записок земского врача. Псков: Типография «Труд и знание», 1908. С. 34–35.

[112] *Попов Г. И.* Русская народно-бытовая медицина. С. VII.

[113] *Заленский Э. Я.* Из записок земского врача. С. 67.

нему с определенной целью, например как статистик, врач и т. п., смотрит с каким-то подозрением и в свою горемычную жизнь вводит его если и неохотно, то во всяком случае осторожно, – отмечал он, рассуждая об ущемленном постоянным глумлением над темнотой и серостью самолюбии крестьянина. – Это подчас плохо скрываемое нежелание обстоятельно познакомить человека образованного со всем складом своей жизни возникло отчасти из того убеждения, что «господа выведывают мужичка» из желания или узнать его «достатки», или «прописать его в книжке» за его темноту. Такого рода убеждения не могли не задеть мужицкого самолюбия, которое долгое время играло печальную разъединяющую роль между деревнею и той интеллигенцией, которая пошла сюда»[114].

Необходимость изучить и понять тайный язык народного заговора, постичь выработанную веками систему взглядов на причины заболеваний, овладеть укоренившимися в народе навыками домашнего врачевания объяснялась хотя бы тем, что народное знахарство изначально преследовало добрую цель – облегчить страдания ближнего всеми подручными средствами[115]. «Но кто из земских врачей в настоящее время самоуверенно может сказать, что он хорошо изучил в своем участке это лечение? Игнорировать последнее или, еще хуже, относиться к нему пренебрежительно для человека, отдавшего себя на служение народной массе, нельзя, – убеждал Заленский. – То, что народ выработал, чему он верит и поклоняется, не есть его мимолетная затея. Это есть плод его многолетней умственной работы, его мировоззрения и развития»[116].

Похожей точки зрения придерживался и Г.И. Попов. Он справедливо отмечал, что в многочисленных русских народных заговорах и заклинаниях есть общий знаменатель – стремление оказать воздействие на психику больного, которое должно быть тем сильнее, чем сложнее и таинственнее магические приемы. В своих рассуждениях Попов заходил дальше доктора Заленского, сравнивая заговорные нашептывания русской народно-бытовой медицины со средневековой европейской медициной и находя последнюю попросту варварской. Русские народные заговоры, напротив, представлялись ему наполненными особой духовно-

[114] Там же. С. 69.
[115] Там же. С. 72.
[116] Там же. С. 70.

стью. «Эта основная черта знахарской терапии, считающаяся с духом больного и всецело проникнутая стремлением внести в него успокоение, при всей иногда уродливости ее практического применения, неизмеримо выше того бездушного взгляда на больного, которым отмечена средневековая западноевропейская медицина, с ее поистине чудовищным господством кровопускания, процветанием каленого железа, обливанием ран кипящей смолой или варом, с ее моксами, фонтанелями, заволоками и т. д., – писал Г. И. Попов. – Но что не менее важно, в этой черте сказалась идея того «влияния духа на дух», которая выразилась в народном учении о порче. Только влияние это направлено здесь не во вред, а на пользу человеку»[117].

Отыскивание в народных практиках особой духовности, даже невзирая на вопиющие проявления невежества, умиление якобы свойственной народу духовной чистотой, противопоставление пусть отсталого, но близкого по духу отечественного меркантильному и бездушно-рациональному западному оформились как характерная черта русского врачебного сообщества в николаевские времена. Тогда отсталость возводилась в преимущество, вооруженность западным знанием – в необходимую данность, а сам Запад рассматривался не более чем источник интеллектуального сырья, с успехом применяемого дельными русскими клиницистами для преодоления исконно отечественных проблем[118]. Приписывание народным массам особой нравственной чистоты во многом схоже и с колониальным европейским взглядом на туземцев, что лишний раз свидетельствует о глубине различий между европейски образованными русскими врачами и крестьянством.

Таким образом, важной частью миссии русского врача считалось постижение народной картины мира, образа мыслей, языка и последующее посредничество между властью, представленной образованными классами, и народом, подавляющее большинство которого составляли крестьяне. При этом особое значение имело одновременное владение предписывающим языком европейской медицины, образным рядом крестьянского мировоззрения и языком народно-бытовой медицины; требовалось и высоко ценилось умение «переводить» с одного языка на другой[119].

[117] *Попов Г. И.* Русская народно-бытовая медицина. С. 63.

[118] *Вишленкова Е. А.* Врачебные общества Петербурга. С. 205.

[119] О материальных свидетельствах такого «перевода» – научно-популярных «лечебниках» и «травниках», распространившихся в России с середины XIX в., а также медико-топографических описаниях – подробно рассказывает З. С. Гатина.

Если холера, чума и другие эпидемические заболевания безжалостно, но довольно ситуативно обнажали пороки власти и общества, существовали другие социальные язвы, воспринимавшиеся врачебным сообществом не только как долговременная угроза народному здравию, но и как серьезный вызов общественной морали и добродетели. Это, прежде всего, проблема сифилиса – одного из наиболее распространенных заболеваний XIX в., имевшего глубокое символическое значение в европейских культурах. Во врачебном дискурсе о сифилисе отчетливо проявились распространенные в медицинском сообществе Российской империи социальные воззрения и догмы.

Пожалуй не было в истории Европы заболевания, чье стигматизирующее значение сохранялось бы столь долго, в то время как контексты и механизмы стигматизации постоянно изменялись – от медицинских до социокультурных и даже политических. Со времени своего пандемического распространения в Европе (конец XV в.) сифилис и его восприятие эволюционировало от панической боязни и сегрегации больных (как это уже бывало в случае проказы) до избирательной стигматизации, в которой значительную роль играли социальный статус, экономическое положение и пол больного[120]. В последние десятилетия XIX в. медицинские и общественные дебаты о сифилисе активизировались, обретя новое значение с развитием феминистского движения, появлением пуристических и евгенических теорий, становлением медицинской микробиологии и нового знания о таинственной болезни. Например, в викторианской Англии сложилась своеобразная культура визуальной репрезентации сифилиса при сохранении табуированности и, соответственно, «невидимости» этой проблемы. «Фантасмагорическая сила сифилиса крылась в вызываемых им противоречиях между видимым и невидимым, в то время как его культурная актуальность оказала влияние на лечение и оказание услуг его жертвам, – считает М. Петрчак-Франгер. – Одновременно, воспринимавшийся как непристойный характер знания о заболевании и набор культурных ограничений снижали его видимость в различных сферах жизни, несмотря на то, что

См.: *Гатина З.С.* Университетские медики и народные целители: проблема взаимодействия (Россия, первая половина XIX века) // Научные ведомости. 2014. № 8. С. 82–88.

[120] На примере позднесредневековой Венеции формирование социальной стигмы сифилиса проанализировано в: *McGough L.J.* Gender, Sexuality and Syphilis in Early Modern Venice: the Disease that Came to Stay. Palgrave Macmillan, 2010. P. 75–79.

парадоксальным образом они создавали вокруг болезни богатую визуальную культуру»[121].

Сифилис (люэс) поразительно быстро и разнообразно адаптируется к культурной среде, приобретая, в зависимости от нее, различные патологические проявления и разное течение[122]. В XIX в. европейские врачи проводили четкую грань между венерическим и невенерическим (бытовым) сифилисом. Первый считался атрибутом развитого индустриального общества со всеми присущими ему пороками – меркантилизмом, стремлением к развлечениям, пагубными привычками и, соответственно, проституцией, нравственным и социальным падением, сексуальными извращениями. Бытовой сифилис, прежде всего, ассоциировался с бедностью и культурной отсталостью. Угроза заражения сифилисом половым путем использовалась рядом врачей для оправдания надзора по-

[121] *Pietrzak-Franger M.* Syphilis in Victorian Literature and Culture: Medicine, Knowledge and the Spectacle of Victorian Invisibility. Palgrave Macmillan, 2017. P. 281.

[122] Одно из первых и наиболее известных описаний сифилиса принадлежит итальянскому врачу Джироламо Фракасторо (1483-1553). Его труд «Сифилис или о галльской болезни» написан в виде мифологической поэмы, в которой простой свинопас Сифил бросает вызов самим богам, утверждая, что земные цари более богатые и знатные скотовладельцы, чем боги Олимпа. За это боги награждают его тяжелой болезнью. По-видимому, таким образом сифилис получил свое современное название. Научные дискуссии о происхождении сифилиса не стихают до сих пор. Наиболее распространена американская теория, согласно которой сифилис привезли в Европу моряки экспедиции Х. Колумба, заразившиеся им от аборигенов острова Гаити. Затем, в ходе Итальянских войн между Францией и Священной Римской империей (1494-1559), наемники разнесли сифилис по всей Европе, вызвав тяжелую эпидемию. Противниками этой гипотезы являются ученые, опирающиеся на описания схожих с сифилисом заболеваний в работах Гиппократа, Галена, Диоскорида, Авиценны и др., а также на археологические находки скелетов со следами поражений, характерных для третичного сифилиса. По их мнению, сифилис присутствовал в Европе с древнейших времен. Еще одна гипотеза постулирует происхождение сифилиса из тропической Африки, где он существовал в невенерической форме и изначально являлся детской кожной болезнью, мутировавшей под влиянием изменения окружающей среды и социокультурных трансформаций (миграции на север, рост поселений, скученность). Соответственно, согласно гипотезе, возбудители сифилиса и тропических трепонематозов (беджеля, пинты, фрамбезии) имеют одного, ныне исчезнувшего, предка африканского происхождения. В настоящее время доказано, что возбудитель сифилиса бледная спирохета (открыта в 1905 г. немецкими зоологом Ф. Шаудином и дерматологом Э. Гофманом) генетически родственна южноамериканским трепонемам, что косвенно подтверждает теорию об американском происхождении сифилиса. См.: *Crosby Alfred W.Jr.* The Early History of Syphilis: A Reappraisal // American Anthropologist. 1969. № 71. P. 218-227; *Dennie Charles.* A History of Syphilis. Springfield: Thomas, 1962; *Lobdell John E., Owsley Douglas.* The Origin of Syphilis // The Journal of Sex Research. 1974. Vol. 10. № 1. P. 76-79; *Baker Brenda J., Armelagos George J.* The Origin and Antiquity of Syphilis: Paleopathological Diagnosis and Interpretation // Current Anthropology. 1988. Vol. 29. № 5. P. 704; *Jankauskas Rimantas, Saul Susan L.* On the Origin and Antiquity of Syphilis // Current Anthropology. 1989. Vol. 30. № 4. P. 481–482.

лиции за публичными женщинами. Возможность же внеполового заражения рассматривалась специалистами как средство удержать представителей образованной части общества от неосмотрительных контактов с бедными слоями населения. Таким образом, в медико-социальном дискурсе сифилис, в зависимости от своей формы, конструировался как проявление пороков развитого общества или как маркер бедности, культурной отсталости и нечистоплотности[123].

Ситуация с распространенностью сифилиса в Российской империи была сложной, но гораздо сложнее была точная интерпретация его социокультурных причин. Царская Россия лежала на периферии европейской медицинской карты, и врачи как европейские, так и русские, соглашались в том, что огромная империя разделяла с отсталыми странами рудиментарную форму болезни, исключавшую присущий городской жизни сексуальный компонент. Основатель российской научной венерологии сифилидолог В. М. Тарновский (1837-1906) писал: «Сифилис невинных есть самая тяжелая, наиболее вредная для общества и у нас, в России, самая частая форма сифилиса»[124]. В российском социокультурном контексте большую популярность среди врачей снискала теория о негативной роли социально-экономической модернизации в распространении венерических форм сифилиса в русской деревне.

Одним из проводников этой точки зрения был специалист по проблемам сифилиса в Сибири Эдуард Фридрихович Шперк (1837-1894). Он подчеркивал огромное влияние «материального быта» на «все наши нравы и обычаи», в частности, отмечая воздействие сооружения железных дорог на развитие мобильности населения и ослабление традиционных общинных связей. Э. Ф. Шперк утверждал, что венерический сифилис был меньше всего распространен в крестьянских деревнях, где семейные связи были крепкими и основой благосостояния была земельная собственность. Развитие торговли трансформировало экономическую систему, производя неземельную собственность, или капитал, и оплачиваемый труд. Люди стали мобильнее, сроки вступления в брак сместились на более поздний возраст, семья утратила свое значение и секс тоже стал предметом торговли. Женщина, подоб-

[123] *Энгельштайн Л.* Нравственность и деревянная ложка: сифилис, секс и общество глазами российских врачей (1890-1905) // Американская русистика: вехи историографии последних лет. Императорский период. Самара: Изд-во «Самарский университет», 2000. С. 218–219.

[124] Цит. по: *Энгельштайн Л.* Нравственность и деревянная ложка. С. 220.

но другим товарам и услугам, превратилась в предмет обмена. Большое значение в распространении сифилиса играло строительство железных дорог. Э.Ф. Шперк писал: «Железная дорога, проходя по известной местности, увеличивает число отдающихся в наем квартир, экипажей … и продажных женщин». Он считал, что тектонические социальные сдвиги обеспечивали наилучшие условия для распространения венерической формы болезни, в то время как широкая распространенность в России невенерической формы сифилиса свидетельствовала о том, что страна еще не вступила в современную эпоху[125].

Теория подпитывалась поступавшим из губерний эмпирическим материалом. Так, на прямую зависимость между масштабами экономической миграции и распространением сифилиса указывали регулярные случаи заноса болезни в деревни отходниками из ближайших губернских городов. Важность этого фактора отмечал Г.И. Попов. В своих выводах он опирался на информацию, собранную в 23 великорусских губерниях сотрудниками «Этнографического бюро» князя В.Н. Тенишева. «Еще лет 15 тому назад, – цитирует он сообщение из Тотемского уезда, – сифилис среди жителей не существовал. Занесен он был местными промышленниками. Портные, шерстобиты и валяльщики зимней обуви забираются в горнозаводское пространство, иногда даже за Уральский хребет и занимаются своим ремеслом, переходя из города в город и из селения в селение. Заражаясь там в домах терпимости, не лечась или лечась неправильно и почти никогда, из боязни платы, не поступая в больницы, промышленник по-прежнему занимается своим ремеслом и живет на квартире, часто не сознает значения своей болезни…служа нередко причиной заражения своих соквартирантов. Отсутствием лечения и тяжелой работой вконец расстраивая свое здоровье, многие единственным выходом из такого положения видят выезд на родину. Некогда бодрый, здоровый, краснощекий, теперь тощий, со впалыми щеками, приходит промышленник на родину и является источником заражения сначала для своей семьи, потом и для односельчан»[126].

С.П. Порфирьев в диссертации на степень доктора медицины «Сифилис в Европейской России» (1911) приводил типичные социальные портреты отходников. В том, что отходник отходнику рознь он убеждался, сравнивая их внешний вид, возрастно-поло-

[125] Там же. С. 221–222.
[126] *Попов Г.И.* Русская народно-бытовая медицина. С. 129.

вой состав и образ жизни. «Забитые нуждой, пробирающиеся чуть ли не Христовым именем, пензяки, коренные земледельцы, для которых заработок – вопрос жизни и смерти, – писал С. П. Порфирьев, – конечно, иначе выглядят, чем саратовцы, для которых отход своего рода partie de plaisir»[127]. Последние, среди которых не было крестьян-земледельцев, а сплошь ремесленники – городская прислуга, кучера, сапожники, портные – приходили на поиск работы с обилием провизии, в теплой одежде, с сундучками, иногда в перчатках и под зонтиками, и, обязательно, с гармонью. Врачи подозревали, что женская половина этого контингента подрабатывала проституцией[128].

Соглашаясь, что главными причинами, гнавшими крестьян на отходные промыслы были экономические трудности, Порфирьев особо выделял факторы, связанные с психологией русского народа. Здесь были и стадное чувство, и привычка верить молве о неслыханных заработках, и склонность русских к риску, и бродяжнические инстинкты, хорошо видимые в поведении некоторых категорий отходников, например, бурлаков[129].

Итак, анализируя различные причины сифилизации и опираясь на европейскую традицию, которая связывала общественное здравоохранение с социальной средой, врачи-общественники рассматривали сифилис в России как многогранную социальную проблему. Одним из ведущих представителей этого направления был выдающийся гигиенист Ф. Ф. Эрисман (1842-1915). Его взгляды разделял Э. Ф. Шперк, известный гуманным лечением пациентов, в том числе зарегистрированных проституток, а также врачи, работавшие с городской беднотой. Взгляд на сифилис как на продукт социальных условий был особенно близок медикам, практиковавшим в сельской местности[130].

Земские врачи характеризовали сифилис в российской деревне как эндемический, видя в крестьянской общине имманентно присущую ей нравственную чистоту. П. А. Говорков в 1896 г. отмечал: «Сельский сифилис есть бедствие, постигшее людей неповинных. Цифровые данные по этому предмету показывают, какое ничтожное число людей в деревне заболевает венерическими формами

[127] *Порфирьев С. П.* Сифилис в Европейской России. Материалы для его статистики. Дисс. д-ра медицины. СПб.: Экономическая Типо-Литография В. О., 1911. С. 88.
[128] Там же.
[129] Там же. С. 87.
[130] *Энгельстайн Л.* Нравственность и деревянная ложка. С. 228–230.

половым путем». Сифилидолог Г.М. Герценштейн, защищая нравственную чистоту крестьянской жизни, писал: «Не проституция, не войска, не холостая молодежь городских фабричных и промышленных центров распространяет болезнь и представляет преимущественный контингент больных, но неповинные дети и женщины жалких сел и деревень…Общая миска, ложка, невинный поцелуй ребенка распространяли заразу все дальше и дальше, а не разврат, не тайная проститутка, как это наблюдается в больших городах» [131].

По мнению ряда врачей, проблема заключалась не в недостатке целомудрия, а в низком культурном уровне крестьян, нищете, невежестве и обычаях. К.Л. Штюрмер писал: «Крестьянство – совершенно бессознательно само себе главный враг. Замечательную небрежность к своему и чужому здоровью, положительную дикость некоторых обычаев и проч., конечно, ничем иным нельзя объяснить, как невежеством». Варварские обычаи, по мнению врачей способствовавшие распространению сифилиса среди крестьян, включали привычку плевать в глаз для излечения ячменя, кормление детей непосредственно изо рта матери и привычку сосать пенис младенца с целью успокоить его[132].

Другие видели в распространенности люэса разнообразие причинных факторов. Например, Г.И. Попов подчеркивал, что в проблеме сифилиса большую роль играл ложный стыд. Он писал: «Причина эта, наблюдаемая и в отношении привилегированных классов, заключается в ложном стыде: крестьяне, считая эту болезнь позорною, боятся ее обнаружения перед односельчанами. Число лиц, зараженных сифилисом, сообщают нам из Череповецкого уезда, с каждым годом увеличивается от того, что больные стыдятся этой болезни и стараются скрыть ее от других»[133].

Американский социальный историк Лора Энгельстайн считает, что взгляды русских врачей конца XIX в. на сифилис отражали их представления о социальном классе и поле, основанные на своеобразии классовой структуры российского общества, и порождавшие особые нравственные ожидания. Следование этим идеалистическим ожиданиям осложняло рациональный поиск причин распространения сифилиса, но полностью отвечало особой политической и культурно-просветительской миссии,

[131] Цит. по: *Энгельстайн Л.* Нравственность и деревянная ложка. С. 232.
[132] Там же. С. 233.
[133] *Попов Г.И.* Русская народно-бытовая медицина. С. 128.

возложенной на себя врачами вследствие бездействия государства. Для того, чтобы подорвать представления русских врачей о простом народе как пассивной жертве социальных обстоятельств и болезней потребовались социальные катаклизмы, повышенная мобильность и деятельное участие крестьянства в революционных событиях 1905–1906 гг.[134]

Существовала и альтернативная врачебной точка зрения на проблему сифилизации России. В целом разделяя мнение медиков о необразованности населения как одной из причин распространения болезни, российский публицист и этнограф С. С. Шашков (1841-1882) клеймил лицемерное отношение к проблемам проституции и сифилиса в России. В своей «Истории русской женщины» (1879) он писал:

> «Долго, очень долго укоряли мы Запад за его крайнюю развращенность и превозносили до небес относительное целомудрие своего отечества. Лет тридцать тому назад, говорить о проституции и сифилитической заразе у нас считалось непозволительным и даже неприличным. Мы с непонятным равнодушием отворачивались от порока, втихомолку пожиравшего страну, и с не менее непонятным лицемерием закрывали фиговым листочком свои закулисные язвы, выставляя на вид свою национальную нравственность. Между тем, рабство женщины, семейный деспотизм, содержание громадных армий, грубая чувственность, необлагороженная цивилизацией, и другие факторы, производящие всюду разврат и проституцию, не переставали действовать и в конце концов, даже по официальным актам, целомудренная страна оказалась залитой потоками сифилитического яда в такой сильной степени, что потребовались неотлагаемые и действительные меры для предотвращения втихомолку выросшего зла. Чем больше мы знакомимся с бытом наших городов и деревень, тем больше и больше убеждаемся, что относительно проституции Россия не уступает другим странам, а по степени сифилитического заражения даже превосходит все»[135].

[134] *Энгельштайн Л.* Нравственность и деревянная ложка. С. 267.
[135] *Шашков С. С.* История русской женщины. СПб.: Типография А. С. Суворина, 1879. С. 305–306.

С эмоциональным жаром профессионального публициста С. С. Шашков высвечивал ханжество и лицемерие русского общества: «В европейских обществах мало сострадания и снисходительности к тем женщинам, которых социальная необходимость заставляет торговать своим телом, но там их все-таки больше, чем в нашем обществе, в котором проститутка не считается человеком. Между тем, это самое общество заражено бездною самых отвратительных пороков, которые достигают в нем грандиозных размеров, вовсе неизвестных в странах цивилизованных. Пресловутая мощь и размашистость русской натуры проявляется главным образом в необузданности страстей и в громадности зол, поражающих народ»[136].

Контрапунктом к превалирующему во врачебной среде взгляду на сифилис как результат темноты и необразованности русской деревни, публицистическая интерпретация Шашкова акцентировала аспекты, порождавшие ту «невидимость» проблемы сифилиса, о которой пишет М. Петрчак-Франгер в контексте викторианской Англии[137]. Конечно, вовсе не каждый русский врач видел в крестьянах чистую патриархальную нравственность, и далеко не все публицисты подходили к недугам общества изнутри, как это делал Серафим Шашков. В нашем контексте принципиально важно то, что меридианом, соединявшим полярные мнения, была признаваемая одновременно врачами, общественниками и властью проблема превращения опасной инфекционной болезни в незаживающую социальную язву. Ее остросоциальный характер имплицировал в медицинский и общественный дискурсы более широкий подтекст необходимости в реформах власти и общества. Впоследствии, именно эту политическую нить увидели, извлекли на свет и умело использовали в своей общественно-медицинской риторике большевистские организаторы здравоохранения.

2.4. Проблемы здоровья инородцев Сибири и Дальнего Востока в представлении русских врачей (конец XIX – начало XX в.)

Весь XIX в. русские врачи вносили посильный вклад в «текстуальное производство» имперских территорий, изучая медико-топографические особенности и собирая этнографические сведения

[136] Там же. С. 313–314.
[137] *Pietrzak-Franger M.* Syphilis in Victorian Literature and Culture. P. 4–11.

о населяющих их народах. Объясняя важность этнографических описаний, историк русско-казахских связей в области медицины А. Э. Афанасьева подчеркивает: «…Обитателей исследуемых земель предстояло отнести к той или иной этнической категории, определить степень их культурного развития и предрасположенность к «оцивилизовыванию». Накопление информации об особенностях хозяйственного уклада, образа жизни, религиозных воззрений народов империи имело вполне практическую цель – обеспечить наиболее эффективные пути взаимодействия государства с подданными обширной империи, способствовать задачам имперского строительства»[138].

Изучая русскую медицинскую политику в отношении казахов Оренбургской степи, Афанасьева отмечает отсутствие «единого, монолитного дискурса о казахах в XIX веке», подчеркивая, что сочинения российских наблюдателей варьировали в широком диапазоне, от романтизации казахов до крайних проявлений ориентализма, граничивших с расизмом[139].

Та же ситуация наблюдалась в случае сибирских инородцев. В Сибири большую роль играло разнообразие антропологических типов, хозяйственных укладов и социальных характеристик автохтонов. Подходить к ним с единой меркой не представлялось возможным.

Значимым аспектом был политический статус сибирских инородцев. Например, буряты рассматривались имперским кабинетом как союзники на русско-цинской границе. Это позволило им дольше других сохранять внутреннее самоуправление, ограничивавшее полномочия русских чиновников, включая врачей, в бурятских землях. Кроме того, развитая монголо-тибетская медицина долгое время компенсировала отсутствие европейских медучреждений, практически сводя на нет необходимость в медицинском изучении бурят. Об этом говорят русские врачебные репрезентации, даже на рубеже XIX и XX вв. отражавшие существование у бурят собственной медицинской системы. В случае других автохтонов Сибири, особенно малых северных народов, такого изменяющего врачебное видение «фильтра» не было.

---

[138] *Афанасьева А. Э.* «Освободить… от шайтанов и шарлатанов»: дискурсы и практики российской медицины в Казахской степи в XIX веке // Ab Imperio. 2008. № 4. С. 120–121.

[139] Там же. С. 121.

Тем не менее европоцентристский пафос русского врачебного сословия не мог не наложить отпечатка на медицинское восприятие инородцев. А. Э. Афанасьева выделила ряд характерных особенностей языка описания казахов, вполне применимых к другим традиционным кочевым культурам России. Основной акцент делался на физические характеристики, образ жизни и особенности поведения. Если по первому аспекту казахи характеризовались как чрезвычайно крепкий и жизнеспособный народ, то в отношении жизненного уклада и свойств характера восприятие было скорее негативным. Традиционный образ жизни характеризовался как дикий или полудикий; поведение нередко оценивалось отрицательно; из черт характера подчеркивались вспыльчивость, мстительность, лживость, корыстолюбие, беспощадность, трусость и леность, не компенсировавшиеся положительными качествами – уважением к старшим, гостеприимством и т. д.[140]

Используя западные исследования колониального дискурса (Х. Баба, Й. Фабиан, М. Л. Пратт), А. Э. Афанасьева вычленила элементы врачебных описаний казахов, которые подпадают под определение «колониалистских». На наш взгляд, идентичные формулировки даются в российских/советских медицинских описаниях монгольских народов. Преодолевая соблазн подвести все репрезентации под удобную постколониальную матрицу, согласимся с автором в том, что во врачебных текстах представлен далеко не весь набор ориенталистских тропов, а лишь некоторые, как то:

– отнесение [традиционной] культуры к отдаленному прошлому, характеризуемое частым употреблением эпитетов «примитивный», «отсталый», отрицающих современность культуры, помещающее ее во временной период, давно пройденный Западом и Россией;

– создание временной дистанции через изображение [автохтонов] как детей с помощью прямого сравнения или описания в выражениях, имеющих коннотацию инфантильности;

– употребление так называемого «этнографического настоящего времени» – генерализаций о наблюдаемом обществе, представленных в настоящем времени для обозначения их типичности и постоянства для данной культуры. («Если умер муж, то жены обязаны поднять страшный вопль отчаяния и повторять эту церемонию по вечерам и утрам иногда в течение года»);

[140] Там же. С. 123.

– сведение описываемых людей к стандартизированному «он» (взрослый представитель мужского рода), действия и реакции которого являются повторением «его» повседневных обычаев и привычек («Кочевник прекрасно запоминает местность, по которой путешествует…», «киргиз еще мало развился нравственно и доселе ленив по-прежнему, беспечен»);

– замечания о недостаточном использовании [автохтонами] природных богатств и хозяйственных возможностей своих земель, призывы к скорейшему освоению этих ресурсов соотечественниками наблюдателей[141].

Сформулированные в таком виде ориенталистские тропы пригодятся нам в дальнейшем при анализе дореволюционных и советских медицинских репрезентаций сибирских инородцев и кочевых монгольских народов.

Проблемы здоровья инородцев долго вызревали во внутренних доминионах империи без должного внимания со стороны власти и лишь с минимальным медицинским освещением. Причин тому было много: от пропорционального расстоянию дисбаланса отношений между центром и периферией до геополитически обоснованных особенностей политического статуса, строго регламентировавшего пребывание и юрисдикцию имперских чиновников в родовых землях инородцев.

Если выполнявшие чиновничьи функции русские врачи обладали властью дисциплинировать в санитарном отношении иноверцев европейской части империи (евреев, татар и т. д.)[142] и даже некоторых пограничных регионов (Оренбуржье и Казахская степь)[143], то на отдаленных восточных рубежах юридические, да и кадровые возможности государственной медицины были ограничены вплоть до начала XX в. Поэтому тревогу о плачевном состоянии здоровья сибирских автохтонов, в основном, били общественники, в первую очередь, сибирские областники.

«…Дурные материальные условия и лишения дикарей представляют готовую почву для развития болезней, – писал в своем труде о сибирских инородцах идеолог областничества Н. М. Ядринцев (1842-1894). – Тиф, лихорадка, оспа и сифилис постоянно господствуют среди инородцев. Об опустошительном их действии можно судить по тому, что в 1855 году в Обдорском

[141] Там же. С. 125–126.
[142] *Гатина З. С., Вишленкова Е. А.* Система научной аттестации. С. 168.
[143] *Афанасьева А. Э.* «Освободить… от шайтанов и шарлатанов». С. 113–150.

отделении от кровавого тифа умерло в течение трех месяцев 1270 чел. из 1852 больных, а в Кандинской волости 53 из 64 больных. Точно также губительное влияние среди инородцев причиняет занесенный русскими промышленниками сифилис»[144].

В другом своем известном произведении «Сибирь как колония в географическом, этнографическом и историческом отношении» (1892) Н. М. Ядринцев, ссылаясь на медико-санитарные отчеты сибирских врачей, призывает признать фактом вымирание инородцев от болезней. К другим причинам депопуляции он относит голод и экономическое закабаление сибирских аборигенов русскими промышленниками. Даже факт того, что вымирающими являлись не все сибирские народы в интерпретации Ядринцева скорее настораживает, чем обнадеживает. «Факт вымирания и уменьшения инородцев, правда, не охватывает все местности и все сибирские племена; так, исключение составляют, по-видимому пока, южные кочевники – буряты, киргизы и калмыки, – писал он, и тут же сводил выделенное преимущество на нет. – Хотя среди последних появляются ныне те же признаки бедствий, но тем не менее отрицательное явление охватывает такую массу других племен – остяков, самоедов, тунгусов, вогулов, и распространяется даже на оседлых татар, что невольно заставляет задуматься»[145].

Сибиряк, убежденный сторонник областничества, член «сибирского кружка», ходивший с Н. М. Ядринцевым по этапу, С. С. Шашков писал:

> «Вся Сибирь изъедена сифилисом, который, распространяясь здесь посредством войск, ссыльных, бродяг, странствующих торговцев, приисковых рабочих, давным-давно проник уже во все местности, на которые только ступала нога человеческая. Давно ли русские заняли Амур, вовсе не слыхивавший о сифилисе, а в 1858 г. в николаевском госпитале было уже 136, а в 1867 г. – 236 сифилитиков… Вся северная Сибирь, в особенности ее инородческое население, заражено чуть ли не поголовно. На Камчатке трудно найти несифилитика. При появлении этой болезни, – говорил один корреспондент, – начальство не обратило на нее внимания. А бедные камчадалы, не

[144] *Ядринцев Н. М.* Сибирские инородцы, их быт и современное положение. СПб.: Издание И. М. Сибирякова, 1891. С. 78.
[145] *Ядринцев Н. М.* Сибирь как колония. С. 155–157.

имея понятия об ее прилипчивости, назвав венерические прыщи «пуговицами», по простоте нравов, а большей частью по неосторожности, разнесли ее по всему краю. В настоящее время очень немногие не заражены ею. Большая же часть инородцев заражена и изуродована до безобразия….От камчадалов эта болезнь перешла к карякам и ламутам и губит их ужасно… По причине страшного распространения сифилиса, большая часть населения в скором времени должна погибнуть» [146].

Проблема сифилизации сибирских автохтонов была действительно серьезной даже на фоне сифилиса русской деревни. Об этом можно судить по описаниям других российских публицистов и путешественников второй половины XIX в. Так, И.В. Шкловский (1864-1935), писавший под псевдонимом Дионео, вспоминал о своем визите в стойбище на реке Омолон (Якутия) в конце XIX в. За сто лет до этого там проживали три крупных юкагирских рода, однако путешественников встретили лишь 18 оставшихся в живых туземцев. Глядя на юкагиров, путешественники поняли, почему те так редко видели прохожих – все они, казалось, заживо разлагались. По свидетельству Дионео все люди на Омолоне болели сифилисом; в описываемом случае сифилис, возможно, объединился с проказой. По-видимому не существовало другого объяснения плачевному состоянию местных жителей на Омолоне, потому что даже в Нижнеколымске, где почти все страдали сифилисом, такого разложения живых людей не было. Русские далеко обходили стороной это место, пытаясь избежать встречи с остатками некогда большого племени[147].

Из русских врачей сифилис в Северо-Восточной Сибири целенаправленно изучал Э.Ф. Шперк, защитивший на эту тему в 1863 г. диссертацию доктора медицины. Эдуард Фридрихович заострял внимание на этиологии и способах передачи заболевания. «… Шанкр – есть как бы мерило промышленного движения страны и зависящего от того направления проституции», – писал он, позиционируя половое заражение как индикатор экономического развития и основной вектор инфекции[148]. Преодолев тысячи верст

[146] Там же. С. 308–309.

[147] *Dioneo Edwards L., Shklovskii Z.* In Far North-East Siberia. BiblioLife LLC, б. г. P. 80–81.

[148] *Шперк Э.Ф.* Медико-топографические замечания о сифилисе в Северо-Восточной Сибири, называемом там «проказою». СПб.: Типография духовного журнала

от Камчатки до Забайкалья и от Иркутска до Приамурья, Шперк определил основную тенденцию: там, где высока концентрация людей вокруг торговых и транспортных центров, превалировал венерический сифилис, а в малонаселенных местностях и территориях автохтонов – «вторичные признаки», то есть, в терминологии его исследования, бытовой сифилис[149].

Конечно, с современной точки зрения, это – само собой разумеющиеся факты, но не следует забывать, что в 1860-х гг. ни точной этиологии сифилиса, ни эффективных способов его лечения еще не было. Возбудитель (бледная спирохета) был открыт лишь в 1905 г., а первый противосифилитический препарат (606 или сальварсан) появился в 1909 г. Да и сама болезнь, которую Э. Ф. Шперк изучал в Северо-Восточной Сибири, называлась то сифилисом, то проказой, а это – два совершенно разных заболевания[150].

В диссертации есть несколько важных для того времени открытий. Во-первых, Э. Ф. Шперк определил, что ни климатические, ни диетические условия на заболевание не влияют. Во-вторых, пришел к выводу, что «проказа» – это одна из форм сифилиса, по его убеждению, не половая, а наследственная. В-третьих, усомнился в гипотезах о разной степени вирулентности сифилитического «яда» (патогена), а в главу угла поставил социально-бытовые условия: «…мы пришли к противному, и думаем, что яд не изменился, а условия, благоприятствующие передаче болезни, здесь другие, чем в цивилизованных странах, и главную причину различия передачи сифилиса полагаем не в различии яда, а в различии общественной

«Странник», 1863. С. 45.

[149] Там же. С. 46.

[150] Проказа (лепра, болезнь Хансена) – известное человечеству с древности инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией *(Mycobacterium leprae)*. Возбудитель – близкородственный туберкулезной бацилле микроорганизм. Вызывающая проказу микобактерия была открыта в 1873 г. норвежским врачом Г. А. Хансеном (1841-1912). Как при туберкулезе, инфицирование чаще всего происходит воздушно-капельным путем (точный механизм передачи до сих пор неизвестен), однако проказа гораздо менее заразна и для передачи болезни требуется длительное время в тесном контакте с больным. В современных изданиях утверждается, что 90–95% людей имеют к проказе иммунитет. Также болезнь не передается половым путем или наследственно. Однако из-за тяжелых обезображивающих поражений кожи, конечностей и нервной системы, приводящих к инвалидности и смерти, проказа издревле считалась божьим проклятьем, а больные изгонялись из общества. Сегодня, благодаря антибиотиковой терапии, болезнь считается излечимой. Проказа распространена в южных и тропических регионах. На сегодняшний день наибольшее количество больных проказой отмечается в шести странах мира: Индия, Бразилия, Мадагаскар, Мозамбик, Непал и Танзания. Главной проблемой признается не столько смертность от лепры, сколько связанная с ней социальная стигматизация больных. См.: *Seghal A.* Leprosy (Deadly Diseases and Epidemics). Philadelphia: Chelsea House Publishers, 2006. P. 8–33.

жизни этих стран и цивилизованных…»[151]. Кроме того, у Шперка мы находим одно из ранних упоминаний проблемы сифилиса у бурят: «Следуя дальше из Иркутска чрез Забайкальскую область на Амур, шанкр все более редеет,…а вдали от проезжей дороги, между бурятами царство проказы (вероятно тоже наследственного сифилиса)»[152].

Таким образом, репрезентации даже одного инфекционного заболевания в контексте дореволюционной Сибири дают представление о проблемах здоровья инородцев. Поэтому-то, соотнося печальную сибирскую перспективу с вымиранием туземцев европейских колоний и используя аллюзию самоедской сказки о ленивом и неблагодарном сыне, лишившемся родичей, оленей, неоднократно и самой жизни, но постоянно воскрешаемом одноруким и одноглазым старцем с железной палицей, Н. М. Ядринцев задавался вопросом: «Что если в Сибири повторится судьба многих австралийских и американских племен; что если и здесь повторится драма гибели последнего тасманца или оправдается предсказание печальной самоедской сказки… Неужели эта несчастная судьба будет долго преследовать сибирского инородца и кто явится волшебным стариком, сжалившимся над ним и пробудившим жизнь?»[153].

Поисками «волшебного старика» по долгу службы и в силу гуманистических идеалов занимались сибирские врачи. К их мнению прислушивались областники, отводя под медицинские материалы полосы в своей газете «Восточное обозрение». На страницах еженедельника в 1890-х гг. регулярно печатались статьи медицинского содержания, а в ряде номеров имелась рубрика «В обществе врачей», знакомившая читателей с материалами заседаний «Общества врачей Восточной Сибири» (газета тогда издавалась в Иркутске). Представленное в «Восточном обозрении» врачебное мнение в основном концентрировалось на медицинских проблемах сибирской деревни, но в силу полиэтничности населения в нарративах проводились параллели с инородцами и примеры из жизни семейских. Причем буряты зачастую выглядели выигрышно во сравнении с крестьянами и, тем более, староверами.

Например, в материале университетского выпускника, проработавшего какое-то время в должности фельдшера села Тункин-

[151] *Шперк Э. Ф.* Медико-топографические замечания. С. 37–40.
[152] Там же. С. 46.
[153] Там же. С. 157–158.

ское, рассказывалось о нежелании сельчан содержать приемный покой под предлогом возможного его превращения в богадельню для калек и поселенцев. На фоне нищенской государственной субсидии в 50 руб. в год на медикаменты, полученное в 1889 г. пожертвование бурятского тайши в 300 руб. на улучшение аптеки составляло разительный контраст. В последующие годы аптека получала другие пожертвования от инородческого общества[154]. Такая щедрость объясняется просто: огражденные Уставом 1822 г. от внимания медицинских чиновников буряты обслуживались собственными лекарями-ламами, но вместе с тем довольно часто обращались за помощью и лекарствами в русские больницы и аптеки.

По мнению ученого фельдшера деревенские жители отличались парадоксальным отношением к европейской медицине. Завоевать их доверие было чрезвычайно сложно. Достигалось это либо путем быстрого и успешного медикаментозного лечения, добиться коего с лекарствами того времени было невероятно сложно, либо эффективной операцией, чье выполнение осложнялось множеством объективных и субъективных факторов, например, чрезвычайно выраженной у крестьян боязнью боли. Зато потерять репутацию было проще простого – хватало единственной врачебной неудачи. При этом, по утверждению автора, деревенские жители слепо верили в действенность таких примитивных и далеко не безопасных методов как кровопускание и банки, а в деревнях всегда имелся контингент кровопускателей и банкоставов. «Кровопускание настолько любимо русским и обруселым человеком, – писал ученый фельдшер, – что если вы хотите понравиться больному, предложите, или согласитесь на его предложение пустить кровь, или поставить банки и дело в шляпе; заговорите же против них и вы будете приняты более чем холодно, если не враждебно»[155]. Кровопускание и банки часто заканчивались плачевно, в лучшем случае флегмоной или заражением, в худшем – смертью самого пациента, его детей или родственников, регулярно подвергавшихся подобным процедурам.

Буряты, в отличие от русских, не испытывали особого влечения к кровопусканию. Автор отмечал: «В исключительных случаях ламы, лечащие бурят, пускают кровь своим пациентам из жил

[154] Очерки деревенской медицины в Восточной Сибири / Восточное обозрение. 1892. № 13. С. 2.
[155] Там же.

редко, а больше извлекают рожками из вен таких замысловатых мест как нос, лоб, волосистая часть головы. Вообще ламы берут не столько количеством, сколько важностью избранного ими места. Русские уверяют, что буряты потому не так нуждаются в кровоизвлечениях, как русские, что они люди не хлебные, едят и натуживаются работами меньше, чем русские»[156].

Вместе с материалами анонимных медиков газета «Восточное обозрение» публиковала статьи врачей, ставших впоследствии известными в качестве научных экспертов по народно-бытовой и тибетской медицине. Одним из таких корреспондентов был Н. В. Кирилов (1860-1921). Выпускник Московского университета, Николай Васильевич более десятилетия трудился сельским окружным врачом в Забайкалье (1885-1896), вольнонаемным врачом на Сахалине (1896-1899), затем в военном госпитале во Владивостоке (1900-1902). После ухода со службы он жил и работал в Приморье (1902-1914), в Николаевске-на-Амуре (1915-1918) и Благовещенске (1918-1921)[157].

В своей трудовой деятельности Н. В. Кирилов совмещал практическую врачебную работу с научными исследованиями. Сначала его внимание было сконцентрировано на сибирской народно-бытовой медицине. Однако главные научные достижения Кирилова лежали в области изучения восточных медицинских систем – монголо-тибетской и китайской традиционной медицины. Для Н. В. Кирилова как исследователя обязательным условием было погружение в изучаемую культурную среду: народные целительские практики он изучал во время работы в городах и селах Забайкальской области; монголо-тибетскую медицину – в бурятских и монгольских дацанах, в общении с учеными ламами; китайскую медицину – в Китае. Он на практике изучил не только прикладные методы ламского лечения, но и теоретические пособия монголо-тибетской медицины, ее фармакопею, общался с уважаемыми и высокообразованными ламами, получал от них лекарственные средства и наставления. Поэтому мнение Кирилова-исследователя было взвешенным и авторитетным; более того, он, не смущаясь, критиковал методы и подходы восходившей на петербургском небосклоне медицинской звезды – П. А. Бадмаева, ставя под сомнение его компетенцию тибетского лекаря.

---

[156] Там же.

[157] *Тарасенко Д. Б.* М. М. Добротворский и Н. В. Кирилов как исследователи народной медицины // Тихоокеанский медицинский журнал. 2010. № 10. С. 87.

Следует, однако, обратить внимание на важную в нашем контексте деталь: Н. В. Кирилов глубоко скептически относился к любой медицинской традиции, отличавшейся от европейской. Его установка на глубинное изучение восточных целительских систем, скрупулезное соблюдение методологической чистоты исследования и стремление к непосредственному взаимодействию с носителями альтернативного медицинского знания в аутентичной культурной среде были подчинены одной цели – доказать их научную несостоятельность. Кирилов не отрицал целебного воздействия ламского лечения, но сводил его к простому внушению, своего рода примитивной психотерапии. В своем скептицизме он был типичным представителем русского врачебного сословия на культурной границе империи; стремление Николая Васильевича к честности и объективности в изучении конкурирующих медицинских практик лишь усиливает его сформированные университетским обучением и профессиональным сообществом стереотипные взгляды. Этим и ценна его позиция для нашего исследования.

Прожив долгое время среди забайкальских семейских, Н. В. Кирилов, как и другие исследователи, отмечал стойкое неприятие теми государственных здравоохранительных мероприятий, в частности, оспопрививания. Несмотря на опустошительные эпидемии оспы в Верхнеудинском округе (зимой 1886–1887 гг. от нее умерло около 2000 детей, главным образом, у староверов), раскольники изо всех сил сопротивлялись вакцинации, сознавая при этом ее действенность. По мнению Кирилова, дело было не столько в религиозных догматах семейских, сколько в их социальных стратегиях, где оспа и другие инфекционные болезни играли роль биологического регулятора численности населения. Выводя сознательное препятствование оспопрививанию и эффективному лечению из экономических причин, Н. В. Кирилов писал: «Вообще свое неумение или невозможность регулировать из году в год доходность от земли крестьянин в массе считает «Божьим делом», неумолимым роком… Не видя вперед новых, более интенсивных способов обработки земли, крестьянин задумывается над участью своих детей, опасается малоземелья при увеличении числа работников, скажем больше – не желает возрастания населения, считает его излишек вредным для «мира»… Таким образом является на сцену как бы Мальтусов закон – необходимость сдерживать в известных пределах коэффициент размножения, но очевидно с этим не мирится высокий процент рождаемости. Поправку вносит

лишь усиленная смертность, чрезмерная заболеваемость, вполне естественная при невежестве в понимании личной гигиены и неудовлетворительности обстановки»[158].

Тем не менее даже в такой специфической культурной среде психологический фактор пересиливает биологический детерминизм. «Но эгоизм родительский или вообще человеческий все же не склонен мириться с фаталистическим взглядом: признавая такую смертность необходимостью, непреложным законом для массы, все же каждый в сердце таит мысль, чтобы его лично миновала чаша сия, – отмечал Кирилов. –…Богачи первые приходят за медицинской помощью нередко ночью…, причем требуют удобных, секретных способов лечения… например привития предохранительной оспы под коленом. Такой воровской прием лечения ясно показывает, почему тормозится признание официальной медицины в деревне: этому отнюдь не препятствует какой-то нигилизм, неверие в медицину; напротив, вера в силу лечебного искусства у коренного семейского крестьянина велика, слепа, но он совестится встать на одну доску с развращенными членами общества – солдатами, приискателями, оторвавшимися от патриархальных традиций деревни…»[159].

В публикациях Н.В. Кирилова на страницах «Восточного обозрения» отчетливо проявлялся его скептицизм по поводу монголо-тибетской медицины. Он писал: «Грустно становится, когда вдумаешься в лечение народа, особенно, бурят: все пользование построено на внушении, слепой вере в приемы врачующего, – на вере, граничащей с благоговением; выздоравливают буквально вопреки лечению – ламы не имеют понятия о способах передачи болезнетворной заразы. Одно спасает инородцев от широкого распространения эпидемий: это – удаленность жилищ друг от друга – от юрты до юрты целые версты, идеальная изоляция юрт, где находятся заразительные больные»[160].

В традициях русских земских врачей и народников, Н.В. Кирилов видел выход в попечении образованного класса над селом в вопросах здравоохранения. «Конечно, сельская медицина еще не скоро получит развитие, соответствующее ее положению в центральных губерниях России, – писал Николай Васильевич, –

[158] *Кирилов Н.В.* Борьба с эпидемическими заболеваниями в Западном Забайкалье // Восточное обозрение. 1893. № 17. С. 9.
[159] Там же.
[160] *Кирилов Н.В.* Борьба с эпидемическими заболеваниями. С. 9.

но нельзя уже и теперь местной интеллигенции края, живущей по городам, оставаться равнодушной, хотя бы к беспрепятственному распространению эпидемий. Не говоря уже о том, что интеллигенция должна заботиться о сохранении здоровья народонаселения, ибо пропорционально увеличению населения пойдет и прогресс промышленности…, – даже простой инстинкт самосохранения должен заставить иметь попечение о деревне»[161].

Один из вариантов решения Н. В. Кирилов находил в филантропии, предлагая открыть в Забайкалье отделение Общества Красного Креста. Центром медицинской благотворительности он видел богатую Кяхту, где знал несколько дам, обеспокоенных положением дел в деревне. Дамское попечительство могло бы содействовать как морально, облегчая привлечение средств (Кирилов предлагал обложить сбором даже карточные выигрыши в клубах и частных домах), так и вполне практически, рекрутируя из своего состава сестер милосердия. Впоследствии идея Н. В. Кирилова о филиале Общества Красного Креста материализовалась, но не в угасшей к началу XX столетия Кяхте, а в Верхнеудинске, где Красным Крестом был построен большой лазарет, в здании которого по сей день размещается городская детская больница.

Восприятие своей профессиональной деятельности как высокой миссии русского врача по оцивилизовыванию Востока характерно для исследований Н. В. Кирилова в области восточных медицинских систем. То обстоятельство, что у России имелись свои собственные ламаисты, он воспринимал как преимущество, и как повод использовать бурят в качестве проводников цивилизации. «Всю организацию ламаизма в Монголии под влиянием Тибета, повторяют и наши забайкальские буряты, – подчеркивал он. – Хотя вообще ламаизм распространен в странах, могущих находиться под непосредственным влиянием лишь России, но в особенности на нашу долю для изучения ламаизма выпало то удобство, что мы можем с ним близко ознакомиться, не выходя из пределов нашего отечества». Далее Кирилов эмоционально резюмировал: «Я скажу даже более! Мы не смеем пренебрегать прямой нашей обязанностью изучать жизнь востока. Нам предстоит задача привить высшую европейскую культуру своим соседям – монголам, и это очень легко сделается через бурят-ламаитов. Но чтобы облегчился процесс объединения человечества, необходи-

[161] Там же.

мо знать тормозы нашей просветительской деятельности, надо всем дружно поддержать и обставить нашу миссию так, чтобы она работала во всеоружии, с полной гарантией успеха»[162].

Николай Васильевич подходил к изучению тибетской медицины серьезно, полностью погружаясь в ее культурную атмосферу, в непосредственном контакте с носителями медицинских знаний. Основываясь на наблюдениях, овладевая, пусть и через переводчиков, сакральным знанием тибетских медицинских трактатов, он приходил к выводу о том, что «теория лам есть механическая связь совершенно различных, даже иногда противоречащих друг другу учений, оставшихся от различных народов, разного уровня развития и разных эпох»[163]. Учение это глубоко схоластично, засорено хитросплетениями философских систем, лишено референтной основы и замкнуто само на себе. При всей схожести со средневековой европейской медициной, у тибетской медицины не имелось вечного двигателя научного скептицизма, а значит и принципиально отсутствовало экспериментаторство, стремление к верификации данных с помощью опытов. Кирилов видел в ней тождественность японской и китайской медицинским системам и считал, что подобно им, монголо-тибетская медицина обречена на разрушение при контакте с европейской[164].

Тем не менее в отличие от других русских медиков, особенно тех, кто непосредственно представлял медицинскую власть[165], Кирилов не отрицал практического значения тибетской медицины и был против ее уничтожения. «Можно ли сразу вычеркнуть из

[162] *Кирилов Н. В.* Современное значение тибетской медицины, как части ламайской доктрины. Иркутск, 1891. С. 9.

[163] Там же. С. 41.

[164] Там же.

[165] Известный в высших кругах Петербурга как искусный тибетский лекарь П. А. Бадмаев несколько раз обращался в Медицинский совет МВД с просьбами узаконить тибетские лекарственные препараты, на что неизменно получал отказ. Например, в решении МВД от 11 января 1911 г. была четко сформулирована позиция официальной российской медицины по отношению к медицине тибетской. Медицинский совет МВД постановил, что «закрепить право государственности за тибетской медициной, представляющей собой не что иное, как сплетение зачаточной архаической науки с невежеством и суеверием, нельзя, а поэтому Совет принял ходатайство г. Бадмаева об узаконении права практики за лицами, врачующими по системе так называемой тибетской медицины, не подлежащим удовлетворению». Последняя фраза решения точно ложится в контекст государственной медицинской политики, принятой одновременно с европейскими странами в середине XVIII в.: «… деятельность не только не может быть названа небесполезною, но, как заключающая в себе все признаки знахарства, должна быть признана безусловно вредною». *Кузьмин Ю. В.* Доктор П. А. Бадмаев: ученый, дипломат, предприниматель. М.: Тов. науч. изд. КМК, 2014. С. 58.

жизни и заменить тысячи знахарей, волхвов, искренне преданных делу облегчения болезней человечества? Надо ли отучать их от сбора местных лекарственных веществ? На эти вопросы мы должны ответить отрицательно», – писал он, обосновывая собственное видение перехода к европейской медицине.

Н. В. Кирилов был одним из немногих врачей, кто, признавая теоретическую несовместимость тибетской и европейской медицины, стоял на позициях мягкого взаимодействия двух систем в практическом плане: «Все наши силы, все наше уменье надо употреблять на то, чтобы сохранить человечеству большую армию врачевателей, но воспитать ее на новых началах. Пусть она продолжает пополнять свои аптеки, но к делу свои лекарства пусть учится применять разумнее»[166].

«Как указать ламаитам недостатки их теории? Как прийти к ним на помощь, чтобы они внимательно выслушали наши советы и научились бы от нас полезному? – задавался вопросом Н. В. Кирилов и тут же находил ответ. – Для этого надо, чтобы наши знания стали доступны забайкальским бурятам, которые естественно будут проводниками европейской культуры в глубь Монголии»[167]. Обдумывая кандидатуры будущих агентов цивилизации, Николай Васильевич обращался к примеру бурятских казаков-ламаистов, ставших на службе ротными фельдшерами и владевших как европейскими, так и тибетскими методами лечения. При надлежащем обучении они могли бы выполнять функцию посредников при монгольских хубилганах, подобно Ф. Лефорту в петровской Москве или Я. Брюсу в Петербурге, прививая русскую медицинскую культуру в глубинах Азии[168].

В представлении Н. В. Кирилова медицина являлась приоритетной областью для интеллектуального сближения с бурятами. Важным условием взаимодействия представлялась организация в бурятских землях европейских больниц и аптек с усиленным персоналом фельдшеров, которые оказывали бы бесплатную медицинскую помощь бурятам. Сеть медицинских учреждений играла бы роль рассадника европейской медицины для бурятского населения.

Эмчи-лам же Кирилов видел не в качестве конкурентов. Он писал: «Не о полном уничтожении контингента лам-эмчи говорю

[166] *Кирилов Н. В.* Современное значение тибетской медицины. С. 42.
[167] Там же. С. 45.
[168] Там же. С. 46.

я, хотя бы потому, что это немыслимо: их сотни, – а о том, чтоб эти ламы стали нашими союзниками, помощниками. Для этого полезно было бы наиболее образованных эмчи посылать на 1–2 года в большие городские больницы, где они состояли бы в качестве братьев милосердия, аптекарских учеников и пр. Кроме того, когда усилится штат представителей правильной сельской медицины, врачи будут в состоянии завести повсюду со стационарно живущими ламами личные знакомства, при которых дружнее пойдет изучение местных целебных средств»[169].

Таким образом, взгляды Н. В. Кирилова, с одной стороны, свидетельствовали о характерном для русских врачей того периода восприятии своей профессиональной деятельности как цивилизаторской миссии, причем не только в отношении инородцев, но и в отношении забайкальских русских и староверов. Если первых нужно было цивилизовать в рамках европейской культуры, вторых необходимо было сознательно опекать, и этот моральный долг возлагался врачом на плечи местных образованных сословий. То есть, применительно к крестьянской массе, Кирилов разделял навеянные народническим духом взгляды земских врачей. В том же, что касалось роли бурят в качестве проводников цивилизующего русского влияния в монгольском мире, рассуждения Николая Васильевича на три десятилетия предвосхитили геополитические стратагемы коминтерновцев, конструирующие Бурят-Монголию как трамплин на «буддийский Восток». Сходство прослеживается и в планах построения лечебно-профилактической сети; в определенном смысле установка на сотрудничество с эмчи-ламами даже напоминает позицию советских медиков в Тувинской Народной Республике в конце 1920-х гг. Это еще раз указывает на преемственность взглядов между дореволюционным русским и советским врачебными сообществами.

Особый след в истории научного изучения Забайкалья оставил польский антрополог и врач Юлиан Доминикович Талько-Грынцевич (1850-1936). Выпускник врачебного факультета Киевского университета, куда он в 1872 г. перевелся из Санкт-Петербургской медико-хирургической академии, Ю. Д. Талько-Грынцевич с 1892 по 1908 гг. работал в Троицкосавске, куда добился распределения вполне сознательно, заинтересованный в изучении антропологии забайкальцев. Будучи разносторонне одаренной личностью, Таль-

[169] Там же.

ко-Грынцевич совмещал работу окружным врачом Троицкосавска с археологическими, антропологическими и медицинскими исследованиями. Когда в 1894 г. было образовано Троицкосавско-Кяхтинское отделение Приамурского отдела Императорского Русского географического общества, Ю. Д. Талько-Грынцевич стал его руководителем.

В контексте нашего исследования особый интерес представляют два направления научной работы польского ученого – его работы в области физической и медицинской антропологии населения Забайкалья и изучение эндемической чумы в Монголии. Так получилось, что исследования Ю. Д. Талько-Грынцевича, проведенные на рубеже XIX и XX вв., оказались последними на имперском этапе производства антропологического знания о народах Забайкалья. После них последовала пауза длиной в два десятилетия, а в середине 1920-х гг. изучение бурят, эвенков, метисов, семейских и русских возобновилось в рамках новой, большевистской науки. Поэтому труды ученого равно важны как завершающая точка одной научной традиции, и как референтный образец жанра и источник вдохновения для другой. Они также позволяют выделить преемственность и контраст в научных подходах антропологов имперского и советского периодов.

Результаты антропологических исследований Ю. Д. Талько-Грынцевича в основном публиковались в «Трудах Троицкосавско-Кяхтинского Отделения Приамурского Отдела Императорского Русского Географического Общества», но некоторые материалы издавались как отдельными оттисками, так и в других научных журналах. В 1902 г. в трудах Троицкосавско-Кяхтинского отделения ИРГО вышла объемная статья, представлявшая сопоставительное исследование физической антропологии бурят, тунгусов и халха-монголов[170]. В ней автор суммировал результаты многолетней полевой работы, приводя этнографические, антропометрические и краниологические данные по каждому из трех народов. Вскоре в «Антропологическом журнале» вышло дополненное фотографиями издание той же работы[171].

[170] *Талько-Грынцевич Ю. Д.* Народности Центральной Азии. (Монголы-халхасцы, буряты и тунгусы). Антропологический очерк // Труды Троицкосавско-Кяхтинского Отделения Приамурского Отдела Императорского Русского Географического Общества. 1902. Т. V. Вып. 1. С. 39–77.

[171] *Он же.* К антропологии Забайкалья и Монголии // Антропологический журнал. 1902. № 2. С. 1–36.

Ю. Д. Талько-Грынцевич признавал, что даже имея опыт антропологических исследований, он поначалу был ошеломлен разнообразием объектов изучения, что было сродни впечатлению от посещения ценных картинных галерей или выставок. «Благодаря множеству разнородных типов и видов, проходящих перед глазами, как в кинематографе, я, подобно многим приезжим, не отличал сразу бурята от тунгуса или монгола и даже не мог ясно усвоить себе тип китайца, что удивляло тогда русских автохтонов, привыкших к этим типам…» – писал он[172]. Однако по мере накопления эмпирического материала различия между представителями трех народов становились очевиднее.

В физическом плане основные различия были обнаружены в росте, размерах головы и краниологических типах. Буряты отличались наиболее крупными и широкими черепами, чрезвычайной короткоголовостью. По сравнению с ними тунгусы и халха-монголы были подкороткоголовы, а баргузинские тунгусы – поддлинноголовы. Опираясь на антропометрические данные, Талько-Грынцевич пришел к выводу о том, что из трех народов наиболее антропологически чистый тип представляли буряты; халхасцы являлись отдельным от бурят и более смешанным типом, а тунгусы в разной степени испытали на себе воздействие бурят и подразделялись на два типа – арматских и баргузинских. Баргузинские тунгусы являлись более чистым в антропологическом плане типом[173].

Размышляя над чертами характера изучаемых народов, Ю. Д. Талько-Грынцевич придерживался нейтральных описаний, отмечая положительные и не акцентируя отрицательные свойства. Бурят он характеризовал как флегматичных, миролюбивых и незлопамятных. «Прежний воинственный дух, – писал Талько-Грынцевич, – как у всего монгольского племени, исчез у бурят с принятием буддизма в виде ламского учения, которое окончательно утвердилось лишь после присоединения бурят к России и ожесточенной борьбы, объявленной ламам шаманству». Характеризуя интеллект бурят, он отмечал что «они обладают хорошими умственными способностями, и те из них, которые воспитывались в русских школах, хотя и не обнаруживали выдающихся талантов,

[172] *Он же.* Народности Центральной Азии. (Монголы-халхасцы, буряты и тунгусы). Антропологический очерк // Труды Троицкосавско-Кяхтинского Отделения Приамурского Отдела Императорского Русского Географического Общества. 1902. T. V. Вып. 1. С. 46.
[173] Там же. С. 75–77.

тем не менее отличались усидчивостью и терпением, присущим бурятам».

Среди других добродетелей отмечалась трезвость. Антрополог писал: «Буряты ведут вообще трезвую жизнь, а пристращиваются к водке преимущественно крещеные, которые встречаются с влиянием европейской культуры». Что касается криминальных проявлений, Ю. Д. Талько-Грынцевич описывал ситуацию так: «Если убийства и грабежи среди бурят почти не встречаются, благодаря главным основам ламского учения, проповедующего любовь и сохранение жизни всего живущего, то погрешности против чужой собственности и кражи встречаются довольно часто»[174].

Тунгусы в описаниях Талько-Грынцевича несколько обособлены от бурят и монголов в силу принадлежности к другой языковой и культурно-исторической общности. Он подчеркивал, что монголы и буряты хорошо различали «чуждый им тип тунгусов, даже ассимилированный их культурой». Ученый соглашался с характеристиками, данными эвенкам ранее различными путешественниками – прямодушие, честность, физическая ловкость. Он писал: «Они веселые, легкомысленные, беззаботные, любят наряды и игры, и этот некоторого рода рыцарский характер дал повод Кастрену прозвать их дворянами Сибири <…> Те же характерные признаки присущи тунгусам как на Амуре, так и в Армаке»[175].

Вопрос, серьезно озаботивший ученого, касался более низкой по сравнению с русскими рождаемости у кочевников и их основной отличительной особенности – продолжительной молодости и стремительного старения, без промежуточного этапа зрелости. «Эту расовую особенность мы замечали у китайцев, а ныне в более сильной степени у наших народностей…, – писал Талько-Грынцевич. – Продолжительная моложавость и потом быстрое и раннее увядание является характерным биологическим признаком, отличающим наши народности от европейской расы»[176].

Отдельно вопросы фертильности, рождаемости, половых отношений у автохтонов Забайкалья, а также представительниц местного русского населения – казачек, старожилок, семейских – были изучены в работе «К вопросу об изучении физиологических явлений половой жизни женщин в Забайкалье» (1903). Материал для исследования собирался восемь лет, с 1894 по 1902 г. в Троиц-

[174] Там же. С. 44.
[175] Там же. С. 45.
[176] Там же. С. 72–73.

косавском, Селенгинском, Верхнеудинском, Нерчинском, Читинском и Баргузинском уездах. Объекты исследования разделялись не только по этническому признаку, но и по конституционным типам: светлые семейские и темные сибирячки с примесью инородческой крови и т. д. Всего в исследовании приняли участие 2017 женщин. Изучались такие важные особенности женской физиологии, как время наступления первой менструации, возрасты вступления в брак, начала половой жизни, рождения первого ребенка, количество рожденных детей и т. д. Для большей релевантности приводились данные не только по женщинам, но и по мужчинам, например, по возрасту их вступления в брак[177].

Исследование Ю. Д. Талько-Грынцевича отвечало запросам времени. Как раз в тот период в регионе происходили тектонические социально-экономические сдвиги: активизация переселенческого движения; землеустроительные реформы и сворачивание родоплеменной системы инородческого самоуправления; строительство Транссибирской железной дороги и КВЖД. Актуальность изучения аспектов, напрямую касавшихся демографии, соотносилась с повесткой экономического освоения и модернизации Забайкалья, а также с выходом России в геополитическое пространство Восточной Азии. По-видимому, Ю. Д. Талько-Грынцевич был первым, кто начал систематически изучать эти проблемы в регионе. В России же исследования этого направления начинали оформляться в научное направление: в 1901 г. врачом Д. П. Никольским была опубликована программа для сбора сведений о половой зрелости женщин[178].

Как и в случае Н. В. Кирилова, Ю. Д. Талько-Грынцевич заложил направление, по которому в 1920-е гг. начали двигаться большевики. Когда в конце 1925 г. в Бурят-Монгольской АССР встал вопрос о необходимости ее включения в зону ответственности Комиссии по изучению Монголии и Танну-Тувы при СНК СССР, именно статья Ю. Д. Талько-Грынцевича была указана как единственный научный материал, проливающий свет на вопросы демографии местного населения, его трудоспособности

[177] *Талько-Грынцевич Ю. Д.* К вопросу об изучении физиологических явлений половой жизни женщин в Забайкалье // Труды Троицкосавско-Кяхтинского Отделения Приамурского Отдела Императорского Русского Географического Общества. 1903. Т. VI. Вып. 1. С. 95–135.

[178] *Никольский Д. П.* Программа для собирания сведений о половой зрелости женщин // Труды Антропологического общества при Императорской Военно-медицинской академии, 1901.

и предрасположенности к болезням[179]. Правда, большевики сосредоточились на аспектах, которых он сознательно не касался, оговорив, что «в записи не были вносимы женщины, у которых болезни могли иметь какое-нибудь влияние на физиологическое отправление половой сферы, как и врожденные уклонения»[180], а именно – на влиянии венерических и инфекционных заболеваний на рождаемость и качество потомства. Тем не менее факт этот не только не отрицает, но даже подчеркивает наличие преемственности: большевики подхватили научное направление, заложенное в дореволюционном Забайкалье Талько-Грынцевичем, и развили его в нужном для них русле.

Важной чертой научного подхода Ю. Д. Талько-Грынцевича было то, что он связывал физиологические особенности местного населения с климатом и естественной средой. Он утверждал: «Особенности климата и питания повлияли на физическое строение и психическую сферу жителей Забайкалья помимо их расовых особенностей»[181]. Ученый предполагал, что сильные ветры, яркое солнце, сухой воздух и низкое атмосферное давление предрасполагают к приливам крови к органам и, как следствие, разного рода кровотечениям у беременных и родящих. Также он считал, что сильные ветры в вечернее и ночное время, летние бури и грозы наводят страх на девушек и женщин, отчего те подвержены беспокойству вплоть до истерики. По его мнению, атмосферные явления Забайкалья предрасполагали женщин к нервным заболеваниям[182].

Исследования Ю. Д. Талько-Грынцевича в области физической антропологии, половых отношений и климатологии оказались путеводной звездой для изучения человеческих ресурсов Забайкалья и всего трансграничья Внутренней Азии как в рамках собственно медицинских исследований под эгидой Наркомздрава РСФСР, так и внутри программы Комиссии по исследованию Монгольской и Танну-Тувинской народных республик и Бурят-Монгольской АССР при СНК и АН СССР. Воодушевленные государственной поддержкой и антропоцентрическим целеполаганием, движимые осознанием острой необходимости в создании нового корпуса

[179] Государственный архив Республики Бурятия (далее – ГАРБ). Ф. Р-250. Оп. 1. Д. 11. Л. 10.
[180] *Талько-Грынцевич Ю. Д.* К вопросу об изучении физиологических явлений. С. 100–101.
[181] Там же. С. 98.
[182] Там же. С. 99.

знаний о проблемах человека, советские медики и ученые развили направление, заложенное Талько-Грынцевичем, существенно расширив его в сторону социальной гигиены, евгеники и генетики.

Было у Ю. Д. Талько-Грынцевича и еще одно направление, актуальность которого существенно возросла в конце XIX – начале XX в. в связи с активным строительством железных дорог – КВЖД и Транссиба – и глубоким проникновением Российской империи в геополитическое пространство Восточной Азии. Это – эпидемиологические исследования тарбаганьей чумы. Работу Талько-Грынцевича в этом направлении необходимо рассматривать в комплексе с другими исследованиями: по-видимому, эпидемиология лежала на периферии научных интересов Юлиана Доминиковича, но относилась к сфере его непосредственных обязанностей в качестве окружного врача Троицкосавска.

Выше уже отмечалось, что масштаб эпидемической заболеваемости в Сибири остро волновал врачей и публицистов, посвятивших проблеме массу аналитических и критических материалов. Царское правительство, гражданские и военные администрации на местах тоже старались создать эффективную защиту против эпидемий, нанесших империи в XIX в. громадный ущерб. После серьезных и чрезвычайно унизительных для России как великой державы вспышек бубонной чумы на юго-востоке европейской части страны (Ветлянская чума 1878–1879 гг., Колобовка 1899, Владимировка 1900 и т. д.) активизировались эпидемиологические и бактериологические исследования[183]; в ответ на эпидемию чумы в Бомбее императорским указом от 11 января 1897 г. была создана Комиссия о мерах предупреждения и борьбы с чумной заразой» (Комочум). По местам эпидемий в инородческих поселениях Сибири посылались врачебные экспедиции, проводившие тщательное обследование условий жизни и санитарной обстановки. Активизировались эпидемиологические исследования на восточных границах, где волна имперской экспансии захлестывала древние эндемические очаги смертельных заболеваний.

[183] В современной российской историографии этим темам посвящен ряд публикаций, высвечивающих новые грани проблемы эпидемических заболеваний в Российской империи конца XIX в. См.: *Михель Д. В.* Чума и эпидемиологическая революция в России, 1897–1914 // Вестник Евразии. 2008. № 3. С. 142-164; *Он же.* Становление медицинской микробиологии в России и проблема холеры (1885–1910 годы) // Известия Саратовского университета. Серия: История. Международные отношения. 2009. Т. 9. № 2. С. 7-16; *Пироговская М. М.* Ветлянская чума 1878–1879 гг.: санитарный дискурс, санитарные практики и (ре) формирование чувствительности // Антропологический форум. 2012. № 17. С. 198–229.

Результаты некоторых экспедиций дошли до нас в виде опубликованных отчетов или статей в дореволюционных медицинских журналах. Медицинские нарративы в них разбавлены этнографическими описаниями изученных народов в полном соответствии с утверждением Е. А. Вишленковой о том, что в XIX в. редкий выпускник или преподаватель медицинского факультета в России не был писателем[184]. По-видимому, заложенная в университетских стенах компетенция этнографа-наблюдателя, усиленная служебными требованиями к медико-топографическим описаниям, заставляла обращать внимание на детали инородческого быта. К тому же роль могла играть и культивировавшаяся земскими врачами фиксация на проблемах социальной среды и их связях с заболеваемостью. Так или иначе, в своих научных описаниях врачи давали достаточно точную информацию о быте и обычаях изучаемых племен и добавляли к ней опосредованное профессиональными стандартами и превалировавшими на тот момент в обществе взглядами личное восприятие иной культуры. Это делает данные материалы ценными историческими и антропологическими источниками.

В 1908 г. на север Сахалина по следам оспенной эпидемии отправилась медицинская экспедиция доктора В. А. Штейгмана. С июня по сентябрь врачи работали среди гиляков, тунгусов и орочен, сильно пострадавших от оспы: проводилось оспопрививание, шел сбор данных о ходе эпидемии, приходилось отыскивать, хоронить или сжигать останки умерших жителей острова. Анализируя последствия эпидемии, В. А. Штейгман отмечал: «Здесь на первом месте стоит громадный материальный ущерб, причиненный [оспой] различным инородческим группам вообще и пострадавшим семьям в особенности. Да и не на одних инородцах должна отразиться в неблагоприятном смысле эта убыль почти сразу значительного числа людей преимущественно рабочего возраста. … Принимая в расчет и без того не высокое благосостояние громадного большинства инородцев, мы видим теперь совершенно безотрадное – сиротское – положение еще недавно относительно зажиточных групп, как например тыкских гиляков, орочен Даги и Оркуна, полагать надо и набильских»[185].

[184] *Вишленкова Е. А.* Медико-биологические объяснения социальных проблем России. С. 37.

[185] *Штейгман В. А.* Экспедиция на север о-ва Сахалина для санитарных мероприятий среди инородцев и попутного сбора статистико-экономического материала о них, командированная Военным губернатором острова летом 1908 г.: доклад о действиях

Заметны были и психологические последствия экспедиции для сахалинских автохтонов. «Нельзя не пройти не заметив того обычно грустного, апатичного настроения, какими отличаются в пострадавших местностях уцелевшие жалкие остатки населения, в особенности остатки семей, – писал Штейгман. – Есть среди них ставшие нервными, недоверчивыми, с подозрением относящимися ко всяким санитарным мерам и лицам. Все это должно влиять в свою очередь и на физическую сторону их в смысле ослабления и повышенной восприимчивости к заболеваниям любого свойства». Тем не менее врач подчеркивал, что несмотря на все отчаяние выживших, врачам не приходилось слышать о попытках самоубийства среди них или видеть сошедших с ума от болезни или горя[186].

Доклад В. А. Штейгмана разделен на медицинскую и статистико-экономическую части. Каждая в свою очередь подразделяется на параграфы. Самыми объемными из них являются первый, содержащий факты и цифры по оспенной эпидемии 1908 г. и второй, описывающий быт инородцев в санитарном отношении и связывающий его с причинами эпидемии. Далее изучается общая заболеваемость автохтонов, санитарные меры и санитарные нужды населения. Вторая часть содержит материалы подворной переписи населения, проведенной группой Штейгмана, описание экономического состояния инородцев, сведения по обращению у них европейских товаров, цены на них и т. д. Это достаточно типичное для того периода описание инокультурной действительности.

Под впечатлением от последствий эпидемии В. А. Штейгман приписывал гилякам, тунгусам и орочонам особую предрасположенность к оспе, но при этом удивлялся отсутствию у них других заболеваний, распространенных у инородцев на материке. Среди наиболее встречающихся болезней он отмечал бронхиты, объяснив их поголовным курением, и воспаления глаз из-за задымленности жилищ и нечистоплотности. Затем шли катары желудка от неравномерного питания, кожные нарывы и язвы, объяснявшиеся нечистоплотностью. Сифилис был обнаружен в единственном случае в третичной форме. Заразных форм болезни не было, как не встречалось и других венерических заболеваний.

экспедиции начальника ее, врача коллежского советника Штейгмана. Б. м.: Б. и., 1908. С. 12.

[186] Там же.

Также практически не было туберкулеза. Отсутствие венерических заболеваний Штейгман объяснял половой нравственностью аборигенов; отсутствие туберкулеза – постоянным нахождением на воздухе[187].

Наблюдая за представителями трех автохтонных народов, В. А. Штейгман пришел к выводу о том, что долголетие среди них было распространенным явлением. Он отмечал, что с 18 до 50 лет аборигены выглядели моложаво и сохраняли работоспособность. При отсутствии эпидемий и экономического гнета со стороны русских и японцев инородческое население Сахалина могло бы прирастать. Из трех народов наиболее стойкими к вымиранию Штейгман называл гиляков, в то время как тунгусы демонстрировали наихудшие показатели[188].

В нашем контексте доклад В. А. Штейгмана важен не только как характерный образец жанра, но и как источник по положению инородцев на Сахалине, референтный материал по схожим этническим группам в Сибири (тунгусы и орочены). Как следует из него, ситуация с некоторыми заболеваниями на Сахалине радикально отличалась от Забайкалья или северных территорий, где сифилис и туберкулез носили эндемический характер. Впечатление на Штейгмана произвели и вопросы нравственности сахалинских инородцев. Вопреки распространенным мнениям о низкой половой морали среди «малокультурных» народов Сибири и Дальнего Востока, он видел в них образец нравственной неиспорченности. «Нравственность в громадном большинстве случаев у всех инородцев стоит еще довольно высоко и во всяком случае в сравнение с ссыльнопоселенческим элементом они не идут, – писал Штейгман. – В общем – люди заведомо порочные среди них исключение; правдивость же, честность и прямота составляют основные присущие им черты. Порча нравов идет, как всегда, от центров культуры – поселений и рыбалок… Разврата наблюдать не приходилось, равно и бесстыдства в этом отношении со стороны женщин, так что с большой вероятностью надо считать фактом относительную чистоту нравов»[189]. Взгляд В. А. Штейгмана, с определенными допущениями, можно отнести к положительному полюсу ориенталистского представления об инородцах – образу чистого и благородного дикаря.

[187] Там же. С. 20.
[188] Там же.
[189] Там же. С. 32.

Возвращаясь к эпидемиологическим исследованиям в российско-цинском пограничье отметим, что всплеск интереса к проблеме тарбаганьей чумы предварялся несколькими важными событиями в мире. В 1894 г. в Китае началась третья пандемия чумы. Из провинции Юньнань чума попала в Гонконг, где в условиях перенаселенности и антисанитарии разразилась первая крупная эпидемия. На ее подавление из многих стран Европы были направлены врачи-эпидемиологи и бактериологи. Именно в Гонконге в июне 1894 г. представитель пастеровской школы Александр Йерсен (1863-1943) и ученик Р. Коха Китасато Сибасабуро (1853-1931) независимо друг от друга открыли возбудителя чумы, получившего название *Yersinia pestis*.

В 1896 г. эпидемия чумы разразилась в Бомбее. В 1897 г. правительство Российской империи решилось на важный с точки зрения международного престижа шаг – направило в Индию научную экспедицию по изучению чумы под руководством профессора Киевского университета В. К. Высоковича. Несомненно, это был своеобразный реванш после Ветлянской чумы, призванный свидетельствовать о высоком международном статусе России, ее способности на равных сотрудничать с ведущими мировыми державами в области контроля над эпидемическими заболеваниями. Один из участников бомбейской экспедиции 1897 г. Д. К. Заболотный (1866–1929) впоследствии стал ведущим российским чумологом и много работал на границе России и Монголии. После Индии Д. К. Заболотный отправился в аравийскую Джидду, морские ворота в Мекку, где установил, что массы мусульманских паломников со всего света представляют собой канал для переноса инфекции в их родные места. Летом 1898 г. по заданию Комочума он отправился в Восточную Монголию. Там, вслед за Робертом Кохом, пришедшим в Африке к выводу о тесной связи между эпизоотиями у крыс и чумой у людей, Заболотный выдвинул гипотезу о роли тарбаганов в переносе чумной инфекции в природной среде.

В 1896 г. правительство заключило военный союз с Цинской империей и договор на постройку Китайской Восточной железной дороги. КВЖД была грандиозным сооружением. Ее строительство велось с 1897 по 1903 гг. и к моменту ввода в эксплуатацию летом 1903 г. общая протяженность ее линий составляла 3189 км. По линии железной дороги были построены новые города – Дальний, Маньчжурия и Харбин. В КВЖД входила и Южно-Маньчжурская

железная дорога (ЮМЖД), соединявшая Харбин с портами Дальний и Порт-Артур на Ляодунском полуострове. Стоимость КВЖД со всеми постройками составляла около 500 млн. рублей[190].

С 1880-х гг. в Забайкалье фиксировались подозрительные вспышки смертельной болезни, имевшей клинические признаки чумы (п. Кулусутай и г. Акша в октябре 1888, п. Соктуй в августе 1889 г., п. Соктуй в сентябре 1891 г., г. Акша в 1891 г., п. Соктуй в сентябре 1894 г.). В результате погибли 36 человек. Первичным источником заражения были тарбаганы. Затем болезнь распространялась уже среди людей; от нее умерли не только непосредственно контактировавшие с грызунами буряты и казаки, но также члены их семей и расследовавшие вспышки медработники[191].

Первыми из русских медиков подозрительный зооноз описали А. П. Решетников и М. Э. Белявский, чьи материалы впоследствии послужили основой для массы публикаций в России и за рубежом. В 1891 г. врач А. П. Решетников наблюдал смертельную вспышку тарбаганьей болезни в Акше. Определив, что причиной заболевания оказался пойманный и употребленный в пищу казаком Д. Гурулевым тарбаган, Решетников в 1895 г. опубликовал небольшую статью в «Вестнике общественной гигиены, судебной и практической медицины»[192]. В ней он описал повадки больных тарбаганов, дал гипотезу передачи инфекции человеку и воздержался от диагностирования заболевания как бубонной чумы, указав, что на телах трех ее жертв бубонов не обнаружил[193].

В сентябре 1894 г. в Соктуе от тарбаганьей болезни вымерла семья казака Ф. Мирсанова. За вспышкой наблюдал старший врач военного госпиталя в Акше М. Э. Белявский. Свою статью он опубликовал в одном номере с материалом Решетникова в 1895 г.[194] Однако, именно в статье М. Э. Белявского была впервые высказана гипотеза об особом умении автохтонов – бурят и мон-

[190] *Ратманов П. Э.* История врачебно-санитарной службы Китайской Восточной железной дороги (1897–1935 гг.). Хабаровск: Изд-во ГОУ ВМО ДВГМУ, 2009. С. 16, 43.

[191] *Скрживан О.* Наши сведения о тарбаганьей чуме // Русский архив патологии, клинической медицины и бактериологии. 1901. Т. XI. Вып. 6. С. 605–606.

[192] *Решетников А. П.* О чуме тарбаганов, перенесенной на людей // Вестн. общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1895. Т. 26. Отд. 9. С. 6–9.

[193] *Lynteris C.* Ethnographic Plague: Configuring Disease on the Chinese-Russian Border. Palgrave Macmillan, 2016. P. 48–49.

[194] *Белявский М. Э.* О чуме тарбаганов. Записка по поводу 7 смертных случаев от употребления в пищу сурков, пораженных чумою в поселке Соктуевском // Вестн. общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1895. Т. 26. Отд. 9. С. 1–6.

голов – определять инфицированность грызунов на расстоянии и предохранять себя от заражения. По предположению врача, охотники по системе признаков, включавших время впадения в спячку, поведение и движения тарбаганов, внешние признаки на тушке, умели распознавать чуму и отдавали таких животных на съедение собакам, на которых тарбаганья болезнь не действовала. Свои выводы он подкреплял наблюдениями за поведением родственников и односельчан обреченной семьи Мирсановых, которые, принося им пищу и дрова, избегали какого-либо контакта, а затем избавились от всех вещей погибших. Также в статье он приводил рассказ бурята Бадмы Хишиктуева, который поведал о народных средствах лечения и обычае массовой откочевки из зараженных мест до тех пор, пока больные не умрут, сожжении их вещей и юрт после развязки[195].

Предположения, высказанные А. П. Решетниковым и М. Э. Белявским на страницах русского журнала, в контексте превалировавших в мировой медицинской среде представлений о способах передачи чумы выглядели по меньшей мере сенсационно. Считалось, что чумной патоген переносится подземными газами, а крысы, массами гибнувшие во время эпидемии, рассматривались как сопутствующие жертвы – якобы, их органы дыхания находились ближе к земле, чем человеческие. Даже в 1897 г. выделение связи между крысиными эпизоотиями и вспышками чумы вызывали саркастические комментарии таких медицинских светил, как французский гигиенист Адриан Пруст (1834-1903). Однако вскоре русскую гипотезу о роли тарбаганов в распространении болезни заметили и признали состоятельной ведущие мировые чумологи – Поль-Луи Симон и Александр Йерсен. После французов на материалы русских врачей начали ссылаться немцы, затем англичане. Забайкальская тарбаганья болезнь, а с ней и особое знание бурят и монголов о чуме получили известность в мировой медицинской периодике[196].

В ноябре 1899 г. для расследования случаев смертельной болезни, произошедших осенью, в Монголию был направлен Ю. Д. Талько-Грынцевич. Он изучил три эпидемические вспышки (северо-западная, северо-восточная и юго-западная Монголия) и сделал вывод, что во всех случаях причиной заболевания людей были тарбаганы, употреблявшиеся в пищу или ради шкурки. Ста-

[195] *Lynteris C.* Ethnographic Plague. P. 51–53.
[196] Там же. P. 55–57.

раясь выяснить детали прошлых эпидемий, Талько-Грынцевич активно опрашивал ургинских старожилов и лам. Удалось определить, что болезнь эта называется у монголов *«хара убучин»* (черная болезнь) и она в Монголии повторяется регулярно. По симптомам заболевание напоминало индийскую чуму или «черную смерть» XIV в. и сопровождалось поражением легких (*Pneumonia pestosa*).

Определив заболевание как легочную чуму, Ю. Д. Талько-Грынцевич сделал несколько рекомендаций, которые через русского консула в Ургe В. В. Долбежева были приняты к исполнению китайскими властями. Они предполагали как дезинфекционные, профилактические и информационные мероприятия, так и приглашение в Ургу на постоянную работу по мониторингу чумных вспышек русского врача[197]. Важным обстоятельством было то, что в своей рекомендации Ю. Д. Талько-Грынцевич рассмотрел угрозу тарбаганьей чумы в Монголии в контексте всех значимых эпидемий чумы в Российской империи в последней четверти XIX в., включая Ветлянку (1878-1879) и Колобовку (1899). Особое значение он уделил Урге с ее многотысячным населением и постоянным наплывом буддистов для поклонения Богдо-гэгэну, откуда чума могла быть занесена в Кяхту и с калмыцкими паломниками даже в европейскую часть России. Отметил Талько-Грынцевич и торговый путь, связывающий северо-западную часть Монголии с Ирбитской ярмаркой[198].

Весной 1900 г. для изучения таинственного заболевания в Ургу прибыл командированный Комочумом бактериолог Фаддей Феликсович Скрживан (1867-1917). Как и Ю. Д. Талько-Грынцевич, он расспрашивал о ней монгольских и бурятских охотников, аратов и лам, собрав достаточно свидетельств как давних, так и недавних случаев болезни. От лам удалось узнать ее научное обозначение *«нянь-хара-убучин»* или «червячковая черная болезнь». Монголы верили, что по предсказанию Падмасамбхавы эта болезнь из земли перейдет в растения, от них к животным и, наконец, от животных к людям. От нее погибнет четверть населения Азиатского материка.

Скрживан указывал, что ламы считали дыхание источником заражения людей друг от друга. Поэтому для предохранения они смазывали рот и нос ароматическими маслами. Буряты же

[197] *Талько-Грынцевич Ю. Д.* О чумных заболеваниях в Монголии // Труды Троицкосавско-Кяхтинского отделения Приамурского отдела Императорского русского географического общества. 1899. Т. II. Вып. 1–2. С. 96–102.
[198] Там же. С. 109.

настолько боялись инфекции, что разговаривали с больными на дальнем расстоянии, крича по ветру, или общались с помощью стрел[199]. Отмечал он и вводившиеся в случае эпизоотий или эпидемических вспышек запреты на тарбаганью охоту, подчеркивая, что меры эти имели отрицательный экономический эффект – шкурки тарбаганов были ходовым товаром у заезжих купцов и играли роль неформальной валюты[200].

О способах лечения Ф. Ф. Скрживан писал: «Болезнь ламы считают безусловно смертельной, если только своевременно не дано специальное, чрезвычайно «сильное» лекарство. От «черной болезни» даются и «черные лекарства»; их два: одно состоит из 9, другое из 13 составных частей (главным образом, различные «сильнодействующие» травы и, как необходимый ингредиент – «гуща» и «жижа» добродетельного ламы). Как предохранительное средство, ламы дают настой чеснока на водке»[201].

На основе сделанных наблюдений Ф. Ф. Скрживан пришел к выводу о том, что центральноазиатский вид сибирского сурка подвержен особому смертельному заболеванию (геморрагической септицемии), схожему по симптоматике со средневековой «черной смертью». В пользу того, что болезнь эта являлась чумой говорила и ее распространенность в пограничных с предполагаемыми первичными очагами районах Тибета. Кочевники были хорошо знакомы с этим заболеванием и знали, как с ним бороться. Поэтому «в районах с кочевым населением вспышки ограничены и быстро прекращаются, в районах с населением оседлым и менее знакомым с болезнью, вспышки принимают более значительные размеры»[202].

Вспышки тарбаганьей чумы в пограничье Российской и Цинской империй в период строительства КВЖД, ЮМЖД и Транссибирской магистрали привлекли к проблемам здоровья монголов, бурят и казаков внимание как бактериологов и эпидемиологов всего мира, так и собственного правительства. До этого оно было озабочено, главным образом, возможностью использования медицинской инфраструктуры пограничных областей для обслуживания воинских контингентов[203]. Однако смертельная угроза чумы с востока вос-

[199] *Скрживан О.* Наши сведения о тарбаганьей чуме. С. 609–610.
[200] Там же. С. 607.
[201] Там же. С. 610.
[202] Там же. С. 611.
[203] О мерах санитарно-эпидемической безопасности в Забайкальской области в 1870-х – 1890-х гг. см.: *Башкуев В. Ю.* Эпидемическая безопасность окраинных регионов Российской империи во время пятой пандемии холеры (на примере Забайкальской

кресила в умах высших медицинских чиновников воспоминания о Ветлянском конфузе, ужасах гонконгской и бомбейской эпидемий.

В 1898–1900 гг. Комочум командировал в Монголию и Забайкалье своих специалистов. Одним из них был известный бактериолог Д. К. Заболотный (1866-1929), работавший в 1898 г. с экспедицией в Восточной Монголии. По ее результатам Заболотный пришел к выводу о том, что подобно африканским крысам Р. Коха, монгольские тарбаганы могут играть роль природных носителей чумы[204]. Была заложена одна из основ теории эндемических очагов и намечен путь превращения микробной теории в медицинскую микробиологию[205]. В географическом спектре экспедиционных работ русских бактериологов появилось новое направление – Забайкалье и Монголия, по сей день остающееся актуальным из-за угрозы чумы.

Смертельная опасность тарбаганьей болезни придала малоизвестным до тех пор бурятам и монголам с дальней периферии империи Романовых субъектность в мировом научно-медицинском дискурсе о чуме. И все благодаря комплексу автохтонных знаний о болезни, либо, как предполагалось в гибридной теории И. С. Дудченко, буддийскому похоронному обычаю, якобы способствовавшему разносу инфекции по степи питавшимися падалью животными[206]. Когда в 1910–1911 гг. в Манчжурии разразилась самая опустошительная с XIV в. эпидемия легочной чумы, этнографические конструкции автохтонного знания породили основную антитезу того периода: с одной стороны – образ наделенного природным знанием о чуме кочевника-монгола; с другой – образ невежественного, хищного шаньдунского кули, охотящегося на чумных тарбаганов и разносящего болезнь по всему Китаю[207].

области и г. Верхнеудинска) // Власть. 2013. № 1. С. 150–153; *Он же.* Верхнеудинский окружной комитет общественного здравия и опыт борьбы с эпидемиями в Забайкальской области (1870-е – 1880-е гг.) // Власть. 2013. № 3. С. 144-147; *Он же.* Забайкальская область и город Верхнеудинск перед угрозой пятой пандемии холеры // Вестник Бурятского научного центра СО РАН. 2013. № 1 (9). С. 37-46; *Он же.* Становление и развитие муниципального здравоохранения в Верхнеудинске / Улан-Удэ в XIX – первой четверти XX в. // Вестник Бурятского научного центра СО РАН. 2015. № 4 (20). С. 61-79; *Он же.* Российская медицина и монгольский мир: исторический опыт взаимодействия (конец XIX – первая половина XX вв.). Иркутск: «Оттиск», 2016. С. 97–119.

[204] *Михель Д. В.* Чума и эпидемиологическая революция. С. 155–156.

[205] *Он же.* Из лаборатории в поле: анализ кейса развития микробной теории в России // Социология власти. 2012. № 6–7 (1). С. 62.

[206] *Lynteris C.* Ethnographic Plague. P. 105–106.

[207] Там же. P. 130–131.

Суммируя довольно калейдоскопичные представления дореволюционных русских врачей об инородцах Сибири и Дальнего Востока, необходимо выделить следующее. В целом медики разделяли беспокойство публицистов и общественников о будущем автохтонного населения, но, в силу иных профессиональных задач, компетенции и научного интереса, распознавали более широкий спектр проблем и различали в них полутона. Врачебный взгляд на инородцев сочетал присущую жанру медико-топографических описаний этнографичность; в нем встречались некоторые свойственные научному стилю того периода колониальные тропы и интерпретации, но в целом язык врачебных описаний сибирских и дальневосточных инородцев нейтрален. Ю. Д. Талько-Грынцевич и В. А. Штейгман видели в сибирских и сахалинских автохтонах знакомый по произведениям западных авторов тип «благородного дикаря», а Штейгман открыто постулировал пагубность «цивилизующего» воздействия крупных поселений и факторий. Н. В. Кирилов считал необходимым не борьбу с альтернативной монголо-тибетской медицинской системой, а сосуществование и эволюционную конвергенцию, при которых более критическая к своим научным основам, а значит и развивающаяся, европейская медицина постепенно вымостила бы индо-тибетскую схоластику и догматику. Что касается взгляда бактериологов и эпидемиологов, то этнографическое знание о кочевниках российско-цинского пограничья долгое время определяло формирование гипотез об этиологии опаснейшего из известных человечеству заболеваний – чумы, также называвшейся «тарбаганьей болезнью».

***

Со времен правления Ивана IV Грозного медицинское сообщество в России формировалось царской волей, являясь неотъемлемым атрибутом монаршей власти: с одной стороны гарантией здоровья и благоденствия царя с домочадцами, с другой – дорогой и престижной заморской «диковиной», призванной производить впечатление просвещенности на иностранцев и всемогущества – на своих подданных. Управлявший придворной медицинской частью Аптекарский приказ стал прообразом государственной медицинской администрации. В административной системе Московского государства он занимал важное положение, обладая некоторыми ключевыми полномочиями: обеспечивал медицинской помощью функционально важных для монарха людей – ближних бояр, военачальников и войско; осуществлял контроль качества

профессиональной подготовки нанимаемых на службу врачей; вместе с царскими воеводами занимался эпидемическим контролем и администрировал противоэпидемические мероприятия.

Эта представляющаяся монолитной смычка царя, лейб-медиков и медицинской администрации определила модус взаимодействия власти и врачей в Российском государстве на столетия вперед. Даже самые уважаемые и квалифицированные доктора, включая иностранцев, были лично зависимы от монарха, который волен был по своему усмотрению осыпать их милостями или казнить. Медицинские светила не обращались к самодержцу с экспертным мнением, а «били челом» как все остальные холопы. Аптечный приказ возглавлялся не врачами по принципу профессиональной меритократии, а боярами на основе личной преданности царю. В такой ситуации политический вес и статус медицинской экспертизы был, безусловно, намного ниже, чем в Европе, где медицинские корпорации-факультеты еще со средневековья пользовались самоуправлением и к Новому времени располагали значительным ресурсом общественного влияния.

В петровскую эпоху бурных преобразований сложившийся в Московии врачебный *status quo* претерпел ряд изменений. Царь-реформатор Петр I совершил прорыв в развитии медицинской инфраструктуры, изменил само управление отраслью, поставив во главе ее не боярина, а архиатра – высокопрофессионального врача, своей компетенцией заслужившего личное доверие императора, ввел государственную сертификацию медицинских кадров. Медицина получила государственный масштаб, а медики, при условии высокого профессионализма и близости к царю – определенные механизмы воздействия на принятие решений. Однако дальше совещательной функции дело не пошло, несмотря на внимание императора и реформу управления медицинской отраслью. Врачи целиком и полностью оставались «государевыми людьми», винтиками в административной машине, и пребывали в такой роли почти весь XVIII в.

Тем не менее этот период в развитии российской медицины ознаменован рядом важных тенденций, оказавших большое влияние на формирование медицинской политики последующих эпох. Со времен правления Анны Иоанновны наметилась растущая социальная направленность медицины. Появились врачи для бедных и аптеки с бесплатной выдачей лекарств, а в екатерининское

время – крупные гражданские больницы и специализированные «сифилитические дома». Больницы обязывались оказывать полную медицинскую помощь больным без учета ранга и фамилии. А с созданием при императоре Павле I губернских медицинских советов во всех 34 губерниях Российской империи появилась сеть государственных гражданских учреждений здравоохранения.

Российская медицина конца XVIII в. развивалась в ногу с европейской государственной медициной. Функциональная схожесть медицинских систем позволяет говорить о трансфере из Европы в Россию ключевой для развития государственной медицины концепции медицинской полиции. Именно она сформировала в концептуальной основе российского здравоохранения установки, определявшие особенности функциональной повестки не только дореволюционного русского, но и советского медицинского сообщества. Среди них стремление к эмпирическому изучению физической и социальной среды обитания людей для выявления их связи с заболеваемостью, тенденция объяснять медицинские проблемы социальными факторами и осуществлять, при необходимости, социальный контроль над населением. Практически в неизменном виде до наших дней дошло непримиримое отношение к альтернативным медицинским системам, которые, согласно концепции медицинской полиции, представляют собой шарлатанство и подлежат искоренению.

Переход от статуса наделенных властью дисциплинировать население империи в медицинском отношении, но далеко не автономных в своей функциональной повестке «государевых людей» к профессиональному самоуправляющемуся и саморегулирующемуся врачебному сообществу наметился в начале XIX в. И снова этот процесс был запущен монаршей волей. В 1802 г. недавно вступивший на престол император Александр I начал реформы по рационализации государственного управления. Последовавшая чехарда в цепочке административного подчинения, когда одна часть медицинской отрасли оказалась в ведении МВД, другая – Министерства народного просвещения, третья – Министерства военно-сухопутных дел, послужила катализатором профессионального объединения врачей. В условиях ведомственной конкуренции развились механизмы самоуправления в важнейшей для профессионального группообразования области – оценке знаний и качества исследовательской работы. Была разработана строгая система научной аттестации медиков, минимизировавшая

возможность непрофессионального вмешательства в медицинскую сферу, ограничившая коррупцию, отразившая потребность государства в образованных по западным стандартам медицинских чиновниках, позволившая наладить массовое, качественное производство врачей.

В бескрайних просторах Российской империи врачи естественным образом становились экспертами как по медико-географическим особенностям, так и по социальным проблемам той или иной территории. Интеллектуальная любознательность и пафос служения просвещенному государству использовались в рациональных и практичных целях – медики собирали, обрабатывали и подавали власти информацию в структурированном и понятном формате медико-топографических, медико-статистических и демографических сочинений. В них, а также в материалах врачебных съездов, протоколах заседаний профессиональных обществ, полемике на страницах медицинских и общественно-политических изданий, навечно отпечатался своеобразный врачебный взгляд на российский социум.

В целом, простой русский народ, будь то городская беднота, рабочие, крестьяне, отходники, маргиналы и прочие низшие сословия, в восприятии врачей XIX – начала XX в. выглядел непривлекательно. И это вполне понятно, так как самое крупное образованное сообщество страны, наделенное властью пресекать антисанитарные практики населения и прививать ему, хотя бы и насильно, комплекс гигиенических навыков, в выполнении правительственных задач сталкивалось с бездной дремучих предрассудков, а временами с открытой агрессией. Однако гуманистическая сущность медицинской профессии, стремление познавать природную и социальную среду с тем, чтобы ее рационально реорганизовывать, потребность учить, лечить и защищать, а после 1864 г. и непосредственная близость земских докторов к подопечной крестьянской общине изменили медицинское восприятие. Постепенно происходило осознание того, что успех европейской медицины в условиях русской провинции зиждется, прежде всего, на понимании, доверии и долгосрочном, методичном санитарном просвещении простого народа.

Находясь в тесном контакте с проблематичной, инертной к изменениям и подозрительно-недоверчивой крестьянской средой врачи были вынуждены учить диалекты народно-бытовой меди-

цины и переводить их в понимаемый медицинским сообществом и властью профессиональный язык. В процессе познания рождались разнообразные восприятия и репрезентации народных масс: от резко критических взглядов до воспевания особой нравственной чистоты и духовности; от бичевания пороков до умиления добродетелью. С точки зрения ориентализма, оба взгляда несли колониальные оттенки: европейски просвещенное сословие видело в низших классах два обертона – природную порочность дикости и природную же невинность в отчетливо ощущаемом созвучии с эпитетом из «Бремени белого человека» Редьярда Киплинга *«half devil and half child»* («наполовину бесы, настолько же дети»).

Изучая эндемические в крестьянской среде заболевания, русские врачи к началу XX в. все чаще выносили на обсуждение порождающие их социальные проблемы. Остросоциальный характер таких недугов как сифилис имплицировал в медицинский и общественный дискурсы широкий подтекст необходимости в реформах власти и общества. Благородная миссия спасения жизни в устах врачей все отчетливее приобретала политический смысл.

В отношении сибирских автохтонов врачебный дискурс отличался несколько меньшей напряженностью. Сам термин «инородцы» не только подразумевал культурную и конфессиональную инаковость, но также имплицировал социальную дистанцию и особый политический статус. Ведь крупнейшие этносы Сибири вошли в юрисдикцию русских врачей лишь в начале XX в. в результате упразднения родового самоуправления. До этого заботами о здоровье соплеменников были облечены их собственные племенные элиты. К тому же в сибирских землях изначально не внедрялось земской медицины, а значит систематическое «хождение в народ» осуществлялось по собственной инициативе врачей, будь то научный интерес, гражданская позиция, христианский долг или простой альтруизм. Поэтому градус политизации врачебного сообщества был там ниже, чем в земских губерниях. Тем более слабость медицинской сети являлась характерной чертой всей Сибири, и в первую очередь врачам приходилось решать проблемы непосредственно подведомственного им русского населения.

У бурят, крупнейшего по численности инородческого этноса Сибири, охрану здоровья обеспечивала монголо-тибетская система врачевания, решавшая основные задачи и долгое время делавшая ненужным их углубленное медицинское изучение. Зато

вполне объяснимо таинственная книжная мудрость Востока, хранимая медицинскими школами дацанов, попала в зону особого внимания практиковавших в регионе русских врачей, надолго став одним из осевых объектов медицинского интереса. И если в целом отношение медиков-исследователей к пропитанной схоластикой и религиозной мистикой тибетской медицине было скептическим, то в области взаимодействия двух медицинских систем звучали предложения постепенно кооптировать лам-лекарей в русское медицинское сообщество, не запрещая и не подавляя их лечебной деятельности. Высказывалось мнение о том, что именно ламаисты-буряты могли бы стать проводниками российского влияния в Азии, на много лет предвосхитившее геополитические схемы коминтерновцев с их особой миссией бурят на «буддийском Востоке».

В более умеренной, чем публицисты-областники степени, русские врачи видели в инородцах восточных окраин жертв колониальной эксплуатации, заслуживающих всемерную помощь и поддержку. Судьбы малых народов Севера и Дальнего Востока вызывали беспокойство и сожаление. Массовая гибель гиляков, тунгусов, орочен, самоедов, остяков от оспы, сифилиса, тифа и других эпидемических болезней возбуждала критику в сторону царской власти или порождала биологически детерминированные объяснения, постулировавшие особую предрасположенность к ряду заболеваний.

Что касается крупных этносов, таких как буряты, то в них дореволюционные врачи видели природную стойкость и даже особую чистоту монгольского типа азиатской расы. Смертельная угроза тарбаганьей чумы, побочный эффект российской геополитической экспансии к незамерзающим портам Восточного Китая, в конце XIX – начале XX в. актуализировала сначала в русской, а затем и в мировой медицинской науке этнографическое знание о бурятах, монголах и казаках с российско-цинского пограничья. Тарбаганья чума и природное знание кочевников о ее распознании и профилактике стали осевыми объектами медицинского интереса. Более того, в свете эпидемий на КВЖД в конце XIX – первых декадах XX в., кульминировавших в опустошительной маньчжурской чуме 1910–1911 гг., оно приобрело геополитическое значение, сохранявшееся в советский период и, в определенной степени, оставшееся до наших дней.

И все же научный интерес дореволюционных русских врачей к монгольским народам российско-цинского пограничья ограничивался этнографическими и антропологическими аспектами, либо теми специфическими медицинскими задачами, которыми наделялись узкопрофильные обследовательские отряды и экспедиции в регионе – например, ловля и изучение тарбаганов и попутный сбор материалов о чуме среди местного населения. Настоящую широту и геополитический характер медицинскому изучению бурят, монголов и других народов монгольского ареала Внутренней Азии придала эпоха борьбы за построение социализма с ее планами идеологической экспансии на «буддийский Восток» и колоссальными социальными экспериментами, охватившими целые народы пограничья России и Внутренней Азии.

Раздел II:
Взаимодействие врачей из СССР с традиционными сообществами монгольского мира (1920-е – конец 1940-х гг.)

Неси это гордое Бремя –
Воюй за чужой покой –
Заставь Болезнь отступиться
И Голоду рот закрой;
Редьярд Киплинг

Осенним вечером 10 сентября 1927 г. с перрона московского Северного (ныне Ярославский) вокзала в вагон скорого поезда, следующего на восток, сели восемь пассажиров – шестеро мужчин и две женщины. У всех с собой имелись документы Наркомздрава РСФСР, удостоверяющие, что их предъявители командируются в Верхнеудинск, а затем – в Монгольскую Народную Республику в составе второй медико-санитарной экспедиции для расширения и углубления работы по оказанию помощи монгольскому народу в строительстве здравоохранения[208].

Начальник экспедиции Георгий Васильевич Ивицкий испытывал внутреннее беспокойство, несмотря на то, что в Монголию направлялся не в первый раз. Год назад, с того же вокзала, рядовым врачом медико-санитарной экспедиции Наркомздрава РСФСР он отбыл в Монгольскую Народную Республику. В тот вечер на перроне толпились родственники и друзья уезжающих медработников; лились слезы, слышались взволнованные напутствия, слова ободрения, сдержанные шутки. Монголия представлялась краем света, где в условиях полной антисанитарии, среди мириад насекомых гнездились страшные болезни. В воображении провожавших и отъ-

[208] Государственный архив Российской Федерации (далее – ГАРФ). Ф. А-482. Оп. 35. Д. 239. Л. 158.

езжавших рисовались дикие кочевники, сорокаградусные морозы, зловещие тени собак-людоедов в тесных проходах между юртами, цинга от дефицита овощей и соли[209]. Родные и близкие провожали медработников как героев на подвиг, будто не вооруженные передовым медицинским знанием врачи уезжали с перрона московского вокзала, а древние аргонавты уплывали в неведомое за золотым руном.

В вагоны грузили тяжелые тюки, коробки и свертки. Среди мешков с солью, ящиков с медицинскими инструментами и лекарствами, чемоданов и саквояжей неуклюже болталась деревянная планка ростомера. Никто, включая высшее руководство Наркомздрава, не знал реальной ситуации в пункте назначения. Поэтому, надеясь на лучшее, готовились к худшему. Брали с собой все, что могло бы хоть как-то пригодиться. Впоследствии многое, в том числе злосчастную соль, пришлось оставить в Улан-Баторе[210].

Георгий Васильевич имел серьезные основания для переживаний. Первая экспедиция отличалась большим составом: семь врачей – венеролог, окулист, терапевт-фтизиатр, педолог, акушер-гинеколог, санитарный врач и начальник экспедиции; плюс фельдшер, акушерка и две медицинские сестры. Позже из Москвы в Улан-Батор прибыли несколько санитаров. Для пребывающего в эмбриональном состоянии здравоохранения Монголии такая группа квалифицированных медработников представляла могучую силу, способную раскачать неподатливую аратскую массу, привить ей доверие и уважение к передовой советской медицине. Однако после теплого приветствия в столице МНР, загадочных в своей непроницаемости улыбок монгольских руководителей, дружеских объятий и похлопываний по плечу от русских коллег и ободряющий речи полпреда СССР П. М. Никифорова экспедицию спешно отослали в «медвежий угол» Монголии – далекий западный хошун Заин-Шаби.

Вместо того, чтобы развернуть в столице республики современную амбулаторию, вести массовые обследования в школах, государственных учреждениях, казармах цириков и ургинских монастырях-хурэ, экспедиция с трудом открыла крошечный медпункт в Цэцэрлэге, разместившийся в наспех отремонтированном сарае. Пока экспедиционный венеролог изнемогал от бесконечного потока больных, окулист, фтизиатр, акушер-гинеколог и другие узкие специалисты оставались без работы и занимались исключительно научными исследованиями. Не имея толковых переводчиков и собственного транспорта, врачи были вынуждены платить астро-

[209] Там же. Л. 105.
[210] Там же.

номические суммы местным извозчикам из русских (по 25 рублей в сутки!) и обследовать худоны на свой страх и риск[211]. Несмотря на то, что за три месяца работы, в целом, удалось наметить пути дальнейшего развития медико-санитарного дела в Монголии, Ивицкий сильно беспокоился о том, не ждет ли вторую медико-санитарную судьба первой, в сущности провальной, экспедиции…

***

Картина отправления с московского вокзала второй медико-санитарной экспедиции, воссозданная по сохранившимся в Государственном архиве Российской Федерации отчетам Г.В. Ивицкого, была типичной для работы Наркомздрава РСФСР в конце 1920-х гг. Советские врачи регулярно командировались в отдаленные регионы СССР и пограничные страны Востока, куда после неудачи в Европе был нацелен вектор мировой пролетарской революции, и где разрастался старательно раздуваемый Коминтерном революционный пожар. Приуралье, киргизские и казахские степи, пустыни и оазисы Туркестана, Бурят-Монголия, Монгольская Народная Республика, Тува и далекая Кашгария стали исследовательскими полигонами молодой, но стремительно развивающейся социалистической медицины. Туда по просьбе местных правительств или по плану наркомата отправлялись как одиночные специалисты, так и целые экспедиции, несшие с собой идеи массовости, доступности и бесплатности медицины. И дополнительно, как двойное дно в чемодане – идеи пролетарской солидарности, интернационализма и имманентной справедливости «высшей» на тот момент формы общественного развития – ленинско-сталинского социализма.

Рост и функционирование паутины советских медучреждений, медико-санитарных и исследовательских экспедиций в регионах и странах зарубежного Востока координировало образованное в 1926 г. Общесоюзное бюро заграничной санитарной информации (далее – ОБЗСИ). Эта организация в составе Наркомздрава РСФСР отвечала за соблюдение Советским Союзом международных санитарных конвенций и договоров. Ее сотрудники имели опыт заграничной работы и связи в медицинских кругах Европы; разбирались они и в проблемах здравоохранения на советских окраинах. Поэтому бюро удавалось найти и завлечь интересной работой не только новоиспеченных выпускников медицинских факультетов, но и закаленных работой на национальной периферии СССР врачей-профессионалов.

Временами при отправлении экспедиций слышалась иностранная, чаще всего немецкая, речь. Зарубежные коллеги использовали

[211] Там же. Л. 106.

возможность побывать на основных «строительных площадках» социалистического здравоохранения, чтобы изучить экзотические болезни *in situ*, пока стараниями советских медработников те не превратились в воспоминания о тяжком наследии царизма. В астраханские и киргизские степи на изучение су-ауру (верблюжья болезнь, трипаносомоз) неоднократно выезжал сотрудник Института контроля сывороток и вакцин профессор Генрих Цейсс[212]. В июне 1926 г. в научную поездку в Бурят-Монгольскую АССР отправились гейдельбергский психоневролог Карл Вильманс и сифилидолог из Мюнстера Альфред Штюмер. А в мае 1928 г. с большой помпой туда же отбыла готовившаяся три года советско-германская медицинская экспедиция по изучению сифилиса под руководством профессоров Н. Л. Россиянского и Макса Йесснера. Врачей сопровождала съемочная группа Совкино, создавшая по отснятым материалам один из знаковых советских фильмов-травелогов 1920-х гг. – документальную ленту «По Бурято-Монголии» (Совкино, 1929, реж. Л. Степанова, оп. В. Беляев)[213].

Едва обустроившись на месте, врачебные отряды и экспедиции приступали к работе и создавали вокруг медицинскую инфраструктуру, начинавшуюся со скромной амбулатории в доме «на семи ветрах» или наспех отремонтированном подсобном помещении. Вскоре после открытия советские медучреждения заводили собственную документацию, в которой отразились сформированные врачами знания о медико-топографических особенностях регионов, этнографические наблюдения о быте традиционных сообществ, социально-медицинские характеристики изучаемого населения, демографические сведения, структура заболеваемости и данные медицинской статистики. Что еще более важно для современного социального историка: эти материалы вобрали в себя нюансы восприятия окружающей действительности, давая возможность понять, как реагировал врач на инокультурную среду; как поступал в сложных жизненных и профессиональных ситуациях; как описывал реалии чужого общества в рабочих отчетах и менее формальных документах – письмах, жалобах, обращениях.

В этом разделе представлены репрезентации традиционных сообществ, почерпнутые из архивных документов и опубликованных научных работ врачей – участников обследовательских отрядов,

[212] *Поддубный М. В.* Генрих Цейсс и московские «германофилы» 1920-х годов // Acta Medico-Historica Rigensia. Vol V (XXIV). Riga: Pauli Stradini Museum Historiae Medicinae, 2000. P. 59.

[213] Единственный на сегодня полноценный научный анализ этой документальной киноленты представлен в недавно вышедшей книге историка кинематографа Оксаны Саркисовой. См.: *Sarkisova O.* Screening Soviet Nationalities: Kulturfilms from the Far North to Central Asia. London-New York: I. B. Taurus, 2017. P. 114–137.

медико-санитарных и научно-исследовательских экспедиций в регионах монгольского мира от Бурят-Монголии до Монгольской Народной Республики и Тувы. Тексты описывают и характеризуют быт традиционного кочевого общества, изучают поведение его представителей в разных жизненных ситуациях, фиксируют социальные проблемы, предлагают решения, исходящие из профессионального восприятия, опыта и этоса врача. В качестве материала для анализа они дадут нам ответы на ряд интересных вопросов. Предстоит выяснить, где советские врачи искали и в чем видели причину высокой заболеваемости кочевников социальными и инфекционными болезнями. Отличалось ли советское врачебное восприятие проблем здоровья бурят, монголов и тувинцев от взглядов дореволюционных русских врачей на крестьянство и инородческое население? Сильна ли была идеологическая дисторсия и как идеология определяла восприятие проблем здоровья автохтонов? Насколько врач, ездивший по худонам, был проводником идеологии и насколько – гуманистом, последователем клятвы Гиппократа? Полученные ответы помогут понять глубинную мотивацию советских медиков при работе в кочевых сообществах монгольского мира, добавят резкости и контрастности воспетому советской историографией и беллетристикой образу врача-интернационалиста[214].

[214] Несмотря на свое «советское» звучание, термин «врачи-интернационалисты» не привязан к истории советской медико-санитарной помощи соседним развивающимся странам. Современные историки объясняют возникновение «медицинского интернационализма» сформировавшимся к 1920-м гг. симбиозом социальной гигиены, социалистического и пролетарского интернационализма. Медицинский интернационализм был распространен среди врачей с левыми убеждениями во всех развитых странах мира: в США, где вобрал в себя расовую проблематику, Великобритании, Германии, Франции и СССР. При этом, несмотря на то, что созданные в тот же период международные медицинские организации (Организация здравоохранения Лиги Наций и др.) испытывали влияние медицинских интернационалистов, их сотрудников современные западные историки таковыми не считают. Для медицинских интернационалистов были характерны не только левые политические убеждения. Ими двигала сильная личная мотивация, часто шедшая вразрез с рабочей повесткой ОЗЛН и других международных медицинских организаций. Преобладание индивидуальной инициативы и мотивации делало западных медицинских интернационалистов не групповыми, а сугубо индивидуальными акторами. В этом западный вариант медицинского интернационализма отличался от советского интернационализма, являвшегося неотъемлемым элементом коммунистической доктрины, имевшего форму государственной политики и осуществлявшегося централизованно. В целом же, западноевропейские медицинские интернационалисты сочувствовали СССР, развивали сотрудничество с советскими коллегами и имели большое значение для развития международных медицинских связей. См.: Comrades in Health. U.S. Health Internationalists, Abroad and at Home. Ed. by Anne-Emanuelle Birn and Theodore M. Brown. New Brunswick, New Jersey, and London: Rutgers University Press, 2013. P. 3–43.

Глава 1
Советская медицина и традиционное общество в Бурят-Монголии (1920-е – 1930-е гг.)

1.1. Врачебные репрезентации традиционного бурятского быта в период кампании против социальных болезней (1920-е – начало 1930-х гг.)

В декабре 1925 г. председатель Госплана Бурят-Монгольской АССР И. А. Ильин направил в Академию наук СССР письмо, содержавшее убедительную просьбу оказать все возможное содействие в составлении планов и программ научного исследования Бурятии, производстве расчетов требовавшихся для этого кадровых ресурсов и финансовых средств. «В области знаний о человеке мы, прежде всего, стоим перед колоссальной важности вопросом о т. н. вымирании туземцев, между прочим, бурят-монголов, – подчеркивал Ильин. – Частичные и несовершенные исследования говорят о приросте последних лишь в размере 3%, в то время как для русских групп мы имеем будто бы свыше 10. В связь ставится развитие социальных болезней…»[215]. Выделяя в отдельный вопрос изучение этой заболеваемости среди бурят, председатель республиканского Госплана писал: «Борьба с социальными болезнями вызывает необходимость научного изучения таких бичей местного населения как туберкулез (поражающий в западных аймаках, как указывают имеющиеся данные, преимущественно наиболее ценные с точки зрения государственной эконо-

[215] Под социальными болезнями в тот период подразумевался не весь спектр современных социально значимых заболеваний, а, прежде всего, венерические болезни (сифилис, гонорея, мягкий шанкр и, редко, паховая лимфогранулема), туберкулез и трахома. См.: *Héricourt J.* The Social Diseases: Tuberculosis, Syphilis, Alcoholism, Sterility. London: George Routledge & Sons Ltd.; New York: E. P. Dutton & Co., 1920. P. VII.

мии возрасты 20–30 лет), сифилис, гонорея. К группе вопросов врачебного дела можно отнести вопрос о тибетской медицине и возможности ее легализации в той или иной форме»[216].

Фиксация на вопросе вымирания бурят была характерной чертой как официальной корреспонденции между Москвой и Верхнеудинском, так и публицистических, научных и медицинских дискурсов о республике в 1920-е гг. Казалось бы, исследователи конца XIX в. подчеркивали лучшее состояние здоровья бурят по сравнению с другими инородцами Сибири, особенно с малыми коренными народами Севера; находили в них особую чистоту монгольской расы в сравнении с халха-монголами. Даже критически настроенные к власти, всюду усматривающие проявления колониального гнета областники считали бурят наиболее стойкими и жизнеспособными из инородцев. Тем не менее с приходом большевиков риторика о будущем бурятского народа сменилась на алармистскую. И это несмотря на то, что деятели Коминтерна видели в бурятах проводников коммунистических идей в монгольском мире, а новая власть стремилась получить образец успешной социокультурной модернизации угнетенного царским режимом национального меньшинства. Почему же так произошло? Как наиболее неприглядные из социальных патологий оказались в центре внимания молодой советской медицины?

Раннесоветские дискурсы о социальных болезнях можно условно разделить на официальные, медицинские и злободневные. Официальный дискурс исходил от представителей власти, организаторов советского здравоохранения, влиятельных общественников. Он доносился с трибун съездов, со страниц программных статей в периодической печати, из книг и брошюр, рассчитанных на массового читателя, с плакатов и других средств пропаганды. Профессиональный медицинский дискурс, в основном, отражен в медицинской литературе и периодике. Часто статьи об актуальных проблемах здравоохранения печатались в региональных общественных журналах, таких как «Жизнь Бурятии», «Бурятиеведение», «Бурятоведческий сборник». Официальные и профессиональные репрезентации социальных болезней нередко совпадали, и границы между дискурсами были размытыми.

Злободневные репрезентации социальных болезней были характерны для средств массовой информации. Стремясь к нор-

[216] Государственный архив Республики Бурятия (далее – ГАРБ). Ф. Р-250. Оп. 1. Д. 11. Л. 10, 10 об.

мализации жизни после голода и социальных катаклизмов эпохи военного коммунизма, вдохнув экономической свободы НЭПа и большевистской эмансипации, население не спешило расставаться с пороками капитализма, неизбежными спутниками быстрых денег. Поэтому статьи о социальных болезнях и порождающих их явлениях – проституции, алкоголизме, промискуитете – часто печатались в центральных и региональных газетах 1920-х гг.

Появились новые методы привлечения общественного внимания к проблемам социальных болезней. В газетах попадались объявления об общественных судах над проститутками, заражавшими сифилисом красноармейцев, санитарных судах над сифилитиками, приносившими болезнь в семьи. Разумеется, судилища были не настоящими, а инсценированными, по сути – спектаклями художественных студий санпросвета. Эти действа напоминали современные интерактивные телешоу и являлись эффективным методом привлечения массового интереса в понятной малограмотным людям форме. Впоследствии театрализованные постановки стали популярным средством санитарного просвещения в Монголии и Туве.

Эти дискурсы в полной мере присутствовали в новообразованной национальной автономии бурят. Естественным образом центральное положение в них заняли проблемы здоровья титульной нации республики. Первыми громкую тревогу по поводу физического состояния бурят забили в официальной корреспонденции центра и периферии бурятские политические деятели, в частности, М.И. Амагаев (1897-1944), председатель президиума ЦИК БМАССР, впоследствии уполномоченный исполкома Коминтерна в Монгольской Народной Республике. В ноябре 1922 г., когда в руководстве Дальбюро ЦК РКП (б) активно обсуждалась судьба бурятских автономий РСФСР и ДВР, и дело шло к образованию единой Бурят-Монгольской автономной республики, Матвей Иннокентьевич представил свой «Краткий доклад о Бурят-Монгольской автономной области». Документ является примером самоописания бурят от лица представителя бурятского национального движения и отображает матрицу формировавшегося в тот период большевистского дискурса о бурятах как об угнетенном царской властью национальном меньшинстве.

Доклад М.И. Амагаева затрагивает лишь часть привычных нам бурятских аймаков (в состав Бурят-Монгольской автономной

области входили Агинский, Баргузинский, Хоринский и Чикойский аймаки; до образования БМАССР на момент его написания оставалось еще полгода). Автор с самого начала акцентировал внимание на демографических показателях бурятского населения, отмечая низкий естественный прирост – 0,93% с 1897 г. (года первой переписи населения Российской империи) по 1916 г. В качестве примеров он воспользовался статистикой по Баргузинскому и Хоринскому аймакам. Еще одним аргументом была диспропорция численности мужчин и женщин. По подсчетам М.И. Амагаева, на 1000 мужчин в 1897 г. приходилось 1022, а в 1916 г. – 1003 женщины, что показывает уменьшение в 1,8%. Сопоставляя же данные 1916 и 1917 гг. (1003 и 978 женщин на 1000 мужчин соответственно) он сделал вывод о резком сокращении количества женщин и происходящем у бурят БМАО ДВР негативном демографическом процессе[217].

Иллюстрируя негативные тенденции в демографии бурятского народа, М.И. Амагаев поднял вопрос о малодетности бурятских семей. В его представлении среднестатистическая бурятская семья из четырех человек в демографическом плане полностью не замещала себя. Сравнительно небольшой процент детей объяснялся малой плодовитостью бурятских женщин и высокой детской смертностью. На основе представленных данных М.И. Амагаев пришел к выводу, что, несмотря на состояние шаткого демографического равновесия, бурятский народ уже сделал шаг по пути к вымиранию, и при сохранении подобных тенденций его дальнейшие перспективы выглядели мрачно[218].

М.И. Амагаев приводил некие усредненные данные по распространенности сифилиса (52%), гонореи (32%) и туберкулеза (11–12%) среди бурят БМАО ДВР и сопоставлял их с общероссийским уровнем на 1914 г. (сифилис – 0,7%, гонорея – 5%, туберкулез – 0,3%). На основании этого сопоставления Амагаев заключал: «Если эти проценты зараженности социальными болезнями русского населения признавались чрезвычайно высокими,…если общественное мнение требовало от общественных и государственных учреждений организованной борьбы; если частная и общественная инициатива не ограничивалась мероприятиями государства, самостоятельно организовывала борьбу, создавая различного рода лиги-общества, что можно сказать о бурятах,…не имевших ни организованного

[217] Российский государственный архив социально-политической истории (далее – РГАСПИ). Ф. 372. Оп. 1. Ед. хр. 210. Л. 26 об.
[218] Там же. Л. 27.

общественного мнения, ни частной, ни общественной инициативы, ни культуры, сил и ценностей и даже права на это. Буряты, как остальные туземные племена Сибири, покорно, без ропота и шума, разлагались в гуммах сифилиса и умирали»[219].

Вполне предсказуемо причину неблагополучной ситуации М. И. Амагаев видел в колониальной политике самодержавия и порожденном ею социально-экономическом кризисе. «Эти болезни распространялись с такой головокружительной быстротой благодаря тому, что царское правительство, по образному выражению Ядринцева, преследуя единственную в истории цель – вытеснение инородцев, совершенно не обращало внимания на это опасное явление, – утверждал он. – Несмотря на то что бурятское население, составляющее 20% населения Забайкальской области, несло 47,5% всех земских повинностей, среди него не открывались больницы и врачебные амбулатории»[220].

Написанный в преддверии образования автономной Бурят-Монгольской АССР, доклад М. И. Амагаева вводил медицинские проблемы в контекст политических трансформаций, делая их решение обязательным условием формирования новой политической нации. Конечно, вопрос физического здоровья, особенно в свете социальной турбулентности, которую довелось пережить бурятам с 1900 по 1922 гг., был по-настоящему острым и без его решения планировать светлое будущее было бы, по меньшей мере, недальновидно. Однако вымирание народа, вероятнее всего, было гиперболой, сознательно использовавшейся для актуализации проекта большевистской модернизации бурят. Не случайно тезис о вымирании прочно поселился в официальных документах, исходивших из канцелярий ЦИК и Совета Министров БМАССР в адрес кремлевских кабинетов.

В научной же периодике вокруг вымирания время от времени разгоралась нешуточная полемика. Выяснялось, что заявления о столь острой проблеме основывались на приблизительных или неполных данных и слишком локальных (в пределах одного-двух улусов) наблюдениях. Высказывались обоснованные экспедиционными наблюдениями и информацией республиканского ЦСУ сомнения в правильности приводившихся сторонниками гипотезы о вымирании бурят статистических данных[221].

---

[219] Там же. Л. 27 об.
[220] Там же. Л. 27 об., 28.
[221] *Нагибин Г. Н.* Туберкулез и сифилис среди бурят и русских Аларского аймака //

Тем не менее сам вопрос не снимался с обсуждения: критиковалась и корректировалась конкретная исследовательская методология, а не общая постановка проблемы[222]. «Статистика – вещь весьма деликатная и требует крайне осторожного подхода в оценке цифр, – дипломатично резюмировал критику врач Г.Н. Нагибин. – Пока у нас нет статистики рождаемости и смертности детей…, до тех пор мы можем делать выводы только на основании отрывочных впечатлений и обследований сравнительно небольших районов и ни в коем случае нельзя эти впечатления расширять, я не говорю на всю Бурреспублику, а даже на аймак, несмотря на то, что мы можем ручаться за точность наших цифр»[223]. Нагибин полагал, что лишь через пять-десять лет, когда работа статистического аппарата придет в норму и наберутся статданные, можно будет делать демографические выводы на всю республику. Осторожность в пусть даже обоснованной критике гипотезы о вымирании указывает на понимание оппонентами политической подоплеки проблемы.

Концентрация внимания большевиков на социальных болезнях объяснялась несколькими причинами. Начать стоит с того, что еще в царский период венерические заболевания, туберкулез и трахома представляли собой действительно серьезную проблему по всей России. Выше на примере сифилиса было показано, что эти патологии конструировались врачами как результат столкновения отсталости российской провинции с промышленной модернизацией. Социальный характер и особенности распространения венерических болезней в зависимости от сословной принадлежности были выделены и объяснены уже тогда, в конце XIX – начале XX в.

Далее, к интересующему нас историческому моменту уже существовал развитый медико-социальный дискурс, который легко было адаптировать к идеологии и целям большевиков. Оставив нетронутой его сословную часть, большевики добавили идеологическое понятие капиталистической эксплуатации, сделав ее главной причиной как культурной отсталости социально непривилегированных сословий, так и социальных патологий

Жизнь Бурятии. 1928. № 4–6. С. 135.

[222] Подобная полемика возникла на страницах научного журнала «Бурятоведческий сборник» Бурят-Монгольской секции ВСОРГО в 1926 г. См.: *Матвеев А.* К вопросу о вымирании бурят // Бурятоведческий сборник. 1926. Вып. 2. С. 38–39; *Миротворцев К.И.* По поводу статьи А. Матвеева «К вопросу о вымирании бурят» // Бурятоведческий сборник. 1926. Вып. 2. С. 40–42.

[223] *Нагибин Г.Н.* Туберкулез и сифилис. С. 135.

среди них. К ситуации с национальными меньшинствами они присовокупили фактор колониальной эксплуатации и вымирания инородцев, заимствованный из идеологии областничества[224].

В этой связи важной является позиция влиятельных советских врачей, определявших содержание отраслей новой социалистической медицины. Будучи специалистами новой формации, они следовали интеллектуальной традиции дореволюционных врачей-общественников в том, что по-прежнему позиционировали массы как жертву социальных обстоятельств. Одновременно провозвестники советской медицины безжалостно клеймили указанную марксизмом-ленинизмом причину всех бед – капиталистическую эксплуатацию. Так, в 1921 г. В. М. Броннер, руководитель венерологической секции Наркомздрава РСФСР и один из создателей советской социальной венерологии, описывал проблему в образных выражениях:

> «…Только с ликвидацией капитализма исчезнет та грозная опасность, какую представляет для человечества его страшнейший бич – венерические болезни… Вся сила этого бича не в нем самом, а в кулаке, который этот бич держит. Этот кулак – капитализм. Отсечь кулак – и страшнейший бич человечества бессильный падет вместе с ним. Социально-экономический переворот, свершившийся в России, отсек этот кулак, но на теле народном остались раны, которые веками кулак этот наносил ударами своего бича. Раны глубоки и запущены, их лечение потребует много времени и труда. Наследие, оставленное прошлым строем, изжить будет нелегко. Венерические болезни достигли небывалого роста, они сильно распространены в городах и в армии, в деревнях – массовая сифилизация, а наряду с этим крайняя некультурность населения, его полное незнакомство с венерическими болезнями, отсутствие надлежащей медицинской помощи»[225].

Слова Вольфа Моисеевича представляют собой программную матрицу восприятия венерических болезней нарождающимся

[224] *Башкуев В. Ю.* Российская медицина и монгольский мир. С. 179–180.

[225] *Броннер В. М.* Влияние социальных факторов на рост венерических болезней и роль государства в борьбе с этими болезнями. М.: Государственное издательство, 1921. С. 26.

советским врачебным сообществом. Отчетливо донося до современного исследователя заимствования из дореволюционных оппозиционных течений, прежде всего, областничества и народничества, видение это отличалось фиксацией на капитализме как корне вселенского зла. Большевики подвели богатую палитру русской протестной мысли под несколько простых марксистских тезисов, например о том, что капиталистическое производство «… несравненно в большей степени, чем всякий другой способ производства, является расточителем людей живого труда, расточителем не только тела и крови, а и нервов и мозга»[226]. Еще один тезис К. Маркса о том, что «туберкулез – условие существования капитализма» в медико-санитарном дискурсе большевиков указывал на классовые противоречия капиталистического общества как основную причину распространения социальных болезней[227].

Со свойственной им прямолинейностью врачи-большевики переносили эту матрицу на сложный комплекс социальных проблем традиционного кочевого общества. «Как и другие многочисленные окраинные народности, Бурят-Монголия являлась во времена царизма одной из колоний русского военно-феодального империализма, – писали в 1934 г. в докладе для первой конференции по изучению производительных сил БМАССР В.М. Броннер и И.Б. Бейлин. – Гнет политический, экономический и национальный держали все бурят-монгольское население на крайне низком уровне культурного развития. Прогрессивно шло вымирание бурят-монгольского населения, прогрессивно росла заболеваемость населения, особенно сифилисом и туберкулезом, достигшая чрезвычайно высоких по сравнению с другими частями России пределов»[228].

Наделение молодой Бурят-Монгольской автономной республики ролью витрины социалистического эксперимента для зарубежной монголосферы и намерение использовать бурят в качестве проводников большевистской идеологии на буддийском Востоке придавало раннесоветскому медицинскому дискурсу о бурятах определенную уникальность. Внешнеполитические цели

---

[226] *Харахинов М.К.* Десять лет борьбы на фронте здравоохранения в БМАССР. М.; Иркутск: б. и., 1933. С. 5.

[227] Там же. Также см.: *Броннер В.М.* Пути советской венерологии // Советская врачебная газета. 1932. № 2. С. 102.

[228] *Броннер В.М., Бейлин И.Б.* Научно-исследовательские работы в области здравоохранения в Бурят-Монгольской АССР // Проблемы Бурят-Монгольской АССР: труды первой конференции по изучению производительных сил Бурят-Монгольской АССР. Т. 2. М.-Л.: Изд-во Акад. наук СССР, 1936. С. 368.

большевиков в Восточной и Центральной Азии требовали концентрации ресурсов и четких, слаженных действий в краткосрочной перспективе. Поэтому риторика в отношении оздоровления бурят открыто акцентировала чрезвычайность, масштабность и конечность мер по решению проблемы социальных болезней.

Сложившаяся форма организации мероприятий – по-военному агрессивная и целенаправленная кампания – соответствовала геополитическим задачам большевиков в монгольском мире. Резюмируя свой доклад «К вопросу о распространении сифилиса в Бурятии», заместитель наркома здравоохранения БМАССР В. Н. Жинкин писал: «Остается ясным одно, что сифилис в Бурятии есть национальное бедствие бурятской народности. Пути распространения его выяснены, размеры понятны…, следовательно, надо принять меры к ликвидации этого бедствия, и меры должны быть срочные и достаточные по своим размерам»[229].

Для иллюстрации масштабов проблемы сифилиса в Бурят-Монгольской АССР приведем данные В. Н. Жинкина. В основу использованной им статистики легли материалы республиканской медицинской сети:

Таблица 1

Заболеваемость сифилисом в Бурят-Монгольской АССР в 1924–1925 гг. (по количеству первичных обращений)

Аймаки	**Сифилис всех форм**		**Всего**
	русских	***бурят***	
Тункинский	174	1233	1412
Эхирит-Булагатский	161	1788	1949
Хоринский	67	1678	1754
Верхнеудинский	1180	2823	4003
Агинский	13	1046	1059
Баргузинский	213	670	883
Боханский	15	708	723
Аларский	298	564	862
Троицкосавский	434	1123	1557
ИТОГО	**2555**	**11647**	**14202**

* *Источник:* ГАРБ. Ф. Р-665. Оп. 1 б. Д. 1. Л. 150.

[229] ГАРБ. Ф. Р-665. Оп. 1 б. Д. 1. Л. 153.

Из таблицы следует, что разница в количестве случаев заболевания между русскими и бурятами была значительной во всех сельских аймаках республики. Несколько меньшей она была лишь в пригородном Верхнеудинском аймаке, где большинство случаев среди русских, по всей вероятности, приходились на город Верхнеудинск, а среди бурят – скорее всего на приезжавших туда на лечение из окрестных и отдаленных улусов. Ведь столица республики даже тогда, на заре эпохи социалистического здравоохранения, была лучше других районов обеспечена медицинскими учреждениями и врачами.

Исчисление количества больных на 10000 населения дало следующую картину:

Таблица 2

Количество больных сифилисом в Бурят-Монгольской АССР на 10000 населения в 1924–1925 гг.

Аймаки	**Сифилис всех форм**		**Тех и других**
	русских	***бурят***	
Тункинский	190	853	598
Эхирит-Булагатский	150	678	525
Хоринский	61	627	464
Верхнеудинский	118	1017	314
Агинский	31	355	313
Баргузинский	142	494	300
Боханский	13	503	298
Аларский	161	289	227
Троицкосавский	81	232	153
ИТОГО	**105**	**560**	**354**

** Источник: ГАРБ. Ф. Р-665. Оп. 1 б. Д. 1. Л. 150 об.*

Таким образом, количественные данные подтверждали слова В.Н. Жинкина о «национальном бедствии бурятского народа». Да и в общем для населения республики ситуация была угрожающая: из трех инфекционных больных один был «венериком», а из четырех «венериков» один – сифилитиком. По сравнению с предыдущими годами количество венерических больных выросло чуть ли не втрое[230].

[230] Там же. Л. 151. Здесь следует принимать во внимание тот факт, что с развитием лечебной сети население больше обращалось за медицинской помощью в

В условиях дефицита медицинских учреждений и кадров огромное значение для борьбы с венерическими заболеваниями и, самое главное, для сбора эмпирических данных о масштабах проблемы, клинических особенностях болезней и общем состоянии населения, имела работа специализированных венерологических отрядов. Они собирались и командировались Бурнаркомздравом и Наркомздравом РСФСР. В 1924–1925 гг. на территории Бурят-Монгольской АССР работали три венотряда – в Агинском, Хоринском и Баргузинском аймаках. В 1926 г. на территории Хоринского аймака продолжал работу венерологический отряд Государственного венерологического института НКЗ РСФСР под руководством ординатора С. Т. Ильина. По состоянию на август 1926 г. результаты обследовательской работы выглядели следующим образом:

Таблица 3

Цифровые данные работы венерологических отрядов в Бурят-Монголии (1926 г.)

Место обследования	Фамилия обследователя	Число осмотренных	Из них процент сифилитиков
Кудара-Бурятский хошун Хоринского аймака	Кузьменко	983	24%
Кутульский хошун Эхирит-Булагатского аймака	Ромашев	1167	42%
Адон-Челонский хошун Агинского аймака	Лапышев	528	30,3%
Кижингинский хошун Хоринского аймака (за 3 мес.)	Ильин	1165	62,4%
Баргузинский аймак	Переводчиков	Более 1000	49%

* Источник: ГАРБ. Ф. Р-665. Оп. 1 б. Д. 1. Л. 150 об.

Социальное конструирование причин заболеваемости люэсом исходило из особенностей повседневного быта обследуемого населения. С конца XIX в. русские венерологи отмечали четкую грань между невенерическим сифилисом деревни *(syphilis inson-*

специальные учреждения. Соответственно, регистрировалось больше случаев и статистически это выглядело как резкое увеличение заболеваемости.

tium) и венерическим сифилисом городов. В Бурят-Монголии 1920-х гг. крупных городских агломераций не было, и сифилис там признавался «болезнью, в подлинном смысле слова бытовой»[231]. В глазах советских врачей его причины лежали в антисанитарных условиях традиционного быта кочевников-бурят. Их шокировали некоторые стороны жизни бурят – нежелание мыться, привычка делиться курительной трубкой, посудой, одеждой, постельными принадлежностями. Это привело к тому, что «культурная отсталость» бурятского народа, сконструированная отчасти вследствие непонимания реалий кочевого образа жизни, стала рассматриваться как первопричина эпидемии.

Тезис об антисанитарном характере традиционного образа жизни бурят красной нитью пронизывает посвященные проблеме социальных болезней тексты. Особенно выпукло он выражен в адресованных партийному и комсомольскому активу программных статьях. «Венерические болезни получили широкое распространение среди бурят вследствие тяжелых социально-бытовых условий, в которых живет бурят-монгольское население, – писала в 1928 г. М. А. Кубанцева. – Антигигиеническое содержание юрт, грязь, малокультурность, ведут к целому ряду навыков, способствующих распространению заразных болезней. Буряты часто пьют и едят из общей посуды, которую они почти никогда не моют; из уважения к чистоплотному гостю, хозяйка вылизывает посуду и вытирает ее полой грязного тырлыка (халата). Довольно часто можно наблюдать раскуривание общей трубки. Восточные буряты многих аймаков часто не имеют совершенно представления о банях и купальнях…»[232].

Затем на основе материалов венотрядов и экспедиций Кубанцева выделяла «старые формы полового быта» – раннее начало половой жизни, промискуитет, примеры половой распущенности, подаваемые ламами. Она призывала: «Нужно построить агитпропработу наших низовых организаций, культотделов, профсоюзов, работу среди женщин и крестьянок, всю повседневную работу комсомольских ячеек и воспитательную работу пионерских организаций так, чтобы борьба со старыми формами полового быта являлась неотъемлемой частью всей культурно-просветительной

[231] *Лапышев Д. А.* К характеристике сифилиса среди бурят // Врачебная газета. 1929. № 8. С. 546.
[232] *Кубанцева М. А.* Партийно-советский актив в борьбе с венерическими болезнями // Жизнь Бурятии. 1929. № 5. С. 62.

и агитационно-пропагандистской работы»[233]. Таким образом, и признаваемый антисанитарным традиционный кочевой образ жизни, и «старые формы полового быта» обозначались как основные препятствия на пути решения проблемы венерических болезней у бурят.

Интересны антропологические и этнографические наблюдения врачей, проливающие свет на особенности восприятия бурятского традиционного быта европейски образованными специалистами с большевистской идеологической подготовкой. Вот как описывал обстановку в традиционном жилище агинских бурят Д. А. Лапышев, сифилидолог из Новосибирского венерологического диспансера, начальник венотрядов 1924 и 1925 гг. (Троицкосавский и Агинский аймаки БМАССР): «Постельных принадлежностей «по штату» не полагается; на полу и на кошме, предназначенной днем для сидения, ночью спят вповалку мужчины, женщины и дети, прикрываясь от ночного холода теми шубами и халатами, в которых постоянно ходят. Шаровары и рубаха – костюм однообразный для мужчин и женщин – никогда не моются и носятся их обладателем до тех пор, пока от ветхости сами не свалятся»[234].

Продолжает наблюдения довольно едкое описание отношения бурят к личной гигиене:

> «Бани здесь совершенно отсутствуют, а купанья бурят не признает. Мыла здесь в обиходе не существует: курьеза ради укажем, что во время наших остановок в улусах на наши утренние умывания стекалось поглазеть, как на что-то странное и никогда не виданное, почти все население улуса, с забавным вниманием и любопытством следя за каждым нашим движением; наши нередкие, обращенные к кому-нибудь из пациентов предложения пойти вымыться, «хотя бы без мыла», в реке, наталкивались неизменно на энергичный отпор, причем за мотивировкою, которою бурят считал необходимым иной раз снабдить свой отказ, нельзя не признать определенной практичности: «коли я грязь с тела смою, заедят меня тогда вши.» После сказанного вряд ли придется

[233] Там же. С. 65.

[234] *Лапышев Д. А.* К характеристике. С. 547. Венотряды под руководством Д. А. Лапышева работали летом 1924 г. в Троицкосавском и летом 1925 г. в Агинском аймаках Бурят-Монголии.

удивляться чрезвычайной частоте среди населения обследованного района, – без различия пола и возраста, – чесотки, вшивости и разного рода вульгарных пиодермитов»[235].

Похожее описание внутреннего убранства бурятской юрты и ее санитарную характеристику находим у венеролога К. М. Онисимова. В 1921–1924 гг. Константин Михайлович заведовал Хоринской аймачной больницей, совмещая эту работу с должностью уполномоченного Бурнаркомздрава по Хоринскому аймаку, а в августе 1924 г. по предложению наркома А. Т. Трубачеева возглавил только что созданный Верхнеудинский венерологический диспансер[236]. «Дверь в юрту обычно мала, окна напоминают маленькое в одно стекло отверстие в стенах, – писал доктор Онисимов в докладе для республиканского совещания уполномоченных НКЗ БМАССР. – В таких помещениях царит вечная, конечно, не абсолютная темнота, но такая, что больного неоднократно приходилось осматривать с зажженной лучиной. Постоянно коптящая, обычно самодельно построенная плита и камин обильно дымят, раздражая органы зрения и дыхания. В маленькой юрте, в которой ухитряется жить иногда многочисленная семья, часто одновременно воспитываются родившиеся телята, ягнята, барашки, которые своими выделениями загрязняют воздух помещения до чрезвычайной степени и если бы не естественная вентиляция через плохо сложенные стены и неумело и небрежно поставленные окна и потолки, то в таких тесных и неимоверно грязных помещениях было бы, по моему мнению, совершенно невозможно жить и быть здоровыми»[237].

Предметы быта К. М. Онисимов описывал следующим образом: «Кухонными приборами и посудой служит грязная, задымленная, никогда на чистящаяся чугунка, такой же чайник, одна, две старые тарелки, обязательно старая грязная вилка, ножик, маленькая деревянная чашечка, которую для чистоты облизывают своим языком гости и хозяева юрты, прежде чем передать ее другому лицу. Редко обтирают ее грязной тряпкой или случившимся кусочком какой-либо бумаги. В богатых юртах и у лам в дацанах можно

[235] Там же. С. 548.
[236] *Батоев Д. Б., Батоев С. Д.* Как в Верхнеудинске создавался кожно-венерологический диспансер // Буряад Үнэн. URL: https://burunen. ru/site/news?id=497 (дата обращения 15.02.2018).
[237] ГАРБ. Ф. Р-248. Оп. 2. Д. 33. Л. 56–57.

встретить самовары, фарфоровые чашки, стеклянную посуду, но в большинстве случаев такая роскошь у бурят не принята»[238].

Справедливости ради отметим, что хорошо изучивший реалии подопечного ему аймака К. М. Онисимов не равнял под одну гребенку бытовые условия всех бурятских домохозяйств. Он писал, что не все юрты подходят под вышеприведенную характеристику, и встречаются дома, особенно у лам в дацане или вблизи города, построенные по всем нормам гигиены и технологии того времени. Дацаны он вообще считал образцом чистоты, где опрятность поддерживается не только во дворах и домах, но и в округе. Тем не менее по мнению Онисимова антисанитарными бытовые условия были в 80% домохозяйств хоринских бурят[239].

Вернемся к материалам венерологического отряда Лапышева. Летом 1925 г. он обследовал часть Адон-Челонского хошуна Агинского аймака БМАССР. Врачи осмотрели 155 семей (12% от общего количества кочевых бурятских семей хошуна), что составило 528 чел. (10% населения). Особо оговаривая тот факт, что полученные цифры невелики и сами по себе не дают права на категорические выводы, Д. А. Лапышев тем не менее характеризует ситуацию с сифилисом как «печальную», учитывая очень малую плотность бурятского населения Агинского аймака и его дисперсное расселение[240].

Из 528 обследованных (223 мужчины и 305 женщин) при наружном осмотре было выявлено 160 больных сифилисом (30,3%). При этом сам Лапышев сомневался в точности собранных данных, указывая что: «…принимая во внимание бытовую обстановку бурята, столь благоприятствующую, как мы видели, широчайшей передаче внеполового сифилиса, трудно утверждать, что субъекты, не представившие при обследовании объективных симптомов люэса, безусловно свободны от него: далеко не исключена… возможность наличия у них сифилиса в скрытом состоянии…»[241].

Было зарегистрировано 40 активных случаев болезни. 110 случаев было отнесено к латентному сифилису с наружными знаками, а 10 – к подозрению на люэс. В 6,1% случаев заражение было бесспорно половым (по наличию на гениталиях *residia sclerosis*), 12,6% по совокупности признаков были отнесены к внеполовому

[238] Там же. Л. 57–58.
[239] Там же.
[240] *Лапышев Д. А.* К характеристике. С. 547–548.
[241] Там же. С. 548.

пути, в 44% случаев врачи сочли сифилис врожденным, а в 37,3% патогенез определить не удалось[242].

Среди факторов, осложнявших работу, Д. А. Лапышев отмечал «поистине стоическое долготерпение бурята и его изумительную нетребовательность к своему самочувствию, позволяющие ему забывать такие факты из своего прошлого, которые для другого, более культурного индивида, остаются памятными надолго» [243]. На ту же проблему сетовал К. М. Онисимов, констатируя, что «…в силу своей малокультурности [буряты] почти всегда затрудняются указать момент заражения и сопоставить его причинную связь с обстоятельствами их половой и бытовой жизни»[244]. Именно поэтому врачам было так сложно определить способ заражения.

Обследовательский отряд Д. А. Лапышева с помощью особого вопросника выяснил, что у агинских бурят 37,5% рождавшихся детей не доживали до года, а 50,6% умирали до наступления 12-летнего возраста. Неоспоримым фактом Д. А. Лапышев считал то, что львиная доля этих смертей вызвана сифилисом, хотя и принимал во внимание другие болезни, которым были подвержены буряты[245].

Признавая сифилис среди бурят «поистине народным бедствием», Лапышев отмечал, что благодаря активной позиции Бурнаркомздрава и лично наблюдавшемуся им в Бурятии подъему культурного уровня масс, решающая победа в борьбе с сифилисом «является исходом, если не столь уже, может быть, близким, то все же достаточно зато обеспеченным»[246]. Как и другие русские врачи в Сибири со времен Э. Ф. Шперка (60-е гг. XIX в.), необходимым условием Д. А. Лапышев считал постепенную ломку старого бытового уклада[247].

К похожим выводам пришел заместитель наркома здравоохранения БМАССР В. Н. Жинкин, изучавший социально-бытовые заболевания у бурят Агинского аймака летом 1926 г. На основании записей Адон-Челонского и Цугольского хошунных ЗАГСов он охарактеризовал демографическую динамику бурятского населения как неблагополучную. Обусловлено это было, прежде

---

[242] Там же. С. 549.
[243] Там же. С. 548.
[244] ГАРБ. Ф. Р-248. Оп. 2. Д. 33. Л. 60–61.
[245] *Лапышев Д. А.* К характеристике. С. 554.
[246] Там же.
[247] Там же.

всего, низкой рождаемостью[248], причину которой Жинкин видел в распространенности венерических заболеваний.

В результате обследования 1508 чел. (659 мужчин, 610 женщин, 239 детей до 15 лет) было выявлено 858 чел. (57%). Из них сифилисом страдало 332 чел. (22%), гонореей – 113 чел. (7,5%) и туберкулезом – 87 чел. (5,8%). Среди больных сифилисом мужчин 65% приходилось на возраст 16–40 лет; среди женщин на этот возраст приходился 61%. Из 134 пораженных семей 84 (62,7%) были с детьми, а 50 (37,3%) – бездетные. В семьях с детьми на 313 рождений (включая мертворожденных) было 199 живых детей (64%). В. Н. Жинкин пришел к выводу, что 36% детей у сифилитических родителей умирало до достижения 15 лет[249].

В 20 обследованных семьях мать страдала смешанной люэтическо-гонорейной инфекцией. 70% таких семей были бездетными. В семьях больных только гонореей (50) бездетных было 26 (52%), с детьми – 24 (48%). В семьях с детьми было 59 рождений, из них в детстве умерло 12 (20%).[250] Таким образом, показатели семей, пораженных венерическими заболеваниями, приблизительно соответствовали данным Д. А. Лапышева.

Рассуждая о традиционном быте кочевых бурят, В. Н. Жинкин отмечал его тесную связь с буддийской религией. «Влияние религии отражается на всех сторонах жизни темного степняка, – писал он. – Без предсказания ламы-гуримчина религиозный бурят не предпринимает никакого дела, даже лечения[251]». Затем Жинкин углублялся в детали: «Рядом с этим гнездятся еще разного рода предрассудки. Например, существует поверье, что смывать грязь – значит смывать счастье, а так как каждому человеку естественно стремиться к счастью, то степняки-буряты занимаются усердным культивированием грязи. Привычка поддерживать тело в чистоте совсем отсутствует. Бань буряты почти не знают. Мыла также не употребляют. Приготовление пищи своеобразно и в санитарном отношении критики не выдерживает. Чай пьют из деревянных чашек, ими же кушают суп, а мясо забирается прямо руками и отправляется непосредственно в рот. Посуда не моется, в лучшем случае вытирается полой тырлыка (верхняя одежда), а ложки и

[248] *Жинкин В. Н.* Опыт изучения социально-бытовых заболеваний среди кочевых бурят Агинского аймака. Верхнеудинск, 1927. С. 8–9.
[249] Там же. С. 13.
[250] Там же. С. 14.
[251] Там же. С. 6.

чашки просто облизываются. Немытая чашка от одного переходит к другому. Трубка также часто раскуривается общая… В результате домашней нечистоплотности распространена передача заразных заболеваний через посуду»[252].

Механизмы передачи инфекции в условиях традиционного быта хоринских бурят выделял К. М. Онисимов. Будучи опытным венерологом, он соглашался с тем, что случаи полового заражения сифилисом у бурят были часты «при свободе их нравов и полового общения». «Но по моему глубокому убеждению еще чаще происходит внеполовое заражение, дающее начало бытовому сифилису, – писал он. – По крайней некультурности народных масс заражение сифилисом происходит при всех видах соприкосновения с больным, по отношению которого не принимаются никакие меры предосторожности, а также через посуду, трубку, папироску, полотенце, одежду и т. д.»[253].

В своих доводах Онисимов опирался на материалы собственных наблюдений. В репрезентациях традиционного быта бурят наблюдательность врача сочетается с тягой к литературному слову, превращая сухой медицинский нарратив в «картины с натуры», как их называл сам Константин Михайлович. Как пример приведем описание типичного выезда врача на вызов:

> «Привозят меня к больной старухе 72 лет, по обыкновению садят на почетное место, поближе к бурханам, и сначала угощают чаем. Чай подает молодая женщина с подозрительным седловидным носом. Она беспрерывно подходит к больной старухе, касается ее и оказывает ей разнообразные услуги. Маленькие дети, внучата старухи, садятся к старухе на кровать, тоже касаются больной, ее одежды, пьют чай из одной с ней чашки. Молодая девушка зачем-то стала растирать лоб, лицо, голову больной, рук, конечно, не мыли и каждый продолжал свои прерванные занятия: дети как бы в раздумье сосали свои пальчики, пугливо посматривая на меня – незнакомого гостя, девушка приготовляла кушанья, молодая хозяйка любезно угощала меня чаем из своей чашечки…

[252] Там же.
[253] ГАРБ. Ф. Р-248. Оп. 2. Д. 33. Л. 61.

Закончив чаепитие, приступил к осмотру больной и с первого взгляда убедился, что в углах рта, на лице, на туловище – всюду сочные сифилитические свежие папулы, а на лбу красивая «корона венерис»… Больная была тучной, жирной женщиной, она с трудом двигалась в постели и молодой сын помогал ей менять положение и так увлекся своей ролью помощника, что касаясь своими пальцами сифилитических ран все время повторял: вот шарха и вот шарха (вот рана-язва). У нас не было переводчика и мы не понимали друг друга. Только на обратном пути я смог объяснить моему спутнику через встретившегося нам толмача-переводчика, как заразительна и опасна болезнь, которой страдает его старуха-мать. Я наблюдал семейную жизнь этой юрты всего лишь несколько минут, а действующие лица этой драмы проводят в близком соприкосновении с больной дни, месяцы и, конечно, если они еще не заражены сифилисом, то, несомненно, в такой обстановке должна заразиться вся семья. Больная приезжала в Хоринскую больницу на вливание «914», но, не дождавшись получения его и приняв около 10 ртутных впрыскиваний, уехала в свою родную юрту, где бессознательно и механически будет распространять свою заразу среди наивных и ничего не понимающих людей. Ведь и она таким же образом, а не половым путем, получила эту ужасную болезнь на 72 году своей жизни. Когда я спросил ее, от кого она заразилась, она не могла дать мне ответа, как не дают и не дадут его 80% больных сифилисом бурят, потому что они не привыкли наблюдать и делать в этом отношении какие-либо выводы – они наивны и непосредственны, как дети»[254].

По свидетельствам Онисимова, типичной реакцией бурята на обнаружение симптомов сифилиса было обращение к наиболее известным в округе эмчи-ламам. «…И только после длинного потребления ламских «задачек» и усердного чтения молитв, – не без сарказма констатирует врач, – [когда] благоприятных результатов не оказывается, больной наконец решается обратиться за медицинской помощью к европейскому медику. Собираясь к

[254] Там же.

врачу, больной обычно «ворожит у ламы» ехать ему лечиться или нет, и если ехать, то к кому обратиться. Разрешая эти вопросы, лама бросает косточки (что-то вроде домино), и затем прорицает, как древняя пифия. Больной в точности исполняет все вещие предсказания оракула-шарлатана и если ему дан положительный ответ, едет к медику в таком расцвете своей болезни, что едва в состоянии передвигаться, или недвижимый, с колоссальными разрушениями на своем теле вторичного и третичного сифилиса»[255].

И все же, несмотря на критические взгляды, Константин Михайлович стремился к объективной оценке ситуации. Он прямо указывал на неблагоприятную обстановку в медицинском обслуживании Хоринского аймака, подчеркивая, что необходимость иметь свои продукты, посуду, постель и деньги на платное вливание неосальварсана и йодистого калия буквально парализует все мечты об излечении. Именно вследствие обнищания многие больные «совершенно не могут лечиться и вынуждены беспомощно гнить дома и разлагаться»[256].

То же стремление к объективности заставляло уполномоченного Бурнаркомздрава не фиксироваться лишь на проблемах, как это делали другие врачи, а подмечать и выделять положительные моменты в жизни бурят. К примеру, за весь период работы в Хоринском аймаке (с 1920 по 1924 гг.) там не было ни одной серьезной эпидемии, и вообще, по его мнению, эпидемические заболевания среди бурят были очень редки. «Спасает бурят от опустошительных эпидемий, – объяснял Онисимов, – во-первых, что семьи их живут отдельными юртами, далеко отстоящими друг от друга, создаются следовательно, физические условия, препятствующие распространению заразных болезней, и во-вторых развитие эпидемических заболеваний ограничивает тот благодетельный обычай выставлять веточку у дверей юрты (сэрта), где имеются тяжелобольные, будь-то туберкулезный, раковый, тифозный и т. п. Бурят, увидев этот знак, молча и поспешно уходит дальше от сомнительного жилища, боясь заразиться и захворать. Здесь приходится пожалеть, что сифилис не входит в расписание тех болезней, которые подлежат такой изоляции»[257].

Летом 1926 г., когда К. М. Онисимов уже уехал заведовать Верхнеудинским венерологическим диспансером, обследование

[255] Там же. Л. 62.
[256] Там же.
[257] Там же. Л. 65.

жителей Хоринского аймака проводил врачебно-обследовательский отряд ординатора ГВИ С. Т. Ильина. В Кижингинском, Эгитуевском и Курбинском хошунах было осмотрено 2270 чел. (1551 бурят, 218 карымов, 342 русских). Отряду также удалось провести медицинское обследование лам (129 чел.)[258]. В Кижингинском хошуне сифилизация составила 57,4%, в Эгитуевском – 38,6%, в Курбинском – 39,2%. Подавляющее большинство случаев приходилось на бурятское население. У лам инфицированность составила 14,7% (19 случаев у 129 осмотренных). У русских и карымов наблюдались лишь единичные случаи.

Врачи объясняли низкий процент сифилизации лам их лучшими по сравнению с простыми скотоводами условиями жизни: «Бытовая обстановка жизни лам, употребление ими отдельной посуды для еды, наличие белья, содержание жилища в некоторой относительной чистоте – эти небольшие гигиенические навыки являются моментами, сильно способствующими резкому уменьшению распространения сифилиса среди них… сифилизация среди них идет преимущественно половым путем». Что касается русских и карымов, И. Г. Закс и С. Т. Ильин отмечали: «Сифилис среди русского (старообрядческого и карымского) населения имеет ничтожное распространение и это объясняется главным образом тем, что бытовая обстановка их жизни в смысле санитарно-гигиеническом отличается большей чистотой по сравнению с бурятской, что по религиозным убеждениям каждый пользуется своей постоянной отдельной посудой». В целом относя староверов-семейских к некультурному населению («до сих пор не прививают детям оспу и с большим трудом, считая это за грех, отдают детей в школу»), врачи положительно оценивали их «крепкий половой быт»[259].

В материалах отряда С. Т. Ильина высказаны предположения о времени появления сифилиса в Бурятии. Упоминая версии, согласно которым болезнь была занесена около 30 лет назад в период строительства Транссиба, И. Г. Закс и С. Т. Ильин также ссылались на рассказы стариков о том, что люэс существовал в Бурятии давно, а больных в те времена изолировали в отдельные стойла и кормили как зверей, подбрасывая пищу на длинной

[258] *Закс И. Г., Ильин С. Т.* Опыт изучения заболеваемости венболезнями в Бурято-Монголии (по материалу врачебно-обследовательского отряда НКЗ) // Венерология и дерматология. 1927. № 9. С. 863.
[259] Там же. С. 866.

палке[260]. Склоняясь к теории о давнем проникновении инфекции в регион, врачи в качестве доказательства приводили общую доброкачественность проявлений сифилиса, особенно в поздних формах, у бурят. «Сифилис здесь акклиматизировался, – писали Закс и Ильин – население, поколениями инфицировавшееся, как бы «приспособилось», в известном смысле – иммунизировалось и легче переносит припадки болезни»[261].

Приведенные выше материалы были собраны среди хоринских и агинских бурят, считавшихся восточными не только в географическом, но и в культурном плане. Возникает вопрос, видели ли врачи существенную культурную разницу между восточными и западными бурятами? В качестве примера с запада Бурят-Монгольской АССР используем данные, собранные за три года работы венерологического диспансера в улусе Бильчир Боханского аймака, представленные в статье его главного врача М. И. Звонарева.

Между агинскими и боханскими бурятами наблюдались отличия в быту, в общем типичные при этнографическом сравнении восточных и западных бурят. М. И. Звонарев отмечал у боханских бурят большой процент русскоговорящих (80%). О типе хозяйства и традиционном жилище он писал: «Главное занятие населения (западных бурят) земледелие и скотоводство. Культурный уровень невысок, на что указывает % неграмотных – 57,3%.…Живут буряты зимой в деревянных домиках, основательно построенных, правда, домики небольшие…, с малыми окнами, сплошь и рядом с одинарными рамами, обращенными на север, зачастую с земляным полом. В этих же домиках под общими нарами всю зиму держат овец и другой молодой мелкий скот. Летом выезжают («кочуют») в юрты, построенные из теса и находящиеся поблизости от зимнего жилья (4–5 в.)»[262].

К отличительным особенностям быта населения западных аймаков Бурят-Монголии М. И. Звонарев, как и его коллега в Аларском аймаке Г. Н. Нагибин, причислял отсутствие существенной разницы в бытовых условиях между русскими и бурятами. Самыми бедными жителями западных аймаков были «ясашные», то есть бурятско-русские метисы. В быту они мало чем отличались

[260] Там же. С. 870.
[261] Там же.
[262] *Звонарев М. И.* Венерические заболевания среди бурят Боханского аймака // Жизнь Бурятии. 1929. № 3–4. С. 68.

от бурят, кроме уровня жизни, который у них был заметно ниже, чем у бурят и русских[263].

К отрицательным сторонам быта боханских бурят Звонарев относил курение общей трубки и питье тарасуна[264] из одной чашки во время религиозных обрядов, называя это «теневыми сторонами быта»[265]. Также врач отмечал раннее начало половой жизни и заключавшиеся в 16–17 лет браки.

На три западнобурятских аймака (Боханский, Аларский и Эхирит-Булагатский) приходился один Бильчирский венерологический диспансер. Поэтому лечить приходилось как местных, так и приезжих из дальних улусов за пределами Боханского аймака. Вот что писал М. И. Звонарев о доверии бурят к европейской медицине:

> «Больные буряты, особенно сифилитики, вначале боялись посещать диспансер; с одной стороны, их крепко держали в своих руках шаманы, ламы и знахари, с другой – недоверие к европейским методам воздействия. Много усилий и труда было положено на то, чтобы привлечь население к лечению. Теперь можно сказать, что диспансер прочно завоевал симпатию и доверие широких масс населения Боханского аймака. И если прежде манипуляции (вливания и уколы «ртути») были для бурят «орудием мучения», то теперь это панацея от всех бед и несчастий.
>
> Излеченные, хотя бы от наружных ран и проявлений, больные десятками направляли из глухих улусов новый контингент больных сифилисом и гонореей. Результаты лечения были лучшим методом пропаганды»[266].

Несмотря на одинаковые бытовые условия, русские в Боханском аймаке реже страдали от сифилиса, чем буряты. Среди последних преобладали больные с третичными формами. Встречалось много врожденного сифилиса. Точно установить превалировавший там

---

[263] *Нагибин Г. Н.* Туберкулез и сифилис. С. 80.

[264] Тарасун (тогоонэй архи) – национальный бурятский алкогольный напиток, продукт перегонки молока. Изготавливается из специальной закваски (хурэнгэ). Часто используется в шаманских религиозных обрядах в качестве подношения божествам и духам предков. См.: URL: http://www. gumilev-center. ru/buryatskijj-shnaps-togoonehjj-ili-tarasun-kak-nacionalnyjj-brend (дата обращения 21.07.2019).

[265] *Звонарев М. И.* Венерические заболевания. С. 72.

[266] Там же. С. 69.

способ заражения было очень трудно, так как свежих форм практически не встречалось.

Гонорея среди боханских бурят также встречалась чаще, чем среди русских. За период 1924–1927 гг. с острой гонореей в диспансер обратились 11 русских мужчин и шесть женщин. Мужчин-бурят было 174, женщин-буряток – 206. С хронической формой обратилось 16 русских мужчин и шесть женщин; 236 бурят и 65 буряток. Хроническая гонорея у мужчин вызывала серьезные осложнения – стриктуры и рубцы уретры – препятствовавшие нормальному мочеиспусканию, а русские врачи избавляли от мучений, проводя бужирование. Звонарев отмечал, что больные гонореей, особенно женщины, аккуратно посещали диспансер, не бросая лечение даже при прекращении внешних проявлений болезни. «Это обстоятельство особенно ценно для бурят, – писал он, – ибо многие на гонорею смотрят как на явление физиологическое («неопасная болезнь»)»[267].

Самым распространенным кожным заболеванием в аймаке была чесотка. Часто встречались различные пиодермиты, расчесы от большого количества вшей, *acne vulgaris* (угри) и трихофития (стригущий лишай). Причиной распространенности этих болезней М. И. Звонарев считал бытовые условия: недостаточное количество бань, пренебрежительное отношение к гигиене тела, доходившее до того, что кожа не мылась десятками лет, редкую смену нательного белья[268].

У Бильчирского вендиспансера было преимущество перед другими диспансерами республики – общежитие на 25–30 человек. Своего жилья не имел даже Верхнеудинский венерологический диспансер, на что горько сетовал его главный врач[269]. Как отмечал Звонарев, общежитие давало возможность «и самому беднейшему буряту, приехавшему из глухого улуса, проводить полный курс специфического лечения, а также приезжать на повторное лечение». Общежитие диспансера делилось на сифилитическую (большую) и гонорейную (малую) секции[270].

По словам М. И Звонарева, в Бильчирском диспансере активно велась санитарная пропаганда и образование. В 1924–1927 гг. было

[267] Там же. С. 70.
[268] Там же.
[269] *Онисимов К. М.* Венерические и кожные болезни по данным Верхнеудинского венерологического диспансера за 1925–26 год // Жизнь Бурятии. 1927. № 11–12. С. 88.
[270] Там же. С. 71.

проведено 126 лекций и две постановки. Темами лекций, помимо социальных и инфекционных болезней были охрана материнства и младенчества, оздоровление труда и вопросы половой жизни. «Беседы на санитарные темы имели большой успех, – подчеркивал Звонарев, – помещения зачастую не вмещали всех желающих. На лекциях можно было встретить и семидесятилетнюю бурятку, и десятилетнего мальчугана, с одинаковым вниманием слушающих слова врача. В конце беседы обычно задавались вопросы»[271].

В чем западные аймаки действительно сильно отличались от восточных в плане проблем здоровья бурят, так это в распространенности другого социального заболевания – туберкулеза. Этот вопрос стал подниматься работниками Бурнаркомздрава вскоре после образования Бурят-Монгольской АССР. В начале 1927 г. наркомат здравоохранения БМАССР направил в Аларь обследовательский туберкулезный отряд главврача Верхнеудинского противотуберкулезного диспансера Г. Н. Нагибина. В задачи входило выяснение масштабов заболеваемости туберкулезом и сифилисом. В число обследованных попало 14,8% русских, проживавших в бурятских улусах, однако основной целевой группой врачей были буряты[272].

Материалы, собранные отрядом Г. Н. Нагибина, показали, что более трети обследованных аларских бурят страдали явными формами туберкулеза. Эти данные, скорее всего, не отражали полной картины заболеваемости, так как начальные формы болезни диагностируются с трудом и требуют специальных рентгенологических и серологических исследований. При этом туберкулезом страдали, в основном, женщины.

Распространенность туберкулеза среди детей была еще выше. По этому поводу Г. Н. Нагибин писал: «Если мы средний процент туберкулеза, показанный в национальном разрезе, расшифруем, то увидим, что туберкулеза с явными проявлениями у детей будет 51,8% (бур.) и 63,4% (рус.), что должно каждого врача и просто гражданина, интересующегося судьбой малых народностей, поразить до крайней степени. Статистика больших промышленных районов должна побледнеть в сравнении с приведенными цифрами…»[273]. Врач отметил факт того, что у русских детей туберкулезная интоксикация была выражена в большей степени,

[271] Там же.
[272] *Нагибин Г. Н.* Туберкулез и сифилис. С. 80–81.
[273] Там же. С. 82.

что объяснялось более тяжелыми бытовыми условиями и худшим питанием, однако устойчивость к туберкулезу у них была выше таковой у бурятских детей. По мнению Нагибина, существенным фактором распространения инфекции были антисанитарные условия жизни: «Жилое помещение заплевывается как своими, так и приходящими по делу и без дела соседями, не расстающимися с трубками»[274].

Таким образом, несмотря на то, что в хозяйственном плане западные буряты отличались от хоринских и агинских в сторону большей оседлости, описания М.И. Звонаревым и Г.Н. Нагибиным санитарных проблем боханцев и аларцев в целом не слишком отличались от репрезентаций Д.А. Лапышевым, К.М. Онисимовым, С.Т. Ильиным традиционного быта восточных бурят. В глазах советских врачей и те, и другие глубоко пренебрегали правилами личной гигиены, отчего массово страдали свойственными антисанитарии паразитарными и грибковыми заболеваниями. Более серьезными были венерические болезни и вызывающие их причины – ранние половые связи и медицинское невежество, например, игнорирование гонореи, приводившей к глубоким поражениям мочеполовой системы, бесплодию, слепоте. Об этом Звонарев писал: «…взгляд на [гонорею] среди западных бурят своеобразный, т. е. они считают гноетечение из канала явлением вполне физиологическим (подобно менструации у женщин)»[275].

Правда в вопросе передачи сифилиса, венерологи находили разницу между восточными и западными аймаками. В Бохане наиболее часто встречались застарелые формы болезни. Как отмечал М.И. Звонарев «здесь имеются свои «курносовки», т. е. отдельные улусы, где население почти на 50% с провалившимися носами»[276]. Тем не менее первичные формы люэса почти не регистрировались, что снимало опасность дальнейшего массового распространения[277]. В хоринских и агинских степях ситуация была иной.

Изучая особенности традиционного быта восточных бурят, врачи склонялись к мнению, что половой путь заражения играл

[274] Там же.
[275] Там же. С. 73.
[276] Там же. Термин «курносовки» был распространен в дореволюционной России для обозначения пораженных сифилисом деревень, из которых крестьяне других уездов избегали брать девушек в жены. См. *Попов Г.И.* Русская народно-бытовая медицина. С. 125-126
[277] Там же.

значительную роль в распространении венерических болезней. Летом 1926 г. в Хоринском аймаке БМАССР обнаружился очаг свежего венерического сифилиса, где инфицированность населения достигала 69,2%[278]. Д. А. Лапышев писал: «Обстоятельством, обуславливающим в довольно большом ряде случаев передачу сифилиса половым путем, являются беспорядочность и легкость у бурят половых отношений. Согласно половой морали бурята, начало половой жизни до брака… беременность и деторождение до брака нисколько не компрометируют девушку; напротив, подобный казус в ее жизни рассматривается как доказательство ее несомненной способности быть матерью и аттестует ее в глазах окружающих, в том числе женихов, с самой выгодной и лучшей стороны»[279].

Практически идентичное наблюдение встречаем у Закса и Ильина. «Характерные особенности представляет «внутренний быт» – семейная жизнь, – пишут они о хоринских бурятах. – Браки заключаются очень рано – между 16–18 годами, а часто и раньше. Начало половой жизни в 11–12 лет представляет довольно распространенное явление. Нередки случаи, когда вступая в брак, невеста имеет «приданое» в виде детей. Внебрачные дети не позор для матери, а наоборот, служат доказательством, что она способна к материнству, и ее охотнее берут в жены. Внебрачные дети в семье матери растут наравне с другими детьми»[280].

Доктор Александр Матвеевич Пестерев, впоследствии главный врач Верхнеудинского вендиспансера, работал в Хоринском и Еравнинском аймаках в 1925–1927 гг. и в Закаменском аймаке в 1930 г. Путем опроса он изучил особенности половой жизни бурят и опубликовал в журнале «Жизнь Бурятии» информативную статью. Пестерев определил, что 55,7% обследованных мужчин и 78,7% женщин начали половую жизнь в возрасте 14–16 лет.

Самое раннее начало у мужчин он относил к 10–11 годам (6,2%), но под этим, как и у группы 12–13 лет, понимались лишь первые попытки, а не собственно половые отношения. У 73,3% мужчин половая жизнь началась со знакомой девушкой. Это врач объяснил тем, что в каждом сомоне и улусе буряты хорошо знают друг друга. Только 9% мужчин начали половые отношения с невестой; 12,1% – в браке, 87,9% – вне брака. Те, кто начал половую

[278] *Закс И. Г., Ильин С. Т.* Опыт изучения. С. 864.
[279] *Лапышев Д. А.* К характеристике. С. 547.
[280] *Закс И. Г., Ильин С. Т.* Опыт изучения. С. 858.

жизнь с незнакомой женщиной, обычно делали это в пути, на праздниках, в дацанах и т. д.[281]

Начало половой жизни, в основном, происходило во время традиционных праздников, на сенокосе, во время выпаса скота. Пестерев писал: «Не только молодежь, но и состоящие в браке охотно собираются вечерами в поле у костра на игры с национальными песнями и танцами, которые сопровождаются «похищением» девушки или женщины группой мужчин, часто производящих над «жертвой» групповое половое сношение»[282]. Именно в поле, во время пастьбы скота дети и подростки «впервые знакомятся с технической стороной полового акта животных и переносят затем это все на себя в форме первых попыток к половому акту друг с другом или с животными»[283].

Отмечал А. М. Пестерев и наличие у бурят гостеприимного гетеризма. По его данным в 10,9% случаев у мужчин половое сношение произошло в гостях. «По обычаю, хозяин юрты в знак уважения к гостю, заночевавшему у него, предлагает ему разделить ночное ложе со своей женой или дочерью, – писал Пестерев, а затем уточнял. – Правда этот обычай в настоящее время можно отметить весьма редко, в самых отдаленных местах района, в которых он тоже изживается. В других случаях «гость» в отсутствии хозяина юрты находит удовлетворение своему половому желанию со стороны хозяйки дома, лабильной в половом отношении и не считающей, в силу условий быта, нарушением супружеской верности половой контакт со случайным мужчиной»[284].

Опрос женщин показал, что лишь 0,7% начали половую жизнь после 20 лет. В 78,7% случаев это произошло до достижения возраста 17 лет. По поводу женщин А. М. Пестерев заключал: «Бытовая обстановка ставит будущую женщину в зависимость от семьи и мужчины, который для удовлетворения своего полового желания пользуется ею свободно и безнаказанно раньше ее физи-

[281] *Пестерев А. М.* Половой быт бурят // Жизнь Бурятии. 1930. № 4. С. 91.
[282] Там же.
[283] Там же. С. 92.
[284] Там же. О гостеприимном гетеризме у бурят также писал Г. М. Осокин. По его версии, это явление у бурят развилось по вине лам, которые во время посещения знакомых семей пользовались на правах почетного гостя женой хозяина; то же наблюдалось и просто среди знакомых между собой бурят. Однако, как отмечал Осокин, зараженность многих лам и самих бурят венерическими заболеваниями постепенно вывела этот обычай даже из самых глухих улусов. См.: *Осокин Г. М.* На границе Монголии. Очерки и материалы к этнографии юго-западного Забайкалья. СПб.: Типография А. С. Суворина, 1906. С. 205.

ческого и полового оформления. Таким образом, начало половой жизни в эти ранние годы у девочек относится и к тем случаям, когда они попадали на вечеринки, празднества и т. д., где и узнавали впервые о половой жизни»[285].

Доктор Пестерев выделил ряд факторов, объяснявших столь раннее вступление в половую жизнь, среди которых отметил:

– жилищную скученность, при которой дети с раннего возраста видят половые отношения своих родственников;

– злоупотребление алкоголем;

– верховую езду, как главный способ перемещения у бурят, якобы вызывавший прилив крови к половым органам и стимулировавший сексуальную активность;

– отсутствие культурных запросов и бедность культурной жизни, заставлявшая смотреть на секс как на развлечение;

– большую детскую смертность в бурятских семьях, где ребенок расценивался как смысл существования, а бесплодие считалось проклятием и вызывало общественное порицание. При отсутствии детей и муж, и жена в семье склонялись к внебрачным связям с целью завести потомство;

– отсутствие знаний о венерических болезнях и их опасности для здоровья.

Александр Матвеевич во многом мыслил как его современники и коллеги. Буряты представлялись ему «малокультурным» народом, а некоторые практики, например, верховая езда как часть кочевого образа жизни, были непонятны. Однако пытливое врачебное око отметило и объективные факторы распространения болезней. Резюмируя исследование, Пестерев писал: «Задачей социальной венерологии при построении лечебно-профилактических методов борьбы должно быть скорейшее оздоровление полового быта и быта семьи вообще, чтобы парализовать инфекции сифилиса и гонореи, дальнейшее движение которых может привести к вырождению бурятской народности»[286].

Неутешительные выводы, к которым приходили специалисты, подтверждали опасения Бурнаркомздрава о том, что венерические болезни оказывают пагубное воздействие на воспроизводство населения у бурят. «Опасность и угроза вырождения для бурятской национальности в действительности существуют, – резю-

[285] Пестерев А. М. Половой быт бурят. С. 93.
[286] Там же. С. 98.

мировал Д. А. Лапышев, – если положение дел с сифилисом и, в первую очередь, социально-бытовой статус, его питающий, не изменятся»[287]. «Около одной трети случаев сифилиса падает на врожденное заражение», – писали сотрудники Государственного венерологического института (ГВИ) НКЗ РСФСР И. Г. Закс и С. Т. Ильин. «Влияние сифилиса на вымирание и вырождение населения, – продолжали они, – сказывается в виде высокой детской смертности в грудном возрасте и значительных дистрофиях и дегенерации детей – врожденных сифилитиков»[288]. Этими заключениями медики подтверждали необходимость кардинального решения проблемы венерических болезней для повышения рождаемости и улучшения наследственности у бурят.

1.2. Медицинское изучение коренных малочисленных народов севера Бурят-Монголии (конец 1920-х – 1930-е гг.)

В середине 1920-х гг. медицинскому исследованию подверглись малые народы Бурят-Монголии – окинские и тункинские сойоты, баргузинские эвенки. Автохтонов Окинского края изучал иркутский Комитет Севера совместно с Российским обществом Красного Креста; эвенки Баргузина были обследованы венерологическим отрядом доцента И. Н. Переводчикова. В июне 1926 г. к сойотам была направлена экспедиция под руководством этнографа Б. Э. Петри, куда входил ординатор кожно-венерологической клиники Иркутского госуниверситета С. Д. Ставиский. Его отчет содержит много интересных сведений о заболеваемости и традиционном быте у сойотов[289].

Экспедиция обследовала сойотов в 12 населенных пунктах. По хозяйственному признаку Б. Э. Петри разделял их на пять групп. Первой была «оленная группа», представленная оленеводами улуса Ильчир на берегу одноименного озера, истока реки Иркут. Вторая, переходная, группа была расселена по притокам реки Белой (улусы Ханчин и Ха-Модон). Третья, наиболее крупная,

[287] *Лапышев Д. А.* К характеристике. С. 550.
[288] *Закс И. Г., Ильин С. Т.* Опыт изучения. С. 874.
[289] Сойоты – потомки саянских самодийцев, древнейшего населения Восточных Саян. Подверглись тюркизации, в результате чего стали говорить на сойотско-цаатанском (родственном тувинскому) языке, а затем были полностью ассимилированы бурятами. Проживают в Окинском районе Республики Бурятия.

группа скотоводов концентрировалась в долине Оки и населяла пять улусов. Четвертой группой были «беженцы», покинувшие Ильчир из-за разорения и краха оленеводческого хозяйства, либо бежавшие на север Монголии во время гражданской войны[290]. Пятую группу составляли сойоты-земледельцы Тункинской долины, проживавшие в улусе Нурай[291].

Как венеролога, С. Д. Ставиского в первую очередь интересовала заболеваемость сойотов сифилисом и гонореей. Меньше всех половым инфекциям были подвержены сойоты-оленеводы. Единственная на Ильчире сифилизованная семья была заражена женой-буряткой, пришедшей в дом с активным процессом. В других оленеводческих семьях сифилиса обнаружено не было[292].

В переходной от оленеводства к скотоводству группе сойотов также были обнаружены лишь единичные, застарелые случаи. Обе группы проживали в высокогорье, где сообщение с внешним миром было затруднено.

Группа проживавших в близком соседстве с бурятами сойотов-скотоводов уже заметно отличалась от оленеводов: их юрты стояли ближе друг к другу; нравы были более свободными; среди людей встречалось больше грамотных. Обнаружилось и больше случаев сифилиса. Из 166 обследованных было выявлено 13 больных (8%)[293].

У группы беженцев был обнаружен лишь один сифилитик в активной стадии. По расспросам, он недавно сошелся с девушкой-буряткой, от которой, видимо, и заразился[294].

Наиболее пораженной люэсом группой были тункинские сойоты-земледельцы. Из осмотренных 96 чел. было выявлено 33 больных, что составило 34%. По этому поводу С. Д. Ставиский писал: «Оказывается, растворение среди бурят, пребывание в центре Тункинской долины связано с громадной сифилизацией, принимающей уже угрожающий характер». Далее он уточнял: «… Сойоты земледельцы, пораженные сифилисом в 34%, являются до некоторой степени показателем средней сифилизации тункинских бурят, среди которых они живут, сойоты же скотоводы и пр., жи-

[290] Беженцы в Монголии обследованы не были. Информация о семи хозяйствах была записана со слов знающих их сойотов.
[291] *Ставиский С.Д.* Материалы по медицинскому обслуживанию сойотов Окинского края // Иркутский медицинский журнал. 1928. Т. IV. № 4–5. С. 6.
[292] Там же. С. 8.
[293] Там же.
[294] Там же. С. 9.

вущие среди окинских бурят сифилизованы значительно менее, так как и их соседи меньше поражены сифилисом; к таким же выводам пришел и д-р И. Н. Переводчиков в отношении тунгусов Баргузинского района, указав, что сифилизация их находится в прямой зависимости от слияния тунгусов с бурятской частью населения»[295].

С. Д. Ставиский затруднился определить основные пути заражения, ссылаясь на отсутствие переводчиков и необходимость детально изучать бытовые условия каждой семьи. В 62,8% случаев причина заражения осталась невыясненной и только при свежих случаях путем опроса и сопоставления данных анамнеза удалось выявить преобладание полового пути передачи[296].

Распространенность гонореи среди сойотов имела ту же структуру, что и у сифилиса. Менее других ей были подвержены оленеводы, переходная группа и скотоводы (17,8, 13 и 10,3% соответственно). Земледельцы показали самый высокий процент заболеваемости (21%). Хроническую гонорею у мужчин обнаружить без лабораторных исследований было сложно. У женщин осложнения от болезни приводили к воспалениям матки и придатков. Ставиский находил причину осложнений в верховой езде, употреблении алкоголя и половых эксцессах во время болезни[297].

По мнению врача, половые отношения у сойотов напоминали таковые у восточных бурят. «Раннее пробуждение полового чувства, вызванное бытовой обстановкой, раннее начало половой жизни в 14–16 лет, – уточнял Ставиский, – отсутствие у молодежи нравственных преград при попытках удовлетворения половой потребности, взгляд на женщину, как на существо, не могущее отказать мужчине в его притязаниях, и, как следствие отсюда, полная беспорядочность и беспринципность половой жизни»[298]. При этом браки у сойотов заключались довольно поздно – в 22–23 года. Причиной этого до революции был калым, а после – нежелание дробить хозяйство для выделения сына, или терять ценного работника в лице дочери[299].

В связи с распространенностью венерических болезней врача интересовали данные о рождаемости и смертности среди сойотов.

[295] Там же. С. 9–10.
[296] Там же. С. 11.
[297] Там же. С. 15.
[298] Там же. С. 19.
[299] Там же.

Была отмечена высокая смертность детей до года (от 33 до 41,9% в зависимости от группы), но после одного года показатель смертности был невелик (15–16%). На примере наиболее проблемного в отношении сифилиса улуса Нурай С. Д. Ставиский проанализировал влияние болезни на детскую смертность. Он полагал, что в семьях сифилитиков происходила природная компенсация нежизнеспособности в виде повышенной по сравнению со здоровыми семьями рождаемости. Также врач констатировал парадоксальный факт – поздние формы сифилиса, будто бы, не влияли на рождаемость. При этом он оговаривал, что методов наружного обследования было недостаточно, а возможности провести тест *RW* не было[300].

Причины детской смертности С. Д. Ставиский видел, главным образом, в особенностях традиционного быта. Он описывал родовспоможение и ранний уход за младенцами так:

> «Родовспоможение в 90% оказывается соседками-старухами, в 10% – сойотки рожают самостоятельно без всякого постороннего вмешательства; роды протекают в юрте, на грязном старом войлоке, который потом выбрасывается. Если ребенок родился в асфиксии, то нагревают пустой котел, повертывают его дном кверху и начинают опускать и поднимать над младенцем, производя попеременное нагревание и охлаждение, при патологических родах обращаются к помощи знахаря или ламы. Ребенок заворачивается в шкуру овцы и помещается в первые дни возле матери, а впоследствии в люльку, где он находится от 1 до 2-х лет. Зимой в юрте невыносимо холодно, поэтому детей старше 6 мес. укладывают в общую постель под шубы, младшие этого возраста – вынуждены замерзать в люльке, ибо их боятся задушить при таком способе согревания. Так как, с одной стороны, детьми очень дорожат, вследствие их большой смертности, а с другой стороны – сильны предрассудки, – введен целый ряд «охранений» от «дурного глаза», от черта, кикиморы и т. д. Наивные в своей простоте и невежестве, сойоты ищут причину

[300] Там же. С. 12–13.

зла в этом, не понимая, что они часто сами своим «уходом» и заботами вызывают гибель детей»[301].

Как и у бурят, традиционный уклад жизни сойотов представлялся врачу антисанитарным. «Уход за телом, конечно, отсутствует, летом сойоты изредка купаются в реке, зимой же совершенно не моются, лицо и руки моют, правда, ежедневно, плеская воду изо рта и вытирая потом полой халата, – описывал гигиенические привычки автохтонов доктор Ставиский. – Полотенец, как правило, мы не встречали, только в некоторых случаях (в Сороке у сойота-лама, на Бурунголе) они имеются, тело всегда покрыто слоем грязи. Как влияние культурного запада (Аларский аймак) отмечу на Бурунголе одну встреченную халупку-баню, устроенную по типу «черной бани», но в ней надо умудряться вымыться, чтобы не замерзнуть…, и не вымазаться в саже, густо облепившей стены и потолок». О нижнем белье и верхней одежде сойотов он писал: «Смен белья не имеют; по укоренившемуся обычаю рубашка и штаны, сверх которых надевается обыкновенно халат, носятся, пока не приходят в полную негодность и не разваливаются, только потом обновляются; у Бурунгольских и Нурайских сойотов мы наблюдали уже стирку белья, но всегда без мыла, которое, как ценность, привешено в юрте за веревочку к потолку и употребляется в исключительных случаях»[302].

При этом объяснить небрежное отношение к собственному телу бедностью врач не мог, так как большинство сойотов имело дорогие праздничные наряды, отделанные позументами и парчой, шубы, серебряные изделия. Поэтому Ставиский решил, что проблемой являлась некультурность, выражавшаяся в отсутствии потребности к чистоте. Помимо всего описанного, юрты сойотов кишели блохами и вшами, так что врач писал: «…Нет ни одной юрты без этих обитателей, которые с особой яростью атакуют новых для них людей, так как постоянные жители юрты к этой «блошке» (как они называют блох) привыкли»[303].

Еще одно социальное заболевание – туберкулез – среди сойотов встречался относительно редко. Сойоты оленеводческой, переходной и скотоводческой групп, обитавшие в суровой окружающей среде высокогорья, производили впечатление физически крепких людей. Ставиский описывал их так: «Это люди с широкой грудной

[301] Там же. С. 13.
[302] Там же. С. 15.
[303] Там же.

клеткой, крепкой мускулатурой, с средним развитием подкожно-жирового слоя, подвижные – питаются они достаточно, получая и белки, много жиров и углеводы… Проводят много времени под открытым небом, во время промысла целые месяца проводят в тайге, их дети также хорошо сложены, упитаны и среди этих групп туберкулеза не много – от 4–8%»[304].

У земледельцев Тункинской долины, живших в скученности и питавшихся скудными плодами земледелия, туберкулез встречался чаще – до 10,4%, хотя при лабораторном исследовании процент был бы выше. Самая высокая заболеваемость (13%) была отмечена у «беженцев», но их было обследовано очень мало[305].

В целом, медицинское обследование сойотов показало, что социальные болезни были наиболее распространены в Тункинской долине, где саянские автохтоны проживали рядом с бурятами и русскими. Именно земледельческая группа являлась самой неблагополучной как в экономическом, так и в медико-санитарном отношении. При этом сифилис у сойотов-земледельцев указывал на большую распространенность болезни в Тункинском аймаке, который следовало тщательно обследовать. Что же касается высокогорных групп сойотов, то, по мнению С. Д. Ставиского, они имели все условия к дальнейшему процветанию и развитию[306].

Этнографический взгляд врача высветил те же негативные особенности традиционного быта, что и у бурят – пренебрежение чистотой, скученность, половую невоздержанность, раннее начало половой жизни. Интересно, что в рассуждениях Ставиского референтными группами для сойотов являлись «культурный запад» в виде Аларского аймака (западные буряты) и противоположный пример восточных бурят. При этом, сравнивая описания быта сойотов у С. Д. Ставиского и бурят у Д. А. Лапышева, можно заметить, что сойоты пытались поддерживать личную гигиену и даже имели мыло в юртах, в то время как восточные буряты воспринимали призывы помыться как нечто совершенно неправильное и, более того, непрактичное. Возможно, разница объясняется различным религиозным восприятием воды у кочевников степи и оленеводов высокогорья. Другое, более очевидное, объяснение может состоять в большем влиянии на сойотов «культурного запада» – западных бурят и русских.

[304] Там же. С. 16.
[305] Там же. С. 17.
[306] Там же. С. 20.

Архивные материалы Комитета Севера при ЦИК Бурят-Монгольской АССР гораздо менее этнографичны в описаниях традиционного быта малых северных народов, зато дают представление об основных проблемах здравоохранения в самых труднодоступных регионах республики. В 1930 г. к северным районам относились Баунтовский туземный район с административным центром в пос. Багдарин, Северобайкальский район (центр – пос. Нижнеангарск), Окинский край (центр – с. Монды).

По состоянию на 1930 г. медицинская сеть в Баунтовском туземном районе состояла из двух больниц, двух врачебных участков и четырех фельдшерских пунктов. В них работало трое врачей, девять фельдшеров, восемь акушерок и четыре единицы прочего персонала[307]. Однако большинство из этих медучреждений принадлежали приискам и обслуживали почти исключительно их персонал. Для простого населения работали лишь Муйский фельдшерский пункт в Багдарине (местный бюджет) и лечебно-обследовательский отряд Российского общества Красного Креста (бюджет РОКК БМАССР). Муйский фельдшерский пункт обслуживал район Муйского сельсовета, а отряд РОКК – эвенкийское, бурятское и русское население, а также Баунтовскую туземную школу. При отряде имелась больница на 10 коек[308].

В 1928 г. Муйский фельдшерский пункт принял 1321 амбулаторных пациентов, из которых эвенков было всего 18. В 1929 г. было принято 3534 амбулаторных больных, из них 36 эвенков. Наиболее частыми заболеваниями были катар желудка, ревматизм и грипп. Сифилис был обнаружен у 31 чел., малярия – у 18 чел. Врачебно-обследовательский отряд РОКК принял в 1928–1929 гг. 75 стационарных (692 койко-дня) и 2543 амбулаторных пациентов, из которых 417 эвенков, 527 бурят, русских и прочих – 1569 чел. Среди эвенков наиболее распространенными были желудочно-кишечные, глазные и легочные заболевания (туберкулез).

Основной проблемой было плохое снабжение медикаментами. Чаще всего лекарств в наличии просто не было. Отправляемые в Муйский фельдшерский пункт медикаменты были очень плохо укупорены, из-за чего прибывали на место безнадежно испорченными или пролитыми. Не было при них и необходимых фактур. За огрехи в снабжении ответственность нес Бурнаркомздрав[309].

[307] ГАРБ. Ф. Р-248. Оп. 7. Д. 10. Л. 7.
[308] Там же. Л. 15.
[309] Там же. Л. 15–16.

Баунтовский лечебно-обследовательский отряд РОКК в основном занимался лечебной работой, а обследовательской деятельности не вел. В 1928–1929 гг. через его стационар прошло 75 чел. (692 койко-дня), а амбулаторных больных было принято 2543 (417 эвенков, 527 бурят, 1569 русских и лиц других национальностей). Эвенки часто страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта, глазными и легочными болезнями. Повреждения глаз часто носили травматический характер –охотники травмировались ветвями деревьев в тайге и в результате использования старых ружей и некачественного пороха. Среди бурят были распространены сифилис, ревматизм и желудочно-кишечные заболевания[310].

Деятельность отряда РОКК вызывала серьезные нарекания со стороны Комитета Севера. Названия «обследовательский» он не оправдывал: обследований туземного населения не проводил, связи с общественными организациями района не имел, борьбы с шаманизмом и ламаизмом не вел, лекций и бесед по санитарному просвещению не организовывал. Медикаментами и медицинским инструментарием отряд был обеспечен до того плохо, что мог оказывать лишь самую элементарную хирургическую помощь. Заведующий Новоселов был человеком предприимчивым, но исключительно в личном обогащении. Поэтому он выстраивал деятельность отряда так, чтобы больше обслуживать прииски треста «Союззолото», с которыми имел договоры. Видя подобное отношение к работе, эвенки, у которых уже сформировалось доверие к европейской медицине, стали снова обращаться за медицинской помощью к шаманам. Это сильно роняло престиж советской медицины в Баунтовском районе[311].

Северобайкальский район обслуживался небольшой сетью медицинских учреждений, главным из которых был открытый в январе 1927 г. врачебный пункт № 7, финансировавшийся Наркомздравом РСФСР. Он располагался в пос. Душкачаны на расстоянии восьми верст от Нижнеангарска. В состав пункта входила больница на 15 коек и амбулатория. Медучреждение обслуживало население всего Северобайкальского района.

Три фельдшерских пункта располагались в поселках Верхне-Ангарский и Горемыка и на прииске «Союззолото» на расстоянии 120, 60 и 180 верст от больницы соответственно. Транспортное сообщение с головным врачебным пунктом № 7 в Душкачанах

[310] Там же. Л. 16.
[311] Там же. Л. 16–17.

летом осуществлялось исключительно на лодках по Байкалу и рекам, а зимой – по замерзшим рекам на санях. Весной и осенью сообщения с Верхне-Ангарским и Горемыкинским медпунктами не было.

И эвенкийское, и русское население района часто страдало ревматизмом (до 80% охотников и рыбаков). Сифилис среди эвенков не встречался; среди русских случаи сифилиса отмечались редко, зато достаточно частой была гонорея. Наиболее распространенным социальным заболеванием являлся туберкулез. К этой же группе заболеваний северобайкальские врачи относили катар желудка и глистов, обычные и для других северных районов, где часто употребляли в пищу соленую и сырую рыбу[312].

Медицинская статистика за 1928–1929 гг. показывает, что в медучреждения Северобайкальского района обращалось больше эвенков, чем в Баунтовском районе. Всего было зарегистрировано 5631 обращение, из которых 2462 первичных и 3169 повторных. Эвенки составили примерно 1/8 всех обращавшихся. За IV квартал 1929 г. амбулатория пропустила 446 первичных больных (48 эвенков) и 1230 повторных (70 эвенков). В стационаре лечилось 159 больных (56 эвенков).

Активному обращению эвенков в советские лечебные учреждения способствовали как проводившаяся санитарная пропаганда, так и частые эпидемии. Например, в январе и феврале 1930 г. сошедшие с горных пастбищ эвенки заболели корью, затем дизентерией. Для ослабевших от перенесенных болезней туземцев врачи открыли столовую, где кормили в среднем 55 чел. в день. Открытие столовой предотвратило уход эвенков обратно в горы, где не было бы возможности наблюдать за их здоровьем. Кроме того, ежедневно отряжавшиеся в помощь кухарке эвенкийские женщины учились готовить, рассчитывать продукты, содержать в порядке кухню и столовую. Таким образом, коренное население района получало от врачебного пункта дополнительное питание и обучение русским приемам ведения хозяйства, что пришлось эвенкам по душе и они охотно согласились на открытие постоянной столовой в поселке[313].

Большую проблему для Северобайкальского района представляло нерациональное расположение врачебного пункта на

[312] Там же. Л. 17.
[313] Там же. Л. 19.

расстоянии от районного центра. При отсутствии дорог, больные из Нижнеангарска должны были добираться до Душкачан на лодке (16 верст туда и обратно), что было очень неудобно. Вопрос решился открытием амбулатории в Нижнеангарске, куда на постоянной основе перебрался фельдшер, а врач из Душкачан приезжал три раза в неделю. Содержание амбулатории на 35% финансировалось из средств самообложения Нижнеангарского сельсовета. В документах 1930 г. серьезно обсуждался вопрос о строительстве новой больницы и назначении второго врача[314].

Бурят и сойотов Окинского края обслуживал всего один фельдшерский пункт, открытый в 1927 г. в селе Монды. Как отмечал С. Д. Ставиский, окинские аборигены нуждались в квалифицированной медицинской помощи и единственное медучреждение, плохо снабжавшееся медикаментами и инструментарием, не могло сильно улучшить дело здравоохранения в районе. Тем не менее само наличие фельдшерского пункта повышало авторитет советской медицины, и это заметно по росту посещаемости. Если за первое полугодие 1929 г. туда обратилось 513 чел., то во втором полугодии количество пациентов выросло в пять раз, составив 2780 чел. Правда, профилактическая работа в районе тормозилась из-за незнания фельдшером бурятского языка. Однако впоследствии, по просьбе Комитета Севера, Бурнаркомздрав направил в Окинский край акушерку-фельдшерицу бурятку, которая помогала заведующему фельдшерским пунктом проводить санитарно-просветительную работу[315].

Таким образом, во второй половине 1920-х – начале 1930-х гг. лечебно-профилактическая сеть Бурнаркомздрава распространилась даже в самые труднодоступные районы Бурят-Монгольской АССР. Впервые европейской медициной оказались охвачены малые коренные народы Севера – сойоты и эвенки. Их медицинское изучение показало, что северные факторы – дисперсность и изоляция, вызванные отсутствием транспортной инфраструктуры и особенностями традиционного образа жизни оленеводов – определили специфический набор заболеваний. Превалировали ревматизм, желудочно-кишечные и глистные заболевания, травматические повреждения глаз. Из социальных заболеваний среди эвенков был распространен туберкулез, что объяснялось не только условиями быта, но и суровостью окружающей природной среды.

[314] Там же. Л. 20–21.
[315] Там же. Л. 21.

Среди сойотов же, живших в горном Окинском крае, туберкулез встречался редко. Венерические заболевания среди эвенков севера были редки; среди саянских автохтонов очаги возникали там, где происходил тесный контакт с бурятским населением.

Что же касается восприятия врачами традиционного быта, в своих основных чертах оно соответствовало общей для всей Бурятии матрице. Реалии традиционного образа жизни оленеводов, как и детали кочевого быта бурят-монгольских аратов, вызывали острую врачебную критику. С медицинской точки зрения их жизнь изобиловала антисанитарными и антигигиеническими практиками, которые необходимо было срочно изживать.

Как в юрты бурят, так и в чумы северных аборигенов советский врач входил уже настроенным на выявление санитарных недостатков. Практически всегда его критика быта и образа жизни автохтонов была бескомпромиссной и острой. Какой же смысловой подтекст крылся за образными, зачастую нарочито саркастическими характеристиками?

При применении к текстуальным репрезентациям автохтонов вычлененных А. Э. Афанасьевой из колониальных дискурсов ориенталистских тропов, сразу же бросается в глаза их частое использование советскими врачами. При этом определения «малокультурный», «отсталый», «крайне низкий уровень культурного развития», помещающие традиционную кочевую культуру в архаичное прошлое и отрицающие ее связь с современностью, больше характерны для программных документов медицинских и партийных функционеров, в которых дается общая характеристика ситуации.

В личных же наблюдениях врачей присутствуют стилистические приемы, несущие коннотацию инфантильности. «Наивные в своей простоте и невежестве» сойоты, не привыкшие задумываться над причинами своего заболевания хоринцы, «стекавшиеся поглазеть» на утренние умывания врачей и «занимавшиеся усердным культивированием грязи» агинские буряты, предстают во врачебных описаниях глубоко инфантильными субъектами. Они – как дети, которых необходимо обучить гигиенически правильному образу жизни. Часто советские врачи сводили описываемых автохтонов к стандартизированному «он» для характеристики «его» повседневных практик. Например, Д. А. Лапышев писал, что «купания бурят не признает», а В. Н. Жинкин – что «без пред-

сказания ламы-гуримчина религиозный бурят не предпринимает никакого дела», И.Г. Закс и С.Т. Ильин – что ради какой-нибудь новости бурят готов поехать верхом за десятки верст[316]. Пожалуй, именно этот троп является наиболее встречаемым в советских врачебных описаниях автохтонов вообще, и бурят в частности.

Почему же язык советских врачебных описаний традиционной кочевой культуры изобиловал, казалось бы, антагонистичными большевизму колониальными стереотипами? Неужели носители наиболее гуманной из профессий, да еще и подкрепленной философией всеобщего равенства, видели в бурятах (сойотах, эвенках) дикарей, нуждавшихся в медицинском дисциплинировании? Однозначно ответить на этот вопрос сегодня не представляется возможным. Мы не можем напрямую спросить об этом непосредственных участников тех событий; лишь отголоски их восприятия имплицитно ощущаются в строках созданных ими текстов. Сопоставляя выделенные подтексты с историческим контекстом периода можно нащупать общие линии, складывающиеся в достаточно правдоподобные ответы, но, опять же, доказать их справедливость для каждого отдельного случая невозможно.

И все же попытку объяснить заимствование элементов колониальных дискурсов предпринять необходимо, хотя бы для того, чтобы снять эмоциональное напряжение у людей, болезненно воспринимающих попытки научного осмысления проблемных аспектов истории бурят. В этом помогут два разобранных ранее сюжета: политический контекст оздоровления бурят и особенности формирования профессионального врачебного сообщества дореволюционной России.

Большинство врачей, занимавшихся проблемами здоровья бурят, были либо марксистами, либо сочувствующими им врачами-общественниками, видевшими в медицинских проблемах инородцев, прежде всего, социальные причины. Они серьезно воспринимали тезис о колониальном гнете царизма, приписывая большинство «социальных язв» именно ему. В их понимании «культурная отсталость» не была имманентна традиционному кочевому обществу, а навязывалась извне шовинистической имперской политикой. Поэтому ничего предосудительного в репрезентации бурят как «малокультурных», «темных» и «отсталых» они не видели.

[316] *Закс И.Г., Ильин С.Т.* Опыт изучения. С. 857.

Напротив, именно такая постановка вопроса представлялась в тот момент наиболее рациональной: с одной стороны бичевалось «тяжелое наследие царизма» и порожденные им социальные пороки; с другой – создавалась крайне эффективное мобилизующее средство, выгодное как большевикам, так и самим бурятам. Бросая значительные ресурсы на оздоровление нацменьшинств, большевики выставляли себя в выгодном свете как во внутренней, так и во внешней политике, особенно по отношению к Монголии и Танну-Туве. Буряты же получали действительно необходимую им медицинскую помощь и долгосрочную инвестицию в свое политическое будущее – систему современного здравоохранения, гарантирующую дальнейшее здоровое развитие народа.

Сделанный ранее экскурс в историю формирования русского врачебного сообщества показал, что врачи расценивались государственной властью как проводники внутренней политики, а собираемые ими медицинские данные складывались в, пожалуй, наиболее рациональное из знаний о народах империи. Научный рационализм пропитывал русских врачей с университетской скамьи и, сталкиваясь с почвенным мистицизмом крестьянской общины, причудливыми верованиями инородцев или чуждыми мировоззренческими основами индо-тибетской медицины, философия ланцета и микроскопа побеждала, накладывая неизгладимый отпечаток на врачебное восприятие традиционных сообществ и их практик.

Таким образом, при контакте с иными формами мировосприятия рационализирующая рамка медицинской науки выступала пресловутым «прокрустовым ложем», а все, что оставалось вовне, признавалось нерациональным и подлежало упорядочению в соответствии с профессиональным врачебным понятием о гигиеническом порядке. Таким образом, едкие, иногда граничащие с уничижением, врачебные характеристики бурят не демонстрируют культурного превосходства, а фиксируют внимание на выхваченных профессиональным оком расхождениях с гигиенической нормой. При этом, они часто сопровождаются словами сочувствия и всегда – глубокой обеспокоенностью состоянием здоровья бурят и других автохтонов. Поэтому говорить о том, что встречающиеся в советском медицинском дискурсе ориенталистские тропы свидетельствуют о новом колониализме вряд ли уместно, по крайней мере в изучаемом здесь контексте.

Материалы медицинских исследований бурят и других автохтонов региона показывают, что взгляды политических активистов и профессиональных медиков на традиционное кочевое общество сходились в главном. Так называемые «отжившие формы быта» были источником серьезных факторов риска, ставящих под угрозу будущее коренных народов. Основной задачей национальной автономии в 1920-е гг. было срочное оздоровление автохтонного населения республики. Задача эта требовала принятия срочных и конечных мер, а значит, максимального вовлечения материальных и кадровых ресурсов центра.

Здесь как нельзя кстати пригодилось педалирование вопроса о вымирании бурят. Оказалось, что это безотказный способ приковать внимание советского правительства к насущным нуждам новообразованной автономии. В России существовала богатая традиция обсуждения проблемы вырождения: в отношении сибирских инородцев ее инициаторами были областники, а в общем медико-санитарном дискурсе – русские врачи-общественники, разделявшие европейские евгенические теории[317]. Однако достучаться до имперского кабинета с проблемами инородцев в эпоху активной экспансии России в Восточной Азии было возможно лишь в том случае, если это непосредственно касалось геополитических планов, как произошло в случае тарбаганьей чумы на границах Забайкалья, Маньчжурии и Монголии. Социальные проблемы отметались на дальнюю периферию политической повестки и оставались там под спудом, пока не взорвались кровавым революционным хаосом.

У молодой, амбициозной и более гибкой власти большевиков акцентирование проблемы вырождения бурят филигранно сыграло в нужной геополитической тональности. Спасение наследственности и обеспечение здорового будущего бурятского народа позиционировались как основные цели кампании против социальных болезней. Более долгосрочные задачи предусматривали дальнейшее оздоровление и евгеническое развитие бурят в направлениях, прагматически определенных большевиками. Успех скоординированной сверху и поддержанной массами борьбы с социальными заболеваниями ознаменовал бы безоговорочный триумф идеи и

[317] *Ядринцев Н.М.* Сибирские инородцы. С. 99–102. Также см.: *Фельдер Б.* Расовая гигиена в России: Евгений Алексеевич Шепилевский (1857–1920) и зарождение евгеники в Российской империи // Историко-биологические исследования. 2012. Т. 4. № 2. С. 54–55.

практики социалистического здравоохранения. При неудаче же, последствия распространились бы далеко за пределы отдельно взятой национальной автономии. Скомпрометированным оказался бы опыт социалистической трансформации бурят, а затем, по логической цепочке, под угрозу мог попасть замысел трансляции положительного примера модернизации по-советски в монголо-буддийский ареал, а значит и вся большевистская геополитика экспорта пролетарской революции на Восток.

1.3. Тибетская медицина в Бурят-Монгольской АССР в период строительства социалистического здравоохранения (1920-е – 1930-е гг.)

Борьба с «отжившими формами быта» медленно, но верно изменяла многовековой культурно-бытовой уклад жизни кочевого общества. Традиционному микрокосму и мировоззрению кочевника была объявлена война. Она велась за его разум с помощью сан- и культпросвета, образования и средств массовой информации; за тело – посредством современных медицинских практик и научно-медицинского изучения организма, новой системы питания и физического развития, а также за душу, вырвать которую из лона традиционной религии должна была коммунистическая пропаганда.

Поэтому неудивительно, что наряду с социальными болезнями осевым объектом врачебного, да и не только, интереса в те годы стала тибетская медицина. В 1920-е гг., когда в Бурят-Монголии только начиналось строительство современной системы здравоохранения, ламы-врачеватели были практически единственным общедоступным видом медицинской помощи, особенно в восточных аймаках. Авторитет эмчи-лам, как и спрос на их услуги среди бурятского населения был очень высок. «Что касается современного состояния тибмедицины в Монголии и Бурятии, – писал в 1923 г. бурятский ученый Б. Б. Барадин, – то она пользуется широким распространением и исключительным доверием населения, и даже больше того, все дело народного здравоохранения этих стран находится в полном подчинении этой медицине в лице ее лам-лекарей»[318].

[318] ГАРБ. Ф. 248. Оп. 1. Д. 8. Л. 148.

Однако для того, чтобы быть принятой хотя бы в роли паллиативной помощи, тибетская медицина была слишком сильно связана с ламаистской религиозной традицией. Это напрямую противоречило антирелигиозной установке большевиков, а значит тибетскую медицину нельзя было игнорировать в политической плоскости.

С другой стороны, дефицит европейских врачей и острая нужда в доступной медицинской помощи населению вынуждали власти республики временно смириться с деятельностью монголо-тибетских лекарей. Чтобы смягчить противоречия, с начала 1920-х гг. в Бурят-Монгольской АССР предпринимались попытки вывести монголо-тибетскую медицину за рамки религиозных институтов и легализовать в секулярном поле, законодательно закрепив за ней особый статус.

Принятое 5 февраля 1924 г. обязательное постановление ЦИК и СНК Бурят-Монгольской АССР строго регламентировало право врачебной практики. Разрешение давалось только после регистрации в Наркомздраве и получения государственного регистрационного удостоверения на основании пакета документов, подтверждающих профессиональную врачебную компетенцию заявителя. В постановлении указывалось, что право тибетских медиков на медицинскую практику предусматривалось особым положением[319]. В новых идеологических условиях разработка такого «особого положения» требовала серьезного подхода и тщательно взвешенной аргументации, чтобы сохранить для будущего рациональную основу и культурное значение тибетской медицины.

Развивать инициативу по секуляризации взялся Бурятский ученый комитет (Буручком). В 1923 г. вышли «Тезисы по вопросу о тибетской медицине в Бурреспублике» под редакцией его председателя Базара Барадиевича Барадина. Положения, сформулированные на основе научного исследования, относили тибетскую медицину к научно-медицинским системам, подчеркивая наличие у нее основных отделов современной научной медицины: диагностики, патологии, эмбриологии, фармакологии, хирургии и даже бактериологии. В выводах акцент делался на то, что помимо чисто культурного значения, тибетская медицинская система была важна с точки зрения современной терапии вследствие неоспоримых

[319] ГАРБ. Р-248. Оп. 1. Д. 88. Л. 39.

фактов излечения ее средствами ряда болезней, неподвластных медицине европейской. Указывалось, что нигде на территории СССР не было лучших условий для научного изучения тибетской медицины, чем в Бурят-Монголии, с ее богатыми литературными источниками по предмету и большим количеством практикующих эмчи-лам. Предпринималась попытка выделить настоящих высокообразованных эмчи-лам из массы невежественных, но постоянно практикующих лам-лекарей, чье лечение больше напоминало шарлатанство[320].

Важным пунктом в аргументации Б. Б. Барадина являлось отделение собственно медицинской системы, индийской по происхождению и, как считал ученый, стоявшей «несравненно выше гиппократово-греческой медицины» по развитию, от буддийской религии. Он писал, что индийская медицина «с давних времен служила главным проповедником распространения буддизма во всех тех странах Азии, куда распространялось учение Будды, и стала своего рода служанкой этой религии» [321].

Фактически Барадин признавал, что медицина являлась проводником и инструментом буддизма. Ее инструментальную функцию он описывал так: «Распространителями индийской медицины в Тибете и в других странах всегда являлись буддийские проповедники, которые для успешности обращения в буддизм соседних с Индией диких и полукультурных народов должны были владеть не только искусством проповеди, но и еще в большей мере искусством врачевания. Этот излюбленный метод буддийских проповедников применялся впоследствии и тибетскими ламами по отношению к монголам и бурятам»[322].

В самом Тибете, как утверждал Б. Б. Барадин, медицина сначала концентрировалась в руках светских индийских врачей. Однако постепенно индийская медицинская литература была переведена на тибетский язык, развилась привязанная к тибетским реалиям медицинская практика, а ламы монополизировали всю эту область, придав ей глубокое религиозно-буддийское направление. В результате к XX в. тибетская медицина в Тибете пришла в упадок, задавленная и вытесненная заклинаниями и знахарством[323].

---

[320] *Ванчикова Ц. П., Ричинова О. С.* Проект Буручкома по реформированию тибетской медицины в БМАССР в 1920-е годы // Гуманитарный вектор. Сер. История. Политология. 2016. Т. 11. № 4. С. 158–159.

[321] ГАРБ. Ф. 248. Оп. 1. Д. 8. Л. 148.

[322] Там же.

[323] Там же.

Отделяя рациональное начало тибетской медицинской системы от религиозной догматики, Барадин апеллировал к прагматизму большевиков. В пояснительной записке к проекту «Положения о тибетской медицине в Бурят-Монгольской Автономной Области», обобщая взгляды членов Буручкома, он сформулировал ее современное значение: «Тибмедицина, имеющая многовековой опыт, не может быть поставлена на одну доску с народной медициной и несомненно имеет испытанные средства против многих болезней. В этом отношении она несравненно выше любой народной медицины и при правильной постановке ее особенно в полукультурных странах, где еще не проникла европейская медицина, может иметь значение рациональной медицины»[324].

Председатель Буручкома утверждал, что религиозное содержание вместило в тибетской медицине многие древние практики и номенклатуры, относившиеся к области медицины рациональной. Перестав понимать сущность и значение терапевтических знаний и методов, ламы попросту утратили их. Поэтому рациональное изучение тибетской медицины могло бы вернуть в сокровищницу радикальных средств научной медицины многие ценные элементы.

Б. Б. Барадин считал, что несмотря на невежество и религиозный догматизм, бурятские эмчи-ламы приносят большую пользу в борьбе со многими заболеваниями в условиях почти полного отсутствия в республике европейской медицины. Даже отмечая то, что ламское лечение бесполезно против люэса, гонореи, туберкулеза, дифтерии и глистов, а ламы не имеют понятия об асептике и асептической хирургии, ученый полагал, что в арсенале тибетской медицины вполне могли быть рациональные средства борьбы с неизлечимыми для европейской медицины болезнями.

Главным злом бурятского варианта тибетской медицины Барадин считал систему абаралов (обряд предсказания) и гуримов (обряд отчитывания буддийских молитв). «Почти каждый больной бурят не обходится без того, чтобы не обратиться за советом к предсказателю-абаралчину, который неизменно предсказывает больному всякие беды, что во избежание этого необходимо де совершить какой-нибудь обряд «гурим», – писал он. – При этом абаралчин может еще указать, к какому гуримчину лучше обратиться

[324] Там же. Л. 149.

для совершения данного гурима.…Абаралчин часто прибегает к системе протектирования своих друзей-гуримчинов для предоставления им счастливого случая «заработать»»[325]. Связывая эти практики с экономической стороной тибетской медицины, ученый отмечал, что такое «лечение» обходится трудовому бурят-монголу чрезвычайно дорого и является открытой эксплуатацией ламами народной темноты[326].

Поэтому в рекомендациях к готовящемуся проекту положения о тибетской медицине Б. Б. Барадин особо подчеркивал необходимость ее отделения от буддийской церкви и строгой регламентации врачебной практики лам. По его мнению, полный запрет при отсутствии доступной европейской медпомощи был бы нерационален и невозможен. Новое положение должно было дать тибетской медицине возможность свободного развития при условии, что такая способность сохранилась. Если же способность к прогрессу была утрачена, тибетская медицина должна была исчезнуть в конкурентной борьбе с европейской медициной. Делом первой важности Барадин считал пресечение шарлатанских практик абаралчинов и гуримчинов, но при этом подчеркивал, что вытеснение тибетской медицины европейской должно было происходить путем расширения, доступности и приспособленности новой медицины к нуждам бурят[327], то есть естественным конкурентным путем, а не посредством запретов.

В марте 1923 г. Буручком разработал проект «Положения о тибетской медицине в Бурят-Монгольской Автономной Области». Документ состоял из четырех разделов: 1) об отделении тибетской медицины от ламаистской церкви в пределах БМАО; 2) о лекарях тибетской медицины; 3) о мамба-дацанах (школах тибетской медицины) и об аптеках тибетских лекарственных средств; 4) об органах, ведающих делами тибетской медицины.

---

[325] Там же. Л. 150.

[326] В качестве примера мошеннического использования абаралов и гуримов Б. Б. Барадин приводил материалы наблюдений заведующего Агинской больницей Лыксока Жабэ. Среди пациентов Агинской больницы преобладали больные сифилисом, отчаявшиеся в ламском лечении и прибегнувшие к помощи европейских медиков. Однако прежде чем обратиться к советскому врачу, пациенты-люэтики всегда спрашивали совета у ламы-абаралчина. Предсказатель обычно отправлял к европейскому доктору самых безнадежных или вконец разоренных больных. Но даже в этом случае абаралчин не забывал о заработке своих коллег-гуримчинов, утверждая, что без отчитывания гурима пользы от европейского лечения, якобы, не будет. ГАРБ. Ф. Р-248. Оп. 1. Д. 8. Л. 149.

[327] Там же. Л. 151.

Согласно проекту положения, тибетская медицина на территории бурятской автономии отделялась от церкви, имущество мамба-дацанов национализировалось, мамба-дацаны выходили из ведения Центрального совета по духовным делам бурят-монголов буддистов Сибири и Дальнего Востока и передавались в ведение областных отделов здравоохранения. Тибетские врачи и знахари (абаралчины и гуримчины) были обязаны зарегистрироваться в местном отделе здравоохранения, пройти проверку образовательного ценза и врачебного стажа, вести письменный учет отпуска средств и выручки. Они лишались права лечить инфекционные и глазные заболевания, оказывать хирургическую и акушерскую помощь, если в местности имелся пункт европейской медицины. Фактически, проект положения лишал их права на заработок: выручку от лечения и реализованных лекарств эмчи-ламы должны были сдавать в соответствующую территориальную тибетскую аптеку, из кассы которой впоследствии получать деньги по предъявлении смет за лечение пациентов.

Тибетские аптеки должны были открываться при мамба-дацанах и выполнять двоякую роль: с одной стороны учебной лаборатории, с другой – аптеки для обслуживания пациентов. Все дела в области тибетской медицины должны были регулироваться Центральным Советом по культурным делам бурят-монголов Сибири и Дальнего Востока (Бурмонсовкуд), исполнительными органами которого являлись облздравы и аймздравы[328].

В мае 1923 г. Бурят-Монгольский областной исполнительный комитет принял в Иркутске постановление, установившее гораздо более жесткий государственный контроль за тибетской медициной, чем это рекомендовалось Буручкомом. Мамба-дацаны, аптеки и другие учреждения тибетской медицины на территории БМАО закрывались, их имущество описывалось и национализировалось, тибетские лекари брались на учет, деятельность абаралчинов и гуримчинов запрещалась, а уличенные в отправлении абаралов и гуримов подлежали преследованию за мошенничество по статье 187 Уголовного кодекса РСФСР. Тибетские лекари переходили в ведение областного отдела здравоохранения и подлежали регистрации в местных здравотделах. Им строго запрещалось лечить средствами европейской медицины, а за нарушение постановления следовала административная ответственность в виде штрафа

[328] Там же. Л. 146, 146 об., 147.

до 300 руб. золотом или принудительных работ сроком до трех месяцев[329].

Новообразованный Бурнаркомздрав относился к тибетской медицине неодобрительно, но в целом лояльно. Нарком здравоохранения А. Т. Трубачеев со студенческих лет интересовался тибетской диагностикой, фармакологией и терапией. В Бурят-Монголии некоторым практиковавшим эмчи-ламам выдавалось особое удостоверение республиканского НКВД, а также справки Бурнаркомздрава для провоза через советско-монгольскую границу тибетских лекарственных средств. Подписывал эти справки А. Т. Трубачеев[330]. В качестве примера приведем справку и удостоверение, выданное Бурнаркомздравом и НКВД БМАССР Д. Ендонову [стилистика и орфография оригинала сохранены – *В. Б.*]:

Справка

Выдана Заведующему школой Тибетской медицины при Ацагатском аршане гр. Дондук Ендонову в том, что со стороны Бурнаркомздрава не встречается препятствий к пропуску через Кяхтинскую таможню тибетских медикаментов, если таковые не являются сильно действующими.

П. п. Нарком здравоохранения – д-р Трубачеев.

Секретарь – Добротворский[331].

Копия

Народный комиссариат внутренних дел

Управление: Администр. Отд.

12 ноября 1925 года

№ 1455 г. Верхнеудинск

Удостоверение

Дано сие гр-ну Дондок Ендонову, исполнявшему обязанности гапши-лобсона (преподавателя) Тибетской медицинской школы Мамба при Нарын-Ацагатском аршане, в том, что ему разрешено Адмотделом НКВД Бурреспублики устраивать собрания

[329] Там же. Л. 144, 144 об., 145.

[330] *Батоев Д. Б., Демкова Н. П., Батоев С. Д.* Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубачеев в истории здравоохранения Бурятии. Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. С. 76–77.

[331] ГАРБ. Ф. Р-248. Оп. 3. Д. 56. Л. 14.

лам-медиков тибетской медицины при поездке его по восьми дацанам в вышеуказанные сроки, а именно:

1. В Шулутовском 20/11–25 г. Хоринского аймака.

2. В Аннинском 23/11–25 г.

3. Игитуевском 25/11–25 г.

4. Чесанском 28/11–25 г.

5. Кижингинском 1/12–25 г.

6. Тунгу-Галтаевском 7/12–25 г. В-Удин. У.

7. Сулгинском 10/11–25 г.

8) Хотюртовском 15/12–25 г.

Повестка дня в каждом дацане следующая: обсуждение в собраниях лам медиков тибетской медицины вопроса о положении в Бурреспублике этой медицины и в дацанских школах в связи с постановкой этого вопроса на втором Духовном соборе буддистов Сибири, что подписями и приложением печати удостоверяется.

Гербовый сбор в сумме 2 рублей взыскан.

Печать начальника Административного управления НКВД

ПП нач. админотдела БНКВД – Эбулдин

Секретарь – Ринг[332]

Удостоверение, выданное НКВД БМАССР, показывает, что к середине 1920-х гг. у эмчи-лам активизировался процесс профессиональной самоорганизации, вне всяких сомнений являвшийся реакцией на жесткую государственную регламентацию их деятельности. В документах фонда Совета Министров БМАССР в Государственном архиве Республики Бурятия сохранился протокол собрания эмчи-лам из хидов (дацанов) Хоринского, Верхнеудинского, Тункинского, Аларского, Эхирит-Булагатского и Баргузинского аймаков Бурят-Монголии, состоявшегося 18–22 июня 1926 г. в Ацагатском аршане.

На собрании присутствовали 25 тибетских медиков. Председателем был избран манрамба-лама Ацагатского хида Дондок Ендонов, членами президиума Содномпил Цыремпилон и Дагбо Доржин. В повестке собрания стояли насущные для эмчи-лам вопросы: 1) о единообразном приготовлении тибетских лекарств; 2) об открытии аптеки и лаборатории тибетской медицины; 3) об открытии амбулатории; 4) об организации центрального совета

[332] Там же. Л. 15.

тибетских медиков; 5) об изыскании средств на приобретение состава лекарств и о наведении справок о составе тибетских лекарств в пределах СССР[333].

По каждому из вопросов повестки выступили докладчики. Доклады обсуждались и по ним принимались резолюции. Некоторые вопросы, например, об открытии аптеки и лаборатории тибетской медицины, вызвали долгие прения и для их проработки собрание выбрало из своих рядов особую комиссию. Было решено открыть сначала склад тибетских лекарств, затем аптеку. Из-за отсутствия опыта в организации лабораторной работы собрание решило открыть при школе тибетской медицины отдел фармации для точного изучения свойств и состава лекарств. Собрание также приняло постановление комиссии об открытии при Ацагатской медицинской школе амбулатории. Вместе с отделом фармации смета на амбулаторию составила 335 руб. 11 коп.[334]

Для изыскания средств на реализацию планов собрание приняло решение просить о материальной помощи дацаны, обязать врачей и гуримчинов производить пожертвования, а к мирянам обратиться с просьбой о добровольном пожертвовании, просить эмчи-лам отчислять на общие нужды 10% своих доходов, обратиться за материальной помощью к Бурят-Монгольской АССР, получить официальное разрешение от властей на сбор добровольных пожертвований среди мирян. Также было решено организовать центральный совет тибетских медиков из семи членов и ревизионную комиссию из пяти членов, создать союз тибетских медиков.

Большинством голосов председателем был избран Д. Ендонов, а членами центрального совета – Д. Номтоин, Л. Эрдынин, Б. Галсано, Д. Буянтарон, Ч. Намсарайн и С. Цыремпилон. Для исполнения решений в каждом дацане коллектив эмчи-лам выбирал одного уполномоченного[335].

Врачам тибетской медицины предписывалось безоговорочно подчиняться законам советской власти и лечить обращающихся к ним больных независимо от этнической или классовой принадлежности. Абаралы и гуримы были запрещены. Также эмчи-ламам воспрещалось употреблять алкоголь, играть в карты, совершать неблаговидные поступки. Все тибетские лекари были обязаны

[333] Там же. Л. 17.
[334] Там же.
[335] Там же. Л. 17 об.

соблюдать личную гигиену, содержать в чистоте лекарственные средства и их ингредиенты[336].

Стремление эмчи-лам к профессионализации своей деятельности отразилось и в ряде документов о школе тибетской медицины, разрешение на открытие которой при Ацагатском дацане Наркомздрав РСФСР и правительство БМАССР дали в 1926 г.[337] В проекте «Устава о школе тибетской медицины» говорилось, что духовный собор буддистов Бурятии постановил создать в республике три медицинские школы, но документ содержал спецификацию лишь одной из них – Ацагатской. Она обслуживала все дацаны Хоринского, Тункинского, Баргузинского, Аларского и Эхирит-Булагатского аймаков.

Целью работы было обучение четырем основным правилам тибетской медицины: Зажуд, Манакжуд, Шаджуд и Чемажуд. Ими предусматривалось изучение причин возникновения болезней, патологии, диагностики, профилактики, антисептики и фармацевтики. Преподавание должно было осуществляться по учебникам индийских медиков Бандида Нэхэнзана, Лобон Бабу, Даба Онгэя, тибетских врачей Бирозана, Ютус, Суругба, Санжижамсо и по другим руководствам. Полный срок обучения составлял семь лет, а успешно закончившие курс и выдержавшие экзамены медики-практиканты должны были по представлению медицинского совета получать от Центрального духовного совета буддистов диплом[338].

Необходимость в профессиональных собраниях, видимо, возникала у бурятских эмчи-лам регулярно. Накопившиеся вопросы требовали коллегиального обсуждения. В конце 1928 г. Д. Ендонов подал в ЦИК БМАССР заявление, прося разрешить проведение II областного совещания тибетских медиков 26 декабря 1928 г. при Ацагатском аршане. Затем к начальнику административного управления ЦИК Бурят-Монгольской АССР обратился цанит-хамбо, представитель Тибета Агван Доржиев (1853-1938), убедительно просивший разрешить это мероприятие и подчеркивавший свой глубокий интерес в участии[339]. Официального разрешения и дальнейшей переписки по данному вопросу в архивном фонде мы не обнаружили. По-видимому, даже несмотря

[336] Там же. Л. 18.
[337] *Батоев Д.Б., Демкова Н.П., Батоев С.Д.* Первый нарком. С. 74–75.
[338] ГАРБ. Ф. Р-248. Оп. 3. Д. 56. Л. 19.
[339] Там же. Л. 6.

на особый запрос А. Доржиева, собраться на второе совещание эмчи-ламам Бурят-Монголии не удалось.

Судя по изученным в ГАРБ документам, вокруг тибетской медицины в Бурят-Монгольской АССР сложилась следующая ситуация. Попав к середине 1920-х гг. под достаточно жесткое государственное регулирование, сообщество тибетских медиков отреагировало попытками принять правила игры. Была инициирована профессиональная консолидация изнутри с соблюдением советского организационного, делопроизводственного и профессионального регламента. Внешне деятельность эмчи-лам оформлялась по образцу любого советского профессионального объединения: была создана выборная иерархия, формализовались профессиональные методы, в легальное поле вводились новые для этой отрасли формы взаимодействия с пациентами – через аптеки и амбулатории, наметилась тенденция к стандартизации профессионального образования. Эмчи-ламы даже планировали приступить к формализованному лабораторному изучению собственной фармакопеи, терапевтических и диагностических методов, но из-за неопытности воздержались от открытия лаборатории при Ацагатской медицинской школе, сведя все к простой декларации такого намерения.

Несмотря на все это, главного результата – официального признания права тибетской медицины на существование – добиться не удалось. Условно терпимое отношение советских функционеров к эмчи-ламам вызывалось лишь прагматическими соображениями, ведь в условиях зарождающейся новой системы здравоохранения им зачастую просто не имелось альтернативы. Зная это, Наркомздрав БМАССР смотрел на тибетских медиков неодобрительно, но препятствий их деятельности не чинил, хоть и осыпал градом критики. Правительство республики тоже воспринимало тибетскую медицину как неизбежное зло, дни которого сочтены, стоит лишь запастись терпением. Даже хорошо понимавшие особое историко-культурное значение тибетской медицины ученые из Буручкома концентрировались на «отделении зерен от плевел», спасая исключительно ее рациональную составляющую и открещиваясь от религиозного наполнения.

В архивном фонде Бурнаркомздрава много резко отрицательных отзывов о деятельности эмчи-лам. С одной стороны, это соответствовало партийной линии на искоренение религии с ее

предрассудками, одним из которых, без сомнения, считалась тибетская медицина. С другой стороны, борьбы с эмчи-ламами требовала сама логика государственной медицины, для которой все альтернативные целительские практики являлись шарлатанством. Например, в докладе Бурнаркомздрава к совещанию наркомздравов автономных республик давалась жесткая критическая характеристика:

> «В Бурятии насчитывается огромное количество лам-медиков, именующих себя тибетскими медиками, в огромном большинстве своем совершенно невежественных и медицински неграмотных. Пользуясь темнотой и невежеством масс, эти ламы-медики имеют популярность среди культурно отсталого бурятского народа. Борьбу с этим вековым злом можно вести только путем широкого санитарного просвещения среди бурятского народа, насаждения квалифицированной помощи европейской медицины в отдаленных глухих районах Бурреспублики и постепенного приобщения бурят к культурной жизни. Для того чтобы борьба с тибетскими лекарями, в частности с ламами-медиками, дала практические результаты, необходимо изучить тибетскую медицину»[340].

Для практического изучения данного предмета Наркомздрав БМАССР ходатайствовал перед Москвой о выделении средств на организацию фармацевтической лаборатории. Проект, однако, поддержки не получил. Тем не менее, как указывается в докладе, необходимость в такой лаборатории оставалась очевидной[341]. Во-первых, для успешной борьбы с противником необходимо было досконально изучить его «оружие, тактику и стратегию», то есть фармакологию, методы диагностики и терапии тибетской медицины. Во-вторых, без глубинного изучения медики вряд ли могли обоснованно судить об их несостоятельности.

Советские медики подходили к тибетской медицине гораздо более критически, чем ученые-востоковеды. Например, врач М.К. Харахинов писал: «Ламская медицина претендовала на звание научной медицины. Но подобие научной медицины только кажущееся на первый взгляд. Оно поддерживается наличием

[340] ГАРБ. Ф. Р-665. Оп. 1 б. Д. 1. Л. 174.
[341] Там же.

книг (на тибетском и монгольском языках) с изложением основ тибетской медицины, существованием специальных школ для подготовки лам-лекарей и, наконец, применением различных лекарственных веществ… На самом же деле ламская медицина является по существу знахарством… За две с половиной тысячи лет в учении тибетской медицины о здоровом и больном человеке, о болезнях и их лечении ничего не изменилось. Это со всей ясностью говорит, по меньшей мере, о колоссальной отсталости и необычайной примитивности тибетской медицины. Будучи связана с буддийской религией, тибетская медицина заставляла верить в себя, как в религию»[342].

Борьба с социальными и эпидемическими заболеваниями была той областью, где тибетская медицина однозначно представлялась вредной. Воспитанные на микробной теории и привыкшие к применению химических медикаментов врачи видели в ламских способах лечения сифилиса и туберкулеза шарлатанство, замешанное на невежестве и религиозных суевериях. К их критическому отношению присоединилась и официальная печать. Освещая деятельность советско-германской экспедиции 1928 г., газета «Бурят-Монгольская Правда» писала:

> «Как известно, ламы-лекари были первыми и главными проводниками буддийской религии, поэтому вполне понятно, что буддийские монастыри в первую очередь озаботились о насаждении ламайской медицины.…Число лам, врачующих по «Тарни» (заклинаниями, предсказаниями и прочим), насчитывалось тысячами, но, несмотря на широкий охват лечебной помощи со стороны монастырей, запросы населения на европейскую медицину быстро выросли.…Население видит, что заклинаниями и наговорными корешками и травами ни сифилис, ни другие болезни не вылечиваются. Что же в этом случае должны делать ламы?
>
> Зная про свою медицину с религией, что это сплошное шарлатанство, обращаясь со всеми болезнями к русским врачам и врачам русско-германской экспедиции, они говорят, что врачи могут лечить

[342] *Харахинов М. К.* Десять лет борьбы. С. 3.

только с их помощью, что если больной не обратится к ним, ламам, то болезнь не пройдет.

Чтобы поддержать свой авторитет среди населения, ламы распространяют слухи, что врачи приехали к ним не только лечить, но главное, учиться у них тибетской медицине…»[343].

К концу 1920-х гг. ужесточение государственной политики по отношению к религии и верующим было официально закреплено в документах высших органов власти СССР. Тибетская медицина получила серьезный удар. Постановление ВЦИК и СНК РСФСР «О религиозных объединениях» от 8 апреля 1929 г. в статье 17 воспрещало религиозным организациям открывать санатории и оказывать лечебную помощь[344]. В этой связи по районам Бурят-Монголии были закрыты популярные среди населения водолечебницы – аршаны, что вызвало народное недовольство: официальных курортов в республике было лишь четыре (Горячинский, Аршан, Нилова Пустынь и Гаргинский). С протестом к местным властям обратился Агван Доржиев[345].

Аршаны давно вызывали острую критику советских врачей, видевших в допотопно обустроенных источниках рассадник антисанитарии. Их закрытие не могло не вызвать удовлетворения в Бурнаркомздраве. Ближе к 1930-м гг. критическое отношение советской медицины к эмчи-ламам сменилось на открыто враждебное. Даже специалисты, ранее призывавшие изучать научную основу тибетского медицинского учения, принялись писать о его вреде для дела советского здравоохранения. Изменение риторики, несомненно, вызывалось ужесточением внутренней политики в преддверии коллективизации и индустриализации. Но, как это часто бывает, беда для тибетской медицины пришла совсем не из Бурнаркомздрава. Первым камешком в лавине репрессий против лам, дацанов и верующих в Бурятии, стала пресловутая «инициатива на местах». Архивные документы начала 1930-х гг.

---

[343] Цели и задачи русско-германской экспедиции // Бурят-Монгольская Правда. 1928. № 161 (1429). 17 июля.

[344] О религиозных объединениях. Постановление ВЦИК и СНК РСФСР, 8 апреля 1929 г. // 100 (0) ключевых документов по российской и советской истории. [Электронный ресурс]. URL: https://www. 1000dokumente. de/?c=dokument_ru&dokument=0007_rel&object=translation&l=ru (дата обращения 01.02.2018).

[345] *Номогоева В. В.* Тибетская медицина в Бурятии в контексте социальной модернизации 1920-30-х гг. // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2009. № 3 (67). С. 285.

позволяют воссоздать касающиеся нашей темы эпизоды разворачивавшейся драмы.

По материалам Государственного архива новейшей истории Иркутской области (ГАНИИО) историки Л. В. Занданова и А. В. Паламарчук приводят примеры дискриминационного отношения к буддийским священнослужителям. Например, 27 декабря 1929 г. Толтойский сомонный совет в Тункинском аймаке БМАССР объявил ламам Хандагатайского дацана самообложение, предложив им в тот же день до 8 часов вечера внести суммы самообложения от 71 до 175 руб. на каждого. На следующий день сомсовет описал имущество семи лам, которое 30 декабря было продано с торгов. Курбинский сомсовет на заседании 6 ноября 1929 г. вынес постановление, воспрещающее населению сомона продавать ламам мясо, хлеб и другие продукты, предупредив, что нарушители будут преследоваться в уголовном порядке. Активисты на местах действовали настолько грубо и беззаконно, что секретарь Буробкома ВКП (б) М. Н. Ербанов называл такую «идеологическую работу» хулиганством[346].

В феврале 1930 г. местные партийные ячейки в Мухоршибирском, Агинском, Эхирит-Булагатском, Тункинском и других районах БМАССР инициировали проведение собраний, на которых, помимо обычных обязательств приблизить уровень коллективизации к стопроцентному, были приняты решения о закрытии Цолгинского, Бырцинского, Тарбагатайского, Ольхонского и Окинского дацанов. Договоры с общинами верующих подлежали расторжению, дацаны ликвидировались, культовое имущество и здания передавались в ведение местных администраций для культурно-просветительных нужд. Эти решения проиллюстрированы многочисленными протоколами собраний, написанными по-старомонгольски со смысловым переводом на русский язык[347].

Верующие-буддисты не согласились с активистами. Начались жалобы в высшие советские инстанции. Одна, написанная Агваном Доржиевым, попала во Всероссийский Центральный исполнительный комитет Советов. Среди прочего, в ней говорилось, что тибетская медицина в Бурятии подвергается преследованиям со стороны местных властей: эмчи-ламы попадают в тюрьму и облагаются непомерными налогами-штрафами; лекарства,

[346] *Занданова Л. В., Паламарчук А. В.* Борьба с ламаизмом в Восточной Сибири в 1930-е годы: документы свидетельствуют // Гуманитарный вектор. 2016. Т. 6. № 4. С. 94–95.
[347] ГАРБ. Ф. Р-248. Оп. 3. Д. 98. Л. 1–3, 10.

с большим трудом доставленные из Тибета и Китая, конфискуются и уничтожаются. При этом, ввиду своей малочисленности, советские фельдшера и врачи не могут обслуживать все местное население, а тибетские медики преследуются[348].

Реакция Москвы последовала менее чем через полгода после собраний на местах. 16 июня 1930 г. в административное управление (АУ) СНК БМАССР поступил запрос. Член Президиума ВЦИК П. Смидович предлагал срочно прислать ему дела о закрытии пяти дацанов с докладом о политике закрытия и о причинах отступления от действующего законодательства, доклад о действиях по борьбе с тибетской медициной и о причинах допущенных в ней отклонений от директив центра, сведения о соблюдении директивы, касающейся права несовершеннолетних хувараков оставаться в прежнем положении, сведения о том, сохранилось ли в БМАССР у лам право на трудовое пользование землей[349].

Запрос из Президиума ВЦИК вызвал активную переписку между АУ СНК БМАССР, республиканскими наркоматами, ОГПУ и аймачными административными отделениями, в которой отразились основные тенденции и противоречия этого драматического процесса. Быстрее всего отреагировали Наркомзем и Наркомздрав БМАССР. Первый прислал подписанное замнаркома земледелия Вылковым разъяснение о том, что по постановлению ЦИК и СНК БМАССР № 501 от 11 февраля 1927 г. ламы и совершеннолетние хувараки лишены права на трудовое землепользование, но ведущие собственное хозяйство ламы и несовершеннолетние послушники такое право сохранили наравне с другими гражданами[350]. Второй – составленную А. Т. Трубачеевым пояснительную записку с характеристикой текущего положения тибетской медицины в Бурят-Монголии и соображениями наркома о ее будущем. Этот документ представляет для нас особый интерес: в нем отчетливо чувствуется изменение отношения руководителя бурятского здравоохранения к предмету обсуждения.

В записке сразу же акцентируется догматический, клерикальный характер тибетской медицины, ставится под сомнение ее способность к саморазвитию, подчеркивается отсутствие у эмчи-лам формальной медицинской подготовки. «Существующие мамба-дацаны (школы медицины) служат местом не для учебы, а

[348] *Номогоева В. В.* Тибетская медицина в Бурятии. С. 285.
[349] ГАРБ. Ф. Р-248. Оп. 3. Д. 98. Л. 13.
[350] Там же. Л. 18.

для разных религиозных служб, – говорится в документе. – У этих мамба-дацанов … имеются только книги по тибетской медицине, а все остальное – предметы религиозного культа. Окончивших полный курс по медицине, по рассказам лам, очень мало, а большинство совершенно малограмотно, знакомо практически с назначением лекарств и считает, что этого достаточно для практики медицины. Таким образом, громадное большинство лам-лекарей совершенно не имеет той минимальной теоретической подготовки, которая существует, по-видимому, в тибетской медицине…»[351].

Легко заметить, что А. Т. Трубачеев подчеркивает даже не факт незнания эмчи-ламами основ современной медицины, но принципиальное отсутствие теоретической подготовки в своей собственной области. По словам наркома, лишь некоторые ламы «по-видимому, подкованные теоретически по своей медицине, в процессе своей повседневной лечебной работы приобретают известный опыт, наблюдательность и при врожденной способности к анализу и синтезу умеют распознавать болезни и довольно удачно лечить их, и пользуются авторитетом и влиянием среди темного населения»[352]. Сводя причины профессионального успеха эмчи-лам к простой наблюдательности и способностям, Трубачеев акцентирует то, что тибетская медицина в Бурят-Монголии не является полноценной медицинской системой, а зиждется на случайных факторах и слепой вере.

В документе открытым текстом говорится, что Бурнаркомздрав не располагает сведениями о сроке обучения и учебных программах в школах тибетской медицины. Сообщается, что при дацанах совсем нет лечебных заведений – амбулаторий и других вспомогательных учреждений. Если это правда, то значит никакой координации деятельности между наркоматом здравоохранения и оформленной (по крайней мере на бумаге) профессиональной организацией эмчи-лам не было? Ведь в приведенных выше протоколах первого совещания тибетских медиков Бурят-Монголии (18–22 июня 1926 г.) отражена информация о сроках обучения (семь лет), его методике и использующихся учебных пособиях (руководствах), а главное – о намерениях лам организовать амбулаторию и даже лабораторию.

Такое предположение вполне реально. Документы о собраниях тибетских медиков откладывались в фонде Совета Министров

[351] Там же. Л. 20.
[352] Там же.

(Р-248), а не в фонде Министерства здравоохранения (Р-665). Это значит, что они проходили напрямую через канцелярию СНК БМАССР, минуя медицинское ведомство, которое ничего не знало о планах лам модернизировать свою профессиональную деятельность. Возможно и то, что в силу инертности, неприязни к европейской медицине, или просто по недомыслию, эмчи-ламы не удосуживались информировать Бурнаркомздрав об особенностях своей профессиональной подготовки, хотя это предусматривалось правительственным «Положением о тибетской медицине».

Еще одной важной мыслью пояснительной записки Бурнаркомздрава было то, что тибетская медицина в Бурят-Монгольской АССР существует совершенно свободно, не подвергаясь никаким репрессиям со стороны государства. Напротив, Бурнаркомздрав серьезно планировал изучать тибетскую терапию и фармакологию. Существовал довольно радикальный вариант такого изучения: при Институте социальной гигиены планировалось выделить несколько коек, на платной основе пригласить эмчи-ламу, поручить ему лечение больных, заручившись полным согласием их самих и их родственников, и проводить полноценные наблюдения с применением всего арсенала средств клинической диагностики.

В истории русской медицины подобный прецедент уже был. В 1860 г. Медицинский департамент Военного министерства поручил лекарскому помощнику Николаевского военного госпиталя в Санкт-Петербурге эмчи-ламе Сультиму Бадмаеву лечение туберкулезных и раковых больных, с чем он, судя по приведенным несколькими авторами сведениям, успешно справился, заслужив в 1862 г. звание военного врача и чин коллежского регистратора[353]. В Бурнаркомздраве же планировали после наблюдения подвергать наиболее эффективные медикаменты химическому анализу и проводить их испытания на животных. Считалось, что это был наиболее быстрый и дешевый способ проверить на практике, так ли действенны методы и средства тибетской медицины[354].

Однако описанная в документе картина сосуществования тибетской медицины и социалистического здравоохранения в реальности не была столь идиллической. Наркома А. Т. Труба-

[353] *Бадмаев П. А., Гусев Б. С.* Доктор Бадмаев. Тибетская медицина. Царский двор. Советская власть. М.: Русская книга, 1995. С. 4; *Кузьмин Ю. В.* Доктор П. А. Бадмаев: ученый, дипломат, предприниматель. М.: Товарищество научных изданий КМК, 2014. С. 40.

[354] ГАРБ. Ф. Р-248. Оп. 3. Д. 98. Л. 20 об.

чеева беспокоили кривотолки, которые могли бы возникнуть в результате найма на государственную службу эмчи-ламы. А затем в пояснительной записке раскрывается главное соображение по поводу тибетской медицины. «В виду того, что тибетская медицина, как чисто эмпирическая, не научная, не имеет никаких перспектив на дальнейший прогресс, по нашему мнению, нужно издать постановление о запрещении ее на территории Бурреспублики, – говорится в документе. – Если путь запрета считать административным давлением, то у Бурнаркомздрава для настоящей медицинской сети при разбросанности населения, отсутствии квалифицированного персонала, недостатке врачей, владеющих бурятским языком и знающих психологию и быт бурят, нет другого пути для борьбы с тибетской медициной»[355].

Развивая мысль, нарком здравоохранения подчеркивал: «Ни для кого не секрет, что ламы не связанные ни с какой службой и имеющие возможность быстро передвигаться из улуса в улус не имеют конкурентов себе в лице наших единичных участковых врачей и среднего персонала, среди которых немало людей пришлых, не знакомых с бытовыми условиями и обычаями бурятского населения. Лечение через переводчиков при незнании языка вызывает лишь неудовлетворенность и с той и с другой стороны. В деле насаждения начал санитарной культуры ламы вообще, и в частности лекари являются одним из сильных тормозов. Поэтому, нам кажется, что теперь вполне своевременно издать приказ о запрещении тибетской медицины»[356]. В самом конце документа оговаривалось, что запрет тибетской медицины не помешает научному изучению ее лечебных средств.

Таким образом, к 1930 г. Бурнаркомздрав полностью «созрел» для запрета конкурирующей медицинской системы. Это неудивительно, так как отношения между ними с самого начала складывались тяжело. Из пояснительной записки наркома видно, что он сохранил верность своему стилю: не допускать победных реляций и использовать каждый шанс, чтобы подчеркнуть – дело строительства здравоохранения в Бурятии идет медленно и требует дополнительного внимания центра. Поэтому, реалистично оценив сложившуюся обстановку, Трубачеев решил, что пора честной конкуренции прошла и судьбой тибетской медицины должна заняться административно-репрессивная машина.

[355] Там же.
[356] Там же.

Между тем, ситуация с закрытием дацанов действительно привлекла к себе внимание Москвы. Парадоксально, но реакцией было не одобрение, а, скорее, раздражение. Президиум ВЦИК требовал четких, документально подтвержденных объяснений юридической обоснованности действий аймачных администраций, допустивших закрытие дацанов, бегство большинства лам и недовольство общин верующих[357]. Этому существует два объяснения. Наиболее очевидным является следующее.

В 1930 г. страна уже приступила к осуществлению главного социально-экономического эксперимента сталинизма – индустриализации. Для этого нужно было успешно завершить коллективизацию, но именно здесь возникло большое количество проблем. На местах отмечались серьезные перегибы. Бурят-Монгольская АССР оказалась в числе регионов, где беззаконие при осуществлении коллективизации вылилось в массовые выступления крестьян. Весной 1930 г. вооруженное восстание охватило Мухоршибирский, Бичурский районы республики и смежные территории Читинской области. И хотя бунт начался среди староверов и казаков, крайне нежелательными были поводы, способные вовлечь в него бурят. Восстание вскоре было подавлено частями ОГПУ, но опасения сохранились и, видимо, из этих соображений ВЦИК прислушался к жалобам верующих и резко одернул правительство БМАССР.

Второе объяснение логически связано с первым. В условиях решения колоссальной по масштабу задачи требовалось формально сохранять полную иллюзию законности происходящего. Реквизиция объектов и предметов культа без веских на то оснований и хотя бы минимальной опоры на действующее законодательство означала бы дальнейший подрыв веры в социалистическую законность. Поэтому инициатива бурят-монгольских активистов не нашла понимания в Москве и пришлось срочно отыгрывать ситуацию назад.

15 февраля 1931 г. в секретариат Президиума ВЦИК из ЦИК БМАССР была направлена подробная информация по запросу от 16 июня 1930 г. В ней говорилось: «Постановление о закрытии 5 дацанов, указываемых Вами, ЦИК БМАССР не выносил. По инициативе местных властей под предлогом «Постановления верующей бедноты» был изъят из пользования верующих Цолгинский дацан

[357] Там же. Л. 43.

в Мухоршибирском районе. Ввиду незаконности означенного Мухоршибирскому Райисполкому Административно-Правовым Отделом БурЦИК»а было дано категорическое указание впредь до рассмотрения дела в БурЦИК»е не препятствовать общине верующих»[358].

Документ содержит и отредактированную ЦИК БМАССР информацию по борьбе с тибетской медициной. «Никакого отклонения в борьбе с тибетской медициной и нарушения преподанной по этому вопросу директивы центральных органов власти не было. Этому свидетельствует существующая по настоящее время школа Тибетской медицины и недавно построенная больница при Ацагатском аршане в Хоринском аймаке, руководимая тибетскими медиками. Тибетская медицина в Бурреспублике существует совершенно свободно и никаких репрессивных мер по борьбе с ней не ведется. Метод борьбы с Тибетской медициной – это противопоставление научной медицины, путем открытия новых больниц и врачебных пунктов…»[359].

ЦИК БМАССР уверял, что «если и были допущены местными органами власти некоторые нарушения закона по вышеуказанным вопросам, то таковые своевременно были устраняемы», а также, что в будущем такого не повторится[360].

Судя по сохранившимся документам, к лету 1932 г. инцидент с закрытием пяти бурятских дацанов был, в основном, исчерпан. В результате закрылся один Цолгинский дацан в Мухоршибирском районе. Официально это объяснялось тем, что в ходе коллективизации численный состав местной общины верующих уменьшился с 395 до 20 членов, а лам – до 32 чел. Такая небольшая группа не имела средств содержать целый дацан. Поэтому община добровольно отказалась от него, а ламы сложили с себя духовный сан и перешли на положение мирян[361]. Деятельность остальных дацанов была восстановлена.

Казалось бы, катастрофическая ситуация нашла удачное для буддийского сообщества Бурятии разрешение: за верующих заступился ВЦИК, правительство Бурят-Монгольской АССР, услышав грозный окрик из Москвы, сдало назад, а ретивые активисты на местах остались ни с чем. На деле же, все оказалось иначе. По-

[358] Там же. Л. 49.
[359] Там же.
[360] Там же. Л. 49 об.
[361] Там же. Л. 74.

явился прецедент: по местной инициативе был закрыт крупный дацан, ликвидирована буддийская община, а ламы вынужденно перешли в статус мирян. Бурнаркомздрав в лице А. Т. Трубачеева открыто высказался за официальное запрещение тибетской медицины в БМАССР. События 1930 г. наглядно показали, что период вынужденного сосуществования закончился. Государство приступило к искоренению конкурирующей медицинской системы и всей буддийской религии.

В апреле 1934 г. в докладе на первой конференции по изучению производительных сил Бурят-Монгольской АССР А. Т. Трубачеев говорил о тибетской медицине уже в прошедшем времени:

> «Ламская медицина была, по существу, проводником ламаизма в Бурятии и его орудием как для внедрения последнего, так и для эксплуатации и порабощения трудового населения. Пользуясь медицинской беспомощностью бурят, под флагами «друзей народа» и «целителей физических недугов», ламство через торговлю медикаментами беспощадно обирало население.…Нет сомнения, что многие нездоровые стороны быта восточных бурят, как, например, религиозное предубеждение против уничтожения паразитов (вши, блохи), ранний половой быт и запрет обращения к европейскому медику без особого разрешения на это ламы, неопрятность и т. д. – сложились и глубоко укоренились под влиянием ламаизма.
>
> Таким образом, когда эпидемии и социальные болезни свили себе прочное гнездо, медленно, но верно подтачивая организм бурят-монголов, ламаизм и вместе с ним ламская медицина сыграли весьма печальную роль, заключающуюся не только в бессилии ламской медицины в борьбе с заболеваемостью.
>
> Особый вред принесло ламство тем, что на протяжении всей истории своего существования и всей своей деятельности преднамеренно и очень тонко в целях эксплуатации способствовало распространению социальных и других болезней»[362].

[362] *Трубачеев А. Т.* Состояние и перспективы здравоохранения в Бурят-Монгольской АССР // Проблемы Бурят-Монгольской АССР: труды первой конференции по изучению производительных сил Бурят-Монгольской АССР. Т. 2. М.-Л.: Изд-во Акад.

Резюмируя негативную характеристику тибетской медицины, первый нарком здравоохранения Бурятии фактически забивал гвозди в крышку ее гроба. В 1934 г. война против буддийской религии уже шла полным ходом. Агван Доржиев тщетно писал во ВЦИК о варварском уничтожении буддийского культурного наследия: литературных памятников, типографских досок для печати ксилографов, ценных индо-тибетских и монгольских медикаментов[363]. До полного запрещения тибетской медицины оставалось менее двух лет[364].

В докладе А. Т. Трубачеева содержатся обвинения в грехах гораздо серьезнее, чем шарлатанство. Подчеркивается неравный характер отношений эмчи-лам и простых бурят. Ламство определяется как враждебный эксплуататорский класс. Первый нарком здравоохранения Бурятии обвиняет ламаизм в создании основных предпосылок нездорового «отжившего быта», а на лам возлагает ответственность за преднамеренное распространение социальных болезней.

Столь высокий градус обвинений был, в общем, нехарактерен для стиля А. Т. Трубачеева. Андрей Тимофеевич был известен своей профессиональной врачебной толерантностью ко всем больным и страждущим, безотносительно их классовой принадлежности. Это, а также тот факт, что Трубачеев был беспартийным, вызвало в октябре 1928 г. острые нападки со стороны М. М. Сахьяновой, обвинившей его в аполитичности[365].

Ужесточение риторики А. Т. Трубачеева в отношении ламской медицины отражало как общее оледенение политического климата, так и сущность происходившей в Бурят-Монголии борьбы между государственной советской медициной и ее главными конкурентами – эмчи-ламами. Истоки этого противостояния, несомненно, идеологические, но не сугубо большевистские, а уходящие глубоко в историю европейской медицины. Несмотря на популистские наслоения марксизма-ленинизма, советская медицина являлась прямой преемницей европейской концепции медицинской полиции, у которой неотъемлемой функцией была борьба с шарлатанством. Существование альтернативных меди-

наук СССР, 1936. С. 351.

[363] *Номогоева В. В.* Тибетская медицина в Бурятии. С. 286.

[364] В апреле 1936 г. вышло постановление ЦИК и СНК БМАССР «О воспрещении лечения населения методом тибетской медицины». См.: *Номогоева В. В.* Тибетская медицина в Бурятии. С. 286.

[365] *Батоев Д. Б., Демкова Н. П., Батоев С. Д.* Первый нарком. С. 142.

цинских систем в ее пространстве было немыслимым. Догматы классовой борьбы лишь многократно ужесточили этот антагонизм, что в конечном итоге привело к искоренению ламства как социально чуждого социализму класса и полному запрету на практику тибетской медицины.

Существовали и более ситуативные, тактические причины. Судя по всему, на пороге масштабных социально-экономических экспериментов новое здравоохранение в Бурят-Монголии развивалось недостаточно быстро как в плане строительства лечебно-профилактической сети, так и в смысле авторитета у населения. Пользуясь организационными трудностями социалистической медицины и мощной инерцией традиционности, эмчи-ламы продолжали удерживать значительный сегмент рынка медицинских услуг, успешно монетизируя наработанное веками доверие народа.

Если подобное положение было приемлемо в годы НЭПа с его экономической конкуренцией, то в преддверии эпохальных событий сталинского «великого рывка» для честной конкуренции не осталось места. Вездесущая, практикуемая ориентированными на традиционное общество, знающими бурятский язык, психологию и поведенческие стереотипы эмчи-ламами тибетская медицина на тот момент все еще представлялась бурятам более родной и близкой, чем социалистическое здравоохранение. Культурная трансформация происходила гораздо медленнее, чем того требовала стремительно меняющаяся политическая реальность, а республика тем временем нуждалась в массовой, унифицированной и большевистской по идеологическому содержанию медицинской помощи. Поэтому в очередной раз было решено поступиться эволюционным развитием в пользу революционной трансформации и окончить противостояние политическим решением.

Наконец, неразрывная связь тибетской медицины с буддийской религией слишком долго маячила на виду у большевиков с их «Союзом воинствующих безбожников», комсомольскими ячейками и полуграмотным местным партактивом. Неудивительно, что тибетская медицинская система воспринималась, прежде всего, как идеологический соперник медицины социалистической, и стала главным кандидатом на роль «козла отпущения», собравшего на себя обвинения во всех медицинских и гигиенических грехах – от препятствования уничтожению паразитов до сознательного рас-

пространения венерических заболеваний. Время для этого было как нельзя более подходящее – в период массовой социальной мобилизации требовался идеологический противник, и он сразу же нашелся в лице эмчи-лам.

***

Таким образом, в 1920-х и начале 1930-х гг. на фоне строительства национальной автономии проблемы здоровья населения вышли на первый план, поставив перед республикой неотложную задачу оздоровления бурятского народа. Позиции политических фигур и медицинских профессионалов по этому вопросу сходились: основным проблемным фактором признавались социальные заболевания, по общему мнению экспертов порожденные «отжившими формами быта». Серьезность ситуации взывала к срочным и конечным мерам по ликвидации этих болезней, что было невозможно без прямой материальной и кадровой поддержки центра.

Наиболее действенным способом мобилизовать эту помощь стало методичное привлечение внимания к проблеме вырождения. Угасание бурятского народа из-за социальных заболеваний прямо противоречило планам использовать БМАССР как образец успешной социалистической трансформации для зарубежной монголосферы. Расчет оказался верным: за сравнительно короткое время к решению проблем здоровья удалось привлечь большое количество высококвалифицированных кадров из центра и даже немецких врачей, работавших в составе советско-германских экспедиций летом 1926 и 1928 гг.

Профессиональный медицинский дискурс о проблемах здоровья бурят и других автохтонов региона демонстрирует некоторые специфические черты. Так, идеологические пассажи в медицинских статьях имеют характер резюмирующих вставок в самом начале или конце повествования и, скорее, контекстуализируют исследуемую проблему в политическом поле эпохи, чем задают какое-то конкретное идеологическое направление или медицинский подход. В некотором смысле это может свидетельствовать о вторичности идеологических установок и первичности гуманитарной врачебной миссии для их авторов – врачей. Тем более, что в материалах советских пропагандистов с четко декларируемым в названии идеологическим посылом все ровно наоборот: медицинские данные являются лишь иллюстрациями к задаче более

высокого порядка – максимальной идеологизации медицинской проблематики.

Изучавшие заболеваемость социальными болезнями советские медики воспринимали традиционное бурятское общество, прежде всего, сквозь профессиональную призму, которая сложилась еще в дореволюционный период. Традиция создания медико-топографических описаний добавляла врачебному взгляду необходимую этнографичность, а критический рационализм университетски образованного медика, разбавленный марксистскими убеждениями, определял профессиональное неприятие традиционных практик повседневности. Потому-то репрезентации бурятского быта советскими врачами одновременно напоминают и анамнез, и дореволюционные медико-топографические очерки. Рационализирующая рамка медицинской науки выступает в них как бы «прокрустовым ложем»: все, что выпадает из врачебных представлений о гигиенической норме, автоматически подпадает под определение «отживших форм быта» и подлежит упорядочиванию по стандартам европейской медицины.

Во взглядах советских медиков на повседневную жизнь бурят заметны свойственные европейскому колониальному дискурсу стилистические приемы и средства. Однако в социально-политическом контексте изучаемых событий использование ориенталистских тропов должно пониматься не как сознательная политика дистанцирования от «цивилизуемых» объектов или дискриминирующий культурный градиент, а как идеологически сконструированный способ перенести ответственность за состояние дел на старый режим. Более того, подобные репрезентации выступали как средство мобилизации внимания и ресурсов центра на решение действительно серьезных проблем национальной периферии.

Кроме того, для советских врачебных репрезентаций бурят характерны искреннее стремление к их санитарному просвещению и оптимизм по поводу распространения в бурятской среде санитарно-гигиенических практик. В совокупности все это не позволяет говорить о советском медицинском дискурсе в отношении кочевых народов Забайкалья как о колониальном. Это, безусловно, рационализирующий модернизаторский дискурс, вполне созвучный как внутренней, так и внешней политике большевиков на ранних этапах существования СССР.

Глава 2
Советские врачи и традиционное общество в Монгольской Народной Республике (конец 1920-х – 1940-е гг.)

2.1. Традиционный быт и проблемы здоровья монголов глазами врачей медико-санитарных экспедиций Наркомздрава РСФСР (1920-е – 1930-е гг.)

С начала 1920-х гг. советское руководство стремилось сохранить дореволюционную традицию русского врачебного присутствия в Монголии. В 1923 г. для содействия в организации здравоохранения в Ургу был командирован иркутский врач Павел Николаевич Шастин (1872-1953) – первый официально приглашенный монгольским правительством советский медик[366]. К тому моменту П. Н. Шастин был опытным хирургом с 27-летним врачебным стажем. В 1921 г. ему даже довелось лечить Сухэ-Батора, следовавшего во главе монгольской делегации через Иркутск в Москву. Начав работу в госпитале Народно-революционной армии, Шастин быстро завоевал доверие и авторитет среди монголов. В 1925 г. он организовал и возглавил первую в стране гражданскую больницу с амбулаторией. П. Н. Шастин был в Монголии легендарной личностью, символом советской медицинской помощи МНР: долгое время всех русских медиков монголы называли «Шастин-доктор». Сегодня имя Павла Николаевича Шастина носит III городская клиническая больница Улан-Батора; на ее территории установлен мемориальный бюст врача[367].

[366] *Филин С. А.* Формирование европейских систем здравоохранения и ветеринарии в Монголии в XIX – XX веках // История медицины. 2017. Т. 14. № 1. С. 57.

[367] *Ибрагимов М. А., Дэмбэрэл Б.* Очерки по истории развития здравоохранения Монгольской Народной Республики. М.: «Медицина», 1977. С. 61–62.

С 1926 г. в действие вступил важный компонент медицинского сотрудничества – в МНР отправилась первая медико-санитарная экспедиция Наркомздрава РСФСР под руководством врача Анисима Абрамовича Французова. И, хотя подобно многим первопроходческим предприятиям, с точки зрения планирования и организации она оказалась провальной, в стратегической перспективе ее роль трудно переоценить. Экспедиция стала генеральной рекогносцировкой санитарно-эпидемиологической обстановки в стране, выявила проблемы во взаимодействии экспедиционных медиков с членами правительства МНР и русскими врачами на монгольской службе. На ее опыте организаторы советского здравоохранения учились «с нуля» строить медицину в особых культурных условиях традиционного монгольского общества, принимая во внимание весь комплекс допущенных просчетов.

В фонде Наркомздрава РСФСР в Государственном архиве Российской Федерации сведения о первой медико-санитарной экспедиции в МНР даже не выделены в отдельное дело, а разбросаны по материалам последующих экспедиций. Наш основной источник – доклад терапевта Георгия Васильевича Ивицкого (1880-1962), в котором врач горько сетовал на бездарное с его точки зрения использование экспедиционного потенциала. Действительно, в Монголии, где на тот момент организованная европейская медицина существовала лишь в Улан-Баторе, семь врачей (венеролог, окулист, терапевт-фтизиатр, педолог, акушер-гинеколог, санитарный врач и начальник экспедиции), фельдшер, акушерка, две медсестры и несколько санитаров могли бы найти достойное применение. Вместо этого общим решением монгольского правительства, советского полпреда П. М. Никифорова и улан-баторских врачей экспедицию спешно отослали в Цэцэрлэг, административный центр отдаленного западного хошуна Заин-Шаби[368].

По мнению Г. В. Ивицкого, негативную роль сыграла полная неосведомленность о реалиях монгольской жизни, кочевом быте, медико-санитарной обстановке в стране. «Когда посылалась первая медико-санитарная экспедиция, ни Наркомздрав, ни тем более сами участники экспедиции не имели ни малейшего понятия о характере заболеваемости в Монголии, – писал он в докладе. – Правда некоторые данные говорили за то, что там сильно развиты венерические болезни, но и только… каких-либо сведений о

[368] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 239. Л. 105.

состоянии здоровья монгольского населения русские врачи, находящиеся по несколько лет в Монголии, не удосужились опубликовать…»[369]. Ситуацию на начало работы экспедиции Ивицкий характеризует так: «…Они не знали ни об условиях работы – нам казалось, что зимой монгольские кочевники переходят жить в городские поселения и мы будем дело иметь с более-менее компактными массами (как потом пришлось в этом разочароваться), ни о месте деятельности – отсюда случилась непоправимая ошибка – ургинские врачи уговорили нас забраться в Заин-Шаби…»[370].

Вторая медико-санитарная экспедиция отправилась в МНР 10 сентября 1927 г. Руководство Наркомздрава РСФСР провело «работу над ошибками». Ключевое изменение произошло в кадрах: начальником второй медико-санитарной экспедиции был назначен Г.В. Ивицкий. Венерологический отряд возглавил С.Т. Ильин, закаленный работой в обследовательских отрядах Государственного венерологического института (ГВИ) им. В.М. Броннера на территории Бурят-Монгольской АССР в 1925–1926 гг. Во врачебный состав экспедиции входили еще два венеролога, хирург, акушер-педиатр и санитарный врач. Знание хотя бы частью экспедиционных врачей реалий монгольской жизни, особенностей традиционного кочевого общества и структуры заболеваемости у кочевников давало надежду на успех.

Сохранившиеся в фонде Наркомздрава РСФСР в ГАРФ нормативные документы проливают свет на целеполагание руководства советского здравоохранения при планировании экспедиций. В положении о второй медико-санитарной экспедиции в Монголию за подписью наркома Н.А. Семашко определены направления, в которых врачи должны были вести свою работу. Они включали: а) оказание квалифицированной амбулаторной лечебной помощи монголам как в населенных пунктах, так и в кочевьях; б) проведение мероприятий по оздоровлению монгольского населения; в) продолжение работы первой экспедиции по санитарно-бытовому обследованию; г) ведение санитарно-просветительной работы среди монгольского населения; д) углубление и уточнение данных первой экспедиции о современном состоянии тибетской и народной медицины в Монголии.

В положении особо акцентировался следующий момент: «Экспедиция в своей деятельности и каждый ее работник в отдельности

[369] Там же.
[370] Там же.

в процессе всей своей работы, заключающейся в оказании медико-санитарной помощи монгольскому населению, руководствуется основным принципом – укреплением доверия монгольского населения к культурным учреждениям. Каждый шаг и начинание экспедиции и ее отдельных работников, прежде всего, проверяются под этим углом»[371]. Под «культурными учреждениями» имелись в виду европейские амбулатории и больницы, в которых работали советские врачи. Других современных медицинских учреждений, как и собственных медицинских кадров, в Монголии в тот период не было. Этот вывод подтверждается и той трактовкой, которую давал задачам экспедиции ее начальник Г.В. Ивицкий: «Прежде всего, квалифицированным лечением добиться укрепления авторитета научной медицины настолько, чтобы для монгольского населения окончательно был выяснен вопрос о преимуществе европейской медицины… При развитии лечебных мероприятий шаг за шагом можно добиться, что авторитет русской амбулатории должен сильно и заслуженно укрепиться – а это главная, основная задача экспедиции, на которую все сотрудники экспедиции призваны смотреть в высшей степени серьезно и относиться к выполнению такой задачи со всей добросовестностью и энергией»[372].

Нарком здравоохранения и начальник экспедиции предписывали экспедиционным врачам такую форму взаимодействия с монгольским населением, при которой доверие возникало бы буквально на глазах, под непосредственным воздействием от проводимого лечения. Во многом надежда возлагалась на психологический эффект. «Этого возможно достигнуть, – писал Г.И. Ивицкий, – особенно при развитии хирургической деятельности, когда монголы воочию могут убедиться, как сильна европейская наука врачевания; много поможет и рационально поставленная родильная помощь»[373]. Деятельность первой экспедиции показала, что колоссальное психологическое воздействие оказывало применение противосифилитических препаратов типа неосальварсана. «Надо откровенно сказать, – отмечал Ивицкий – что успех экспедиции покоился, главным образом, если не исключительно, на лечении венериков. Здесь бывал такой положительный, блестящий эффект, против которого бессильны все предостережения ламских целителей…»[374].

---

[371] Там же. Л. 164.
[372] Там же. Л. 109–110.
[373] Там же. Л. 110.
[374] Там же. Л. 108.

При этом медработникам категорически запрещалось заниматься частной практикой и получать с населения какую-либо компенсацию, даже сугубо добровольную[375]. Этот принцип соблюдался неукоснительно, так как одним из основополагающих принципов советской медицинской помощи в Монголии была ее абсолютная бесплатность.

Вторая медико-санитарная экспедиция состояла из трех независимо функционирующих подразделений: центральной амбулатории в Улан-Баторе, являвшейся головным филиалом; экспедиционного отряда в Заин-Шаби на базе амбулаторного пункта в Цэцэрлэге (врач Н. А. Сидоркин и фельдшерица-акушерка А. С. Попова); специализированного венерологического отряда под руководством С. Т. Ильина в Сан-Бэйсэ (совр. Чойбалсан). Выезжавший в Ундэрхан обследовательский отряд относился к головному подразделению экспедиции и образовался при закрытии родильного отделения экспедиционной больницы[376]. Между частями осуществлялась максимально возможная в условиях Монголии координация; учитывая отсутствие транспортной инфраструктуры задержка корреспонденции и, особенно, посылок могла составлять несколько недель.

Центральная амбулатория расположилась в здании, ранее занимаемом Полпредством СССР в Монголии. Это была усадьба № 15 в китайском квартале Улан-Батора. В распоряжении имелись двухэтажный бревенчатый дом, одноэтажный бревенчатый дом, две хашанных постройки, годных после ремонта для жилья, два хашанных и два дощатых сарая[377].

22 декабря 1927 г. в Улан-Баторе открылась больница второй медико-санитарной экспедиции. Она была небольшой – всего на 10 коек, но с первых же дней наплыв пациентов заставил превысить нормы и принять 15 больных. Центральная амбулатория также была перегружена: по сравнению с ноябрем, в декабре 1927 г. прием увеличился почти втрое. В связи с этим начальник экспедиции писал: «Врачи перегружены: кроме амбулатории им приходится проводить много работе общественного характера – лекции, беседы, обследования и т. д. … Низы, что называется, «прут» и напор их сказывается на изменении

[375] Там же. Л. 165.
[376] Там же. Д. 245. Л. 12.
[377] Там же. Д. 239. Л. 158.

отношения к нам со стороны русофобской верхушки ЦК МНРП и правительства»[378].

Похожая ситуация сложилась и в аймаках. В ноябре 1927 г. врачебную амбулаторию в Заин-Шаби посетило 1069 чел.; сотрудниками было сделано 122 посещения больных на дому и в юртах[379]. Активная работа шла у венерологического отряда в Сан-Бэйсэ. Работу врачи начали 29 октября, а в ноябре 1927 г. у них было зафиксировано 384 посещения, из которых 47 – первичные и 337 – повторные. Основной контингент больных страдал сифилисом (первичный – 3, вторичный – 15, третичный – 12), встречались случаи гонореи и мягкого шанкра.

Наиболее детальные репрезентации традиционного быта монголов и санитарных проблем кочевого общества представлены в отчетах венерологического отряда в Сан-Бэйсэ, центре восточного Цэцэнханского аймака МНР. Предыдущий опыт работы в Бурят-Монгольской АССР позволил начальнику отряда С. Т. Ильину сравнить условия в Восточной Монголии и Бурятии. В мае 1928 г. он писал в ОБЗСИ: «Работа сама по себе мало отличается от работы в Бурятии, но условия проведения в жизнь мероприятий значительно труднее. Монголы менее податливы, а главное, так сильна религиозная закабаленность, что приходится действовать очень осторожно. Ламы зорко следят за каждым шагом нашей работы, чувствуют возрастающий авторитет европейской медицины, что показывают увеличивающиеся ежедневно посещения амбулатории. Число приемов в день в мае месяце перешагнуло уже за сто, и всячески запугивают население, пустив даже агитацию, что с отъездом отряда они не будут лечить никого, кто ранее лечился у русского врача. Правда нам помогают местные власти и общественные организации, так что это не заставляет нас особо унывать»[380].

Судя по описаниям окружающей природной и социальной среды, Сергей Тихонович был художественно одаренным, наблюдательным и проницательным человеком, сумевшим совместить образные репрезентации монгольских пейзажей с точными этнографическими зарисовками быта и психологическими портретами своих пациентов. В своем докладе на состоявшемся 28 августа 1928 г. в Улан-Баторе совещании врачей второй медико-сани-

[378] Там же. Л. 135 об.
[379] Там же. Л. 135, 135 об.
[380] Там же. Д. 242. Л. 46, 46 об.

тарной экспедиции он дал собственную интерпретацию влияния природных факторов на характер монголов:

> «На многие сотни верст кругом раскинулись степи Монголии, зимой снежные, летом сожженные солнцем. Суровый климат, жестокие морозы зимой и сильный зной летом, страшные ветры (шургэн), когда закрутит все кругом и смешает небо с землей, бедная однообразная природа, вот обстановка, в которой веками протекает жизнь монгола. Сознание ничтожества своих сил в борьбе с силами природы, глубокий религиозный фанатизм развили полную покорность судьбе, откуда дальше развивается лень и пассивность. Это главные отличительные черты монгольского характера. Но в то же время дикий простор степей развил в них чувство независимости и самостоятельности. Все они прекрасные наездники и растут в седле. Кода видишь фигуру монгола, бешено несущегося вскачь по степи, навстречу солнцу и ветру, в нем чувствуешь первобытную силу и мощь, но, больше половины этой силы теряет он, сойдя с коня на землю, где каждый его шаг связан или законом религии, или законом приличия. Все они буддисты. Сила религиозного фанатизма и закабаленности жутко велика»[381].

С. Т. Ильин отмечал, что большинство монголов неграмотны, темны и первобытны, чем с успехом пользовался единственный образованный класс этого общества – ламы. Описания традиционного монгольского жилища, его внутреннего убранства и национальной одежды соответствуют общему критическому настрою наблюдателя:

> «Обстановка жизни монгол также неприглядна, как и окружающая их природа. Жилище монгола – войлочная юрта. Внутреннее убранство ее незатейливо. На первом месте изображение бога бурхана, кругом по стенам постели из потника, у входа по одну сторону принадлежности хозяйства – кадки с молоком, посуда, по другую – сбруя и одежда. Здесь же ютятся и ягнята, телята и прочий молодняк скота. Посре-

[381] Там же. Д. 244. Л. 3–4.

дине очаг. Все грязно, закопчено, засалено. Вообще монголы живут очень грязно. По религиозным предрассудкам грязь – символ счастья. Поэтому монголы никогда не моют совсем тело и белье. От грязи и пота заводится масса паразитов, которые прямо кишат в одежде, монголы искусно их вылавливают и бросают на землю, не убивая, так как убивать вошь тоже грех. Одежда монгол проста и одинакова, как у мужчин, так и у женщин. Сверху халат, преимущественно яркого цвета, снизу штаны и рубашка. На ногах гутулы – особый вид сапог с загнутым кверху носом. Мужчины и женщины носят длинные косы»[382].

Повседневный уклад жизни монголов в восприятии С. Т. Ильина представлялся проводником антисанитарии, начиная с однообразной пищи, состоявшей из очень плохо проваренного мяса, молока и чая, и кончая способом справлять естественные нужды. «Монголы не отличаются большой брезгливостью, – констатировал Ильин, – общая трубка, общая чашка, причем чашка никогда не моется; хозяйка после употребления оботрет полой своего халата и чашка считается чистой. Этой же полой она вытирает свои руки и нос, и вообще пола служит ей вместо полотенца. Отсутствием брезгливости и простотой нравов можно объяснить привычку монгол отправлять свои естественные потребности, не стесняясь местом и присутствием посторонних. Наоборот, часто они усаживаются группами посреди улицы, и, чтобы не терять времени, продолжают начатые разговоры»[383].

Критический натурализм в описании традиционного быта местного населения был свойственен многим советским врачам, трудившимся в этот период в Азии. Проработавший три года участковым врачом в Хэнтэйском аймаке МНР (1935-1938) И. А. Охотников в похожей манере описывал традиционную одежду и быт монголов:

«Монгольский халат… служит не только поверхностной одеждой, но и заменяет им спальные принадлежности. Монгол никогда не станет укрываться во время сна одеялом, а обязательно «делей». У многих служащих можно встретить железную кровать, матрац, простынь и шерстяное одеяло, но во время

[382] Там же. Л. 5.
[383] Там же. Л. 6.

сна он все же будет укрываться «делей». Худонские монголы никогда не моют своего тела, умываются очень редко, а одежда их, пропитанная дымом, издает своеобразный запах коптильни.

Жители степи не так брезгуют грязью, как чистотой. Если он надевает нательную рубашку, то носит ее пока она вовсе не износится. Белье вообще монголы не моют, к тому же мыть его негде. Если служащие аймкома и отдают свое белье в китайскую прачечную, то ко всем это отнести нельзя. В культурных семьях я видел, как монголка, сидя на корточках около эмалированного таза, мыла свое белье, но когда я спросил у нее, как часто приходится ей заниматься стиркой, она ответила, что не менее одного раза в месяц. … Надевая меховые штаны без нижнего белья, мужчина или женщина носят их до полного изнашивания. Даже во время летних теплых дней худонский житель гуляет по степи в меховых штанах и не чувствует особой разницы в сравнении с зимой»[384].

Отметим, что основной разницей между этими описаниями является присутствие в репрезентации Охотникова «культурных семей» – несомненный признак времени, так как его очерк датирован серединой 1930-х гг., а советское влияние тогда было уже заметным. Во времена же С. Т. Ильина русские врачи были единственными носителями европейских гигиенических практик в Баинтумэнханульском хошуне. Речи о влиянии европейской культуры в повседневности пока еще не шло.

Подобно врачам в Бурят-Монголии С. Т. Ильин обращал внимание на обычные у монголов ранние браки (16–17 лет) и чрезвычайно раннее начало половой жизни (13–14 лет). Причем, как отмечал Ильин, начало половой активности у девушек происходило намного раньше наступления первой менструации (16–18 лет). Он писал: «Нередки случаи, что выходя замуж невеста уже имеет детей. Внебрачные дети в монгольской семье не позор для женщины. Бывает так, что при выходе замуж между родителями и дочерью возникает спор, у кого останется ребенок на воспитании. Вообще монголы очень любят детей и ребенок в семье большая радость. Один вид ребенка, даже русского, вызывает на лице до-

[384] ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 10. Д. 77. Л. 22–23.

бродушную улыбку. Если в семье долго нет своих детей, берут на воспитание чужих, а если позднее появляются свои, то приемные растут наравне с родными»[385].

Описывая отношения между мужчинами и женщинами в быту, С. Т. Ильин отмечал, что все хозяйственные заботы по дому, семье и детям лежат на женщине. Монгольских мужчин он считал праздными. «С утра до позднего вечера они ездят верхом по соседям, пьют чай, собирают новости и поздно возвращаются домой, чтобы завтра с утра снова ехать в гости. Монголы любопытны и чтобы узнать какую-нибудь новость они могут скакать десятки верст[386]». При этом главой семьи у монголов считался муж, который, по мнению Ильина, «часто бывает очень груб с женой, даже бьет ее». Он отмечал, что в Монголии расторгнутые браки не являются редкостью и видел в этом определенную свободу женщины, которая может вернуться к своим родственникам, если жизнь с мужем тяжела[387].

Советские врачи умело использовали сюжеты из повседневной жизни монголов для санитарной пропаганды, донося необходимую информацию до сознания простого арата через знакомые и понятные образы. Приведем типичный образец санпросвета, в котором в медицинском ключе обыгрывался мотив праздности монгольских мужчин [орфография и пунктуация оригинала сохранены – *В. Б.*].

К плакату

1. Лупсан Дорджи сидел дома. Важно затягиваясь из своей трубки и запивая чаем, он любовался своими здоровыми ребятами и красавицей женой. В это время дверь в юрту раскрылась и вошел его знакомый Чолчак.

2. Хозяин усадил гостя на почетное место и подал ему свою трубку. Хозяйка принялась угощать гостя чаем.

3. Чолчак был болен сифилисом: у него болело горло, и он хрипел, на теле была сыпь, на голове плешинки, на языке и губах были язвы. В слюне его была сифилитическая зараза. Но ни Лупсан, ни Чолчак не

[385] Там же. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 244. Л. 6–7.
[386] Там же. Л. 6.
[387] Там же. Л. 7.

знали ничего о заразе. Несколько раз затянувшись из трубки, гость вернул трубку хозяину. Омочив ее своей слюной, он передал заразу хозяину.

4. Через три недели на губе у хозяина появилась небольшая язвочка с плотным дном и краями. Язва не болела, и он не обращал на нее внимания.

5. У хозяйки появилась такая же язва на языке.

6. Спустя 35–40 дней у обоих появилась сыпь на теле, заболело горло. Такая же сыпь появилась и у детей.

7. Вся семья лечилась у эмчи, но болезнь не прекращалась. Младший сын умер от этой болезни.

8. У самого Лупсан Дорджи провалился нос.

9. У жены появилась опухоль на руке, которая превратилась в незаживающую язву.

10. У второго сына появилась опухоль колена, а у дочки заболели глаза, и она начала слепнуть.

11. Лупсан Доржи, узнав, что в город приехала экспедиция из Советского Союза, отправился лечиться к доктору Орлову.

12. Доктор Орлов сделал ему вливание и велел привести всю семью на осмотр. Вся семья оказалась зараженной сифилисом.

13. Семья стала аккуратно лечиться и выполняла все постановления врача. В конце концов, стала здоровой.

14. Сифилис вызывается мельчайшими существами. Они изображены здесь так, как видны в микроскопе, т. е. увеличены в 1700–1800 раз.

15. Сифилитическая зараза передается через спанье вповалку.

16. Сифилисом ребенок заражается через грудь больной женщины.

17. Часто больной передает сифилис через трубку или чашку, как это мы видели, случилось у Лупсана и его жены[388].

[388] Там же. Д. 239. Л. 117.

Вполне ожидаемо, основным заболеванием, с которым столкнулись советские венерологи в Сан-Бэйсэ, был сифилис. Из 1599 первичных больных, прошедших через амбулаторный прием, монголов и бурят было 1159 чел., русских – 410 чел., а китайцев – 304 чел. Из 1159 монголов и бурят больных сифилисом оказалось 593 чел., что составило 51,1%. Из них открытой формой страдали 59,2%, скрытой – 40,8%; свежего люэса было 26,9%, гуммозного – 73,9%[389].

Венерологи выяснили, что основная масса больных прибегала к помощи эмчи-лам, состоявшей в прописывании тибетских лекарств-«задачек», ртутных окуриваниях и омовениях аршанами. Точной дозировки ртутных препаратов ламы не знали, что вело к отравлениям, сопровождавшимся массовым выпадением зубов. Некоторые ламы умели вливать сальварсан. Процедура эта по-ламски называлась «большая тарюха». Ильин заметил, что эмчи при свежих проявлениях сифилиса использовали препараты ртути; на поздних же стадиях лечение проводилось тополем и сарсапариллой («дорогой корень»). Кроме того, практиковались различные отчитывания молитв и заклинаний, за что ламы получали щедрую оплату: больные монголы иногда отдавали эмчи последнюю юрту[390].

Больных гонореей было намного меньше – всего 177 чел., но С. Т. Ильин считал эту цифру далекой от действительности, так как монголы на внимания на гонорею не обращали. Очень часто больные страдали от смешанной люэтической гонорейной инфекции. У обратившихся к советским врачам местных русских гонорея носила острый характер. В условиях поюрточного обследования было невозможно получить данные о распространенности гонореи среди женщин и детей[391].

Для лечения сифилиса использовалась обычная смешанная ртутно-сальварсанная и висмуто-сальварсанная терапия, результаты которой Сергей Тихонович называл прекрасными. Всего советские врачи сделали 1750 вливаний советского новарсенола[392] в

[389] Там же. Д. 244. Л. 9–10.
[390] Там же. Л. 11.
[391] Там же. Л. 12.
[392] Неосальварсан (914) советского производства. Применялся в терапии сифилиса вплоть до вытеснения бензилпенициллинами в 1960-е гг. См.: *Аржанов Н. П.* «606» против сифилиса: история о том, как препарат Эрлиха покорил Россию // Провизор. 1999. № 12. URL: http://www. provisor. com. ua/archive/1999/N12/arganov. php (дата обращения 20.06.2019).

сумме 872,15. Быстрый заживляющий эффект и отсутствие побочных действий противосифилитического препарата вызвало среди монголов немедленное уважение. Ильин отмечал удивительную для «малокультурного народа» аккуратность монгольских пациентов в лечении и считал ее заслуживающей уважения, так как ни общежития, ни стационарных коек у венерологического отряда не имелось. С наступлением тепла у амбулатории образовалось целое кочевье из двух десятков юрт, где остановились прибывавшие на лечение с семьями монголы. Реализовывался сценарий из вышеприведенного санпросветовского плаката: кочевники потянулись к русской амбулатории вместе с домочадцами, чтобы решить угрожавшую им всем проблему [393].

Актуальной задачей второй медико-санитарной экспедиции Наркомздрава РСФСР в Монголию являлось создание в стране охматмлада – службы охраны материнства и младенчества. В силу тесной связи с проблемой воспроизводства населения эта область имела стратегическое значение для будущего развития страны и монгольского народа. Работой по организации охматмлада занимались экспедиционный врач-педиатр А. И. Гурина и другие сотрудники. Эта деятельность не ограничивалась только Улан-Батором; в ходе работы экспедиции специальный обследовательский отряд был послан в Ундэрхан (Восточная Монголия).

Детальная врачебная репрезентация женских проблем содержится в статье врача-акушера А. И. Гуриной «К вопросу об охране материнства и младенчества в Монголии», написанной по материалам работы Центральной амбулатории и Ундэрханского обследовательского отряда. Прошедшие через амбулаторию 484 женщины до момента обследования имели 682 благополучно окончившихся родов, что в среднем составляло менее двух родов на одну женщину[394].

На основе опросов 216 женщин был сделан вывод об очень раннем начале половой жизни (до 15 лет) и средней длительности половой жизни в 30 лет (от 15 до 45 лет). За этот срок у женщины в среднем было меньше двух родов, что свидетельствовало о чрезвычайно малой плодовитости. Основной ее причиной были определены венерические и гинекологические заболевания.

[393] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 244. Л. 11.
[394] Там же. Д. 239. Л. 94.

Из 484 осмотренных женщин сифилисом и гонореей были больны 166 или 36%. Разными женскими болезнями страдали 67 или 13% женщин. Эти показатели характеризуются как заниженные, так как венерические заболевания определялись только в случаях, не представлявших сомнения для врача. Многие из осмотренных женщин рассказывали о перенесенных ранее венерических болезнях.

Результатом перенесенных или нелеченных венерических заболеваний было бесплодие. Им страдали 153 из 484 обследованных женщин, что составило 31%. 29 из них оказались больны гонореей. По мнению советских врачей, в большинстве случаев именно она была причиной бесплодия. Сифилис влиял на деторождение несколько иначе. Он либо передавался от больной матери младенцу, либо вызывал выкидыши и мертворождения. У 484 обследованных женщин за период их жизни до обследования произошло 123 выкидыша, 46 детей родились недоношенными и 37 – мертворожденными. В целом 266 беременностей закончились без рождения живого ребенка, что составило 31% по отношению к 682 благополучным родам[395].

Акушер Гурина описывала традиционный для монголок процесс родов, который советские врачи неоднократно наблюдали в Ундэрхане: «К моменту родов отделяется угол в юрте, который завешивается кошмой или материей. На земле или полу насыпан песок или аргал, поверх которого кладут 1–2 войлочных подстилки, чаще всего старые и грязные; иногда вместо войлочных подстилок употребляются овчины. Женщина сидит на корточках, руками опираясь во время схваток на постель, и в таком положении рожает. Роды ведет бабка, которая считается опытной в этом деле, или старшая в семье женщина. Если роды затягиваются, то помощь оказывает лама».

С современной точки зрения процесс вмешательства ламы напоминает средневековую пытку. Гурина же описывает его с профессиональной врачебной невозмутимостью: «Нам приходилось наблюдать однажды, как для того, чтобы ускорить роды к женщине роженице были привязаны две доски, одна сзади в области поясницы, другая к подошвам ног. Сильным ударом по доске у ног вызывалось сотрясение всего тела роженицы, это встряхивание, как говорил лама, ускоряет появление ребенка.

[395] Там же. Л. 96.

После родов женщина продолжает сидеть на корточках в течение трех дней, причем в это время ей запрещается ложиться даже для сна, так что в некоторых случаях под голову и спину устраиваются специальные подставки для возможности спать в сидячем положении»[396].

Огромной демографической проблемой была высокая детская смертность. Обследованная врачами экспедиции группа женщин произвела на свет 2160 живых детей, из которых 965 умерло, не достигнув трехлетнего возраста. Основной причиной высокой младенческой смертности врачи видели сифилис и его осложнения. А. И. Гурина по этому поводу писала:

> «Если беременная, зараженная сифилисом, не лечилась, то она или произведет выкидыш, или преждевременно родит (тогда недоношенный ребенок, родившийся живым, чаще погибает в первые же дни), или родит в срок, но мертвого ребенка, или – в лучшем случае, родит ребенка с врожденным сифилисом. Такой ребенок, конечно, менее жизнеспособен, чем здоровый ребенок и часто погибает в первые месяцы жизни. Вовремя замеченное заболевание матери или ребенка и вовремя проведенное лечение могло бы сохранить много жизней. В амбулаторию экспедиции попало несколько больных сифилисом беременных женщин, которые после проведения курса лечения родили живых доношенных детей, между тем, как предыдущие роды кончались выкидышами. Очень характерна история болезни монголки Пунцук-Долма, 36 лет. Она явилась в амбулаторию медэкспедиции, будучи беременной на седьмом месяце. В прошлом у нее было 10 беременностей. Жив только первый ребенок, после которого было восемь недоношенных детей и один выкидыш. Отмечает заболевание сифилисом несколько лет тому назад, не лечилась. В экспедиции провела два курса лечения; родила живую доношенную девочку весом 8,25 фунтов. Ребенок до настоящего времени хорошо развивается и нормально прибавляет в весе. Видимых проявлений сифилиса у него пока нет, но, конечно,

[396] Там же. Л. 97.

и ребенку в дальнейшем необходимо провести курс специфического лечения.

Вот вторая история болезни. Монголке 27 лет. Явилась в амбулаторию с беременностью на пятом месяце; в прошлом у нее было три беременности; родила двоих детей, которые умерли в первые дни жизни; третья беременность закончилась выкидышем. Обратилась в амбулаторию с просьбой помочь ей сохранить жизнь ребенку; при исследовании у нее установлен сифилис, ей было проделано два курса лечения. Она родила здорового, доношенного ребенка. В настоящее время является самой аккуратной посетительницей консультации и идеальной матерью, дающей своему ребенку безукоризненный уход. Ребенок развивается хорошо и проявлений сифилиса пока не дает.

Таких примеров мы могли бы привести немало».[397]

Наряду с удачными родами у больных женщин фиксировалось много историй болезни с летальным для младенца исходом. А. И. Гурина описывала другую ситуацию: «Больная Падма-Долма 19 лет, явилась в амбулаторию на 8 месяце беременности. Беременность первая. Больна гонореей и сифилисом. Лечение по не зависящим от нас причинам ей провести не удалось. Она родила доношенную девочку, у которой вскоре резко проявились все признаки сифилиса и ребенок погиб в 6-недельном возрасте от врожденной слабости на почве сифилиса»[398].

К счастью, большинство приезжавших к осмотровым юртам советского медотряда монголок были расположены к контакту с врачами. Гурина описывала интересный случай того, как постепенно завоевывалось доверие монгольских женщин. Одна из двух осмотровых юрт в Ундэрхане работала в качестве очень популярной у местного населения выставки по охматмладу. Особенно монголам нравилась кукла, изображавшая младенца *(хухэн*). Рядом с выставкой поселилась группа женщин, которые сами аккуратно посещали все мероприятия и приводили других.

Однажды к советским врачам пришла монголка, попросившая принять у нее роды. Гурина, конечно, сразу согласилась, но с

[397] Там же. Л. 98–99.
[398] Там же. Л. 99.

условием, что роды будут приняты по европейским правилам. На следующий день женщина прикочевала к ним и начала ходить на консультации. Так прошли две с половиной недели. Наконец наступило время родов. А. И. Гурина описывала дело так: «Монголки обыкновенно рожают на корточках. Для родов отводится угол юрты, где стелется кошма; этот угол завешивается кошмой и в нем женщина родит.…Сначала я захожу к ней в юрту – смотрю – она приготовила угол. Я сказала, что если она опять будет устраивать угол, то я уйду. Эта женщина имела уже детей, ей 44 года, она большой промежуток не родила. Когда она стала рожать, в соседней юрте лама служил молебен, ей принесли маслица, но она отказалась его принять. Она родила по всем нашим правилам. Родившегося ребенка она назвала нашим именем Ангур. У них такой порядок, что кто принимает ребенка, тот и дает ему свое имя. Второго ребенка назвали Магри в честь доктора Макаренкова. Она спрашивала нас, можно ли позвать ламу для молебна после родов. Мы сказали, что если нужно, то мы не возражаем. Она делала все, что мы ей указывали, так что мы совершенно ни к чему не могли придраться»[399].

Описанный случай является не только наглядной иллюстрацией растущего доверия монгольских женщин к советским врачам. Имена родившейся двойни – возможно первое из упоминаний о маленьких монголах, названных в честь советских врачей (Ангур – Анна Гурина, Магри – Макаренков). Впоследствии это переросло в традицию, а самый известный из нареченных так детей – Увгун Бургут-Соболев, мальчик, спасенный советским врачом Л. С. Соболевой во время чумной эпидемии на западе Монголии в 1945 г. К этой истории мы еще вернемся.

Второй главной причиной детской смертности советские врачи считали отсутствие правильного ухода за младенцами. Гибель новорожденных от инфекции в первые дни или недели жизни (заражение через кожу или пупок) объяснялась отсутствием белья, дезинфекции и правильного ухода. А. И. Гурина писала, что только у очень культурных семей врачи находили детское белье. Типичный для Монголии уход за новорожденным выглядел так:

> «Пуповина перевязывается веревкой или первой попавшейся грязной тряпицей и заворачивается в тряпку чаще всего синего цвета; затем ребенок,

[399] Там же. Д. 244. Л. 53.

невымытый, голый, заворачивается в тряпку и сверх того в баранью или овечью шкурку, часто шитую в виде конвертика, так что им покрывается голова и все тельце, лицо остается открытым. Ребенок, таким образом завернутый в шкурку, очень туго перетягивается ремнями в два перехвата. Часто кроме шкурки под ребенка подкладывают войлочную подстилку, очевидно для впитывания мочи и кала. Эта подстилка меняется очень редко, и вообще ребенок в течение дня очень редко развертывается, так что он почти все время находится в слишком теплой и влажной среде собственной мочи и испражнений. В качестве детской присыпки употребляется чай, грубо измельченный и вызывающий сильное раздражение кожи. Купают ребенка только один раз, по рассказам, на третий день его жизни, когда совершается обряд наречения именем. Купание производится в бараньем супе, между прочим, обычай не плохой, так как жирная кипяченая вода здесь до некоторой степени заменяет масло, которым мы смазываем новорожденных тотчас после рождения»[400].

Врачебное мнение о подобном уходе было однозначным: он вел к постоянной опрелости и загрязнению кожи ребенка, перегреванию новорожденного и, как следствие, различным болезням, часто приводившим к смерти.

Врачи находили причины повышенной младенческой смертности и в традиционных обычаях прикармливания грудных детей. «Очень распространены и общеупотребительны различные соски, – писала А. И. Гурина, – так, например, жеваный изюм в тряпке, кусок бараньего сала, обрезанный в виде соски и т. п. ребенок получает с первых дней жизни»[401].

Пищевые традиции монголов вообще, а детское питание в особенности, казались врачам однообразными и вредными. Акушер-педиатр сетовала, что монголы не знают целого ряда необходимых грудному ребенку питательных веществ; не имеют никакого представления о кашах и киселях; не умеют их готовить, а в монгольском языке попросту нет обозначений этих блюд.

[400] Там же. Д. 239. Л. 100.
[401] Там же. Л. 101.

Близкого мнения придерживался участковый врач И. А. Охотников, много наблюдавший за пищевыми традициями жителей Хэнтэйского аймака МНР. Он описывал основную диету монголов так: «…Питаются больше всего мясом и в огромном количестве кисломолочными продуктами. В летнее время, особенно на юге, пьют кумыс. Сахар и конфеты можно встретить в более культурных семьях. Чай употребляют зеленый в большом количестве с примесью молока. Овощей монголы совсем не употребляют, хотя на юге Кентейского аймака я видел, как для приправы в лапшу клали маньчжурский чеснок. Фрукты если и считают излюбленным блюдом, то только в сушеном виде и то среди городского населения»[402].

По мнению советских врачей, однообразие диеты кочевников крайне пагубно действовало на их здоровье. «Нуждается ли житель монгольской степи в овощах и фруктах? – задавался вопросом Охотников, и тут же отвечал. – Я бы сказал, это им крайне необходимо. Можно судить это по целому ряду заболеваний, не только в худонской, но и в больничной обстановке… Мне, например, известны такие факты, когда после перенесенного гриппа на десятый день появлялась цинга…»[403].

Отсутствие растительной пищи в диете монголов И. А. Охотников связывал с буддийскими религиозными запретами. Однако при сравнении монголов с живущими рядом единоверцами-бурятами, он отмечал гораздо более разнообразный рацион и, как следствие, лучшее состояние здоровья последних. Вот как он описывал привычные продукты питания бурят:

> «Бурятское население в летнее время питается грибами, ягодами, рыбой и большинство из них имеет кисломолочные продукты, изготавливаемые европейским методом. Сметану, творог и сливки можно приобрести в Монголии только у бурятского населения, где эти продукты приготавливают машинно-сепараторным способом.…Зимой буряты питаются лесными яблоками, брусникой, заготовленными осенью в маринованном виде»[404].

Из приведенных наблюдений следует, что в факторе питания советские врачи также усматривали причины плохого состояния

[402] Там же. Ф. Р-8009. Оп. 10. Д. 77. Л. 16.
[403] Там же. Л. 17.
[404] Там же. Л. 19

здоровья монголов. Примечательно, что пищевые традиции бурят во врачебном восприятии выглядели гораздо более приемлемыми. Это вполне объяснимо – хэнтэйские буряты были в Монголии недавними иммигрантами, бежавшими от ужасов Гражданской войны. С собой они принесли опосредованные вековым русским влиянием способы хозяйствования и соответствующую диету. Кроме того, ощущалось воздействие разных сред обитания: буряты, как более северный народ, много времени проводили в лесах и горах, где пользовались основными дарами природы. Жизнь монголов определялась экологической системой маловодных степей, где естественной проблемой был недостаток воды даже для кочевого скотоводства, не говоря уже об огородничестве. Даже стократно заклейменная врачами антисанитария отчасти была результатом дефицита воды в повседневной жизни монголов.

Немецкий монголовед Инес Штольпе проанализировала создание монгольского термина «гигиена» (*ariun tsever*) и определила, что в нем, в обычной для монгольского языка эмфатической конструкции, соединились семантически противоположные единицы. Оба слова по отдельности обозначают чистоту, но с разными коннотациями. Понятие *ariun* относилось к чистоте духовной и имело религиозную коннотацию. Оно могло обозначать «чистоту души» или «честность», подразумевая восхищение духовными качествами человека.

Традиционные практики очищения у монголов имели мало общего с европейским понятием телесной чистоты, ассоциировавшейся с водой и моющими средствами. В традиционном монгольском понимании очищающей силой обладал огонь, а вода, напротив, имела отрицательную коннотацию, относясь к миру хтонических существ и обозначая черный, плохой цвет[405]. С водой было связано множество табу: от запрета наливать воду в молоко и брызгать водой в огонь до табу на хождение за водой в ночное время (растревоженные водяные духи нашлют болезнь)[406].

Понятие же *tsever* – «чистый», «чистота» – использовалось исключительно в светском контексте, обозначая «свободу от загрязнения» (*tsever agaa* – «чистый воздух», *tsever alt* – «чистое

[405] *Stolpe I.* Display and Performance in Mongolian Cultural Campaigns // Conflict and Social Order in Tibet and Inner Asia. Brill 2008. P. 66–67.

[406] О роли воды в возникновении болезней см.: *Sodnompilova M, Bashkuev V.* Diseases and their Origins in the Traditonal Worldview of Buryats: Folk Medicine Methods // Études mongoles et sibériennes, centrasiatiques et tibétaines. 2015. № 46. URL: http://emscat.revues. org/2510; DOI: 10.4000/emscat. 2510.

золото»). В широком смысле новое словосочетание также могло означать «честность». Это была желательная коннотация для новых монголов – людей эпохи гигиены. Монгольский историк Цэндоо даже характеризовал конечную цель – коммунизм – как «режим гигиены» (*ariun tseveriin deglem*)[407].

Знать этого в конце 1920-х гг. советские врачи не могли, так как монгольский термин *ariun tsever* (гигиена) появился лишь в начале 1930-х гг. В их методике царила прямота и наглядность. Так, отряд Г. В. Макаренкова пропагандировал в Ундэрхане чистоту и личную гигиену просто: при выдаче каждого лекарства медики обязательно давали «в нагрузку» кусок зеленого или обыкновенного мыла. Иногда приходилось заставить больного сначала пойти и вымыться, а потом уже явиться на прием. Монголы слушались указаний врачей, мылись и приходили лечиться[408].

Большое значение имела организация раздельного приема мужчин и женщин. Только отделив одних от других экспедиционный акушер-педиатр смогла свободно расспрашивать женщин, получая подробные ответы. А. И. Гурина писала о приходивших на осмотр монголках: «Они очень быстро привыкли, приходили к нам, без предупреждения раздевались, они говорили: «Мы знаем, что надо раздеться», приходили мытыми и не только нашим мылом, в относительно чистой рубашке. Детей они тоже раньше не мыли, но после определенной обработки они стали приносить к нам детей мытыми. Мы им помогали, у нас была с собой мануфактура и мыло, которые мы им выдавали и здесь получился определенный эффект. Они мыли детей и приносили их на прием в нашем белье. За два месяца через консультацию прошло больше 300 женщин, но более серьезно была обработана группа женщин в 201 человек»[409].

Важным аспектом работы первых экспедиций были полевые исследования. Врачи разрабатывали методику массовых обследований населения, определяли наиболее удобные периоды времени, оптимальный радиус действия от локальной медицинской базы. Обследовательские поездки по худонам Заин-Шаби начали совершать еще врачи самой первой экспедиции 1926 г. в свободное от лечебной работы время. Так, санитарный врач смог обследовать 250 юрт в радиусе 60–90 верст от Цэцэрлэга. Спустя месяц, когда

[407] *Stolpe I.* Display and Performance. P. 68.
[408] ГАРФ. Ф. А.–482. Оп. 35. Д. 244. Л. 45.
[409] Там же. Д. 242. Л. 49.

все члены экспедиции, кроме оставленных при амбулатории венеролога и терапевта, выехали обратно в Ургу, в городе удалось обследовать еще 250 юрт. Окулист осмотрел более 2000 монголов. Были собраны и проанализированы материалы городской гражданской больницы[410].

Вторая экспедиция провела гораздо больше времени, обследуя аратов вокруг своих стационарных баз. Радиус действия венерологического отряда в Сан-Бэйсэ был велик – даже его начальник С. Т. Ильин затруднялся в уточнении. Он писал: «Площадь охвата медицинским влиянием установить очень трудно. Во всяком случае, бывало, что приходилось оказывать медпомощь людям живущим от медпункта на расстоянии 300–400 верст, я сам выезжал за 300 верст, но точно трудно определить. Общее количество населения установить тоже трудно, даже Хошунное управление не может этого сказать»[411].

Опыт обследовательской работы суммировался в выступлениях на врачебных совещаниях по окончании работы экспедиции. С. Т. Ильин отмечал, что весной приступать к обследовательской работе не имеет смысла, так как в это время монголы заняты перекочевкой с зимних на летние пастбища. Кроме того, весной араты были заняты приплодом у скота и всячески избегали контакта. Стоило придерживаться и местного религиозного календаря: если обследование совпадало с праздником или визитом в близлежащий монастырь *хубилгана* (тиб. «тулку» – буддийский перерожденец, высший титул духовных лиц в монгольском буддизме), шансов найти монголов дома почти не было[412].

Оптимальным временем проведения обследования был конец мая. Важно было заручиться поддержкой местной администрации: без провожатого, знакомого с маршрутами перекочевки, успех обследования был сомнителен. Кроме того, требовалось оповестить население заранее, проводя в амбулатории разъяснительные беседы на тему предстоящего обследования[413].

Маршрут обследования планировался заранее. В Монголии, в силу особенностей ландшафта, можно было проводить работу сразу с нескольких направлений, беря приблизительно одинаковый радиус. Кочевья группировались вдоль русел рек. В других

[410] Там же. Д. 239. Л. 106.
[411] Там же. Д. 244. Л. 24.
[412] Там же. Л. 14.
[413] Там же. Л. 15.

регионах монгольского мира принципы кочевания были схожи с монгольскими, но многое зависело и от ландшафта. Так, в Туве направление перекочевок было вертикальным: в горы и обратно на равнину. Поэтому планирование и алгоритм проведения обследований там отличался.

Когда врачи появлялись в виду какого-нибудь аила, реакция аратов была разной. Рассказывая о первых обследованиях, проведенных восточным венотрядом, С. Т. Ильин сетовал: «…Население к обследованию отнеслось не так серьезно, как к лечебной работе, возможно неточно уясняя себе его значение. Во многих юртах находили только стариков, т. к. молодежь, главным образом, женщины, при виде подъезжающего врача некоторые садились на коня и уезжали, другие брали корзины для аргала и отправлялись собирать его, а у некоторых юрт просто ставили шест у двери, что значит, заходить нельзя…»[414].

На этом фоне выгодно отличались буряты Онон-гольского хошуна (примерно 300 верст севернее Сан-Бэйсэ). Там население само просило врачей произвести медицинский осмотр. Бурятские партийные и общественные организации были заинтересованы в успешном проведении работы. Председатель хошуна и представитель партии лично присутствовали на обследовании. Вообще, С. Т. Ильин был явно расположен к бурятам, о которых писал: «Отношение бурятского хошуна к отряду тоже очень хорошее, лучшего и ожидать нельзя. Когда я ездил в Бурятский хошун, чтобы проводить обследование, то мне туда и обратно дали лошадей, потом, когда я перед отъездом стал расплачиваться за квартиру и пищу, они ни за что не хотели брать от меня денег, как я ни старался их уговорить, и даже сами предлагали мне 400 руб.». После чего резюмировал: «С бурятами работать гораздо легче, чем с монголами, тем более, что бурят я знаю по работе в Бурятской республике»[415].

Накопленный во время амбулаторного и стационарного медицинского обслуживания клинический материал, данные обследовательских отрядов и результаты просветительных бесед с пациентами сформировали у экспедиционных врачей своеобразное видение того, как монголы относились к своему здоровью. Учитывая то, что сильнее всего в Монголии были распространены венерические заболевания понятен уклон врачей в

[414] Там же.
[415] Там же. Л. 25.

сторону венерологии. Именно в этой проблемной области, а также в тесно связанных с ней сферах гинекологии, родовспоможения, охраны материнства и младенчества, советские медики находили наиболее вопиющие проявления пренебрежения к собственному здоровью.

Венерологов удручало то, что сифилисом в Монголии страдает самый важный в демографическом отношении контингент – мужчины и женщины в возрасте от 17 до 35 лет. «Значительный процент свежего сифилиса среди того же возраста при беспорядочной половой жизни, особенно молодежи, – писал Ильин, – создает грозную опасность дальнейшего распространения в росте сифилизации населения. Надо отметить, что социально-экономические условия жизни не вносят большой разницы в степень распространения сифилиса среди населения. Это можно объяснить тем, что в бытовых условиях жизни богатые мало отличаются от бедных, а поэтому и возможности заражения у них почти одинаковые»[416]. Врачи отмечали распространенность обезображивающих сифилитических поражений у пациентов – разрушений твердого неба, носа, головки полового члена, параллельно отмечая покорность, с которой больные переносили причиняемые болезнью страдания.

Об отношении монголов к сифилису С. Т. Ильин писал: «… Трудно указать даже приблизительные хронологические даты появления сифилиса в Монголии. По всем предположениям сифилис проник в Монголию уже давно, здесь он акклиматизировался и свил прочное гнездо и население свыклось с ним и не считает его позорной болезнью, а покорно и молчаливо переносит страдания при его поражениях»[417].

Начальник экспедиционного отряда в Заин-Шаби венеролог Н. А. Сидоркин отмечал: «Интересно отношение монгол к сифилису. В представлении монгола это – невинное и, как бы обязательное заболевание, так что он иногда и совершенно не беспокоится о провалившемся носе. Часто бывали случаи, что при жалобах на свои болезни больной или больная долго и подробно рассказывает о болях в пояснице, ломоте, зуде тела и проч. и ни слова не говорит об отсутствии небной перегородки и запавшем носе. Конечно, все это говорит о низком уровне культурного развития монгола, и он

[416] Там же. Л. 18.
[417] Там же. Л. 19.

не представляет и не знает всех тех опасностей, которые влечет за собой это заболевание»[418].

Источником распространения болезни на западе Монголии он считал беспорядочные половые связи, которые называл слишком свободными и доступными. «Половые сношения у них начинаются очень рано, – писал Сидоркин, – в 12–13 лет девочка уже вступает в половую жизнь и ранняя беременность не считается позором и препятствием для замужества. И так как вследствие таких свободных отношений у детей отцы бывают иногда разные, у монгол не принято спрашивать имени отца»[419].

Врачебные отчеты и собственные наблюдения формировали похожий угол зрения и у советских медицинских чиновников на монгольской службе. В ноябре 1931 г. советник Министерства здравоохранения МНР (образовано в 1930 г.) Я.Л. Гроссман в дополнение к плану работ Минздрава на 1932 г. писал:

> «Большое распространение венерических болезней в Монголии берет свое начало еще с очень древних времен, будучи тесно связанной с бытовыми особенностями населения.
>
> …История происхождения сифилиса в Монголии до сих пор не выяснена. Существует ряд указаний на возможность проникновения сифилиса в Монголию, из которых более вероятными является занос сифилиса с развитием морского пути в Китай, откуда он мог быть распространен в Монголии. Так или иначе, надо считать, что сифилис в Монголии, как в центральной части азиатского материка, является несомненно одним из самых древних.
>
> Таким образом, в распространении сифилиса в Монголии играет роль не только приобретенный и врожденный сифилис, но и вековая сифилизация населения, создавшая своеобразный иммунитет населения к сифилису, отражающийся на его течении.
>
> Нельзя обойти вниманием и то обстоятельство, что одним из важных исторических моментов в развитии сифилиса является преподавание буддизма, способствовавшая в свое время передвижению

[418] Там же. Л. 31.
[419] Там же. Л. 30.

больших масс населения и переносу сифилитической заразы.

В настоящее время монастыри являются центрами и постоянными источниками свежей сифилитической инфекции, разносимой по стране (во время больших праздников, летнего проведения времени ламами в худонах, где они вступают в половые связи с населением, педерастия и т. д.).

Условия быта монгола, легкость и многократство половых связей, ранняя половая жизнь, установившиеся вредные обычаи гостеприимства, угощение своей трубкой, еда из одной посуды, чрезвычайная скученность населения, грязь и антисанитария в быту, полное отсутствие культурных навыков – значительно затрудняют борьбу с венерическими болезнями.

Надо полагать, что такое снисходительное отношение к сифилису со стороны монгол может быть, до некоторой степени, объяснено легкостью течения у них. Данные больниц и медпунктов указывают на чрезвычайно редкие случаи общего истощения, упадка питания, явлений малокровия и т. п., обуславливаемые сифилисом, что очевидно должно быть объяснено иммунитетом и условиями специфического питания монгола, создающими специфическую среду для малой вирулентности спирохеты. Достаточно указать то, что уже после первого курса лечения, реакция Вассермана дает в подавляющем большинстве случаев, отрицательные результаты»[420].

Делился Я. Л. Гроссман и своими мыслями по поводу отношения монголов к гонорее:

«…По тем скудным данным, которыми мы располагаем о распространении гонореи в Монголии, можно с уверенностью сказать, что гонорея имеет гораздо большее распространение, чем сифилис. Несмотря на тяжелые последствия ее (бесплодие и т. д.), к заболеванию гонореей монголы относятся еще легкомысленней, чем к заболеванию сифилисом, считая это чуть ли не нормальным явлением. Такое

[420] Там же. Д. 465. Л. 190–191.

отношение к гонорее объясняет до некоторой степени и то обстоятельство, что процент лечащихся монгол очень невысок. Кроме того, лечение гонореи проводится монголами в подавляющем большинстве лишь до того момента, пока не исчезает гноевое течение и болевые ощущения.

После исчезновения этих явлений больной считает себя здоровым, и, в тех случаях, если он лечился, лечение им прекращается.

Такое отношение к гонорее надо объяснить, в основном, глубочайшим невежеством, отсутствием какого бы то ни было представления о значении функционирования такой важной системы, какой является мочеполовая, не только у аратского населения, но и у более культурной части его»[421].

Помимо субъективных (и глубоко ошибочных)[422] взглядов на вирулентность бледной трепонемы и иммунитет, доклад Гроссмана отражает распространенное среди советских врачей мнение о медицинском невежестве монголов, выражавшееся в восприятии сифилиса как неизбежного спутника половой жизни, а гонореи – как нормального физиологического явления. Повторяющиеся у разных специалистов описания «снисходительного» отношения к опасным инфекциям, каковыми безусловно являются сифилис и гонорея, по-видимому, отображают объективную действительность. Косвенно это подтверждает тот факт, что буряты тоже не

[421] Там же. Л. 192.

[422] В отличие от оспы, дифтерии, эпидемического паротита и ряда других инфекций, у человека не формируется ни врожденный, ни приобретенный иммунитет против венерических заболеваний. Возбудители сифилиса и гонореи отличаются повышенной агрессивностью: они легко разрушают защитные барьеры организма, неприступные для многих других микробов. Попадание этих патогенов в организм всегда заканчивается заболеванием; пассивное бациллоносительство при них исключено. Единственный иммунитет, существующий при сифилисе и гонорее – инфекционный, или нестерильный иммунитет, выражающийся в том, что пока человек болен, он невосприимчив к новому заражению. Самоизлечение при этих болезнях невозможно. Эффективность неосальварсана и других химиопрепаратов доантибиотиковой эры сегодня также ставится под вопрос, так как сифилис не всегда полностью излечим даже современными антибиотиками, а излечившимся до сих пор предписано долгое наблюдение врача. См.: ИППП и иммунитет. [Электр. ресурс]. URL: https://medportal. ru/enc/venerology/reading/16/ (дата обращения 10.10.2017). Поэтому ясно, что никакого врожденного иммунитета против сифилиса у монголов быть не могло, как не могло быть и особой предрасположенности к сифилису у бурят, существование или отсутствие которой пытался с помощью исследований групп крови выявить В.Н. Жинкин. См.: *Жинкин В.Н.* О кровяных группах и расово-биохимическом указателе у агинских бурят. Верхнеудинск, 1927. С. 4–8.

считали сифилис опасным заболеванием. Зато в районах, прилегающих к Байкалу, и на острове Ольхон, где иногда встречалась проказа, буряты, испытывавшие перед ней панический ужас, отлично умели отличать ее проявления от «купороски» (сифилиса)[423].

Вместе с этим, архивные материалы свидетельствуют о том, что все вышесказанное относилось, прежде всего, к монголам-аратам. У бурят врачи отмечали другое отношение к здоровью и совершенно иную физическую конституцию.

В приведенных выше описаниях обследовательских рейдов говорится, что буряты сами просили прислать к ним медицинский отряд для массового осмотра, а контролировать процесс приходили руководители бурятского хошуна. И. А. Охотников, часто осматривавший монгольских допризывников в середине 1930-х гг., наблюдал существенные различия между монгольскими и бурятскими юношами в физическом и умственном развитии. «Допризывники буряты выглядят живыми, быстро соображающими и физически хорошо развиты, – писал Охотников. – Монголы наоборот: на вопросы отвечают не сразу, в движении вялость и быстрая утомляемость. Общее же физическое развитие у лиц южных сомонов значительно более отсталое. Выше среднего рост у монгольского населения встречается меньше, чем у бурят»[424].

Разницу в физическом и умственном развитии между монголами и бурятами И. А. Охотников объяснял просто: первые питались специфической пищей, в которой преобладали продукты животного происхождения; вторые разнообразили свой рацион овощами, ягодами, грибами и другими растительными продуктами. Однако в рассуждениях Охотникова видна и социальная причина. Отсутствие овощей и фруктов он считал следствием буддийских табу на земледельческий труд (копать землю – тревожить и убивать населяющих ее существ), а возделывание земли – основным трудовым навыком. В этом он опирался на мысли «английского ученого Смайльса» (Сэмюэл Смайлс, известный в XIX в. англий-

[423] Врач Д. Н. Плишкин приводил несколько характерных случаев того, как сильно буряты боялись проказы и на какие жестокости могли идти, чтобы обезопасить себя от заражения. Например, он пересказывал историю богатого бурятского торговца (*наймашина*), заболевшего проказой. Видя симптомы, общество потребовало от него построить юрту за улусом, сидеть там и не показываться. *Наймашин* же отговаривался тем, что у него «купороска», дурная болезнь, и что он не опасен. При этом он продолжал торговать, живя в улусе с женой. Однажды он попросту бесследно исчез и общество о нем не вспоминало. См.: *Плишкин Д. Н.* Некоторые исторические данные о проказе в Бурятии // Жизнь Бурятии. 1930. № 2–3. С. 101.

[424] ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 10. Д. 77. Л. 19.

ский писатель, автор биографий выдающихся деятелей, популяризатор-моралист) о том, что прогресс цивилизации начинается с разумного труда, первым шагом в котором была обработка поля.

Поэтому, как считал И. А. Охотников, «если бы ввести трудовые процессы хотя бы в огородное хозяйство, особенно среди школьных групп, это могло бы сыграть огромную роль в улучшении здоровья и продлении жизни монголов»[425]. В рассуждениях советского врача прослеживается непонимание сути труда кочевника-скотовода и стремление, разумеется из лучших врачебных побуждений, привить монголам навыки оседлого земледелия в надежде, что это поможет решить проблемы здоровья.

В документах второй медико-санитарной экспедиции также сохранились интересные сравнительные характеристики общих условий медицинской работы в Бурятии и Монголии. Так, венеролог С. Т. Ильин в своем письме в ОБЗСИ писал: «Работа сама по себе мало отличается от работы в Бурятии, но условия проведения в жизнь мероприятий значительно труднее. Монголы менее податливы, а главное, так сильна религиозная закабаленность, что приходится действовать очень осторожно. Ламы зорко следят за каждым шагом нашей работы, чувствуют возрастающий авторитет европейской медицины, что показывают увеличивающиеся ежедневно посещения амбулатории»[426]. Симпатизировавший бурятам Сергей Тихонович хоть и видел в двух народах близкое родство, все же отмечал гораздо большую гибкость бурят как в отношениях с врачами, так и внутри своего социума.

Советские медицинские экспедиции работали в Монголии все 1930-е гг. Третья медико-санитарная экспедиция Наркомздрава РСФСР находилась в МНР с сентября 1929 по 1931 г. Она состояла из врачей И. Д. Катаева, Н. В. Нечаева, В. В. Хряпина, А. И. Козловского, Я. Л. Юдина, доктора Левковича и трех фельдшеров.

30 сентября 1929 г. в Улан-Баторе состоялось совещание управления здравоохранения МНР. Планы третьей медико-санитарной экспедиции Наркомздрава РСФСР в Монголию докладывал ее начальник, доктор Адольф Исаакович Козловский. По результатам доклада совещание постановило направить три медицинских отряда: один в Улясутай, второй в Заин-Шаби, а третий, мобильный отряд – в южные, пострадавшие от голода, районы МНР. В задачи

[425] Там же.
[426] Там же. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 242. Л. 46, 46 об.

мобильного медотряда входило оказание помощи голодающим, например, организация детского питания. Было признано необходимым открытие при экспедиционных амбулаториях в Улясутае и Заин-Шаби стационаров по шесть коек каждый. В 1930 г. количество коек в стационарах должно было увеличиться до 10 в каждом.

Расходы на содержание стационаров должно было нести управление здравоохранения МНР. Кроме того, имелась договоренность о том, что монгольское ведомство обеспечивает транспортировку медицинских отрядов в Улясутай и Заин-Шаби, а для мобильного отряда выделяет автомобиль с шофером и необходимое количество бензина. База экспедиции в Улан-Баторе также предоставлялась монгольской стороной.[427]

Основной состав третьей медико-санитарной прибыл в столицу МНР 18 сентября 1929 г., однако грузы пришлось ждать до 1 октября. Из-за дефицита горючего по всей Монголии первый отряд под руководством В. В. Хряпина удалось отправить в Улясутай только 16 октября. В задачи улясутайского отряда входило открытие стационара на шесть коек, оказание амбулаторной помощи и обследовательская работа. Начальник экспедиции А. И. Козловский отмечал, что было бы желательным выборочное исследование естественного движения населения, которое, вместе с имевшимися в Управлении здравоохранения МНР данными о заболеваемости и воинских призывах дало бы демографический материал для предварительных выводов о будущем монгольского народа[428]. Отряд Хряпина развернул работу сразу после митинга 7 ноября.

Второй отряд отправился в Цэцэрлэг и начал там работу с 1 ноября 1929 г. С самого начала Адольф Исаакович жаловался в Наркомздрав РСФСР на возглавлявшего отряд И. Д. Катаева, прося заменить его более подходящим для такой работы сотрудником. Впоследствии, его опасения оправдались – после объезда отрядов весной 1930 г. работа в Цэцэрлэге была признана неудовлетворительной.

Третий отряд был направлен в Южную Гоби, где из-за голода в помощи нуждались больше всего. Его начальником был Н. В. Нечаев. О важности отправки гобийского отряда Козловский

[427] Там же. Д. 352. Л. 7.
[428] Там же. Д. 358. Л. 64.

писал в ОБЗСИ: «…Не проходит и дня, чтобы в монгольских кругах не задавали бы мне вопросов явно свидетельствующих о большом нетерпении получить этот отряд»[429]. Советские медики в сопровождении представителя Управления здравоохранения МНР Жамсарана были направлены в Шанхай-Ула, где отряд получил в распоряжение помещения, ранее принадлежавшие тибетской больнице[430].

В апреле-мае 1930 г. А. И. Козловский совершил большой объезд всех трех отрядов экспедиции. По результатам был составлен отчет полпреду СССР в МНР, в котором Адольф Исаакович признал удовлетворительной работу южногобийского и улясутайского отрядов. Несмотря на то, что за три с половиной месяца работу в Шанхай-Уле не удалось развить полностью, отзывы местных организаций показали, что советский медотряд сумел встроиться в традиционный быт местного сообщества и стал там совершенно необходимой организацией. Особую роль в этом сыграли методы санитарно-просветительных бесед, проводимых советскими врачами[431]. Множество благодарных отзывов поступили от излеченных сифилитиков[432].

Работа в Южногобийском аймаке имела свои особенности. Местность, где расположился медотряд, была малонаселенной: плотность населения не превышала 1 чел. на кв. км. Однако Козловский отмечал, что «…следует отдать должное врачу Нечаеву в том, что своей активной работой ему удается и в такой пустыне делать нужное дело». Начальник третьей медико-санитарной экспедиции не соглашался с инициативой советника монгольского Минздрава И. Л. Баевского, предлагавшего перебросить отряд в более населенное место. Козловский считал, что для полной реализации потенциала гобийского отряда нужно больше времени.

Важным обстоятельством было и то, что советские врачи работали почти на монгольско-китайской границе. По мнению Адольфа Исааковича, это имело особое политическое значение. Предположительно, речь шла о трансляции позитивного опыта советско-монгольского медицинского сотрудничества в китайскую Внутреннюю Монголию. В пользу этого говорит полная

[429] Там же. Л. 49.
[430] Там же. Д. 354. Л. 5.
[431] Там же. Д. 358. Л. 16.
[432] Там же. Л. 26.

поддержка точки зрения А. И. Козловского советским полпредством в Улан-Баторе[433].

Улясутайский отряд В. В. Хряпина также заслужил похвалу начальника экспедиции. Советские врачи успешно вели медицинскую и санитарно-просветительную работу, завоевывая симпатии и доверие монголов. А. И. Козловский писал, что отряд мог бы развернуть свою работу еще шире, если бы не «бестактное и неумное вмешательство Улясутайского консула тов. Бодайтиса в оперативную работу». Из-за этого вовремя не удалось расширить стационарную помощь населению за счет ликвидированной тибетской больницы. Однако, негативные последствия удалось полностью нейтрализовать после вмешательства советского полпредства[434].

Работа Цэцэрлэгского отряда И. Д. Катаева была признана неудовлетворительной. Отсутствие понимания между Катаевым и начальником экспедиции Козловским возникло еще на стадии подбора кадров для третьей экспедиции. В предварительных беседах с А. И. Козловским, стесненный в денежных средствах И. Д. Катаев, видимо, спрашивал о размере зарплаты и возможностях дополнительного заработка в Монголии. Также оказалось, что он не заполнил одну графу в анкете. Очевидно вопросом, оставшимся без ответа, было его социальное происхождение.

В результате у А. И. Козловского сложилось резко отрицательное впечатление о враче Катаеве, о котором он ставил в известность наркома здравоохранения Н. А. Семашко. «Я настаивал бы на том, чтобы врача Катаева от нас отозвали, – писал он заведующему ОБЗСИ сразу после отбытия отрядов к местам дислокации. – Лучше поплатиться некоторыми излишними расходами, чем рисковать всей репутацией экспедиции. Подбор работников имеет большое значение. Очень жаль, что Вам не удалось добиться брони для доктора Ильевича, в приличии общественной физиономии и квалификации которого у меня не было и нет никаких сомнений»[435].

Прибыв с инспекцией в расположение Цэцэрлэгского отряда, Адольф Исаакович увидел там склоку среди медработников и серьезные врачебные нарушения. Монголы очень жаловались на небрежность работы И. Д. Катаева, который вливания неосальварсана производил одним и тем же шприцом с одной иглой,

[433] Там же. Л. 26 об.
[434] Там же. Л. 26.
[435] Там же. Л. 49.

без стерилизации, нескольким десяткам человек подряд. Все это подрывало престиж советского медотряда в глазах местного населения. Вспомним, что в 1926 г. Цэцэрлэг был базой самой первой экспедиции Наркомздрава, а значит авторитет советской медицины строился там уже четыре года. Было стратегически важно его сохранить. Поэтому-то А. И. Козловский настоятельно рекомендовал перевести И. Д. Катаева в Южногобийский аймак, где из-за малой плотности населения ущерб от его врачебной некомпетентности был бы минимальным[436].

В начале 1931 г. в руководстве третьей медико-санитарной экспедиции в МНР произошли изменения. Начальник экспедиции отбыл в Москву, а временным исполняющим его обязанности был назначен доктор Я. Л. Юдин. К тому времени в силу вступила договоренность А. И. Козловского с Министерством здравоохранения МНР о передаче последнему периферийных отрядов экспедиции. С 1 января 1931 г. Гобийский и Улясутайский медицинские отряды были переданы в ведение Минздрава МНР; Цэцэрлэгский же отряд был уже передан ранее. При этом врачи В. В. Хряпин и И. Д. Катаев категорически отказались перейти на службу в монгольское здравоохранение и потребовали их перевода в другие отряды экспедиции или возвращения в СССР[437].

С передачей трех периферийных отрядов Минздраву МНР перед врио начальника экспедиции встала задача сформировать новые подразделения для работы в районах. Из вновь прибывших из СССР врачей и медсестер было намечено сформировать два отряда. Для переброски медперсонала и оборудования Я. Л. Юдин приобрел два подержанных автомобиля «Додж»[438].

Согласовав планы работы медотрядов с советником Минздрава и советским полпредом в Монголии, Я. Л. Юдин определил новые регионы работы – Южную и Юго-Западную Гоби. Первому отряду были намечены следующие пункты: 1) Солонкер в Восточно-Гобийском аймаке; 2) Хошун-Хит в том же аймаке; 3) Байшинту в Южногобийском аймаке. Предполагалось, что работа отряда будет проходить на самой границе с Китаем, в местностях, еще не охваченных европейской медицинской помощью[439].

---

[436] Там же. Л. 16 об.
[437] Там же. Д. 352. Л. 15.
[438] Там же. Л. 16.
[439] Там же. Л. 17.

В этот период Монгольская Народная Республика переживала две серьезные эпидемии – кори и скарлатины, симптомы которых (сыпь и высокая температура) вызывали ужас у монгольского населения. Поэтому жители районов били тревогу в правительстве и ЦК МНРП, а опасения монгольских партийцев и чиновников выливались в попытки всеми средствами расширить медицинскую сеть на периферии. Дефицит бюджета не давал возможности сделать это, и монгольское руководство начало обращаться к советскому полпреду Я. Л. Юдину и в Минздрав с просьбами поставить перед правительством СССР вопрос о расширении советской медицинской помощи.

После консультаций с правительством МНР местом дислокации второго отряда был выбран район национальных меньшинств в Монгольском Алтае. Были определены следующие пункты размещения советских врачей: 1) Цзюйлин-Хурэ в Алтайском аймаке; 2) Хан тайшири в том же аймаке; 3) Заханин-Хурэ в Западном аймаке. Районы эти, в большинстве своем горно-степные, были населены казахами, алтайскими тувинцами, торгутами, хошутами, олетами, захчинами и встречавшимися в небольшом количестве халхасцами. Работа отряда должна была проходить на границе МНР и Синьцзяна[440].

Отряды отбыли из Улан-Батора 12 и 15 февраля 1931 г. Они были снабжены всем необходимым оборудованием, медикаментами и деньгами на три месяца. Врачи везли с собой много материалов для санитарного просвещения на монгольском и русском языках: извещения о прибытии отряда, его местонахождении и цели, справки о проделанном лечении, которые предполагалось выдавать в качестве санитарного паспорта каждому прошедшему курс противосифилитического лечения. Мера эта предпринималась для облегчения дальнейшей работы врачей: отметив любовь монголов к документам, врачи надеялись, что эти справки будут храниться долго. В типографиях были напечатаны всевозможные плакаты и лозунги, брошюры для распространения среди монголов «Сифилис», «Чума», «Охрана материнства и младенчества», «Оспа» на монгольском языке. Каждый работник медотряда был снабжен набором необходимых документов – проектом отчетности, первичными листками, обследовательскими карточками, историями болез-

[440] Там же. Л. 18.

ни. Минздрав МНР обеспечил отряды юртами и взял на себя часть расходов по печати материалов.

Высказывая предложения по улучшению организации экспедиций, Я. Л. Юдин предлагал оснастить отряды кинопередвижкой с набором соответствующих фильмов на санитарные темы, а также просил прислать эпидиаскопы и волшебные фонари. Он полагал, что визуальное сопровождение лекций и бесед, особенно кинофильмами, произведет на монголов колоссальное впечатление[441].

Третья медико-санитарная экспедиция Наркомздрава РСФСР проводила свои работы на фундаменте, созданном в МНР двумя предыдущими экспедициями. При этом врачи старались охватить медицинским обслуживанием те регионы, где европейская медицина отсутствовала, и куда ранее ни советские медики, ни сотрудники монгольского Министерства здравоохранения не попадали. В задачи третьей экспедиции входили создание новых и расширение старых амбулаторий, создание при них стационаров и последующая передача уже готовой сети медицинских учреждений монгольскому правительству. Выполняя эту работу, советские врачи, по сути, занимались экспортом в Монгольскую Народную Республику организационной модели здравоохранения, сложившейся и успешно действовавшей в СССР.

Четвертая экспедиция Наркомздрава РСФСР в Монголию была научно-исследовательской и работала в стране с мая 1933 по февраль 1936 гг. Руководил экспедицией доцент Семен Юльевич Беленький. В ее состав входили врачи П. Г. Чунтомов (курортолог), В. Н. Носов (фтизиатр), С. М. Гитман (дерматовенеролог), Л. Е. Залуцкий (дерматовенеролог), И. А. Кусевицкий (патологоанатом) и лаборантка О. В. Виноградова. Позже к экспедиции присоединились О. Б. Гейликман и К. Ф. Кочетыгова[442]. Врачи экспедиции являлись сотрудниками научно-исследовательских институтов Наркомздрава РСФСР.

За два года экспедиция провела научно-медицинские исследования в Улан-Баторе, Центральном, Хэнтэйском, Восточном, Архангайском и Селенгинском аймаках Монгольской Народной Республики. Было обследовано более 10000 чел., проведено более 300 патологоанатомических вскрытий и 27760 лабораторных исследований. Для определения патологий, специфичных для

[441] Там же. Л. 19.
[442] Там же. Д. 629. Л. 28.

разных регионов Монголии было обследовано 1500 больных. Помимо этого, экспедиция изучила более 50 минеральных источников на территории МНР. Результаты работы публиковались на страницах журнала «Современная Монголия». Участники экспедиции также подготовили специальную брошюру, озаглавленную «К десятилетию здравоохранения МНР и экспедиции РСФСР»[443].

Научное изучение бальнеологического потенциала Монголии советскими учеными началось за несколько лет до четвертой экспедиции Наркомздрава. Первые попытки систематического исследования монгольских целебных источников (аршанов) были сделаны по поручению Монгольской комиссии АН СССР В. А. Смирновым в 1926 г. В 1927 г. он продолжил работу уже по заданию Монгольского ученого комитета (Монучкома). Результаты исследования были опубликованы в трудах Монгольской комиссии АН СССР в 1932 г. В 1933 г. врач Минздрава МНР Х. М. Фрейдин представил отчетный обзор курортного дела в Монголии. Затем А. Е. Черняк, один из создателей физиотерапевтического отделения Гражданской больницы, составил описание аршана при Комбинате в Улан-Баторе и клиническое обоснование показаний для лечения. В том же 1933 г. И. С. Копытин обследовал Ононские источники в Хэнтэйском аймаке и составил их подробное описание[444].

В 1934 г. научно-исследовательская экспедиция Наркомздрава РСФСР провела детальное обследование курорта Худжиртэ, Иринских горячих вод, лечебных грязей Мишикгунского озера, дома отдыха «Санцзайка» и ряда источников Улясутая. Исходя из полученных данных, С. Ю. Беленький предложил свою систему описания минеральных источников и их состава, облегчив врачам работу по назначению курортного лечения. Помимо этого, врачи заинтересовались тем, как использовала бальнеологические ресурсы тибетская медицина. На курорте Худжиртэ были обнаружены документы, содержавшие показания, противопоказания и подробные инструкции к пользованию минеральными источниками, составленные пятым Богдо-гэгэном Джебзун Дамба Римпоче около 1853 г. Переведенные с тибетского и прокомментированные

[443] Четвертая советская медико-санитарная экспедиция в Монголию. URL: http://blog-health. ru/chetvertaya-sovetskaya-mediko-sanitarnaya-ekspediciya-v-mongoliyu. html (дата обращения: 10.09.2016).

[444] *Беленький С. Ю., Чунтомов П. Г.* Курортные богатства МНР // Современная Монголия. 1935. № 4 (11). С. 51–52, 58.

тибетологом М. И. Тубянским, эти документы были тщательно изучены врачами экспедиции[445].

Врачебная интерпретация соответствовала общепринятому в тот период марксистско-ленинскому взгляду на тибетскую медицину как на инструмент буддийской религии. В статье С. Ю. Беленького и П. Г. Чунтомова «Курортные богатства МНР» этот документ назван «образцом придания сугубо практическому вопросу «божественного» характера». Авторы отмечают: «Расшифровка сущности природных лечебных факторов, исходя из свойств, определяемых их составом, является, конечно, неприемлемой и невыгодной для кругов монашества, монополизировавших применение тибетской медицины»[446].

Сопоставляя содержание документа с рациональной трактовкой в «Чжуд-Ши» и комментариях к трактату, составленных в XVI в. Тонва-Донданом, исследователи обнаруживают переход от «вынужденного допущения рационального направления медицины к полному приспосабливанию ее к религиозным воззрениям путем систематического наслаивания целого ряда религиозных и магических моментов»[447]. К последним они относят изречения святых и приписывание источникам свойства очищения от грехов при обязательном приеме ванн в определенные дни и часы. «Все это настолько заслоняет целый ряд довольно интересных и, пожалуй, логичных наставлений о режиме и диете при лечении, – резюмируют авторы, – что сводит на нет и то частично полезное, что в этих наставлениях можно найти и что представляет сейчас лишь исторический интерес»[448].

Несмотря на предсказуемо отрицательное отношение к религиозным догматам тибетской медицины, С. Ю. Беленький кардинально отличался от начальников других наркомздравовских экспедиций в своем видении традиционного монгольского быта. На страницах журнала «Современная Монголия» он резко критиковал своих предшественников, априори воспринимавших традиционный быт как антисанитарный.

Например, в статье «Проблемы здравоохранения в МНР» (1935) Беленький обрушился на предшественников и коллег, уличив их в «крайне ошибочных и вредных выводах, льющих воду

[445] Там же. С. 52–55.
[446] Там же. С. 56.
[447] Там же.
[448] Там же.

на мельницу носителей вредных контрреволюционных расовых теорий». В частности, он обвинил И. М. Майского в «извращенном освещении характера монгольского населения» в книге «Современная Монголия», потому что тот не отметил изменений в жизни монгольского народа, произошедших за период социалистического строительства[449].

Досталось врачам Т. Г. Таубкину, П. А. Полетаеву, профессору А. И. Ильину и начальнику третьей медико-санитарной экспедиции Я. Л. Юдину. О последнем Беленький писал, что тот, ища причину высокой распространенности венерических заболеваний у монголов, видел ее не в социальных условиях и не в связи с остатками феодализма и наследием хищнически эксплуатировавшего аратство китайского торгового капитала, а в биологической сущности населения. Тем самым, Юдин объективно подтверждал мнение руководителя американской антропологической экспедиции Р. Ч. Эндрюса и других о том, что большая распространенность среди монгольского населения венерических болезней привела к его вырождению[450].

Другой серьезной ошибкой Я. Л. Юдина было игнорирование положительных социальных изменений в жизни аратства, вызванных революционными преобразованиями. Соглашаясь, что материальная и культурная отсталость ведет к повышению заболеваемости, С. Ю. Беленький ссылался на примеры модернизации «угнетенных в прошлом» народов СССР. Он утверждал, что многочисленные исследования проблемы социальных заболеваний в советских республиках «со всей четкостью доказали значительное снижение заболеваний и смертности, рост рождаемости и пр., благодаря колоссальным успехам социалистического строительства, роста культуры, благосостояния трудящихся масс национальных республик, что стало возможным лишь в результате победоносной октябрьской революции»[451]. Для Я. Л. Юдина это, как предполагал Беленький, не имело никакого значения. «Он не искал, а потому и не увидел роста культуры, благосостояния аратства в результате народной революции в Монголии, – негодовал Семен Юльевич, – он не увидел всего того, что, без сомнения, получило свое отражение в снижении заболеваемости, смертности и т. д. среди монгольского населения»[452].

[449] *Беленький С. Ю.* Проблемы здравоохранения в МНР // Современная Монголия. 1935. № 2 (9). С. 48.
[450] Там же. С. 49.
[451] Там же.
[452] Там же.

Столь критическая оценка деятельности коллег, несомненно, имела политическую подоплеку. Шел 1935-й год. Экспедиции Наркомздрава РСФСР работали в Монголии уже девять лет подряд. С учетом же направленных в монгольское здравоохранение с 1923 г. советских врачей помощь осуществлялась более 12 лет. За это время назрела политическая необходимость фиксировать в медицинских нарративах положительные социокультурные изменения периода революционных преобразований. Иначе пришлось бы констатировать, что дело здравоохранения в Монголии продвигается с большим трудом, а это противоречило идеологическим и геополитическим императивам Москвы.

Чувствуется также, что до начала эпохи Большого террора оставалось совсем недолго. В статье С. Ю. Беленького видно, как полемика из области медицины и социальной гигиены сознательно переводится в идеологическую плоскость. Ее уровень достигает опасных значений, за которыми маячат реальные политические обвинения.

Однако если вынести за скобки политическую подоплеку критики (заслуживающую отдельного научного исследования), в сухом остатке просматриваются вполне рациональные доводы в пользу объективной оценки традиционного кочевого быта с точки зрения гигиены с учетом множества переменных: от территориальных и племенных особенностей населения до социального состава и уже произошедших в обществе культурных сдвигов[453]. Конечно, с точки зрения С. Ю. Беленького у монголов, особенно бедных, сохранялось много элементов антисанитарии, однако они не являлись единственными, характеризующими гигиену быта арата[454].

Разбирая типичные случаи врачебного шока от проявлений антисанитарии в повседневной жизни монголов, доцент Беленький отмечал, что монгольское население имеет в быту целый ряд полезных традиций и привычек, непосредственно связанных с охраной здоровья. В качестве примеров он приводил обычай, запрещающий гостям садиться на постель хозяев, отсутствие в жизни монголов поцелуев, привычку всегда возить с собой собственную чашку для чая, употребление только кипяченой воды в виде чая, жевание древесной смолы для очищения и укрепления зубов[455].

[453] Там же. С. 62.
[454] Там же. С. 63.
[455] Там же.

В своей критике начальник четвертой научно-исследовательской экспедиции Наркомздрава призывал коллег учитывать культурные особенности повседневной жизни кочевника и проводить релевантные сопоставления с бытовыми реалиями дореволюционной жизни в России. Такой подход позволял ему, например, провести наглядное сравнение крестьянских домов с юртой арата-середняка, в результате чего выявился ряд преимуществ последней: хорошая вентиляция; мобильность как предохранение от отсыревания; возможность выбора максимально освещенного солнцем места, заложенная традиционной ориентированностью дверей юрты на юг. О главной же проблеме Беленький писал: «При констатации минусов юрты, ее нездоровых сторон и т. д., мы все же, до сих пор, ничего пока не можем ей противопоставить. Совершенно не разработан вопрос улучшения, рационализации самой юрты. Вопрос жилища до настоящего времени до сих пор еще не изучен, несмотря на то, что по своей значимости он должен стоять в центре изучения быта страны»[456].

Укоренившееся среди советских врачей мнение о том, что худонское монгольское население не имеет представления о гигиене С. Ю. Беленький считал недостаточно обоснованным. Объяснение шокирующих взор европейского врача повседневных привычек монголов отсутствием у них чувства стыда называл в «лучшем случае несерьезным подходом к вопросу». Свою довольно острую критику Семен Юльевич резюмировал так: «Наоборот, мы находим данные, говорящие о наличии среди них целого ряда полезных гигиенических навыков. С этими данными мы должны серьезно считаться при внедрении в массу монгольского населения новых для нее гигиенических навыков, и ни в коем случае не переносить механически традиции европейской гигиены на монгольскую почву; также не отбрасывать механически весь монгольский многолетний опыт по этой линии, накопленный самим населением»[457].

По мере развития в Монголии собственной системы здравоохранения советские экспедиционные врачи переходили на службу в Министерство здравоохранения и разъезжались по аймакам или возглавляли медицинские учреждения в Улан-Баторе. Прошедшие горнило экспедиционной работы на периферии МНР, эти специалисты действительно представляли собой лучшее, что мог

[456] Там же. С. 65.
[457] Там же.

предоставить монгольскому правительству Наркомздрав РСФСР. На монгольскую службу переходили не просто высокопрофессиональные врачи, но опытные общественники, изнутри знавшие монгольскую специфику.

Документы наркомздравовских экспедиций и опубликованные научные работы советских врачей дают возможность проследить не только процесс становления в МНР европейской медицины, но и формирование, эволюцию и трансформацию врачебного восприятия инокультурных реалий. Если во второй половине 1920-х гг. советские медики, в основном, фиксировали различные расхождения с европейскими санитарно-гигиеническими и медицинскими нормами, то по мере углубления революционных социокультурных преобразований в медицинских нарративах наметились политические обертоны. Обладая важным качеством «идеологической сверхпроводимости», медицина чутко реагировала на уровень напряжения политического поля, резко повысившийся к концу 1930-х гг. как в СССР, так и в МНР.

2.2. Советские врачи-интернационалисты и проблема чумы в Монголии (1920-е – 1940-е гг.)

К концу 1930-х гг. экспедиции передали основные функции в организации здравоохранения Минздраву и переключились на решение точечных задач, например, ликвидацию чумных очагов. Однако экспедиционная форма работы медиков в Монголии была распространена и в 1950-е, и в 1970-е гг. Некоторые проблемы здравоохранения эффективнее всего решались именно в таком формате.

Эпидемиологический надзор за чумой был одной из важнейших функций советских врачей в Монголии. Ранее в книге уже рассматривались русские исследования тарбаганьей чумы, проводившиеся в трансграничной зоне Забайкалья, Маньчжурии и Монголии на рубеже XIX и XX вв. В 1920-е – 1940-е гг. актуальность изучения этого заболевания на территории МНР оставалась высокой. И чем выше была ответственность советских чумологов за эпидемическую безопасность обеих стран, тем доверительнее к ним относились монгольские араты, хорошо знавшее смертельную опасность «тарбаганьей болезни».

В интересующий нас период вспышки чумы в Монголии регистрировались несколько раз. В 1926 г. в 40–50 км. восточнее Ундэрхана в Ундэрхан-ульском хошуне Хан-Хэнтэй-ульского аймака в период с 10 октября по 16 ноября заболело 23 человека, из которых 22 умерло. Бактериологическое исследование установило чуму (судя по летальности – легочную форму). В августе 1928 г. в 130 км. на юго-запад от Улан-Батора в местности Олон-Шанда заболело и умерло пять человек (один от бубонной и четверо – от легочной чумы). Двое больных легочной формой чумы были привезены в столицу и до установления диагноза помещены в терапевтическое отделение Гражданской больницы. Примерно в то же время, с 28 августа по 14 сентября 1928 г. в 230 км. на юго-запад от Улан-Батора, вблизи Табинджасского монастыря в Дэлгэр-Цокто-улаинском хошуне Богд-Хан-ульского аймака заболело и умерло четыре человека (один от бубонной и три – от легочной чумы). В 250 км. на запад от Улан-Батора, в 50 км. от Мишигунского монастыря (Баин-дэр-ульский аймак) с 17 сентября по 5 октября 1928 г. от чумы умерло 13 человек (один от бубонной и 12 от легочной чумы). В период с 7 по 25 сентября 1928 г. в 65 км. западнее Ундэрхана в местности Шютэ от легочной чумы умерло восемь человек[458].

Чумные вспышки 1928 г. в Монголии вызвали обеспокоенность в Москве. 11 сентября 1928 г. состоялось межведомственное совещание по вопросу о принятии мер против заноса чумы из МНР в СССР. На нем присутствовали представители четырех наркоматов: иностранных дел, здравоохранения, торговли, путей сообщения и ГУПО ОГПУ. Представитель НКИД Соколов сделал сообщение об эпидемии чумы в Монголии, в связи с чем наркомат послал в СНК СССР представление о временном закрытии государственной границы с МНР.

В документе, подписанном врид наркома иностранных дел М.М. Литвиновым, объясняется: «…Принимая во внимание большую легкость заноса этой болезни на нашу территорию в район Сибирского пути, и учитывая то обстоятельство, что в таком случае вся наша западная граница немедленно попала бы под действие всех тех стеснительных мероприятий, которые предусмотрены Международной Санитарной Конвенцией, Коллегия НКИД считает нужным немедленно и полностью закрыть

[458] *Башкуев В.Ю.* Российская медицина и монгольский мир. С. 331.

для всякого сообщения государственную границу между СССР и Монголией»[459]. При этом, советские дипломаты четко осознавали неблагоприятное воздействие, которое закрытие границы произведет на советско-монгольские экономические отношения. Однако эффект от возможного объявления Советского Союза страной, неблагополучной по чуме, расценивался как гораздо более серьезное последствие. В представлении НКИД говорится, что «другие страны…введут на своих границах меры, которые сильно ударят по нашим связям с Западом»[460].

В ходе межведомственного совещания 11 сентября 1928 г. было решено сосредоточить главное внимание по санитарной охране границы СССР на участке советско-монгольской границы от оз. Хубсугул до маньчжурской границы и организовать наблюдательные станции в Соловьевской, Мондах, Кяхте и Усть-Кяхте. ГУПО ОГПУ должно было принять меры по прекращению на этом отрезке упрощенного порядка перехода границы для приграничного населения, прекратить гужевое, автомобильное, речное и воздушное сообщение, установить особые условия перехода границы советскими рабочими, направляющимися на монгольские фабрики. Совещание постановило возложить на Наркомздрав РСФСР руководство борьбой с заносом чумы из МНР и обязанность изыскивать средства для принятия санитарных мер. До организации наблюдательных пунктов Наркомторг СССР должен был приостановить отправку из Монголии в Советский Союз товаров. Обязанность по информированию НКИД о противочумных мерах также возлагалась на Наркомздрав РСФСР[461].

Из приведенных выше документов следует, что, как и в начале XX в., чума оставалась главным эпидемиологическим фактором риска на восточном пограничье СССР в 20-е и 30-е гг. Возможность ее заноса на советскую территорию рассматривалась кремлевским руководством как огромная опасность, причем в первую очередь учитывались геополитические издержки. Объявление СССР неблагополучной по чуме страной означало бы немедленное прекращение торгово-экономических связей с Западом. Это автоматически ставило под удар всю намеченную программу индустриализации, ведь оборудование, технологии, инженерные и управленческие кадры для строительства советской промыш-

[459] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 253. Л. 2.
[460] Там же. Л. 5.
[461] Там же. Л. 3.

ленности поступали из-за рубежа. Поэтому такие радикальные средства, как полное закрытие границы с Монголией предлагались без колебаний, несмотря на негативные последствия для двусторонних отношений. Советское руководство демонстрировало тактическую готовность идти на жертвы ради сохранения гораздо больших ставок в геополитической игре с Западом.

Впрочем, в долгосрочной перспективе Москва все же выбирала стратегическое партнерство, сосредоточившись на необходимости гарантировать своевременную нейтрализацию чумной угрозы на территории МНР. Наркомздраву РСФСР была поставлена задача способствовать созданию постоянной противочумной организации в Монголии, обеспечить ее надежной коммуникацией с советскими органами здравоохранения, прежде всего, с противочумными организациями Забайкалья и Дальнего Востока. До создания противочумной службы основной груз борьбы с чумными эпидемиями приняли на себя врачи советских медико-санитарных экспедиций[462].

Активное участие экспедиционных медиков в противочумной работе началось с 1928 г., когда в Монголии работала вторая экспедиция Наркомздрава РСФСР. Оперативно реагировали на информацию о чумных вспышках врачи третьей медико-санитарной экспедиции. Например, в мае 1931 г. ее начальник Я. Л. Юдин получил радиограмму из Сан-Бэйсэ о появлении массового заболевания тарбаганов и людей с подозрением на чуму. Он тут же дал соответствующую шифровку в ОБЗСИ, а сам с переводчиком и врачом Минздрава МНР Никипеловым выехал на эпидемию[463].

Тогда же заведующий ОБЗСИ М. М. Эттингер направил Я. Л. Юдину письмо, в котором писал о предстоящей работе направленной в Монголию чумной лаборатории. Ее заведующим был советский чумолог, сотрудник саратовского института микробиологии и эпидемиологии «Микроб» Абрам Львович Берлин (1903-1939). Участие Берлина в создании монгольской противочумной организации расценивалось как крайне важное. Об этом Эттингер писал: «…т. Берлин с большими усилиями временно снят с очень ответственного дела в Саратовском «Микробе. Это удалось сделать лишь только потому, что об организации противочумных мероприятий было решение влиятельных организаций и только это заставило его нам дать. С ним мы заключили договор

[462] Там же. Д. 352. Л. 9, 9 об., 10.
[463] Там же. Д. 417. Л. 126.

на год, но есть личная договоренность отправить его после налаживания всего дела месяцев через пять-шесть. Но в договоре я ясно указал, что это всецело зависит от начальника экспедиции, который может и не отпустить, если это в интересах дела невозможно. Таким образом, это зависит только от местных условий»[464].

Через месяц в письме советнику Минздрава МНР Я. Л. Гроссману заведующий ОБЗСИ писал: «Находите ли Вы уже все подготовленным, чтобы приступить к производству отдельных сывороток и вакцин – ведь это весьма хлопотливое и ответственное предприятие, но все же его можно и следует организовать. Я полагаю, что кое-чем в этом деле Вам окажет существенную помощь Берлин, который весьма сведущий человек в производственном деле»[465].

М. М. Эттингер надеялся не напрасно. Абрам Львович взялся за дело серьезно, построив под Улан-Батором целый противочумный городок («Тарбаган упчин хото»): лабораторию, виварий, домик для врачей с семьями, общежитие для персонала. Постоянно выезжая на чумные эпидемии, он познакомился с эмчи-ламой, одним из самых опытных тибетских лекарей Монголии. Тот рассказал о сложившихся в тибетской медицине представлениях о происхождении чумы, о различных лекарствах – в основном вытяжках и отварах трав, – используемых для профилактики и терапии болезни[466]. Отсюда интерес А. Л. Берлина к тибетской медицине, воплотившийся в ряде опубликованных научных работ[467].

Усилия Наркомздрава по обузданию смертельной угрозы чумы в Монголии привели к организации в стране противочумной службы, кадровое ядро которой составили специалисты из СССР. В проекте резолюции ЦК МНРП по выполнению первого года пятилетки (1931) перед Минздравом МНР ставилась задача в весенне-летний период 1932 г. провести широкую обследовательскую работу в опасных по чуме районах страны и организовать сывороточно-вакцинное производство при противочумной станции в Улан-Баторе. Требовалось создать в аймаках сеть санитарных осведомителей из местного населения и расширить работу

[464] Там же. Л. 132.
[465] Там же. Л. 133.
[466] *Рапопорт Н. Я.* Встреча с «императрицей смерти». URL: https://biography.wikireading. ru/135467 (дата обращения 18.02.2017).
[467] *Берлин А. Л.* О тибетской медицине // Современная Монголия. 1934. № 4 (7). С. 47–58.

санитарно-бактериологической лаборатории[468]. 18 февраля 1932 г. президиумом правительства МНР было принято «Положение о санитарных осведомителях по чуме»[469].

Одной из главных репрезентаций подвига советских врачей-чумологов в МНР стал документальный фильм-биография Любови Сергеевны Соболевой – доктора, спасшего жизнь монгольского мальчика Увгун-Бургута во время вспышки чумы в Западной Монголии в 1945 г.[470] Это, безусловно, творческое восприятие уникальной судьбы русской женщины, посвятившей жизнь борьбе с чумой, получило заслуженное признание – гран-при на Международном кинофестивале в Оберхаузене. «Тонкая, умная режиссура Ю. Занина создает не только трепетный образ доктора Соболевой, но и образ времени, который легко рождается из точных монтажных фраз, уникальной кинохроники, старых семейных фотографий, незатейливых мелодий давнего, прошедшего времени, – писала на страницах «Советского экрана» Д. Фирсова, – словно сплетается подобно тонкому, изящному кружеву. Но обращение к прошлому не самоцель – оно лишь средство, а результат – глубочайшее потрясение от встречи с силой человеческого духа и высоким благородством добра и человечности»[471].

Нас же больше интересует историческая часть кинонарратива, основанная на дневнике Л. С. Соболевой. Повествование в фильме ведется от лица главной героини, а нелинейные временные переходы, благодаря талантливой режиссуре и сценарию, всего за полчаса раскрывают этапы ее сложной и насыщенной биографии.

Л. С. Соболева стала врачом не по зову сердца, а по обстоятельствам. С детства она мечтала о балете, даже прошла по конкурсу в балетное училище при Большом театре, но сопротивление семьи и перенесенный в юности туберкулез поставили крест на этих планах. Переехав из Москвы в Сочи, она была вынуждена самостоятельно зарабатывать на жизнь, сначала лаборанткой, потом сестрой милосердия. В 1916 г. в звании зауряд-врача Соболева была направлена на Кавказский фронт заведовать походной лабораторией[472]. Там она чудом избежала смерти. Срочный вызов в

[468] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 232.
[469] *Башкуев В. Ю.* Российская медицина и монгольский мир. С. 333.
[470] Девять дней и вся жизнь (реж. Ю. Занин, авт. сцен. Б. Добродеев, Ленинградская студия док. фильмов, 1979).
[471] *Фирсова Д.* Формула жизни удалась // Советский экран. 1981. № 1. С. 9.
[472] Зауряд-военный врач – в 1894–1917 гг. наименование военно-медицинских чиновников в Российской империи, закончивших неполный курс в учебных

Москву к смертному одру матери спас ее: в прифронтовой полосе вспыхнула эпидемия чумы, и по приказу какого-то генерала населенный пункт, где дислоцировалась походная лаборатория, был предан огню. В пожаре погибли ее коллеги и друзья, а Соболева получила от чумы первый вызов.

Вскоре последовал второй вызов. В 1920-е гг. в Батуми она заведовала бактериологической лабораторией. Однажды в городе появилась бубонная чума. Соболева обнаружила 26 случаев заболевания, поставила всем больным противочумные прививки, а после слегла сама с подозрением на чуму. В этом карантине она поняла, что борьба с чумой – ее судьба и жизненная миссия. Все последующие этапы ее биографии проходили под этим знаком.

До командировки в Монголию ее путь снова пересекся с чумой, на этот раз в довоенной Москве. Ненадолго вернувшись в родной город в 1939 г., она была вызвана срочным звонком из Наркомздрава СССР. «Вы знаете доктора Берлина из Саратова? – спросили у нее во время телефонного разговора. – А он Вас? Жаль… Значит Ваша специальность для него не секрет. Есть одно подозрение… Вы поняли? Правда, 99 процентов за то, что это воспаление легких. Поезжайте в «Метрополь», номер 389». Подозревалась пневмония, но Соболева почувствовала беду. Уже знакомый нам по противочумной работе в МНР А. Л. Берлин, в то время заместитель директора саратовского института «Микроб», был одним из нескольких врачей, добровольно прививших себе вакцину на основе мадагаскарского чумного штамма EV. Эксперимент прошел удачно и, окрыленный его результатом, Берлин совершил смертельную ошибку – случайно инфицировал себя в лаборатории, работая с вирулентными штаммами чумы. Получив срочный вызов на коллегию Наркомздрава, он прервал карантин, улетел в Москву, сделал доклад и лишь затем почувствовал себя плохо. Осмотрев Абрама Львовича, Л. С. Соболева сначала поставила диагноз «пневмония», но затем, в больнице, потребовала изоляции всех контактных лиц. А. Л. Берлин скончался

заведениях. Введено высочайше утвержденным 19 июня 1894 г. Положением о зауряд – военно-медицинских чиновниках. Назначались в военное время при недостатке врачей из студентов Императорской военно-медицинской академии и университетов 5-го курса (зауряд-врач I разряда) и 4-го курса, либо перешедших на 5-й курс (зауряд-врач II разряда). Исполняли обязанности младших врачей под руководством старших врачей или ординаторов. См.: Международная военно-историческая ассоциация. URL: http://www. imha. ru/1144523650-zaurjad-vrach. html#.WoJn96hl9PY (дата обращения 11.12.2017).

на следующий день от легочной чумы. Затем умерли два врача, осматривавшие его. После длительного пребывания в карантине Л. С. Соболева выжила. По ее словам, вместо выговора (сначала никто не поверил в ее диагноз), ее премировали путевкой на юг[473].

Из-за трудной и опасной работы личная жизнь Соболевой не сложилась. Сын и дочь остались с мужем, а сама Любовь Сергеевна долгие годы работала начальником подвижных противочумных станций на Кавказе. «У меня не раз была возможность вернуться в Москву, вернуться в Институт Мечникова, где я когда-то начинала, – вспоминала она. – Но больше всего на свете я люблю перестук колес, люблю дорогу. Я и не заметила, как в пути состарилась».

[473] История со вспышкой легочной чумы в Москве в декабря 1939 г. имеет почти детективный сюжет. Правда о том, что произошло тогда до сих пор неизвестна (скорее всего, остается засекреченной). Опыт с прививкой чумного штамма EV в саратовском «Микробе» описан в книге А. Шарова «Жизнь побеждает», но о трагической гибели А. Л. Берлина там упоминается лишь вскользь, в связи с неким медицинским экспериментом. В Интернете размещены несколько материалов на эту тему, в том числе статья о подвиге врача С. З. Горелика, ассистента кафедры терапии Первого Московского медицинского института, в клинику которого у Петровских ворот (Ново-Екатерининская больница) госпитализировали А. Л. Берлина. Но ни в одном материале не ведется речи о Л. С. Соболевой и ее рассказе. Версия фильма «Девять дней и вся жизнь» представляется вполне правдоподобной, так как раскрывает мельчайшие детали, вплоть до указания номера комнаты в «Метрополе», подробностей разговора с Берлиным, описания его самочувствия, поведения и т. д. Кроме того, как врач-чумолог Л. С. Соболева была многократно привита от чумы и, скорее всего, именно это спасло ей жизнь, тогда как С. З. Горелик и даже парикмахер «Метрополя», случайно контактировавший с больным, умерли на второй день после заражения. Настораживает то, что история, рассказанная в фильме, во многом не совпадает с другими версиями, а главное – с воспоминаниями Я. Л. Рапопорта, патологоанатома, проводившего вскрытие тела А. Л. Берлина в Ново-Екатерининской больнице. Эти воспоминания опубликованы в книге его дочери Натальи Рапопорт «То ли быль, то ли небыль». Описывая те события, Я. Л. Рапопорт ни словом не упоминает Л. С. Соболеву, но пишет о других участниках этой трагедии – погибшем вместе с Берлиным от чумы С. З. Горелике, М. Россельсе – враче, ошибочно диагностировавшем у Берлина крупозную пневмонию, о заключенной в карантин Коллегии Наркомздрава СССР во главе с наркомом Г. А. Митеревым, о заведующем Ново-Екатерининской больницей профессоре Лукомском. Даже гостиница, где останавливался обреченный доктор А. Л. Берлин, в рассказе Я. Л. Рапопорта – «Националь», а не «Метрополь». Так что вполне возможно и то, что в документальный фильм вкралось некое «авторское видение» таинственного сюжета о чуть не разразившейся в Москве эпидемии легочной чумы. См.: *Шаров А.* Жизнь побеждает. М.-Л.: Детгиз, 1953. С. 164-168; *Левенсон Е.* Забытый герой (доктор С. З. Горелик и вспышка чумы в Москве в 1939 году) // Альманах «Еврейская старина». 2008. № 8 (44). URL: http://berkovich-zametki. com/2006/Starina/Nomer8/Levenson1. php (дата обращения 20.11.2017); *Басин Я.* Черная смерть в Москве 1939 года. URL: https:// jewishfreedom. jimdo. com (дата обращения 20.11.2017); *Рапопорт Н. Я.* То ли быль, то ли небыль. URL: https://www. rulit. me/books/to-li-byl-to-li-nebyl-read-85074–15. html; URL: http://alya-aleksej. narod. ru/index/0–148 (дата обращения 02.11.2016).

В Монголию Л. С. Соболева попала в 1943 г. в качестве заведующего противочумной станцией в г. Улясутай. «Мы здесь как в дозоре, – идет повествование от первого лица. – Сколько раз чума ураганом проносилась по этой земле, косила тысячи людей. И сейчас, когда на западе идет война с фашизмом, здесь, на востоке, нужна особая бдительность». В рассказе Любови Сергеевны подчеркивается доверительное сотрудничество с монгольскими коллегами: «Работать с монгольскими врачами и сестрами легко. Мы понимаем друг друга с полуслова».

Доктор Соболева много ездила по Монголии, многое видела и изучила. Для нее это была не только служебная необходимость, но и интерес к истории, культуре и народу Монголии. Судя по всему, доверие и интерес были взаимными. Монголы доверяли русским врачам и сразу обращались к ним в случае опасности чумы.

Так произошло и в августе 1945 г. «В нашей профессии все начинается внезапно, – идет повествование от лица Л. С. Соболевой. – Так было и совсем недавно, на рассвете душного августовского дня. Дурная весть пришла из горной местности Цагаан-Сайр. В стойбище пастуха Бообо внезапно слегла вся семья». На место подозрительной вспышки на машине отправилась мобильная группа во главе с Соболевой. Опасения подтвердились – весь аил пастуха Бообо вымер от чумы.

«Местные жители пришли к нам на помощь, – продолжается повествование, – начали охоту на тарбаганов. Мы выставили часовых. Никто не имел права переступить запретную зону. И тут исчез один из двух оставшихся еще в живых сыновей Бообо – пятилетний Увгун-Бургут. Все бросились на его розыски». Осматривая другого ребенка – Наянтая – умиравшего от чумы, Соболева с ужасом обнаружила под кошмой пропавшего Увгун-Бургута. Он находился рядом с погибающим братом, а значит, был тоже обречен.

Восстав против врачебной логики, Любовь Сергеевна ушла с мальчиком в девятидневный карантин. В первый же день испуганный ребенок прокусил ей защитную перчатку и руку, оставив лишь один шанс – дождаться исхода карантина. Договоренность с отрядом была следующей: если в течение этого срока над дымоходами юрт перестанет идти дым, значит все, кто в них, уже мертвы, и юрты необходимо сжечь, забросав факелами с безопасного расстояния.

Соболева и Увгун-Бургут были больны, с высокой температурой, ознобом и кашлем. На четвертый день мальчику стало лучше, а Любовь Сергеевна сильно ослабла. Из записок, доставляемых в условное место с пищей и топливом, она узнала, что эпидемию удалось остановить. Однако жизни ее и мальчика все еще висели на волоске.

«Но чем бы это ни кончилось, – продолжается рассказ, – я не жалею, что приехала сюда. Я за многое благодарна этой стране, каждой юрте, каждой семье, где меня встречали, как друга». На девятый день карантин был снят, и люди громко радовались тому, что Соболева и Увгун-Бургут остались в живых. Монголы сказали ей: «Ты спасла мальчика, который должен был умереть. Теперь он твой сын, Увгун-Бургут Соболев». Но Любовь Сергеевна не решилась разлучить ребенка с родиной, отдав его в бездетную семью Чергай. Следующая встреча произошла лишь спустя 20 лет в Москве, когда Увгун-Бургут Соболев приехал учиться в медицинский институт. Тогда эта история получила вторую жизнь, в том числе и в официальной летописи советско-монгольской дружбы.

Кинорассказ об удивительной судьбе Л. С. Соболевой, несмотря на все художественные элементы, является важным документом, не только раскрывающим детали взаимодействия русских врачей и монголов в борьбе с опасной болезнью, но и возвышающим гуманитарную миссию советской медицины в монгольском мире практически без обязательных в то время отсылок к линии КПСС и МНРП на дружбу и сотрудничество. Документальная лента Ю. Занина и Б. Добродеева является мощной призмой, фокусирующей внимание на человеческих аспектах взаимодействия, на что не всегда способны архивные материалы.

Полная драматизма борьба советских и монгольских врачей с чумой на территории МНР, вошедшая в историю в произведениях литературы и кинематографии, являла собой часть стратегического плана по обеспечению эпидемиологической безопасности СССР и его союзника в Восточной Азии. Это, безусловно, тема отдельного большого исследования. Несколько рассмотренных нами сюжетов иллюстрируют как советско-монгольское взаимодействие в обеспечении эпидемиологической безопасности, так и то, что проблема чумы связывала между собой несколько уровней многослойной внешнеполитической повестки СССР в регионе. Это был действительно осевой объект взаимодействия, замыкав-

ший на себе медицинскую и социокультурную, экономическую и геополитическую проблематику, вовлекавший в деятельность вокруг себя лучшие профессиональные кадры и значительные материальные ресурсы.

2.3. Советские врачи, монгольские ламы и тибетская медицина: попытки сосуществования, реалии противостояния (1920-е – середина 1930-х гг.)

Приступая к анализу комплекса взаимоотношений европейской и тибетской медицины в Монголии, следует помнить, что и в историко-культурном, и в социально-экономическом контекстах этой страны именно тибетская медицина была исторически укоренившейся, ментально и психологически близкой и понятной монголам медицинской системой. До исторических директив VIII партсъезда и Великого Хурала (1930) тибетская медицина пользовалась полной официальной поддержкой монгольского правительства и имела существенно больше оснований называться государственной медициной, чем европейская, ибо была вездесуща, общедоступна и прочнейшим образом интегрирована в кочевое общество. На фоне ее многовековой книжной мудрости европейская медицина со своей микробной теорией, которой не исполнилось и полсотни лет, и буквально вчера изобретенными медицинскими препаратами, выглядела наглым выскочкой, пытающимся разворошить и перевернуть вверх дном столетиями сложившийся традиционный уклад[474].

Носители и практики тибетского медицинского знания – эмчи-ламы – имели практически безграничное влияние на умы и души монголов, не исключая высших членов правительства. В борьбе с советской медициной они защищали экономическую и, что еще важнее, мировоззренческую основу своего существования, гарантировавшую непоколебимый авторитет лам в монгольском обществе. Поэтому представлять конфликт двух систем как эволюционное противостояние отжившего свое клерикального традиционализма и неумолимого социального прогресса, построенного на современных научных основах, было бы большим упрощением. Тибетская медицина была сильна; своими корнями она уходила глубоко в социальную ткань монгольского общества,

[474] *Башкуев В. Ю.* Российская медицина и монгольский мир. С. 309.

ведь к периоду социальных трансформаций около трети монгольских мужчин все еще носило монашеские одежды. В руках эмчи находилась вера всего монгольского народа, от простых аратов до партийных бонз, которой они искусно манипулировали, создавая советским врачам всевозможные препятствия. Таким образом, с монгольской стороны ламы, без сомнения, являлись важными акторами взаимодействия европейской медицины и традиционного общества, причем такими, чьи внутренние установки, поведенческие реакции и внутрисословная повестка существенно отличались и от аратства, и от кочевой аристократии.

Ламское духовенство в Монголии представляло собой наиболее образованный и привилегированный класс. Внутри него существовала особая прослойка – ламы-врачеватели, получавшие образование в монастырских медицинских школах. Сторонние наблюдатели часто характеризовали тибетскую медицину в Монголии как прикладную часть ламаизма. Так, Б. Б. Барадин считал, что полезность этой медицинской системы была сведена на нет личным корыстным интересом практиковавших ее эмчи-лам, ревниво оберегавших профессиональные секреты целительского искусства и продававших их за очень высокую цену ученикам[475]. Поэтому каждый эмчи был одновременно и лекарем, и аптекарем, содержавшим свою собственную аптеку лекарственных средств и заинтересованным в том, чтобы продавать их подороже.

У советских исследователей образ жизни и моральный облик лам вызывали неприятие и резкую критику. Так, в десятом номере Бюллетеня Полномочного представительства СССР в Монголии (март 1924 г.) была опубликована статья, посвященная кончине теократического правителя Монголии Богдо-гэгэна VIII. В ней говорилось о том, что, хотя некоторые монгольские ламы, например Манзу-шири-хутухта, являлись образцом нравственной чистоты, это было довольно редким исключением. В статье рассказывалось:

> «Обычно лама – это человек, которому ничего человеческое не чуждо: ни вино, ни женщины, ни торговые плутни, ни обманы. И таковы не только рядовые монахи, но даже и великие святители церкви. Из восьми Богдо-гэгэнов, сидевших в Урге со времени принятия монголами буддизма, трое (пятый, седьмой и восьмой) отличались чрезвычайно раз-

[475] *Барадин Б. Б.* Очерки Монголии. Быт и народное здравоохранение в Монголии // Жизнь Бурятии. 1925. № 1–2. С. 8.

вратным образом жизни. Пятый даже умер от сифилиса. Что касается восьмого, на днях умершего, то в молодые годы он любил шумные кутежи и попойки в компании русских купцов, а в более зрелом возрасте официально женился на одной из своих любовниц, которую после переворота 1911–1912 гг. торжественно короновал на царство в качестве своей супруги.

Другой видный святитель церкви Набранчи-гэгэн (его монастырь находится недалеко от Улясутая), живший в конце прошлого века, отличался еще более диким нравом: пьянствовал, стрелял из винтовки по людям, однажды въехал в Улясутай на телеге, запряженной пятью голыми проститутками, и в заключение похитил дочь китайского генерал-губернатора. Поведение буйного монаха под конец стало настолько скандальным, что ламы покончили с ним с помощью «кубка яда».

Наряду с развратом, ламское сословие в сильной степени страдает еще недугом любостяжания. Деньги, богатство неотразимо влекут к себе служителей церкви. Богдо-гэгэн и в этом отношении подавал верующим пример»[476].

Справедливости ради надо отметить, что критическую позицию по отношению к ламам занимали не только советские наблюдатели, но и участники западных научных экспедиций. Например, Р.Ч. Эндрюс, руководитель центральноазиатских экспедиций нью-йоркского Музея естественной истории в 1920-е – 1930-е гг., в своей книге *«Across Mongolian Plains. A Naturalist»s Account of China»s «Great Northwest»"* называл ламаизм причиной угасания некогда великого народа, подобно тому, как роскошь привела к упадку средневековую империю Чингизидов. В ламах он видел необразованных ленивых бездельников, знакомых лишь с религиозными книгами своей секты и ведущих никчемное существование за счет безгранично доверчивых соплеменников. Только в запрещении ламаизма при условии установления в Монголии эффективного правительства Эндрюс видел шанс возрождения монгольской нации. Он также винил лам в эксплуатации суеверности соплеменников, распространении болезней и даже в низкой

[476] РГАСПИ. Ф. 495. Оп. 152. Д. 29. Л. 181–182.

рождаемости у монголов, объясняя это безбрачием лам, составлявших значительную часть мужского населения страны[477].

Очевидно, что иностранцы, ужасавшиеся аморальным поведением лам и отрицательно характеризовавшие их роль в традиционном монгольском обществе, выражали оценочные мнения, отражавшие отсутствие или недостаточность экспертных знаний о доктринальной стороне ламаизма и внутрисословных особенностях монгольского духовенства. Современные исследователи предлагают иные интерпретации, из которых нам наиболее интересна позиция Б. Тэрбиша, изучающего комплекс отношений власти к сексу в социалистической Монголии.

Начать следует с того, что в ламаизме секс имеет совершенно иное значение, нежели в христианстве, в нравственном ключе которого так или иначе сформировались и советские, и западные наблюдатели. Три первые ступени в ламской иерархии отличались по степени строгости принятых обетов. Хотя формально половые отношения были запрещены со второй ступени (рабжан), в реальности к ним относились со снисхождением. К тому же в Монголии имелась огромная прослойка странствующих лам (бадарчин), которые, живя в непосредственном контакте с народом, леча, обучая и благословляя аратов, были известны своими многочисленными любовными связями. Их пример во многом влиял на половые отношения среди простых монголов[478]. И, видимо, именно бадарчины выступили прототипом печально известного образа ламы как «ходячей эпидемии», о чем пишет И. Штольпе[479].

Буддийская практика школы Гэлугпа предписывала практикующему отождествление себя с центральным мужским божеством в тантрической иконографии Яб-Юм (изображение божеств в любовном соитии); некоторые тантрические техники не возбраняли замену женского божества реальной женщиной. Секс (реальный или воображаемый) не расценивался как процесс утоления плотских желаний, а представлялся инструментом достижения нирваны. Символика Яб-Юм представляла собой метафору единения высшего наслаждения и пустоты, а сама сексуальная медитация, вместо простого акта размножения, прикрепляющего грешных

[477] *Andrews R C.* Across Mongolian Plains. A Naturalist»s Account of China»s «Great Northwest». New York: D. Appleton and Company, 1921. P. 71–72, 78.
[478] *Terbish B.* Mongolian Sexuality: A Short History of the Flirtation of Power with Sex // Inner Asia. 2013. № 15. P. 246.
[479] *Stolpe I.* Display and Performance. P. 62–63.

существ к кругу Сансары, предполагала направление энергии на полное духовное освобождение. Тантрическая медитация такого рода была разрешена лишь высшим ламам. Как считает Б. Тэрбиш, именно это объясняет отсутствие осуждения разгульного поведения «живых богов» как в обществе, так и среди духовенства[480].

Наконец, в дореволюционной Монголии монастыри (около 750 по стране) являлись крупнейшими экономическими акторами с тысячами зависимых аратов (шабинары), управленческими структурами и разнообразной экономической деятельностью, от ростовщичества до инвестиций в китайские торговые компании. Ламы, обладавшие правом собственности, часто являлись владельцами лавок и магазинов, постоялых дворов и даже борделей. Предотвращая возможность наследования, безбрачие лам являлось дополнительным механизмом сохранения имущественных прав монастырей[481]. Экономическая активность, противоречившая буддийским принципам отстранения от земного, способствовала развитию товарно-денежных отношений, в том числе и в области отношений между полами. Неудивительно, что впитавшие христианскую матрицу половой нравственности наблюдатели, будь то западные исследователи или советские врачи, были поражены тем, что представлялось им апофеозом библейских пороков, но в Монголии являлось вековой общепринятой практикой.

С появлением в Монголии советских медико-санитарных экспедиций противостояние между европейской и тибетской медицинами, наметившееся с самых первых попыток монгольского правительства организовать в стране европейскую медицину, начало набирать обороты. Надо отметить, что в 1926 г., когда в МНР работала первая экспедиция НКЗ РСФСР, и в 1927–1928 гг., когда по аймакам поехали отряды второй экспедиции, тибетская медицина официально являлась государственной, дотировалась из госбюджета и не состояла в антагонизме с правительством. Напротив, некоторые члены монгольского правительства из числа так называемых «правых уклонистов» (например, министр просвещения Э. Батухан), не видели необходимости в расширении зоны обслуживания европейской медицины на школы и другие учреждения, считая тибетскую медицину достаточно эффективной для обеспечения медицинских нужд государства и общества.

[480] *Terbish B.* Mongolian Sexuality. P. 247.
[481] Там же. P. 248.

В противостоянии двух медицинских систем ламы показали себя серьезными соперниками, совершенно не гнушавшимися любых методов изучения и дискредитации противника. На руку им сначала играли замешательство и ошибки первой медико-санитарной экспедиции, инициированные, как подозревал Г. В. Ивицкий, ургинскими врачами и членами правительства МНР. Так, решение направить весь отряд в Цэцэрлэг отчасти объяснялось тем, что «Заин-Шаби представляет собой главную цитадель ламайства, и надо ударить реалистической наукой на эту мистическую крепость…»[482]. Пока советских экспедиций было мало, и они были относительно слабы в организационном и, главное, в репутационном плане, ламы использовали свое безоговорочное влияние на умы аратов, запрещая им ходить к русским врачам или направляя их в расположение экспедиции исключительно со своего благословения[483].

Жизненный уклад лам настолько сильно отличался от повседневности скотоводов-кочевников, что для его изучения советские врачи разрабатывали особые подходы, методы и инструментарий, предпринимали специальные обследовательские экспедиции в крупные монастыри. Знание реалий ламской повседневности являлось основой понимания их внутригрупповых поведенческих стратегий и уязвимостей, воздействуя на которые можно было ослабить это гомогенное, спаянное общими интересами сословие. Из комплекса знаний о внутренних проблемах ламства постепенно выкристаллизовывалась стратегия борьбы с ним.

В медико-санитарном очерке И. А. Охотникова даются подробные описания ламского быта. «Я еще не видел такого случая, – писал он, – чтобы в ламских юртах не было дымоходных труб и железных печей, между тем, как у арат в большинстве случаев в юртах существуют не железные печи, а просто тачанки, из которых дым поступает непосредственно в юрту. Юрты ламского населения всегда ограждены лесоматериалом, с хорошо убранными двориками, продукты же хранятся в дощатых кладовках, чего у аратского населения не имеется. Кроме того, ламское население меньше страдает и переносит от всех тех неблагоприятных изменений погоды в защищенной, хорошо оборудованной юрте, чем арат в своей незащищенной дымной холодной юрте»[484].

[482] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 239. Л. 105.
[483] Там же. Л. 106.
[484] Там же. Л. 6.

На кардинальные отличия ламского быта от быта аратских масс указывал в своих отчетах и С. Т. Ильин. Он писал: «Ламы живут значительно чище остального населения, имеют отдельную посуду, жилище тоже содержат в относительной чистоте. Наблюдения имеющихся в амбулатории случаев дает возможность сказать более утвердительно, что среди лам заражение [венерическими болезнями. – *В. Б.*] происходит, главным образом, половым путем»[485].

Отмечая малую заболеваемость лам туберкулезом, советские врачи обращали особое внимание на распространенность среди них венерических болезней с явно половым способом передачи. Например, И. А. Охотников писал: «По статистическим данным Мункуханского фельдшерского пункта, процент социальных заболеваний превалирует больше всего среди ламского населения, каковые охотно посещают амбулаторию, где им проводится специфическое лечение. Заболеваемость главным образом сифилисом и гонореей среди духовных лиц составляет на 100 человек жителей 80 человек, среди же аратского населения на 100 жителей – 65 человек. Большой процент пораженности ламского населения говорит за внебрачное сожительство, так как брак в ламских монастырях запрещен»[486].

С самого начала медико-санитарной помощи Наркомздрава РСФСР Монголии врачи старались выяснить причины высокой заболеваемости венерическими болезнями среди лам. Для этого они пользовались разными средствами, но общепринятой методикой были анкеты, разработанные специально для священнослужителей. В фонде Наркомздрава РСФСР в ГАРФ сохранился образец такой анкеты. Приведем ее в качестве примера целиком.

Анкета для лам

Фамилия: Л.

Возраст: 15 лет

Национальность: монгол

Место жительства: юрта

Сколько живет в юрте: Улан-Батор, в юрте три человека

Грамотность: читает по-тибетски

Начало половой жизни: с женщиной 14 лет

[485] Там же. Д. 244. Л. 17.
[486] Там же. Ф. Р-8009. Оп. 10. Д. 77. Л. 6.

Связь с женщинами, постоянная, случайная: случайная

Педерастия активная, пассивная: и активная, и пассивная

Начало педерастии: активная с 13 лет, пассивная с шести лет

Занимался ли медицинской практикой: нет

Учился ли медицинским наукам и учению о гипнозе (тарни): нет

Гигиена тела: тело не моет, умывается один раз в день

Одежда: чулки (оймас), сапоги (гутулы), штаны (умы), рубашка (цанс), шуба (дель), плащ (орхимам), шапка, четки и бурхан (молитва)

Курит: с 13 лет

Пьет: мало, монгольское вино

Какой доход: десять тугриков за требы

Сколько тратит на себя: весь заработок

Связь с родственниками: поддерживает

Жил ли вне Монголии: нет

Почему пошел в ламы: не знает

Останется ли в ламстве навсегда: да

Доволен ли своей жизнью: да

К лучшему или к худшему изменилась жизнь лам после революции: –

Каким наказаниям подвергался: не подвергался[487].

Интересу врачей способствовало то обстоятельство, что ламы первыми приходили к советским врачам лечиться. Пока араты робко приглядывались к незнакомцам в белых халатах, буддийское духовенство успевало воспользоваться преимуществами медикаментозного лечения, явственнее всего проявлявшимися при лечении сифилиса и гонореи. В отчете о работе первой медико-санитарной экспедиции (Заин-Шаби) Г. В. Ивицкий живописал первые контакты с представителями ламства так: «Венериков было много, рационального лечения тибетские врачи проводить не могли, а у советских врачей такое магическое средство, как вливание сальварсана… Быстрый положительный эффект…… Сам духовный глава Богдо-Гэгэн осчастливил амбулаторию своим посещением и благосклонно согласился принять в мягкие части

[487] Там же. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 239. Л. 131 об.

несколько десятков уколов. За ним потянулось ламство, а уже аратам и сам Будда велел»[488].

Быстрота, с которой ламы реагировали на советские медотряды и медпункты, вероятнее всего, имела следующие причины. Во-первых, ламы действительно были самым образованным классом в Монголии и не могли не понимать разрушительных воздействий сифилиса и гонореи на организм. Об этом еще в 1921 г. писал И. М. Майский: «Небезынтересно отметить, что Геген древнейшего и священнейшего из халхасских монастырей Эрдени-Цзу был весьма польщен, когда в числе других подарков я поднес ему и небольшую баночку ртутной мази»[489]. Поэтому, узнав о приезде советской медицинской экспедиции именно они первыми спешили воспользоваться медикаментозным лечением, зная о его благотворном воздействии.

Тогда в Монголии в ходу был не только советский новарсенол, но и неосальварсан германского и японского производства[490]. Однако пытавшиеся самостоятельно делать «большую тарюху» эмчи-ламы не знали ни схем вливания этого ядовитого химиопрепарата, ни его точной дозировки. Поэтому обратиться к советском доктору было и безопаснее, и быстрее, а главное – бесплатно.

Во-вторых, понимавшие высокую цену знаний ламы приходили в медпункты и амбулатории учиться. Они внимательно следили за всеми действиями врачей, подмечая и перенимая детали, от внешней атрибутики до дозировки неосальварсана. Потом в своих больницах они надевали белые халаты, организовывали раздельные палаты для больных, и пытались повторить успех советских медиков.

---

[488] Там же. Л. 106. Г. В. Ивицкий ошибался: посетивший амбулаторию в Цэцэрлэге в 1926 г. высший лама не мог быть восьмым Богдо-гэгэном Джебзун-Дамба-хутухтой, который умер 20 мая 1924 г. Скорее всего, прибывший был *хубилганом*, одним из высших иерархов ламаистской церкви в Монголии – перерожденцем, считавшимся «живым богом» [Прим. авт.].

[489] *Майский И. М.* Современная Монголия. Иркутск: Государственное издательство РСФСР, 1921. С. 31.

[490] Высокая мировая популярность сальварсана (606) и неосальварсана (914) привела к разработке многочисленных дженериков (препараты-копии с доказанной фармацевтической, биологической и терапевтической эквивалентностью с оригиналом). Разработанный С. Хата японский дженерик получил название «Арсаминол». Во Франции с 1911 г. выпускался аналог сальварсана под названием арсенобензол «Billon», с 1912 г. разрешенный к ввозу в Россию. См.: *Аржанов Н. П.* «606» против сифилиса. URL: http://www. provisor. com. ua/archive/1999/N12/arganov. php (дата обращения 03.03.2017).

Мастерски владевшие искусством политической интриги ламы старательно маскировали свою повестку от посторонних взглядов, создавая у советских врачей иллюзию взаимопонимания. К примеру, в Ундэрхане у сотрудников второй медико-санитарной экспедиции установились хорошие отношения с местными эмчи-ламами. Как утверждал Г. В. Макаренков, врачи не чувствовали, что эмчи относятся к ним, как к конкурентам. «Они приходили к нам на амбулаторные приемы, смотрели, как мы делаем вливания, присутствовали при обследовании больных, – сообщал он в отчете, – Между прочим, в тех случаях, где требовалось продолжительное лечение, они направляли больного к нам». Ламы как будто не возражали против того, чтобы впечатленные лечебным действием неосальварсана и препаратов висмута араты переходили к советским врачам. Один из них говорил врачам: «Вы не обижайтесь, что я присылаю к вам таких больных, с которыми я сам не могу справиться, как хозяин бросает собаке то, что ему не нужно. Мы должны работать совместно, вы будете вести одних больных – мы других». По словам Г. В. Макаренкова, эмчи-лама даже сожалел, что преклонный возраст не позволяет ему поехать в Москву, чтобы учиться европейской медицине[491].

В-третьих, обладая безграничным авторитетом среди аратов, ламы требовали от последних всегда приходить за благословением перед походом к европейскому врачу. Так, естественным образом, у лам оказалось первенство в обращении за медицинской помощью. Простые же монголы долго боялись самостоятельно обращаться в амбулатории и медпункты. Позже, когда известия о чудесных выздоровлениях разошлись по аратским массам, люди стали пренебрегать этим благословением, что вызвало у лам большое негодование и попытки отвратить монголов от советской медицины.

В начале 1930-х гг. распространенностью венерических заболеваний в буддийских монастырях серьезно озаботился новообразованный Минздрав МНР. Стали организовываться специальные обследовательские экспедиции в те хурэ, откуда поступали сигналы о проблемах с сифилисом. В сентябре 1930 г. в Чжанзоблинский монастырь, лежавший в 75 км на восток от Улан-Батора, отправился медицинский отряд под руководством доктора М. М. Плоткиной. Сохранившийся в фондах ГАРФ отчет

[491] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 244. Л. 47–48.

об обследовании хурэ проливает свет на организацию экспедиции и методику обследования.

Чжанзоблинский монастырь располагался на небольшом, окруженном горами плоскогорье рядом с минеральным источником-аршаном, создавшим этому хурэ известность. Благотворное действие воды на болезни желудка притягивали в летние месяцы множество людей. Местное же население практически полностью состояло из лам монастыря.

В отдалении стояло два деревянных здания – младшая школа, работавшая только зимой, и пункт закупки пушнины с небольшой кооперативной лавкой. Временная амбулатория экспедиции разместилась в этом маленьком здании.

В организации обследовательской работы врачам помогал местный дарга – председатель хошунной администрации. Весть о приезде врачей мгновенно распространилась по округе и тотчас же в амбулаторию потянулись с вопросами больные. Однако часть лам решила избежать обследования и, как доносили слухи, ночью выехала из монастыря[492].

М. М. Плоткина так описывала первые встречи с ламами:

> «В громадной юрте медленно собиравшиеся ламы садились на пол, подложив одну ногу, и с бесстрастными лицами одинаково выслушивали как выступление дарги, говорившего о целях Минздрава МНР оздоровить монгольский народ, так и меня, говорившую им о распространении венерических болезней в МНР, о необходимости поголовного осмотра для выявления очагов заразы и дальнейшего устройства медпункта. Ламы молча слушали и отвечали односложно. Вопросов никаких не задавали. Старики-ламы сидели, потупив глаза, молодежь боязливо переглядывалась. При попытке на следующее утро пройти по дворам монастыря для обследования нами было обнаружено лишь около 20 лам, остальные исчезли. Только при известной энергии дарги ламы сами пришли на обследование в амбулаторию и нам удалось обследовать 72 чел. из 150 лам, числящихся за этим монастырем. По сведениям, некоторые ламы вообще живут в других худонах (провинциях), уезжая устраивать свое хозяй-

[492] Там же. Д. 397. Л. 29.

ство (скотоводство), другие уезжают промышлять и лечить. Часть, по-видимому, все же исчезла в ночь нашего приезда, не желая обследоваться»[493].

Доктор Плоткина отмечала, что возраст обследованных лам колебался от пяти до семидесяти лет. Из опрошенных основное количество (29 чел.) поступили в монастырь в возрасте от пяти до семи лет; 19 чел. заявили, что поступили в возрасте от семи до восьми лет и только два человека пришли в возрасте старше 13 лет. Был один случай поступления в монастырь взрослого человека в возрасте 37 лет.

В ходе анкетного опроса лам врачи установили, что несмотря на запрет на половые отношения с женщинами, между самими ламами практиковалась гомосексуальная связь. Плоткина писала об этом так: «Обычно между ними существует половая близость, называемая «банди» и это не является постыдным, ибо при собирании анкеты все отвечали, не смущаясь, со скольки лет ими начато «банди». Отдельные ламы, наедине, даже указывали с кем они живут, как источник заражения»[494].

М. М. Плоткина ошибалась насчет термина «банди», обозначающего не связь между ламами, а послушника низшей ступени в ламаизме, принявшего пять обетов. В остальном же механизм представляется вполне понятным: как и во многих закрытых мужских коллективах, в монастырях процветало «покровительство» старших над младшими, включавшее и гомосексуальные отношения. Плоткина писала: «Обычно возраст для начала половой жизни «Банди» старики ламы отмечают 17 лет и пренебрежительно прибавляют, что нынешняя молодежь начинает его раньше, чем в старину»[495].

Из 72 обследованных лам сифилис был обнаружен в 27 случаях, что составляет 37,5%. Из них 10 случаев – активный сифилис, в четырех случаях – латентный сифилис, из которых в двух случаях имелись обширные разрушения костей черепа и лица. Как отмечает Плоткина, именно они навели панику на населения, в результате которой был вызван отряд. Свежих случаев гонореи обнаружено не было, а хроническая не диагностировалась из-за отсутствия лабораторного оборудования. Зато было выявлено много случаев кожных заболеваний – пиодермии, чесотки и экзе-

[493] Там же. Л. 30.
[494] Там же. Л. 30–31.
[495] Там же. Л. 31.

мы. М. М. Плоткина объясняла это тем, что ламы редко моются, а в округе ощущается недостаток воды в зимний период[496].

Помимо Чжанзоблинского монастыря, врачам удалось обследовать 45 учеников местной школы и 49 призывников в возрасте от 22 до 28 лет, которых попросил осмотреть для военной комиссии местный судья. Среди них было обнаружено 15 случаев сифилиса и пять больных свежей формой гонореи[497].

В амбулатории экспедиция провела лечение 106 первично зарегистрированных случаев венерических заболеваний и 773 повторных больных. Аккуратно проходили лечение около 25 чел. Часть обратившихся за помощью сбежала, как только пришло облегчение и исчезли наружные симптомы заболеваний. Однако специфическое лечение сифилиса вызвало большое уважение и благодарность. «Даже ламы, – писала Плоткина, – видя эффект лечения, сменили свой иронический тон на более дружественный»[498].

По результатам обследовательской поездки были сделаны выводы о том, что сифилис в Монголии распространен очагами вокруг монастырей; такие очаги опасны из-за образа жизни лам, которые часто находятся в разъездах и могут разносить инфекцию; борьба с сифилисом должна вестись путем уничтожения очагов болезни, увеличения числа медпунктов и укрепления культурно-просветительной работы среди населения. По горячим следам экспедиции в Богдохан-хошуне был срочно открыт фельдшерский пункт[499].

Такие экспедиции в большие монастыри проводились не только в Монголии, но и в Бурят-Монгольской АССР и Тувинской Народной Республике. Например, венерологический отряд И. Г. Закса и С. Т. Ильина в 1926 г. обследовал Эгитуйский дацан в Бурятии: это стало возможным благодаря тому, что советские медики оказали помощь одному из высших лам, страдавшему задержкой мочеиспускания. В благодарность он пустил врачей в дацан, разрешил обследовать лам и хувараков, дал доступ к фармацевтическим ресурсам и медицинской библиотеке монастыря[500].

---

[496] Там же. Л. 32.
[497] Там же. Л. 33.
[498] Там же. Л. 34.
[499] Там же.
[500] *Закс И. Г., Ильин С. Т.* Опыт изучения. С. 871.

Однако далеко не везде в Монголии взаимодействие советских медиков и эмчи-лам приобретало форму сосуществования. Растущий авторитет европейской медицины, усиливающаяся санитарная пропаганда, использующая арсенал современных средств от листовки и плаката до театрализованных постановок и кинематографа, начавшееся административное и экономическое давление на ламское сословие не могли не привести к серьезным противоречиям. Против социалистического здравоохранения ламы выставили целый ряд искусных приемов контрпропаганды, нередко вызывавших серьезное замешательство у советских врачей.

Отвечая на усилившиеся вызовы, методы ламского сопротивления эволюционировали от совсем простых до изощренных. Поначалу наиболее действенным методом было простое запугивание аратов гневом богов. Рассказывая о ламских хитростях, С. Т. Ильин писал:

> «Бывали случаи, что начинавший аккуратно лечиться больной заболевал простым поносом или простужался, благодаря плохим жилищным условиям (майхан), вдруг исчезал из амбулатории, и приходилось слышать, что ламы заставили покинуть лечение, объясняя новое его заболевание гневом богов той горы, откуда он приехал. За последнее время нередки были случаи, что после такого совета ламы больные приходили и говорили о том, что они должны бросить лечиться. Когда удавалось рассеять страх, нагнанный ламой, больной благополучно заканчивал лечение. Были интересны попытки лам бороться с авторитетом европейской медицины. Они распускали слух, что каждый больной, прошедший курс лечения в отряде и выздоровевший, в настоящее время укорачивает свою жизнь на 10 лет, и что после отъезда европейского доктора ламы не будут оказывать никакой помощи лечившимся у него»[501].

По мере роста доверия простых монголов к европейской медицине после сеансов «чудодейственного» лечения неосальварсаном, ламы изменили тактику и начали сами направлять больных, особенно хронических и тяжелых, в советские амбулатории,

[501] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 244. Л. 4–5.

надеясь на неудачный исход лечения. Однако, так как большинство хронических больных получили свою инвалидность на почве сифилиса, медикаментозное лечение в конечном итоге помогало им и разбивало надежды лам на дискредитацию европейской медицины таким путем[502].

Еще одним способом запугивания простых аратов были слухи о том, что кровь на анализ берется затем, чтобы колдовать над ней, либо вызывая плохую карму, либо забирая у человека десять лет жизни. Такой способ дезинформации использовался повсеместно как в Монголии, так и в Бурят-Монголии, однако и он вскоре тоже исчерпал свой деструктивный потенциал.

Совершенно шарлатанскую хитрость придумали эмчи-ламы, чтобы брать с аратов деньги, не тратя времени и лекарств на их лечение. Лама находил особые, лишь ему одному известные приметы, говорившие, что в определенный день нужно обратиться к определенному советскому специалисту за лечением, и оно гарантированно будет успешным. Поскольку эти «указания», как правило, подтверждались, и больной получал необходимую медицинскую помощь, «пророки» требовали оплату за совет, правда, в меньших размерах, чем они обычно просили за лечение[503].

В описанных приемах отчетливо видятся распространенные в бурятском и монгольском ламаизме обряды «абарал» и «гурим», подробно описанные в главе о Бурят-Монголии. Однако те из врачей, кто до МНР работал в Бурят-Монгольской АССР отмечали, что монгольское общество в гораздо большей степени чем бурятское было подчинено идеологическому диктату лам. К тому же большевистская идеология в Бурят-Монголии была открыто доминантной, в то время как МНР относилась к особому случаю, где для перехода к социалистическому пути развития лишь подготавливалась почва. Поэтому преодолевать сопротивление монгольских лам было неизмеримо сложнее и любой обряд, административно запрещаемый в советской Бурят-Монголии, в МНР оставался действенным методом саботажа еще слабой европейской медицины.

Вплоть до директив о снятии тибетской медицины с государственного финансирования и официального начала борьбы с ней, тибетская и европейская медицина в МНР находились в состоя-

[502] Там же. Л. 5.
[503] URL: http://blog-health. ru/s-yu-belenkij-o-borbe-s-lamskoj-medicinoj-v-mongolii. html (дата обращения 01.11.2016).

нии «холодной войны», оставлявшей некоторые возможности для компромисса. Однако с воплощения в жизнь решений VIII Съезда МНРП и Великого Хурала в 1930 г. ситуация резко изменилась в пользу социалистического здравоохранения. Не преминув этим воспользоваться, советские врачи перешли к планомерной осаде «мистической крепости» ламаизма.

В материалах о развитии здравоохранения в Монгольской Народной Республике, подготовленных летом 1932 г. для Наркомздрава РСФСР, советник Минздрава МНР Я. Л. Гроссман сообщал, что без всякого административного давления, только по ходатайствам населения было достигнуто значительное расширение лечебно-профилактической сети с 31 учреждения в 1930 г. до 115 учреждений в 1931 г., с 372 коек в 1930 г. до 1020 коек в 1931 г. Почти в три раза выросло количество амбулаторных посещений новых учреждений здравоохранения с 135000 в 1930 г. до 435737 в 1931 г. Эти показатели были достигнуты после исторических решений VIII Съезда МНРП и Великого Хурала весной 1930 г., в результате которых тибетская медицина была снята с государственного обеспечения. По словам Я. Л Гроссмана, все это однозначно свидетельствовало о росте доверия аратства к европейской медицине и постепенном вытеснении тибетской медицины[504].

В стране стала нарастать тенденция к игнорированию ламских благословений при необходимости оперативного вмешательства или серьезного лечения. По этому поводу Я. Л. Гроссман отмечал, что если два года назад монголы решительно отказывались от самых легких операций без одобрения «багши», то в начале 1930-х гг. они сами стали приходить и просить об операциях, а само это слово прочно вошло в монгольский лексикон[505].

Огромным авторитетом стали пользоваться офтальмологи, проводившие хирургическое лечение глазных болезней. Я. Л. Гроссман отмечал: «Врач-глазник, снявший бельмо с глаза и возвративший хорошее зрение после продолжительной слепоты, почитается монголами как Бог. Его слова – закон».

Большим уважением монголы прониклись и к реакции Вассермана на наличие сифилиса. По словам советника Минздрава МНР, «положительная реакция теперь стала являться у наиболее культурной части населения категорическим аргументом к лечению, в

[504] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 465. Л. 233.
[505] Там же. Д. 465. Л. 234.

то время как еще год-два тому назад к этой реакции больные относились совершенно безразлично». Араты сами стали приходить с просьбой взять у них анализ крови и с вопросом «не надо ли полечиться». При словах врача о том, что кровь чистая, наиболее культурная часть монголов стала выражать удовлетворение, тогда как раньше их совершенно не интересовал результат *RW*[506].

Изменилось отношение монголов и к «задачкам» – лекарствам, выдававшимся эмчи-ламами. Если двумя годами ранее у пациентов в больницах часто находили «задачки» в тумбочках и под подушкой, то на момент написания доклада (июнь 1932 г.) они стали редкостью.

Другой характерной чертой внедрения европейской медицины в быт аратов стало часто отмечавшееся наличие в монгольской юрте термометров. Если раньше монголы не умели пользоваться градусниками и избегали их, то в начале 1930-х гг. они сами начали измерять больному температуру и докладывать о ней врачу[507].

Примеров того, насколько сильно изменилось отношение к европейской медицине в монгольском обществе, было немало. Однако эмчи-ламы не собирались без боя сдавать свои позиции, лишаться общественного статуса и надежного источника дохода. После снятия тибетской медицины с государственного финансирования ламы начали бешеную контрпропаганду, используя новые методы. В 1931 г. они стали пытаться завалить больницы безнадежными больными, чтобы перегрузить врачей и вызвать отток населения из европейских медучреждений. По словам Я. Л. Гроссмана, «сплошь да рядом или привозились в больницу не больные, а трупы, или находившиеся в агонии больные». Этот способ привел к некоторому увеличению процента смертности в больницах. Однако чаще он оказывал обратное воздействие, когда, казалось бы, обреченные больные шли на поправку под действием современных медикаментов. Тогда люди стали все сильнее и сильнее убеждаться в том, что чем раньше больной обратится к врачу, тем больше у него будет шансов спасти здоровье и сохранить жизнь[508].

Пожалуй, самым простым и безотказным методом ламского сопротивления европейской медицине был умелый вброс в толпу слухов. Каким бы абсурдным слух ни был, он распространялся

[506] Там же. Л. 235.
[507] Там же. Л. 236.
[508] Там же. Л. 237.

со скоростью степного пожара и был столь же разрушительным по своему воздействию. В мае 1932 г. в Ван-Хурэ, крупном населенном пункте вокруг большого буддийского монастыря, ламы распустили слух о появлении новой, очень заразной и смертельно опасной болезни «желтый волос». Проявления этого мифического заболевания были такими: у заболевшего человека волосы на груди якобы начинали расти внутрь, опутывая сердце и легкие и приводя к гибели больного. Эмчи-ламы и китайские лекари «излечивали» эту «болезнь» выжиганием волос на груди и спине, утверждая, что лишь они знают правильный способ лечения, и требуя за свою «помощь» большую плату.

Это на первый взгляд совершенно абсурдное происшествие имело серьезные последствия. Слухи о смертельном «желтом волосе», не без помощи лам, распространились по всей стране. В Ван-Хурэ было сорвано празднование 1 мая. Находившаяся там в этот момент врач З.С. Перетолчина, растерявшись, не только не смогла разъяснить монголам абсурдность слухов, но и допустила в местный стационар эмчи-лам. В итоге в Ван-Хурэ пришлось срочно командировать специальную комиссию врачей, которая объяснила местным государственным и общественным организациям контрреволюционную суть ламской провокации. Были разработаны и выпущены специальная брошюра и листовки о «желтом волосе», в монгольской газете на эту тему вышла статья, на сцене была инсценирована и показана пьеса «Желтый волос», разоблачавшая происки лам против европейской медицины[509].

Между тем в Улан-Баторской гражданской больнице ревсомольцы из ячеек Монценкопа и Промкомбината, проходившие стационарное лечение от брюшного тифа, наслушавшись лам, заявили лечащему врачу, что они больны «желтым волосом» и требуют выписки из больницы, так как европейские врачи не умеют лечить эту «болезнь». Снова пришлось проводить разъяснительную беседу, приглашать в больницу секретаря ЦК Ревсомола, тратить время и ресурсы, убеждая людей в провокационном характере ламской пропаганды.

Похожая история произошла с больным учащимся кооперативных курсов, о выписке которого в связи с заболеванием «желтым волосом» ходатайствовала ячейка МНРП, направив в больницу официальную просьбу. Такие же случаи произошли в сомоне

[509] Там же. Л. 180–181.

Монгу-Морито, коммуне Сухэ-Батора и других местах. Объединяло все эти истории то обстоятельство, что везде в медучреждениях присутствовали допущенные туда эмчи-ламы[510].

Подобные способы борьбы с европейской медициной были по-настоящему опасны, поскольку, опираясь на суеверия аратской массы и используя сохранявшийся в монгольском обществе авторитет буддийского духовенства, они запускали механизм массовой истерии, способной перейти в психическую эпидемию. Кроме того, такие инциденты на деле показывали, насколько тонким был слой социалистической культуры в монгольском обществе. Характерной особенностью являлось то, что среди жертв ламских манипуляций неизменно оказывались ревсомольцы, члены партии, учащиеся, словом, именно та целевая группа, на социалистическое «окультуривание» которой тратились наибольшие силы и средства.

Влияние эмчи-лам и вообще буддийского духовенства сохранялось не только среди простых аратов, но и в новой партийной и культурной элите Монголии. Я. Л. Гроссман отмечал, что даже такие высокопоставленные и передовые в культурном плане монголы, как председатель Малого Хурала Лаган, обращались к эмчи в качестве дополнительной меры к европейскому лечению, давали заболевшим родственникам тибетские лекарства и т. д. Он также сообщал, что секретарь Забханского аймачного комитета МНРП лечился исключительно у лам, хотя в его распоряжении имелось два европейских врача[511].

Описания доверительных отношений между региональными партийными руководителями и эмчи-ламами встречаются и в материалах, собранных советскими медиками в аймаках МНР уже в середине 30-х гг. Так, в очерке И. А. Охотникова рассказывается о том, что первый секретарь Хэнтэйского аймачного комитета МНРП имел близкого помощника – бывшего ламу, открыто выражавшего свое недоверие европейской медицине и считавшего ее нежелательной для Монголии. И хотя, по словам Охотникова, «нос его еле держится», он категорически отказывался от противосифилитического лечения. При таком отношении со стороны передовых лиц Монголии к законам своего правительства, сетовал И. А. Охотников, ни один закон не мог быть проведен в жизнь[512].

[510] Там же. Л. 238.
[511] Там же. Л. 239.
[512] Там же. Ф. 8009. Оп. 10. Д. 77. Л. 38.

После состоявшегося в июне 1932 г. чрезвычайного III Пленума ЦК МНРП эмчи-ламы во многих районах Монголии демонстративно отказались от своей практики, публично уничтожили тибетские лекарства и перестали принимать аратов, отправляя их в европейские медпункты и объясняя, что теперь за медпомощью нужно обращаться за десятки и сотни километров. Параллельно, бросившие медицинскую практику ламы убеждали аратов в том, что политика МНРП и правительства МНР ведет к вырождению и гибели, лишая душу арата религии, а тело – здоровья. Европейская медицина якобы не знает и не понимает сущности внутренних болезней и вылечивает только наружные их проявления, тем самым «загоняя» болезни внутрь и вредя организму[513].

Такая тактика снова показала высокую адаптивность ламского сопротивления европейской медицине. На сей раз ламы скопировали и переиначили советскую риторику, выставлявшую буддийское духовенство главным тормозом процессов социалистической трансформации в Монголии. В какой-то мере протестные доводы лам даже отражали объективную действительность – традиционная кочевая культура и устоявшееся на протяжении веков мировоззрение монгольских кочевников неумолимо разрушались новыми культуртрегерами, поставившими себе цель во что бы то ни стало превратить монголов в очередную социалистическую нацию на переднем крае борьбы с мировым империализмом.

Комплекс взаимоотношений между внедрявшими в Монголии европейскую медицину советскими специалистами и эмчи-ламами, носителями тибетских практик врачевания, можно охарактеризовать как затяжной конфликт, к середине 1930-х гг. перешедший к фазе полного разгрома конкурента. Безжалостная логика противостояния с самого начала была заложена в сложившейся в стране ситуации: на организованный, функционирующий рынок медицинских услуг, составлявших значительную часть дохода монастырей и лам, извне вторглись вооруженные передовыми знаниями научной медицины советские врачи. Поначалу не обладая необходимым авторитетом, но делая беспроигрышную ставку на использование современных медикаментов, хирургии, асептики, анестезии, он быстро заняли ключевой плацдарм – завоевали доверие монголов демонстрацией терапевтических «чудес». Причем делалось это бесплатно, с условием соблюдения несложных пра-

[513] Там же. Д. 78. Л. 93 об.

вил личной и общественной гигиены. Так в Монголии постепенно создавался новый гигиенический порядок, а в сознании народа были посеяны сомнения в эффективности тибетской медицины.

Изначально акторы взаимодействия находились в неравных условиях. Преимущество тибетской медицины состояло в имманентном монгольскому кочевому социуму доверии к буддийскому духовенству, в веками насаждавшемся беспрекословном авторитете эмчи-лам, пассивности и суеверности простых аратов, мощной инерции традиционности, гасившей в своей толще модернизационные импульсы. К тому же тибетская медицина имела официальный статус и пользовалась государственной поддержкой. В совокупности эти факторы, казалось бы, обрекали европейских врачей на второстепенное положение и поиск форм сосуществования. Такая ситуация сохранялась до тех пор, пока вся европейская медицина концентрировалась в Урге, не претендуя на выход за пределы «зоны комфорта» в непосредственной близости от советских дипломатических учреждений.

Появление на сцене медико-санитарных экспедиций Наркомздрава РСФСР изменило ситуацию. Врачи понесли европейскую медицинскую помощь по остро нуждавшимся в ней аймакам и за короткое время на деле доказали аратам преимущество медикаментозного и хирургического лечения. В условиях Монголии наиболее эффективным оказался именно экспедиционный формат. Он позволял врачам, помимо непосредственного оказания медицинской помощи аратам, проводить широкое изучение проблем здоровья монголов и на этой основе формировать актуальную медицинскую повестку, необходимую Наркомздраву РСФСР для планирования дальнейшей медико-санитарной помощи МНР. А главное, на базе экспедиционных отрядов медики создавали опорные узлы новой системы здравоохранения – медпункты и амбулатории – быстро становившиеся центрами притяжения местного населения.

Смена политического курса, произошедшая после исторических VIII партсъезда и Великого Хурала (1930 г.), лишила тибетскую медицину господдержки – важного фактора ее стабильности. Политический и административный ресурсы полностью оказались на стороне европейской медицины. Совокупная мощь политической поддержки, государственной пропаганды, научно-медицинской экспертизы, опыта организации социальных

кампаний в национальных автономиях СССР, современных форм и методов санпросвета поставила тибетских лекарей в уязвимое положение. Началось пассивное сопротивление эмчи-лам.

Обе стороны активно пропагандировали свою правоту, но делали это по-разному: советские медики наглядно демонстрировали чудодейственные эффекты современных химических лекарств, могущество хирургии и преимущества антисептики; ламы запугивали монголов, используя разнообразие восточных хитростей. И медики, и ламы старались изучить методы своего противника – одни для последующей дискредитации, другие – для использования в своем арсенале с целью нарастить собственный авторитет

В лице монгольских эмчи-лам советские культуртрегеры столкнулись с чрезвычайно стойким противником, защищавшим источник своего материального благосостояния и власти. Борьба двух медицинских систем была не просто эволюционным конфликтом между отжившей свое клерикальной традиционностью и модернизаторским напором большевиков, но идеологической войной за тела, умы и души монголов, ломавшей устоявшийся образ жизни и менталитет кочевого общества. В этой борьбе европейская медицина одержала условную победу, подмяв под себя и на некоторое время изгнав из социального пространства тибетскую медицину. Однако, к счастью или нет, полного уничтожения противника так и не произошло. Стоило зашататься идеологическим стенам, ограждавшим социалистическое монгольское общество, как вновь тибетская медицина вернулась на свое место в монгольском социуме, громко заявляя о себе, как о научной медицинской системе, эффективно излечивающей то, что европейская медицина считает безнадежным. Взаимодействие перешло на следующий круг развития.

2.4. Советское врачебное сообщество в Монгольской Народной Республике в 1920-х – 1940-х гг.: социокультурный портрет на фоне эпохи

Анализ взаимодействия европейской медицины и традиционного монгольского общества был бы неполным без развернутой социокультурной характеристики советских врачей-интернационалистов. Сохранившиеся в архивных фондах личные дела участ-

ников и докладные записки начальников экспедиций проливают свет на личностные особенности специалистов, принципы подбора кадров, особенности внутригрупповых отношений и другие интересные аспекты, позволяющие уловить поведенческие нюансы, дополняющие и оживляющие рассмотренные выше сюжеты.

К началу описываемых в книге событий двухвековая эволюция русского врачебного сообщества сформировала профессиональную врачебную матрицу, наделявшую своего носителя некоторыми инвариантными характеристиками. Здесь я сознательно ограничиваю начальный период ее формирования петровским временем. Именно тогда лекарь обрел субъектность в социальной структуре государства, перестав быть личным холопом царя и начав оказывать влияние на окружающий социум своим экспертным знанием.

Превратившись в чиновника, олицетворяющего государев закон в области сохранения здоровья и жизни, врач наделялся обязанностями сначала изучать, а затем дисциплинировать в медицинском плане вверенные ему территорию и население, создавая особый гигиенический порядок сообразно с усвоенными в медицинской школе, академии или университете знаниями. Врач обладал административной и, при необходимости, репрессивной властью для поддержания этого порядка, и потому находился «над народом», который мог его бояться и уважать, но редко любил и еще реже понимал. Поэтому в дореформенной Российской империи сложился тип врача – инспектора и охранителя общественного здравия, воспринимавшего народ как априори нуждавшийся в медицинском надзоре и дисциплинировании. Эту роль охотно примеряли на себя некоторые русские самодержцы, которым льстила сложившаяся вокруг медиков аура просвещенности и компетенции. Очень уж привлекательно выглядел образ просвещенного монарха, заботливо лечащего социальные язвы общества.

Тем не менее само врачебное сообщество никогда не останавливалось в своем внутреннем развитии. Из десятилетия в десятилетие происходила его самоорганизация, развивались внутрикорпоративные стандарты качества, механизмы саморегуляции, врачебная этика. Под грузом знаний о глубинных социальных проблемах изменялось врачебное восприятие российского общества, росла социальная ответственность, формировалась гражданская

позиция. К эпохе реформ Александра II медицинское сообщество было в психологическом и практическом плане готово к движению в народ и кропотливой работе по его защите от болезней, голода и социальных недугов. Социальная ответственность вкупе с врачебным долгом дали тот тип земского врача, который, не раздумывая, шел на самопожертвование ради просвещения «темных масс», боявшихся прививок и лекарств, и время от времени проявлявших по отношению к врачам поистине звериную жестокость.

Вместе с тем, русские врачи оставались не только самым просвещенным сословием в империи, но и наиболее рационально мыслящим сообществом, которому философия ланцета и микроскопа привила привычку доверять не эмоциям, а объективным экспериментальным данным. Их профессиональную матрицу огранила сформированная еще в начале XIX в. строгая и автономная система профессиональной оценки знаний, закалила служба на окраинах империи, настроила традиция изучать естественные характеристики подведомственных территорий, составлять медико-географические и медико-этнографические сочинения. Способность к рациональной оценке рисков и возможностей была у них, пожалуй, наиболее сильной из всех профессиональных групп. Поэтому даже те из врачей дореволюционной школы, кто с энтузиазмом воспринял марксистскую идеологию, проявляли достаточно непредвзятости и рационализма в делах, касавшихся лечения, что выгодно отличало их от пролетарских эскулапов, прошедших ускоренный курс во время или сразу после Гражданской войны.

Вместе с тем, как слепок мятущегося российского социума, врачебное сообщество изучаемого периода вобрало в себя не только достоинства, но и пороки, многократно усиленные голодом, лишениями и ужасом революционной эпохи. Документы Наркомздрава РСФСР показывают, что среди советских медиков в Монголии были носители разных не только профессиональных, но и человеческих качеств. Далеко не все из них были альтруистами-энтузиастами. Часть медиков в экспедиции привели голод и бедность; другую – тщеславие или жажда наживы. Среди советских врачей встречались люди случайные, порой – откровенные жулики и шарлатаны. Однако большинство все же было профессионалами, прошедшими суровую школу жизни, в которой была и работа на национальных окраинах, и военная служба, и эмиграция.

На момент начала планомерной помощи Наркомздрава РСФСР Монгольской Народной Республике (первая медико-санитарная экспедиция 1926 г.), в Улан-Баторе уже существовало небольшое сообщество врачей, а сама традиция русского медицинского присутствия шла с дореволюционного времени. Одним из первых русских медиков в Монголии был лекарский помощник Осипов (1861), обслуживавший не только русских подданных, но и монголов. Осипов успешно развивал в стране оспопрививание, обучая ему эмчи-лам и прививая оспу сам. Этим он завоевал большой авторитет среди монгольской аристократии, а Цэцэн-хан даже планировал послать в Россию молодых монголов для обучения медицине[514].

Постоянными гостями в Монголии русские врачи стали после активизации в конце XIX в. научных исследований чумы. Природные очаги грозной болезни в Восточной Монголии привлекли внимание Комочума, командировавшего в 1898 г. в район Хангая бактериолога Д.К. Заболотного. В 1899 г. тарбаганью чуму в Монголии изучал Ю.Д. Талько-Грынцевич; в 1900 г. – профессор И.Н. Ланг и М.И. Подбельский; в 1901 г. – Ф.Ф. Скрживан, а в 1905–1906 гг. – М.Ю. Шрейбер и В.И. Шендриковский[515].

Постоянные медицинские пункты начали работу в Монголии в 1901 г. с прибытием туда русских воинских частей. Официальный врач Овсянников был прикомандирован к русскому консульству в Урге в 1906 г., а в 1909 г. при активном участии бурятского врача Санжимитэба Будажаповича Цыбиктарова (1877-1921) были открыты консульские лечебница и больница. С.Б. Цыбиктаров трудился там вплоть до трагической гибели в феврале 1921 г. от рук унгерновцев[516].

Из прибывших в Монголию после революции 1921 г. русских врачей наиболее известным был иркутский хирург П.Н. Шастин, чье имя стало в народе нарицательным. Именно он в 1924 г. помог реорганизовать первую в стране лечебницу (основана в 1921 г. по решению Военного Совета) в больницу на 35 коек[517]. Еще в 1921 г. в Иркутске Шастину довелось лечить Сухэ-Батора, который заболел по пути в Москву. За несколько дней врач поставил его на ноги[518]. По-видимому, этот эпизод и привел Шастина в Ургу: Па-

[514] *Ибрагимов М.А., Дэмбэрэл Б.* Очерки по истории развития здравоохранения. С. 25.
[515] Там же. С. 27.
[516] Там же. С. 31.
[517] Там же. С. 43.
[518] Там же. С. 61.

вел Николаевич получил персональное приглашение в Монголию для организации военного госпиталя[519].

В Монголии с П. Н. Шастиным связан интересный случай, несомненно, сыгравший роль в становлении его авторитета среди монголов. Однажды из тибетского отделения гражданской больницы вынесли в морг молодую женщину, которую эмчи-ламы посчитали умершей. К вечеру распространились слухи, что она ожила и перевоплотилась в ведьму. Услышав об этом, Павел Николаевич зашел в морг, забрал мнимую умершую и выходил ее. Женщину звали Намжилсурэн и она потом еще долго жила на улице Водовозной в Улан-Баторе. Об этом вспоминала первый министр здравоохранения МНР Д. Пунцаг во время празднования 40-летия монгольского здравоохранения в 1965 г.[520]

Павел Николаевич Шастин лечил участников советских научно-исследовательских экспедиций, в частности П. К. Козлова, заболевшего острым колитом. В своих дневниках путешественник писал, что П. Н. Шастин для оказания медицинской помощи приехал на автомобиле из Улан-Батора в Сугнур и быстро вылечил его[521].

Проблема медицинских кадров в Монголии была не просто острой – до второй половины 1920-х гг. национальных кадров европейской медицины в стране не существовало. Кадровый костяк монгольского здравоохранения составляли советские врачи, подобранные Наркомздравом РСФСР для Управления здравоохранения МНР. Вместе с П. Н. Шастиным в стране работало еще семь врачей, но их, конечно, было недостаточно для огромной территории. В 1925 г. под руководством советских врачей в Улан-Баторе были организованы временные краткосрочные курсы санинструкторов и фельдшеров. По мнению М. А. Ибрагимова и Б. Дэмбэрэла, это был первый опыт подготовки среднего медицинского персонала из монголов, прежде всего, для Монгольской народно-революционной армии[522].

---

[519] *Богданов Л.* Павел Шастин, русский доктор // Восточно-Сибирская правда. 2001. 17 июля. URL: http://www. vsp. ru/2001/07/17/pavel-shastin-russkij-doktor/ (дата обращения: 25.07.2019).

[520] *Ибрагимов М. А., Дэмбэрэл Б.* Очерки по истории развития здравоохранения. С. 61.

[521] *Козлов П. К.* Путешествие в Монголию. 1923–1926. Дневники, подготовленные к печати Е. В. Козловой. М.: Государственное издательство географической литературы, 1949. С. 42.

[522] *Ибрагимов М. А., Дэмбэрэл Б.* Очерки по истории развития здравоохранения. С. 63.

Судя по информации начальника второй медико-санитарной экспедиции Г. В. Ивицкого, в конце 1920-х гг. сестринские и другие обучающие профессиональные курсы организовывались для русских девушек, постоянно проживающих в Монголии, а также для эмчи-лам. Ивицкий отнесся к этим инициативам улан-баторских врачей крайне отрицательно. «Эти врачи, – возмущался он, – для закрепления «дружбы» с монгольскими властями пошли на очень вредные с нашей точки зрения поступки: устроили при Военном госпитале курсы для тибетских врачей. Курсы эти положительных знаний дать не могут, а усиливают вес тибетских врачей в том смысле, что научивают их некоторым техническим приемам (вливание сальварсана). Другая не менее вредная затея – это открытие курсов сестер милосердия из русских барышень с шестимесячной подготовкой. В Монголии, где нет совершенно медработников, подобные сестры, конечно найдут себе работу, [но] вряд ли будут способствовать укреплению доверия к советской медицине»[523].

Вообще, хороших отношений между состоявшими на монгольской службе советскими врачами и врачами медико-санитарных экспедиций Наркомздрава РСФСР не сложилось с самого начала. Принимавший участие в первой экспедиции, а затем назначенный руководить второй, Г. В. Ивицкий в своих докладных записках в Москву отмечал негативное отношение улан-баторских врачей-экспатриантов ко всему, что делали экспедиционные медики. Неудачи первой экспедиции он объяснял тем, что ургинские врачи и монгольские власти «услали» ее в отдаленный западный хошун Заин-Шаби. Описывая проблемы второй медико-санитарной, Ивицкий жаловался на «активное противодействие» со стороны русских врачей на монгольской службе и сетовал на то, что экспедиция для них являлась «бельмом на глазу»[524].

Чем объяснялась эта парадоксальная на первый взгляд ситуация? Казалось бы, и советские врачи-экспатрианты, и специалисты экспедиций Наркомздрава имели одну и ту же задачу – всемерно содействовать строительству монгольского здравоохранения. Соответственно, при небольших различиях оперативной повестки, в стратегическом плане между ними должен был установиться политический и профессиональный консенсус, а не полное недомолвок, интриг и взаимных жалоб состояние напряженного сосуществования.

[523] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 239. Л. 136.
[524] Там же.

На наш взгляд, одним из ключевых факторов здесь выступал внутриполитический климат в Монгольской Народной Республике. В документах Г.В. Ивицкий постоянно ссылается на русофобию партии и правительства, чинимые представителями власти препятствия. Например, министр просвещения Э. Батухан некоторое время препятствовал доступу экспедиционных врачей в средние школы, мотивируя это тем, что у монголов есть собственная государственная медицина – тибетская, – которая не хуже европейской и вполне справляется с охраной здоровья учащихся. Инициативы экспедиции по работе с женщинами, открытию яслей и родильного дома также сталкивались с пассивным противодействием монголов. Ивицкий подозревал, что ЦК МНРП сознательно затягивает реализацию резолюций женских конференций, чтобы самим открыть детское и перинатальное учреждения, лишив экспедицию первенства[525].

В то время в МНР у власти находились люди, серьезно воспринимавшие национальный суверенитет Монголии во всех сферах общественного строительства. Многие государственные деятели были не монголами, а бурятами (член ЦК МНРП Э.-Д. Ринчино, министр образования Э. Батухан, представители Коминтерна М. Амагаев и Б. Барадин, председатель Монучкома Ц. Жамцарано). Ценность национального суверенитета они познали на практике, борясь за права и политическое представительство бурят в Российской империи, создавая бурят-монгольские национальные автономии в РСФСР и ДВР, работая в исполкоме Коминтерна. Осознавая себя проводниками передовых политических идей и знаний о современном государственном устройстве, буряты все же старались минимизировать русское влияние в Монголии, чтобы сохранить традиционную культуру, язык и историческое наследие страны. Поэтому часть бурятских деятелей в МНР считалась правыми уклонистами. За это впоследствии они поплатились карьерой, а в период сталинских репрессий – жизнью[526].

Разумеется, уже тогда, в середине 1920-х гг., руководители Монгольской Народной Республики понимали опасность растущей зависимости от СССР. Здравоохранение было слабейшим звеном: при огромной нужде в современной медпомощи европейской медицины в стране не было, а тибетская не могла решить

[525] Там же. Л. 131.
[526] *Rupen R.A.* The Buriat Intelligentsia // The Far Eastern Quarterly. Vol. 15. No. 3. P. 388–389, 397–398.

задачи борьбы с инфекционными, социальными и эпидемическими заболеваниями. В этой отрасли монголы полностью зависели от Москвы. Тем не менее попытки позиционировать себя как заказчика, выбирающего из множества предложений оптимальный вариант, были. Например, полемизируя с экспедиционными врачами, монгольские чиновники могли пригрозить обратиться за помощью к немцам. Тем более, что теоретически это было возможно: попытки обучения монгольской молодежи в Германии предпринимались с конца 1920-х гг.[527]

В сложившейся обстановке вопрос первенства в открытии новых медучреждений ожидаемо чувствительно воспринимался монголами, строившими национальное здравоохранение и желавшими самостоятельно руководить этим процессом. 1 февраля 1928 г. на заседании правительства МНР под председательством члена ЦК МНРП Дугаржапа был представлен доклад заведующего отделом здравоохранения МНР о положении в отрасли. Докладчик говорил о том, что «дело здравоохранения перешло на «четвертую улицу»», имея в виду адрес экспедиции Наркомздрава РСФСР и перекос всей инициативы по строительству в ее сторону. Предлагалось принять все возможные меры для активизации работы в гражданской больнице, пригласить дополнительные врачебные кадры, приобрести рентгеновский аппарат.

Г. В. Ивицкий усмотрел в этом начало конкуренции. Он писал: «Монгольское правительство пытается нас побить нашим же орудием»[528]. Отмечая рост авторитета экспедиции среди простых монголов, Ивицкий подчеркнул, что члены правительства МНР сразу же заговорили о переходе всего состава второй медико-санитарной на монгольскую службу. В ответ на отказ последовало

---

[527] Контакты МНР с Германией начались в 1925 г., когда в Берлине обосновалась монгольская торговая делегация в Западной Европе. В мае 1925 г. в Берлин прибыл министр образования МНР Э. Батухан вместе с группой из 35 монгольских детей (30 мальчиков и 5 девочек в возрасте от 13 до 17 лет). В течение шести месяцев они обучались немецкому языку и европейской культуре в пригороде Берлина. Затем пятеро детей были направлены в парижский лицей Мишле, а остальные попали в различные германские школы-интернаты и технические училища. Обучение продолжалось до 1929 г., после чего монголы вместе с наставниками Иши-Доржем и Гомбожабом возвратились на родину. Помимо обучения подростков, делегация МНР закупила в Германии киноаппараты и кинофильмы, книги и учебные материалы, разместила заказы на публикацию 10 000 копий атласа Монголии, учебников и других материалов. В Германии была разработана и запущена в производство печатная машинка с монгольским шрифтом. *Wolff Serge M.* Mongols in Western Europe in 1925–1929 // Man. 1945. Vol. 45. p. 41–42.

[528] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 239. Л. 130.

новое предложение – работать в гражданской больнице по совместительству. На этот раз Георгию Васильевичу пришлось согласиться при одном важном условии – монгольское правительство обязалось находить и выписывать на службу врачей только через экспедицию. В результате был получен контроль над кадровой политикой монгольского здравоохранения[529].

Вся эта ситуация позволяет ясно представить, что мотивировало монгольскую сторону на скрытное противодействие экспедициям. Источником всех медицинских кадров был Наркомздрав РСФСР. Ведомство осуществляло подбор врачей для работы и на монгольское правительство, и в экспедициях, командировало их, выплачивало семьям часть заработной платы в рублях, обеспечивало необходимыми лекарствами, материалами, медицинским инвентарем, литературой. Однако врачи, направленные в распоряжение Управления здравоохранения МНР, трудились на монгольское правительство, а значит, разделяли его повестку в области создания национального здравоохранения. Поэтому их усилия воспринимались как идущие в русле общего развития МНР, а лояльность не ставилась под сомнение. К тому же на момент прибытия второй медико-санитарной экспедиции (сентябрь 1927 г.) их по всей стране было менее десятка. Большинство концентрировалось в Улан-Баторе и привыкло к относительной стабильности работы вблизи советского полпредства, с доступом к почте, телеграфу и другим тогдашним скромным удобствам монгольской столицы.

Врачи же экспедиционные напрямую подчинялись Наркомздраву РСФСР, выполняли его повестку и были изначально настроены на мобильность, скорость и широкий охват населения. В первой экспедиции было семь врачей разных специальностей – практически весь врачебный состав Управления здравоохранения МНР того периода. Во второй – восемь медиков, из них пять врачей, два фельдшера и санитар к которым впоследствии добавилось еще несколько специалистов – санитарный врач, фтизиатр, медсестры. Если экспедиция Францева создала опорный медпункт в Дзаин-Шаби, то экспедиция Ивицкого сама по себе состояла из трех отрядов – Центрального, Цэцэрлэгского и венерологического в Сан-Бэйсэ, к которым позже добавился Ундэрханский медотряд. В трех регионах Монголии она открыла экспедиционные мед-

[529] Там же. Л. 136.

пункты, а в Улан-Баторе – экспедиционную амбулаторию и стационар. Неудивительно, что монгольские чиновники сочли такую ретивость перехватом инициативы и серьезно обеспокоились.

Понятна и профессиональная ревность врачей-экспатриантов. Использовав первую экспедицию для рекогносцировки медико-санитарной ситуации в стране, улан-баторское врачебное сообщество, вероятно, не ожидало, что вторая, более просчитанная и подготовленная экспедиция прибудет так скоро. С ее появлением поток больных, до этого безальтернативно направлявшийся за европейским лечением в Гражданскую больницу Улан-Батора, разделился. Существенная его часть была перенаправлена в амбулаторию и стационар второй экспедиции. К тому же мобильные медотряды доставили советскую медпомощь в отдаленные аймаки, стремительно завоевывая там доверие и почитание местного населения. Работая на одну и ту же цель, медики наркомздравовских экспедиций перехватывали у врачей Управления здравоохранения инициативу, а с ней и авторитет, почет и научные лавры первопроходцев.

Постепенно успех второй медико-санитарной экспедиции, отраженный в отчетах Г. В. Ивицкого в Наркомздрав РСФСР, стал и там вызывать сомнения в правильности линии на расширение медицинского обслуживания монголов. В конце 1928 г. Ивицкий докладывал в наркомат, что прием больных в Центральной амбулатории вырос до 200 чел. в день, врачи перегружены работой, экспедиции удалось «отвоевать» у эмчи-лам партийную и средние общеобразовательные школы. Администрация Гражданской больницы обратилась с просьбой привлечь через экспедицию еще трех врачей и до прибытия замещать их экспедиционными кадрами, хотя вначале даже не хотела впускать экспедиционных медиков в пустующее здание, в медучреждениях растет наплыв лам. Победную реляцию завершал список просьб: от направления в распоряжение экспедиции дополнительных медсестер, завхоза и трех квалифицированных переводчиков до заказа рентгеновского аппарата, рентгенотехника и открытия новой больницы на 15 коек для глазной и хирургической помощи. На все мероприятия требовалось 54000 руб. по приложенной смете.

Задумчивая сдержанность Наркомздрава выразилась в резолюции, сделанной красным карандашом на полях документа (вероятно, рукой Н. А. Семашко): «Полагал бы не расширять работу,

памятуя, что наша задача стимулировать появление у них своих учреждений, а не стремиться полностью обходить всех медпомощью»[530].

Несмотря на трения, со временем между экспедициями и сообществом врачей-экспатриантов образовалась неразрывная связь. Дело в том, что по завершении экспедиционных работ часть врачей подписывала контракты с монгольским управлением здравоохранения и переходила на службу туда. Таким образом, постепенно советское врачебное сообщество в Монголии объединилось и разногласия естественным образом улеглись. Выработалась общая повестка, медики сконцентрировались на решении насущных проблем здравоохранения, хотя внутри отдельных коллективов, конечно, временами случались профессиональные и личностные конфликты.

В изученных нами документах Наркомздрава РСФСР гораздо больше представлены особенности формирования кадрового состава экспедиций, а материалов по подбору врачей на монгольскую службу относительно немного. Однако, если учесть, что многие специалисты после года или двух разъездной экспедиционной жизни просились на работу в монгольское здравоохранение, формируя его кадровый костяк, имеющейся информации вполне достаточно для обобщений. Итак, какие же врачи приезжали в Монголию в составе экспедиций?

Специалистов в медико-санитарные экспедиции нанимал Наркомздрав. Он же назначал начальника, единолично ответственного за ее руководство. Личность начальника экспедиции имела огромное значение. Именно он определял оперативную повестку, назначал заведующих административными подразделениями, распределял обязанности, отвечал за связи с монгольским управлением здравоохранения, а при посредничестве советского полпреда – с правительством МНР и ЦК МНРП. Начальник экспедиции нанимал вспомогательный персонал: переводчиков, санитаров, рабочих, уборщиц, кухарок, кучеров, шоферов.

С точки зрения активности, преданности своему делу, работоспособности, наблюдательности и идеологической надежности из всех начальников экспедиций 1920-х – 1930-х гг. выделялся Г.В. Ивицкий. Терапевт по специальности, он зарекомендовал себя как способный организатор, проницательный руководитель,

[530] Там же. Д. 242. Л. 39.

хороший аналитик, обладавший коммуникабельностью и тактом, позволявшим договариваться с монгольскими чиновниками. Ивицкий провел в Монголии два года (1926-1928), с перерывами между первой и второй экспедициями. Благодаря его подробному отчету и статье в журнале «Хозяйство Монголии» нам доступна информация о самой первой экспедиции доктора Францева, в которой Георгий Васильевич принял участие рядовым врачом.

Георгий Васильевич Ивицкий родился 26 ноября 1880 г. в местечке Шамове Мстиславльского уезда Могилевской губернии. В 1906 г. окончил медицинский факультет Московского университета со степенью лекаря. В 1908–1916 гг. работал земским врачом во Владимирской, Самарской и Могилевской губерниях. В 1924 г. заведовал горздравом в Лубнах Полтавской губернии. После работы в Монголии Г. В. Ивицкий продолжил трудиться по линии ОБЗСИ и в 1930 г. был назначен помощником главного врача КВЖД. В этой должности он проработал до 1933 г. Скончался в 1962 г.[531]

Г. В. Ивицкий считал правильный подбор специалистов важнейшим аспектом подготовки экспедиций. Уже по окончании всех работ второй медико-санитарной он направил в Наркомздрав докладную записку, в которой писал: «Считаю, что для нормальной постановки дела будущему начальнику экспедиции…необходимо лично участвовать при приглашении персонала, чтобы не были повторены те ошибки, которые наблюдаются в этой экспедиции»[532].

Экспедиция Ивицкого включала врачей нескольких наиболее востребованных в Монголии специальностей. В нее входили: венерологи Н. М. Орлов и С. Т. Ильин, акушер-педиатр А. И. Гурина, санитарный врач Н. А. Сидоркин, фельдшер-акушер А. С. Попова, фельдшер-заведующий аптекой П. И. Тихонов, старший санитар-переводчик, впоследствии завхоз Х. Ф. Теркулов[533]. Позднее в экспедицию влились санитарный врач Г. В. Макаренков, фтизиатр Г. И. Канторович, медсестры М. А. Константинова и Л. М. Вяземская. Сам Георгий Васильевич был терапевтом.

Судя по архивным документам, коллектив второй экспедиции вполне сработался и серьезных конфликтов между участниками не

[531] Российские врачи в Китае. Ивицкий Георгий Васильевич. URL: https://sites. google. com/site/russemedecinsenchine/home/listsa_z/i/ivitsky (дата обращения 02.09.2019).
[532] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 239. Л. 28.
[533] Там же. Л. 158 об.

было. Как руководитель, Ивицкий серьезно следил за профессиональными и личными отношениями персонала и единственный из экспедиционных начальников составил характеристику на каждого подчиненного. Приведем этот любопытный документ полностью [стилистика и орфография оригинала сохранены – *В. Б.*]:

20 мая 1928 г. Улан-Батор Хото

Монголия

В Наркомздрав

От начальника 2-й медико-санитарной экспедиции НКЗ РСФСР

Считаю необходимым дать краткую характеристику (предварительную) о работниках экспедиции, которая может отчасти дать понять о возможности дальнейшего развития работы экспедиции.

Орлов Н. М. (венеролог) – врач, знающий и любящий свое дело. Общественник, но несколько пассивный, политически – вполне советский.

Макаренков Г. В. (санитарный врач) – больше кабинетный работник, увлекается лабораторией, любит фотографию, не отказывается от общественной работы, но инициативы проявляет мало. Сильно самолюбив, несколько мелочен, политически – «шатающийся».

Гурина А. И. (акушер-гинеколог) – врач слабый. Общественный работник, но не коллективный: старается свою работу прикрашивать, выпячивать, экспедицией в целом не интересуется. Нет товарищеской спайки с другими членами экспедиции. Политически – приспосабливается, но срывается.

Кантарович Г. И. (фтизиатр) – относительно знаний, у меня нет уверенности в нем. Сильно ценит себя (не по заслугам), с большим гонором, считает себя обиженным НКЗ, как общественник пассивный, в политическом отношении ненадежный.

Ильин С. Т. (венеролог на периферии) – отзывы о нем со стороны консула самые лучшие, вполне советской ориентации.

Сидоркин Н. А. (врач в Цецерлике) – по отзывам русских ответственных работников сумел добиться авторитета у монгол, считается знающим врачом и хорошим общественником, политически – вполне наш.

Тихонов П. С. (заведующий аптекой) – обнаруживает некоторые элементы склоки, работоспособный, хорошо знает канцелярское дело. Мещанин.

Константинова М. А. (сестра) – хороший, полезный работник. Мещанка.

Не сомневаюсь, что в будущем придется, возможно, что-то изменить, прибавить, но в настоящее время они для меня рисуются так. Вне больницы все корректны (не ручаюсь за Кантаровича). Пьянки нет, склок не было. Образовываются некоторые группировки, но без дрязг[534].

Как видно из документа, большинство участников экспедиции вполне удовлетворяли профессиональным требованиям, но не всегда соответствовали ожиданиям Георгия Васильевича в человеческом плане. Политически надежных было меньшинство. Вполне понятно, что в своей массе медперсонал был настроен не только на альтруистическое служение народу или идее, а желал нормальной, хорошо оплачиваемой работы с ясными правилами и карьерными перспективами. На наш взгляд, именно это Ивицкий характеризовал коротко, но емко – «мещанин» или «мещанка».

Наиболее сильными сотрудниками экспедиции были начальник венерологического отряда в Сан-Бэйсэ С. Т. Ильин, начальник цэцэрлэгского отряда Н. А. Сидоркин и венеролог Центральной амбулатории Н. М. Орлов.

Для Ивицкого принципиально важным качеством было сочетание врачебного профессионализма и активной общественной позиции. Судя по приведенной выше характеристике, индивидуализм он считал качеством скорее вредным, чем полезным, даже если врач проявлял активность в общественной работе. Также чужды ему были свойства советского чиновника – склонность к имитации деятельности, заносчивость, формализм. Переживая за успех следующих экспедиций, Георгий Васильевич дал Наркомздраву множество рекомендаций, основанных на собственном опыте и ошибках. Большинство касалось проблемы подбора кадров.

Ивицкий считал, что экспедиционные врачи должны быть хорошими общественниками и ни в коем случае не «советскими чиновниками». Для большей эффективности, начальник экспедиции должен был быть свободен от лечебной работы, ведения канцелярии, финансовой отчетности и хозяйственных работ. Его задачей виделась организационная и общественная деятельность, а также контроль работы отрядов в аймаках. Отрядам вместо

[534] Там же. Д. 245. Л. 23.

медсестер нужно было иметь фельдшериц-акушерок для развертывания на местах акушерской помощи. Ключевой фигурой для экспедиции Г.В. Ивицкий считал санитарного врача, готового остаться на монгольской службе. Сильный санитарный врач мог бы заниматься развитием санитарного просвещения, организовывать общественную поддержку медико-санитарным инициативам, способствовать разработке и принятию санитарного законодательства[535].

Активная позиция начальника и наличие в экспедиции проверенных работой в национальных автономиях СССР врачей позволили добиться значительного успеха в продвижении дела европейской медицины в МНР. Умевший договариваться с монгольскими чиновниками Г.И. Ивицкий обеспечил стратегически важное преимущество: используя профессиональный авторитет, экспедиционные врачи смогли рекомендовать на монгольскую службу не только высококвалифицированных, но и «идеологически своих» медиков, приобретя рычаги влияния даже на кадровую политику монгольского правительства. Например, по словам Ивицкого «не без нашего хотя бы косвенного участия заменен заведующий отделом здравоохранения». Креатурой врачей стал Содном, выпускник Коммунистического университета трудящихся Востока (КУТВ), с которым у экспедиции была «работа в полном контакте»[536].

Однако эта же особенность экспедиции оказалась «обоюдоострой». В аймаках иногда возникали конфликты на профессиональной почве между экспедиционными медиками и другими советскими врачами. Так, начальник венерологического отряда в Сан-Бэйсэ С.Т. Ильин, один из наиболее авторитетных и квалифицированных участников второй медико-санитарной, жаловался Г.В. Ивицкому на врача Брожека, бывшего заведующего местной медицинской амбулаторией. По его словам, Брожек, поступивший на военную службу в г. Кобдо (Ховд), вознамерился принимать там застрахованных больных по совместительству «под нашей маркой экспедиции». Возмущенный и обеспокоенный этим, Ильин писал, что Брожек оставил о себе в Сан-Бэйсэ самые неблагоприятные отзывы как со стороны населения, так и профессиональных организаций[537].

---

[535] Там же. Л. 13–14.
[536] *Башкуев В.Ю.* Российская медицина и монгольский мир. С. 271.
[537] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 247. Л. 94 об

«Человек, который приехал в Монголию исключительно поднажиться, забывая иногда свою профессию врача, идя на всякие комбинации, включительно до шарлатанства, – писал в докладной С. Т. Ильин. – Население в районе, в котором гр. Брожек ранее работал как врач-вольнопрактикующий, отзывается о нем очень и очень неважно.…Наше консульство вообще сомневается, имеет ли он еще диплом врача, которого он никогда не мог предоставить. Прежнюю службу в Красной Армии и его заслуги (которыми он козыряет) по моему мнению нужно подробно проверить»[538].

Основываясь на своих разговорах с Брожеком, С. Т. Ильин низко оценивал его профессиональные качества, утверждая, что «он как врач-венеролог будет не на месте». Опасения начальника венотряда вызвала не столько недостаточная врачебная компетенция (изначально Брожек планировал поступить в ветеринарное управление), сколько стремление последнего заручиться официальным разрешением Ивицкого на работу под «маркой» второй медико-санитарной экспедиции. В связи с этим Ильин писал: «Меня очень интересует один вопрос – представил ли он Вам диплом? Если такового нет, то как Вы могли доверить такую ответственную работу лицу, которого (если можно так выразиться) изгнали из Санбейса и который способствовал здесь подрыву в работе нашей экспедиции?»[539]

Таким образом, экспедиции приходилось не только бороться с ламами, убеждать аратов, взаимодействовать с местными начальниками-даргами, но и тщательным образом оберегать свою профессиональную репутацию от сомнительных или недобросовестных людей. И если в документах второй медико-санитарной описан лишь один подобный случай, то последующие экспедиции во весь рост столкнулись с кадровой проблемой уже в собственных рядах. К сожалению, с расширением советского медицинского присутствия в Монгольской Народной Республике несколько снизился профессиональный и человеческий уровень нанимаемых Наркомздравом РСФСР врачей и среднего медперсонала.

Самым проблематичным с точки зрения кадров оказался состав третьей медико-санитарной экспедиции. Во-первых, за время ее работы (1929-1931) произошла смена руководства: первый начальник экспедиции А. И. Козловский проработал до начала 1931 г., а затем отбыл в Москву. Из архивных документов не ясно, связан ли

[538] Там же. Л. 95.
[539] Там же.

был этот отъезд с отпуском или командировкой, но в Монголию Адольф Исаакович больше не вернулся. По-видимому, произошло что-то неожиданное. Из докладной записки врио начальника экспедиции Я. Л. Юдина наркому здравоохранения М. Ф. Владимирскому понятно, что Козловский рассчитывал вернуться и не подготовил документов, актов и других материалов, необходимых для передачи дел экспедиции. Более того, он затребовал в Москву печать и другие необходимые формальные атрибуты экспедиции. Поэтому разобраться в делах экспедиции Юдину было сложно[540].

До отъезда в Москву А. И. Козловский успел снарядить и отправить по аймакам три медицинских отряда. Весной 1930 г. он совершил большую поездку по местам дислокации подразделений экспедиции и в отчете описал конфликтную ситуацию, сложившуюся в Цэцэрлэге, где начальником отряда был врач И. Д. Катаев. На этого специалиста Козловский жаловался самому наркому Н. А. Семашко, намекая на его «неправильное происхождение», но суть проблемы была намного более прозаичной. Во-первых, Катаев «выказал тенденцию к посторонним заработкам», хотя основополагающим принципом всех советских экспедиций в МНР была абсолютная бесплатность медицинской помощи. Врачам категорически запрещалось принимать какую-либо оплату, пусть даже сугубо добровольную. Во-вторых, венерологом Катаев оказался некомпетентным и «прославился» в народе тем, что пренебрегал элементарными правилами асептики. Вливания неосальварсана он проводил, не стерилизуя шприц и не меняя иглы, нескольким десяткам пациентов подряд. Это вызывало серьезные жалобы со стороны монголов.

И самое главное – при Катаеве активно разлагался моральный климат внутри отряда. «Склока между доктором Катаевым и всем женским персоналом отряда на специфически сексуальной почве служит притчей во языцех и составляет предмет забавных монгольских анекдотов, роняя тем самым репутацию отряда экспедиции», – писал А. И. Козловский. – «Я и в настоящее время продолжал бы настаивать на необходимости его замены…»[541]. Как мы помним, сохранение высокого профессионального и морального авторитета было важнейшим аспектом советских медико-санитарных экспедиций. Ситуация в Цэцэрлэгском отряде в корне противоречила данной установке.

[540] Там же. Д. 352. Л. 15.
[541] Там же. Д. 358. Л. 26.

При новом начальнике экспедиции Я. Л. Юдине произошла передислокация отрядов экспедиции, сопровождавшаяся кадровыми изменениями. Новообразованному Министерству здравоохранения МНР были переданы Улясутайский, Шанхай-ульский и Цэцэрлэгский отряды. Врачи В. В. Хряпин и И. Д. Катаев наотрез отказались переходить на монгольскую службу, требуя направления в другие подразделения или возвращения в СССР[542].

Последующие отряды экспедиции действовали по иному принципу. Первому назначались три пункта работы: Солонкер и Хошун-Хит в Восточно-Гобийском аймаке и Байшинту в Южной Гоби. Второму отряду были отведены Цзюйлин-Хурэ и Хан-Тайшири-ула в Алтайском аймаке, а также Заханин-Хурэ в Западном аймаке. Его работа проходила в районе проживания национальных меньшинств – дзахчинов, олетов, торгутов, хошутов, казахов и алтайских тувинцев вблизи синьцзянской границы. Оба отряда были мобильными. Врачей снабдили деньгами, медикаментами, инструментами и материалами санпросвета на три месяца[543].

В состав первого отряда вошли супруги врачи Акатовы, медсестра, фельдшерица-акушерка и санитар-переводчик, он же шофер. Второй отряд составили врач Усиков и медсестра Петрова, а также вспомогательный персонал. Для мобильности оба отряда были оснащены автомобилями «Додж», купленными на месте, в Монголии[544].

Судя по отчетам Я. Л. Юдина, первый отряд выполнял свою задачу без нареканий. А вот во втором отряде быстро назрели проблемы. По отзывам консула и других советских специалистов, приезжавших в Улан-Батор из Хан-Тайшири-Ула, врач Усиков «ведет себя безобразно по отношению к больным, ругает их, не принимает, имеет большое влечение к монголкам, очень не сработался с фельдшерицей Петровой»[545]. В дополнение к уже известному набору порочащих качеств, он занимался скупкой у монголов золотых пуговиц, собольих ламских шапок и других драгоценностей. Юдин сначала собирался сам приехать в Хан-Тайшири-Ула, чтобы разобраться с ситуацией, но затем срочно выехал на место чумной эпидемии. В случае подтверждения

[542] Там же. Д. 352. Л. 15.
[543] Там же. Л. 18.
[544] Там же. Л. 16.
[545] Там же. Д. 417. Л. 126.

информации, Усиков должен был сдать отряд фельдшерице и отправиться в Улан-Батор[546].

Когда наконец дела позволили Я. Л. Юдину прибыть в Хан-Тайшири-ула для проверки работы отряда, некоторые жалобы подтвердились. Например, отчетность велась очень небрежно, все внимание медиков было сосредоточено на амбулаторной работе, проводившейся лишь по два-три часа в день. Взаимоотношения между врачом и фельдшерицей Я. Л. Юдин охарактеризовал как «очень скверные». Судя по отчету начальника экспедиции, Петрова развернула настоящую пропагандистскую войну, фиксируя каждый его промах и раздувая негодование среди населения русской колонии. Благодаря этому вся русская колония была настроена против врача Усикова. Однако в результате собраний партийного коллектива, ревсомольского актива, местного комитета партии и аймачной администрации никто из монголов не высказал плохого мнения о работе отряда. Поэтому принять, казалось бы, естественное решение об отстранении Усикова от работы было сложно[547]. Кадровый вопрос в Наркомздраве РСФСР и, тем более, в Минздраве МНР стоял очень остро. На счету был каждый специалист.

Переписка заведующего ОБЗСИ Эттингера и советника Минздрава МНР Я. Л. Гроссмана показывает, что набор врачей в монгольские экспедиции шел тяжело. Легко дав первое согласие, кандидаты через некоторое время начинали юлить, ссылаясь на изменившиеся жизненные обстоятельства. По этому поводу Эттингер сетовал: «Каплан накануне получения паспорта уехал на военные сборы, но это не его вина, но по возвращению он даже не зашел к нам, а лишь после настойчивого требования с нашей стороны он сообщил, что не поедет. Хуторянская тоже получила паспорт, но мы получили сведения, что она как будто не поедет. Косовер оформлена давно и каждую неделю шлет письма об отсрочке ее поездки (сперва на июль месяц, теперь на сентябрь). А между тем мы пропустили ряд кандидатур. Я решил больше с ними не считаться и начну на их места приглашать работников»[548].

Какими же перспективами завлекало врачей в монгольские экспедиции Общесоюзное бюро заграничной санитарной информации? Представляется, что не последнюю роль играл материаль-

[546] Там же.
[547] Там же. Л. 119.
[548] Там же. Л. 115.

ный вопрос. Некоторые врачи, заинтригованные открывающимися возможностями заработка и карьерного роста, видимо давали поспешное согласие, однако через какое-то время под воздействием родных, знакомых, коллег, шли на попятную и отказывались от поездки. На наш взгляд, это наиболее правдоподобное объяснение большого количества отказов от данных ранее обязательств.

Тем не менее Наркомздраву РСФСР удавалось привлечь к работе в Монголии поистине драгоценные кадры – врачей с опытом работы не просто на отдаленной окраине, а в Бурят-Монголии – наиболее культурно и географически близкой МНР национальной автономии. В документах ОБЗСИ сохранились характеристики, запрашивавшиеся на перспективных кандидатов-врачей. Так, рекомендуя врача З. С. Перетолчину для работы в МНР, научный сотрудник Коммунистической академии, член ВКП (б) А. Оширов писал: «Работая главным образом в аймаках Бурреспублики, тов. Перетолчина проявила себя как преданный делу советской медицины работник, умеющий работать в труднейших условиях бурятского улуса… Считаю возможным рекомендовать ее для работы в Монголии, где она будет несомненно полезным работником, тем более, что до сих пор она работала в бурятских улусах, и следовательно имеет очень важный опыт…»[549]. Еще более ценными были «профильные» для специфической заболеваемости в МНР специалисты – сотрудники ГВИ им. В. М. Броннера с опытом работы в аймаках БМАССР, например С. Т. Ильин.

И все же советская медико-санитарная помощь Монголии никогда не переставала быть важным политическим предприятием. Рассуждая о стратегии подбора медицинских работников, известный советский врач, организатор медицинской экспедиции 1925 г. в Калмыкию П. Ю. Берлин писал: «Подбирая медицинских работников для работы в МНР необходимо, прежде всего, их заинтересовать политической стороной работы в МНР, затем возможностями расширения кругозора и опыта по специальности и только в заключение давать представление о материальной стороне дела»[550].

В этой установке отразилось советское целеполагание – использовать медицину в качестве инструмента политического

[549] Там же. Д. 397. Л. 50.

[550] Цит. по: *Башкуев В. Ю.* Советская медико-санитарная помощь Монголии и Центральной Азии в 1930-е гг. // Вестник Бурятского научного центра СО РАН. 2011. № 3. С. 38.

воздействия, а врачей – как проводников идеологии. Упорство и самоотверженность, с которыми, несмотря на тяжелейшие условия, работали многие советские врачи характеризуют их не только как принципиальных приверженцев клятвы Гиппократа, но и как людей, искренне веривших в свою особую политическую миссию.

С самых первых дней советской медико-санитарной помощи Монголии врачей ожидал каждодневный тяжелый труд. Небольшие, поначалу плохо оборудованные медучреждения принимали по 200 больных в день, а наплыв страждущих неуклонно возрастал. В степи вести о чудодейственном лечении мгновенно разносились кочевниками по самым отдаленным уголкам. Оттуда прибывали новые и новые больные, и часто вокруг медучреждения возникал целый юрточный городок. Иногда работа в подобных условиях продолжалась годами. Верный клятве Гиппократа и своей гуманной миссии врач был вынужден исполнять рабочие обязанности уже после истечения срока контракта, так как заменить его было решительно некем.

В архивных материалах Наркомздрава СССР имеются документы, проливающие свет на условия работы советских медиков в МНР в середине 1940-х гг. К 1944 г. в Монголии трудилось 135 врачей из СССР. Основная их часть сконцентрировалась в Улан-Баторе, а по 18 аймакам страны был рассредоточен лишь 41 врач. Перераспределить советские медицинские кадры из столицы МНР в аймаки было невозможно. Работавшие в Улан-Баторе врачи проживали там с семьями, а на периферии не было необходимой семейным специалистам инфраструктуры – школ, детских садов, яслей. Поэтому найти замену аймачным врачам было чрезвычайно сложно.

В письме на имя начальника управления кадров Наркомздрава СССР Г. Н. Карапетяна советник Минздрава МНР Певзнер жаловался на отсутствие врачебных кадров для работы в аймаках. В населенном пункте Хатхыл отдаленного Хубсугульского аймака пятый год подряд работала врач Стадченко. На нее поступало много жалоб и наркомат иностранных дел дал прямое указание откомандировать Стадченко, но заменить врача было совершенно некем. В том же Хубсугульском аймаке четвертый год работала врач Рыскина, настойчиво требовавшая замены. Об этой просьбе Певзнер писал: «…Надо ее понять, ведь трудно в такой глуши

работать четыре года»[551]. В общей сложности по состоянию на 1944 г. в Хубсугульском аймаке МНР требовали срочной замены четверо советских врачей, срок работы которых составлял от четырех до шести лет.

В Селенгинском аймаке аймачный врач Тевелева бессменно проработала пять лет, а врач Натансон – четыре года. В Увэрхангае аймачный врач Винталова проработала четыре года, а второй врач Агафонова – пять лет. Агафонова решительно требовала заменить ее и это требование советник признавал совершенно справедливым, резюмировав: «Нельзя же ее лишать дальше культурных условий жизни, и я вынужден буду удовлетворить ее желание даже при отсутствии замены»[552].

Случалось, что перевод врача из аймака в столицу МНР вызывался производственной необходимостью. В Хэнтэйском аймаке аймачным врачом работал кандидат медицинских наук Дубинский. Открытый в 1942 г. медицинский факультет Монгольского государственного университета остро нуждался в высококвалифицированных преподавателях, и в 1944 г. Дубинского пришлось перевести в Улан-Батор. Двое других врачей в Хэнтэйском аймаке – Генкина и Белоцерковская – проработали в Монголии по четыре года и тоже просили о переводе[553].

Замены требовали проработавшие по четыре-пять лет врачи в Восточном, Архангайском, Кобдоском, Восточно-Гобийском аймаках. В Гоби-Алтайском аймаке на должности аймачного врача работала молодая выпускница мединститута Уханова. Певзнер писал, что из-за чрезвычайно тяжелых условий работы там требовался врач-мужчина, а не неопытная девушка. В Кобдо работавшая пятый год аймачным врачом хирург Шуланова решительно требовала замены, но заменить ее можно было только другим хирургом. Иначе пришлось бы закрыть все хирургическое отделение. Решение Шулановой уехать объяснялось тем, что ее дочери нужно было идти в школу, которой в Кобдо не было. Венерологом в Кобдо работал врач Гвахария. Он был болен и тоже нуждался в замене.

В отдаленных Убсунурском и Дзабханском аймаках трудились настоящие «старожилы». Убсунурский аймачный врач Торгашин проработал в МНР семь лет. Столько же на монгольской службе

[551] ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 34. Д. 12. Л. 54.
[552] Там же. Л. 55.
[553] Там же.

провел дзабханский аймврач Васильев. В этом аймаке по семейным обстоятельствам замены требовала врач Чурилина. Она проработала в Монголии четыре года, воспитывала троих детей, поэтому ездить по сомонам не могла. Держать ее с детьми на периферии не было смысла.

Советник Певзнер резюмировал, что описанные ситуации «…ясно иллюстрируют справедливые жалобы врачей, которые по пять лет лишены культурных условий и требуют перевода их в Улан-Батор. Мы же не можем взамен их послать врачей из Улан-Батора, ибо нет школ в аймаках». Затем он писал: «Я прошу внимательно изучить этот вопрос и принять эффективные меры, чтобы направить в МНР хотя бы 8–10 аймачных врачей, причем, желательно семейных с маленькими детьми, не требующими школы или холостых. Я изложил действительное положение вещей и прошу помощи, ибо больше ждать нельзя»[554].

Из опыта первой и второй медико-санитарных экспедиций мы уже знаем, как непросто складывались отношения между советскими медиками и монгольским руководством. В 1940-е гг., когда в МНР уже функционировала построенная с помощью Наркомздрава национальная система здравоохранения, они все еще оставались довольно сложными. В фонде Минздрава СССР в ГАРФ сохранился важный документ – письмо советника Минздрава МНР М. А. Ибрагимова министру здравоохранения СССР Г. А. Митереву, написанное в июле 1946 г. В нем Ибрагимов жаловался на грубость, бестактность и произвол монгольских и некоторых советских официальных лиц по отношению к врачам. Приведено много фактов нарушения не только советско-монгольских договоренностей о сотрудничестве, но и прав советских специалистов. Письмо является важной документальной иллюстрацией эпохи, поскольку не только содержит жалобы, но и отражает субъективный взгляд медицинского чиновника из СССР на советско-монгольское медицинское сотрудничество.

В самом начале Ибрагимов констатирует, что «в МНР, благодаря совершенно неправильно проведенным работам, авторитет советских специалистов не стоит на достаточно высоком уровне». Раздражение было вызвано тем, что «во многих случаях монгольские дарги (директора) учреждений игнорируют выполнение указаний инструкторов и совета специалистов или вообще

[554] Там же. Л. 56.

проводят ряд принципиальных мероприятий, совершенно не спрашивая специалистов и их советов»[555]. Причиной, по мнению М. А. Ибрагимова, послужила установка, сделанная высшими руководителями МНРП и правительства. Он ссылается на слова первого заместителя премьер-министра МНР, секретаря ЦК МНРП Ю. Цэдэнбала, который на совещании ЦК МНРП в январе 1946 г. в присутствии советских инструкторов и советников сказал: «За работу учреждения и предприятия отвечает министр и руководитель учреждения, поэтому он должен решать, как быть в данном вопросе, можно советовать инструкторам и советникам, но решать должен министр и руководитель, ибо он отвечает за работу, а не инструктор и советник»[556]. Аналогичное совещание было проведено в каждом монгольском министерстве, а установка ЦК МНРП – доведена до каждого учреждения и предприятия.

В этой связи М. А. Ибрагимов сетовал, что теперь монгольские министры и дарги считают необходимым подходить к указаниям советских специалистов, инструкторов и советников критически, выбирая лучшее и отбрасывая худшее. «Установку ЦК МНРП и Совета Министров считаю совершенно неправильной, – писал он. – Наоборот, по-моему, если ЦК МНРП и Правительство МНР приняли бы такие меры, которые обязывали бы монгольских руководителей четко и своевременно выполнять советы советских специалистов, несомненно работа учреждений и предприятий была бы поставлена значительно лучше»[557].

Позиция советника, безусловно, полна колониального пафоса. Отказывая монголам в способности управлять своей страной, Ибрагимов превозносит уровень компетенции советских специалистов, который, как мы уже знаем, не всегда соответствовал высоким ожиданиям. Но главным здесь является не высокомерие советского чиновника, пусть даже представлявшего самую гуманную из профессий. Важно ясное подтверждение того, что даже спустя двадцать лет после противостояния «националистической русофобской верхушки МНРП» и врачей второй наркомздравовской экспедиции, ситуация принципиально не изменилась, несмотря на жестокие чистки партийных и правительственных рядов.

Монголы все так же пытались отстаивать право на самостоятельное принятие решений, а советские специалисты частью

[555] Там же. Л. 9
[556] Там же. Л. 10.
[557] Там же. Л. 11.

громко возмущались, частью терпеливо сносили своенравное, бестактное, а иногда просто выходящее за все рамки поведение монгольских начальников. По-видимому, именно на основе подобного опыта возник термин «даргизм», означающий властный, хамский, совершенно неприемлемый в европейском смысле образ действия облеченных полномочиями и властью монголов.

В объективном же плане, ситуация была действительно сложной. 18 мая 1945 г. Совет Министров МНР и ЦК МНРП издали постановление № 31/27 «Об улучшении материально-бытовых условий приглашенных из Советского Союза специалистов». В нем признавался факт того, что руководители ряда госучреждений страны не выполняли условий межправительственного договора и не обеспечивали советских специалистов квартирами, мебелью, топливом, освещением и другим хозяйственным обслуживанием. В список «нарушителей» попали министр просвещения Машлай и министр здравоохранения Шинин[558].

Для устранения этих недостатков Совмин и ЦК МНРП постановили утвердить новый перечень категорий специалистов и ввести новые нормы обеспечения продуктами и промтоварами. Минторг, Монкоопсоюз и Минпищепром обязывались организовать и обеспечить бесперебойное нормированное снабжение советских специалистов в аймаках. Однако, судя по обрисованной Ибрагимовым ситуации, проблемы с обеспечением и, особенно, с отношением к советским специалистам никуда не исчезли спустя год после принятия постановления № 31/27.

Несправедливое отношение к советским врачам фиксировалось даже на самой вершине монгольской государственной иерархии. Так, маршал Х. Чойбалсан, «безо всякого основания» ополчился против главного врача клиники Совмина МНР Дмитриева и поставил вопрос перед советником правительства Абрамовым о снятии его с должности. М. А. Ибрагимов характеризует Дмитриева как врача с более чем 30-летним профессиональным стажем, одного из самых квалифицированных терапевтов в Монголии. «Врач Дмитриев по своему характеру будучи истинным советским врачом, – писал Ибрагимов, – вел лечебную работу последовательно, проводил диспансеризацию руководящих работников, клинически изучая состояние здоровья первых руководителей. Единственным основанием для снятия Дмитриева было то, что у Дмитриева

[558] Там же. Л. 1.

отсутствовало угодничество и подхалимство. Это было основным поводом для снятия его с работы»[559].

Зато эти качества в избытке встречались у некоторых соотечественников. Ибрагимов описывает ситуацию так: «В Монголии как в работе государственного аппарата, так и в учреждениях и предприятиях, практикуется угодничество и подхалимство перед монгольскими руководителями со стороны некоторых советских специалистов. Такое положение создано благодаря недопустимому руководству со стороны миссии СССР в МНР в вопросах и поднятии авторитета советского гражданина и защиты их интересов в Монголии как иностранных специалистов»[560].

По словам М. А. Ибрагимова, именно так повели себя советник правительства МНР Абрамов и Чрезвычайный и Полномочный Посланник СССР в Монголии И. А. Иванов. Не спрашивая мнения Минздрава и Ибрагимова, не побеседовав с Дмитриевым, без предъявления каких-либо обвинений посланник снял главврача с работы, в точности выполнив требование Чойбалсана. Ибрагимов считал, что такое отношение в верхах задает тон и аймачным даргам, относившимся к советским врачам бездушно и невнимательно[561].

В Сухэ-Баторском аймаке с 1943 г. работал врач Севастьянов. Аймачная больница находилась в 18 км от административного центра, в степи. Ближайший источник воды был удален от нее еще на три км. На плечах доктора Севастьянова лежали 40 стационарных коек и амбулаторный прием 40–50 больных в день, а зарплата составляла 750 тугриков в месяц. Основная проблема заключалась в совершенно неудовлетворительных бытовых условиях: в 1945 г. врач несколько месяцев провел без хлеба и муки, а в другие периоды из продуктов ему выдавались лишь ржаная мука и мясо. Несмотря на это, Севастьянов образцово исполнял свои обязанности.

По словам М. А. Ибрагимова, аймачное руководство относилось к врачу крайне бестактно и грубо. Доходило и до открытого издевательства. Когда даргам или членам их семей требовалась медицинская помощь, за врачом посылали машину. Однако, после оказания медпомощи Севастьянова назад в больницу не отвозили, и он вынужден был пешком, даже зимой по 30-40-градусному

[559] Там же. Л. 15.
[560] Там же. Л. 13.
[561] Там же. Л. 15.

морозу, преодолевать расстояние в 18 км. Ибрагимов писал: «Не выехать, не оказать помощи не честь советскому специалисту, а выполняя свой врачебный долг, врач Севастьянов получил неслыханное издевательство»[562].

В этой ситуации посланник И. А. Иванов снова отреагировал чисто формально. Он и Чойбалсан посещали Сухэ-Баторский аймак и своими глазами видели положение врача Севастьянова. Однако вместо разбора проблемы с местным руководством, Иванов ограничился переводом доктора в другой аймак. Это решение Ибрагимов посчитал в корне неверным «потому, что весь аймак лишить медицинской помощи, оставить без врачебной помощи будет невозможно, уедет товарищ Севастьянов, приедет другой врач, такое же будет отношение»[563].

Большой проблемой было отсутствие четко прописанной нормы рабочей нагрузки для советских специалистов. Например, для них не был установлен сокращенный рабочий день как для работающих во вредных условиях. Согласно же монгольскому законодательству, врачи должны были работать по семь-восемь часов. Попытки советских медиков придерживаться существовавших в СССР нормативов приводили к конфликтам с монгольским руководством отрасли.

Подобный конфликт произошел с окулистом Баженовым. На прием к нему было записано 80 чел. Части больных врачу пришлось отказать, мотивируя это тем, что по норме он должен был принять 20 чел., может принять максимум 30–35, но никак не 80 чел. Тогда в амбулаторию, где работал Баженов, вызвали министра здравоохранения МНР Шинина, который дал категорическое распоряжение о приеме 80 больных. Невыполнение этого требования вызвало у министра возмущение и он сказал: «Нельзя монгольским товарищам отказывать в приеме. Сколько приходит на прием, столько и должно быть принято. Ни о каких нормах не может быть разговора»[564].

Близкой к трудовому регламенту проблемой была «грубейшая уравниловка» в зарплате советских медработников. Ибрагимов отмечал, что для врачей всех категорий в Монголии был установлен единый оклад 650 тугриков. Это означало, что и врач с 10-15-лет-

[562] Там же. Л. 16.
[563] Там же. Л. 17.
[564] Там же. Л. 20.

ним стажем работы, и недавний выпускник медицинского вуза получали одинаковую зарплату.

Тяжелая ситуация с оплатой труда сложилась на медицинском факультете Монгольского государственного университета, где профессорско-преподавательский состав был практически полностью советским. М. А. Ибрагимов сообщал, что для того, чтобы заработать 1000–1500 тугриков, заведующему кафедрой нужно было преподавать от 24 до 36 часов в неделю. Поэтому среди преподавателей были распространены подработки, в том числе совершенно не по специальности. Например, заведующий кафедрой физиологии медицинского факультета Куркудим одновременно преподавал физиологию животных на ветеринарном факультете[565].

Некоторые наблюдения советника Ибрагимова наталкивают на мысль о постепенном ухудшении морального климата как внутри общины советских экспатриантов в Монголии, так и в монгольских учреждениях. «За последнее время отмечается некоторая дискредитация советских специалистов со стороны монгольских руководителей и монгольских министров, – сообщал он, – и дарги стали чаще писать доносы на советских специалистов в правительство»[566]. В медицинской отрасли сформировался целый «конвейер кляуз». Об этом Ибрагимов писал: «Тут же в правительстве эти донесения переводятся на русский язык и советником правительства доставляются тов. Чернобокову. Увидев такую заинтересованность в получении материалов на советских специалистов, монгольские руководители стали более активно собирать и представлять материал, порой совершенно без основания. Сбор материалов на советских специалистов является одной из основных работ советника правительства тов. Абрамова и первого советника Миссии тов. Чернобокова. В этом немало помогает первый зам премьер-министра Лупсон»[567].

Ситуация, описанная М. А. Ибрагимовым, показывает, что практики советской политической повседневности – сбор компромата, жалобы и доносы – прочно укоренились и в монгольском обществе, сформировав совершенно особую сторону жизни. Монголы чутко улавливали сигналы и тенденции, исходившие от высокопоставленных представителей Москвы. Проявленный совет-

[565] Там же. Л. 19.
[566] Там же. Л. 22.
[567] Там же.

скими функционерами интерес к доносам естественным образом породил рост предложения. Тот факт, что компрометирующая информация монголов являлась для советников более убедительной, чем объяснения советского специалиста, только стимулировал на производство новых кляуз. Ибрагимов резюмировал: «Не случайно почти все советские специалисты говорят «советские люди друг на друга создают материал доносить, работать в натянутых отношениях, а монголы это видят и этому помогают»»[568]. Можно констатировать, что в пространство монгольской традиционности были экспортированы уродливые формы сталинской социальной повседневности, хорошо прижившиеся на новой почве и бумерангом ударившие по советским же кадрам.

Не вызывает сомнений и то, что в хамском отношении к врачам-интернационалистам монгольские дарги равнялись на советских чиновников. Ибрагимов обращал внимание на то, что «зачастую руководители советской миссии, придавая значение отдельным, совершенно необоснованным донесениям, имеющим весьма маловажное значение, вызывают советских людей, требуют от них объяснения, делают замечания…»[569]. В документе описана ситуация с врачом Анисимовой, готовившей кандидатскую диссертацию и официально получившей от Министерства высшей школы разрешение сдавать кандидатский минимум в Монгольском государственном университете.

Узнав о том, что Анисимова собирается сдавать кандидатский минимум, первый советник дипломатической миссии СССР в МНР С. С. Дашьян категорически запретил это делать. Когда врач обратилась к нему за разъяснениями, он «нанес Анисимовой ряд оскорблений, что она хочет халтурничать, что она ничего не понимает и т. д.»[570]. После двухмесячных мытарств и неоднократных обращений М. А. Ибрагимова, Дашьян все-таки разрешил сдачу кандидатского минимума, создав для этого специальную комиссию по каждой дисциплине[571].

Видя такое отношение советских чиновников к врачам-соотечественникам, монгольское начальство перенимало этот стиль общения, дополняя его локальной социокультурной спецификой. Распространенным в медицинской отрасли МНР явлением стало

[568] Там же. Л. 23.
[569] Там же. Л. 21.
[570] Там же. Л. 22.
[571] Там же. Л. 23.

переваливание на плечи советских специалистов всех хозяйственных вопросов. Квалифицированные врачи вместо лечебной работы были вынуждены заниматься ремонтом зданий, доставкой и погрузкой дров, продуктов и материалов для больниц, а себе дарги оставляли исключительно руководящие функции.

Тон здесь задавал сам министр здравоохранения Шинин, при хозяйственных недостатках спрашивавший, прежде всего, с советских инструкторов и главврачей. При этом Шинин поучал советских врачей, как нужно исполнять свои обязанности. Так, на просьбу инструктора противочумной станции Орлова предоставить машины, белье и необходимое для работы оснащение, министр сказал: «Товарищу Орлову надо хорошо работать без машины, и без оснащения можно вести борьбу с чумой»[572].

При историческом осмыслении этих нюансов взаимодействия нужно, конечно, учитывать то, что жалобы являются очень субъективным источником и представляют мнение лишь одной стороны, тогда как для воссоздания объективной картины необходимо больше точек зрения. Безусловно, многие из описанных проблем носили рабочий характер и решались локально. Возможно, в докладных записках в Минздрав СССР они приобретали несколько более утрированное звучание. С другой стороны, акцентирование проблемных аспектов было совершенно необходимо для того, чтобы донести информацию до советского правительства и гарантировать их решение на межгосударственном уровне.

Жалобы, прошения и другие документы личного характера не только отражают обиды и чаяния отдельных субъектов, но также позволяют почувствовать социальную экологию и эмоциональный фон эпохи. Судя по изученным архивным материалам, конец 1940-х гг. был для сообщества советских врачей в Монголии сложным периодом. Победа в войне далась и СССР, и помогавшей ему Монголии большой ценой. В Союзе царили послевоенные голод и разруха; снабжение продуктами и товарами в МНР также осуществлялось с перебоями. Формирование национальной системы здравоохранения продолжалось и отдаленные аймаки все еще остро нуждались в квалифицированной медицинской помощи. Проработавших долгие годы на периферии страны советских врачей было некем заменить. Так же сложно было обеспечить им достойные условия труда и быта.

[572] Там же. Л. 24.

Тем временем, в Улан-Баторе и аймачных центрах уже сложилась руководящая номенклатура, активно перенимавшая административно-командные методы управления и уже поглядывавшая на советских специалистов свысока, как на «шестеренки» в большой машине. Привыкшие к спецобслуживанию и безотказной помощи со стороны врачей, в ряде случаев монгольские дарги открыто эксплуатировали их, играя на врачебном долге и интернациональной солидарности. При этом между руководителями советской миссии и монгольским начальством, по-видимому, образовался полный номенклатурный консенсус.

В этих условиях лишь немногие решались жаловаться. Выполняя свой долг советника и врача, М. А. Ибрагимов пытался исправить положение, направляя в Минздрав СССР докладные записки. Характерно, что в своей книге об истории монгольского здравоохранения (1977) он не поведал ни о ситуациях, с которыми сам столкнулся в конце 1940-х гг., ни об общих проблемах советских врачей-интернационалистов в МНР. Его нарратив отразил лишь совокупность достижений и побед. Все негативные процессы остались в отраслевых служебных документах. Это добавляет ценности сохранившимся архивным источникам.

Таким образом, советское медицинское сообщество в Монголии формировалось и консолидировалось в непрерывном процессе решения медицинских проблем страны и в тесном взаимодействии с традиционным монгольским социумом. Медико-санитарная помощь МНР началась рано, когда в самом Советском Союзе общество еще находилось в начале социокультурной трансформации. Поэтому первое время в Монголию попадали специалисты с самыми различными характеристиками: от прирожденных общественников и идейных интернационалистов до «мещан» и откровенных оппортунистов, отражая весь социальный срез общества позднего НЭПа.

В этот решающий для всего предприятия момент больше всего требовались врачи-общественники старого земского типа, способные не столько беззаветно отдаваться идее пролетарской революции, сколько взаимодействовать с монголами, проникаться их проблемами, врачевать не только физические недуги, но и «вековую отсталость», обучая аратов азам европейской личной и общественной гигиены и принципам здорового образа жизни. Подобно дореволюционным земским врачам они должны были

сопереживать простому народу, вызывая в нем глубокое доверие, без которого внедрение незнакомой медицинской системы проходило бы намного болезненней. Принципиально важной была способность к организации работы «с нуля». Врачи должны были находить и привлекать людские и материальные ресурсы, определять тактику и стратегию развития медучреждений, интуитивно понимать внутренние мотивы и нужды подопечного инокультурного населения.

К счастью, многие приехавшие в Монголию врачи обладали этой матрицей – кто-то с университетской скамьи, кто-то с земской практики. Работа с культурно закрытой и чуждой крестьянской общиной давала докторам с дореволюционным стажем универсальный опыт взаимодействия с архаическими обществами. Кроме того, в экспедициях Наркомздрава встречались врачи, закаленные работой в национальных автономиях РСФСР, имевшие там дело со схожей медицинской проблематикой. Поэтому на начальных этапах взаимодействия советские специалисты сумели правильно организовать работу и разместить по стране опорные точки будущей системы здравоохранения.

Сочетание экспедиционного формата и командирования врачей напрямую в распоряжение правительства МНР сначала создало сложности, вызванные конфликтом оперативных повесток. Однако в ходе дальнейшего взаимодействия выработался механизм последовательного перехода врачей из состава экспедиций на монгольскую службу. Он позволил сгладить противоречия и объединить рабочие повестки Наркомздрава РСФСР и Минздрава МНР. Тем не менее у монгольской стороны подспудно сохранялось недовольство претензиями врачей и советников из СССР на лидерство в вопросах здравоохранения. Впоследствии, оно не раз давало о себе знать, однако в целом не могло кардинальным образом повлиять на ход советско-монгольского взаимодействия в области медицины.

Советское врачебное сообщество в Монголии было слепком с «большого» советского общества, отражая его имманентные и ситуативные особенности. Через канал кадровой ротации в страну экспортировались не только идеалы и передовые модели здравоохранения, но и повседневные практики выживания в атмосфере сталинского террора. Начавшись с насыщенной политическими подтекстами критики, они эволюционировали в доносительство

и охоту за компроматом. Этому способствовала политическая атмосфера в Монголии, переживавшей свой период культа личности Чойбалсана. Печальным следствием стало укоренение практики доносительства среди монголов, причем спрос на компромат, порожденный руководителями советской миссии, обратился в волну доносов против советских же специалистов-медиков.

В таких сложных условиях советские медики показали принципиальную приверженность клятве Гиппократа, своей врачебной миссии и делу строительства социалистического здравоохранения в Монголии. Основная тяжесть начатого Советским Союзом колоссального предприятия по экспорту социалистической медицины в пространство монгольского мира легла на плечи врачей, которых сегодня по праву можно назвать интернационалистами.

***

Документы советских медицинских экспедиций в Монголии в конце 1920-х – 1930-х гг. позволяют современному исследователю проникнуть за завесу времени и взглянуть на медико-санитарное состояние страны и проблемы здоровья ее населения глазами советских врачей. Оставленные медиками описания и характеристики традиционного быта монголов, реалий аратской жизни, социальных проблем кочевых сообществ и болезней, от которых они страдали, свидетельствуют о сложном спектре восприятия, в котором профессиональные врачебные оценки сочетались с отголосками советской идеологии, сочувствие монголам смешивалось с непониманием и неприятием уникальной кочевой культуры.

Наиболее очевидное заключение после изучения документальных источников состоит в том, что советские врачи четко следовали заданной Наркомздравом РСФСР установке всемерно содействовать развитию доверия среди монголов к современным медицинским учреждениям. Нарабатывать кредит доверия приходилось убеждением, психологическими маневрами и постоянной демонстрацией того, что профессиональная европейская медицина побеждает все недуги. В методах превалировала наглядность, которая в условиях цивилизационного и коммуникационного барьера между врачами и пациентами лишь одна могла точно передать требуемый посыл.

Никакие идеологизированные инсценировки не могли заменить поднятого из полумертвого состояния больного, вылеченного вливаниями советского новарсенола. При этом

наглядные демонстрации должны были сочетать мягкость, чтобы не отпугивать монголов и не нарушать их традиционных норм, и принципиальность, чтобы полностью соблюсти европейскую лечебную процедуру. Действуя уговорами, увещеваниями, порой используя безвыходность положения или беспомощность эмчи-лам, советским врачам удавалось провести операцию, принять роды, сделать вливание неосальварсана, и заронить при этом в сознание аратов, а при определенном везении даже лам, сомнение в предопределенности исхода болезни и эффективности тибетских методов врачевания.

Благодаря этому до сих пор в памяти пожилых монголов сохраняется образ врачей, ездивших по худонам и ставивших уколы красноватым лекарством против венерических болезней (*ulaan taria*). В коллективной памяти «красный укол» по сей день остается символом преодоления демографических проблем феодального прошлого. Как утверждает Инес Штольпе, ее монгольские информаторы подтверждали это, говоря: «Мы – дети красного укола»[573].

Во взглядах советских врачей преобладало критическое медицинское восприятие монгольских реалий. Схожесть бытовых условий, одна и та же профессиональная подготовка врачей, сопоставимые цели и задачи определяли близкое сходство стилистики описания традиционных обществ Бурятии и Монголии. Врачебные репрезентации монголов и кочевого быта тоже изобилуют ориенталистскими тропами, иногда весьма чувствительными для восприятия современным исследователем, взращенным на постколониальной методологии. Как и в случае бурят, параметры этого видения определялись политическим целеполаганием и профессиональным базисом наблюдателей.

Большинство советских врачей уже прибывало в Монголию с установкой на несоответствие кочевого быта санитарной норме. Они профессионально брали на карандаш все, что не укладывалось в европейское понятие о гигиеничном образе жизни, и по этому критерию относили тот или иной бытовой аспект к причинным факторам заболеваний. Как и у бурят, советские врачи клеймили антисанитарию традиционного быта, архаичные, несовместимые с европейским пониманием нуклеарной семьи особенности половой жизни монголов, социальную и религиозную закабален-

[573] *Stolpe I.* Display and Performance. P. 62.

ность аратства в общем, и монгольской женщины в частности. Во врачебном понимании все это представляло границу между гигиенической нормой модерна и антисанитарным рудиментом традиционализма. Свою главную задачу советские медики видели в скорейшем преодолении этого рубежа.

В большинстве случаев они были правы как врачи, но без специального знания культурного контекста не могли правильно оценить глубину и масштаб того, с чем им предстояло бороться. В этом плане экспедиционная работа в Бурят-Монголии представляется более скоординированной. Так во время советско-германской экспедиции 1928 г. по изучению сифилиса, интервьюирование и анкетирование больных с целью определения преобладающих механизмов заражения проводились антропологами Комиссии по изучению племенного состава (КИПС) АН СССР. Обследования малых народов Бурятии (сойотов и эвенков) велись комплексными экспедициями, состоявшими из этнографов и врачей[574].

В документах ОБЗСИ по Монголии похожих случаев обнаружить не удалось. По-видимому, повестки советских государственных акторов – Наркомздрава РСФСР и Академии наук СССР – там практически не пересекались или соприкасались лишь спорадически.

Главное объяснение этому, на мой взгляд, состоит в том, что огромный масштаб задуманных социокультурных преобразований, охвативших всю Монгольскую Народную Республику, не позволял проводить сложное, затратное по времени координирование разноплановых по своей сути повесток медицинского и научного ведомств. Вспомним, что подготовительные работы по одной лишь советско-германской экспедиции 1928 г. в Бурят-Монголию велись около трех лет. В Монголии у советских врачей такого запаса времени не было. Все работы по строительству монгольского здравоохранения приходилось осуществлять стремительно, максимально используя имевшиеся в распоряжении скромные кадровые и материальные ресурсы, зачастую снимая их с направлений внутри Советского Союза, где работа по модернизации медицинской отрасли была еще далека от завершения. Это

[574] См.: *Ставиский С.Д.* Материалы по медицинскому обследованию сойотов. С. 3-20; *Башкуев В.Ю.* Медицинское изучение и обслуживание коренных малочисленных народов севера Бурят-Монгольской АССР в конце 1920-х – 1930-х гг. // Манускрипт. 2019. Т. 12. Вып. 12. С. 20.

подтверждает стратегическую важность советской медико-санитарной помощи МНР и ее значимость в геополитической повестке СССР на зарубежном Востоке.

Глава 3
Медико-санитарные проблемы Тувинской Народной Республики в материалах экспедиций Наркомздрава РСФСР (1928–1935 гг.)

3.1. Традиционный быт и здоровье тувинцев глазами советских экспедиционных врачей

К середине 1920-х гг. медико-санитарное состояние Тувинской Народной Республики стало предметом сильного беспокойства ее руководства. Среди тувинцев были распространены сифилис, трахома, кожные болезни; состояние здоровья русских переселенцев, особенно женщин и детей, тоже оставляло желать лучшего. У обоих народов наблюдалась высокая детская смертность, причем в русских семьях она была выше, чем в тувинских[575]. На территории республики случались эпидемии оспы, кори, сыпного и брюшного тифа, уносившие множество жизней.

До 1900 г. Тува оставалась вне поля зрения российских и европейских врачей. Простейшие элементы европейской медицины были принесены в Урянхай с первыми русскими путешественниками. Как правило, те возили с собой походные аптечки и лечили тувинцев своими лекарствами. После открытия в 1898 г. фельдшерского пункта в пограничном Усинском округе, жившие поблизости тувинцы получили доступ к квалифицированной медицинской помощи. На территории Тувы начали распространяться европейские медицинские практики. И хотя случаи оказания медпомощи тувинцам в Усинской амбулатории были единичными, информация о внимательном отношении медиков и положительных результатах лечения разнеслась по всему округу[576]. Таким

[575] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 287. Л. 68.
[576] *Шабаев М.Г.* Очерки истории здравоохранения Тувы. Кызыл: Тувинское книжное

образом, задолго до появления советских медиков у коренного населения начало складываться позитивное восприятие европейской медицины.

В 1909 г. в селе Туран (первое русское поселение в Урянхае, основано в 1885 г.) начала практиковать врач А. М. Сафьянова. Здесь она организовала хорошо оборудованный медицинский пункт со стационаром. Затем Сафьянова заведовала амбулаторией Урянхайского переселенческого пункта в том же селе. Так в истории Тувы появился первый официальный европейский врач[577]. Вокруг Турана в то время жило много тувинцев и, по словам старожилов, А. М. Сафьянова имела большую тувинскую клиентуру. Позднее она практиковала в Тодже[578].

С принятием Урянхайского края под российский протекторат 17 апреля 1914 г. правительством были предприняты меры по организации там медицинского обслуживания. К концу 1914 г. были развернуты Туранская врачебная амбулатория, Знаменский и Хемчикский фельдшерские пункты. С началом строительства города Белоцарска там была открыта переселенческая больница на 22 койки. Однако ее возможности были ограничены. Количество больных, лечившихся в больнице, исчислялось всего несколькими десятками в год. В 1916 г. в Ченагаше на реке Хемчик работал врач Плетнев, которого сменил фельдшер Дубовский. Последний занимался оспопрививанием среди тувинцев. В целом, тувинцы пользовались европейской медицинской помощью активнее местных русских[579].

В дореволюционный период на территории Тувы с населением, превышавшим 70 тыс. чел., функционировали лишь одна больница и три фельдшерских пункта. В период революции и Гражданской войны больница в Белоцарске была закрыта, а медобслуживание населения проводилось в основном разъездными фельдшерами. В 1918 г. в Хем-Бельдире (быв. Белоцарске) работал врач Ксюнин. На Чергаке медицинскую помощь населению оказывала врач Леонова. В 1921 г. она была убита тувинцами в ходе выступления против русских колонистов. Также в период с 1918 по 1921 гг. в Урянхае практиковали взятые красными в плен врачи Тришкин, Ростовцев и Вишневский[580].

издательство, 1975. С. 54–55.

[577] Там же. С. 58.

[578] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 287. Л. 60.

[579] *Шабаев М. Г.* Очерки истории здравоохранения Тувы. С. 60.

[580] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 287. Л. 60.

В 1924 г. по инициативе исполкома русской самоуправляющейся трудовой колонии (РСТК) в Кызыле, Знаменке, Туране и других населенных пунктах были вновь открыты медпункты. Больница исполкома РСТК в Кызыле имела два помещения: в одном помещалась амбулатория с аптекой, в другом – стационар на 12 коек; медперсонал состоял из врача, четырех фельдшеров, акушерки и четырех сиделок. Общее количество амбулаторных посещений в 1925 г. составило 17579. Через стационар за тот же год прошло 217 чел. Хирургические больные отправлялись в Минусинск – у больницы не было собственного хирургического оборудования и не хватало медикаментов[581]. В 1926–1927 гг. Кызыльской русской больницей заведовал врач Васильев. Вместе со своей женой, тоже доктором, он работал по совместительству и в тувинской больнице.

С лета 1926 г. больница исполкома РСТК стала взимать значительную плату за лечение. Население колонии имело страховую кассу, в которой было застраховано 800 чел. Страховые взносы составляли 32000 руб. в год. Из них 18000 руб. уходили в больницу в качестве оплаты за медицинскую помощь застрахованным. Ежегодно страхкасса посылала до 100 чел. лечиться на курорт на озере Чедер в 40 км от Кызыла[582].

Лечебная сеть правительства ТНР была представлена единственной больницей в Кызыле, основанной в 1923 г. Больница состояла из амбулатории с аптекой и стационара на шесть коек. Она занимала деревянный одноэтажный дом из пяти комнат, кухни и квартиры для врача. Часть больничного помещения предоставлялась в пользование тибетскому врачу. Годовой бюджет больницы в 1927 г. составил 20000 руб. Персонал состоял из врача, фельдшера, переводчика и кухарки. Больница испытывала острый дефицит медикаментов, особенно противосифилитических средств. Не хватало хирургического инструментария, перевязочного материала, белья и постельных принадлежностей.

Основным больничным контингентом были тувинцы, работавшие в правительственных учреждениях, а также солдаты, ученики и араты из пригородных районов. Случаи приезда издалека были единичны. Выезды к больным на дальнее расстояние также осуществлялись редко[583].

[581] Там же. Д. 248. Л. 44.
[582] Там же. Л. 45.
[583] Там же. Л. 43.

До 1927 г. лечение сифилиса даже в русских медпунктах Тувы проводилось втираниями ртутной мази и йодистым калием. Инъекции делались лишь в редких случаях. В 1927 г. только один врач в Кызыльской больнице проводил более или менее правильные курсы лечения сифилиса у незначительной категории тувинцев, имевших возможность регулярно приезжать в город. Основная масса больных оставалась без всякого лечения и довольствовалась обращениями к шаманам и ламам[584].

Лекарственная помощь населению оказывалась больницами: аптек в Туве не существовало до 1929 г. Снабжение аптечными товарами, медицинским инструментарием и оборудованием осуществляло Томское аптечное управление переселенческого пункта. В 1929 г. в Кызыле была открыта первая аптека с платным отпуском медикаментов и материалов[585].

Гораздо более развитой в Туве была тибетская медицина. Ее авторитет в правительстве и среди населения был высок, и до конца 1920-х гг. она носила статус официальной. Это отразилось в ряде законодательных актов[586]. Тибетская медицина практиковалась эмчи-ламами, подготовленными в медицинских школах (мамба-дацанах) при крупных монастырях (курэ). Эмчи официально регистрировались Министерством внутренних дел.

По данным советских врачей в 1927 г. в ТНР насчитывалось 235 зарегистрированных эмчи-лам. Фактически же их было намного больше. Русские врачи скептически оценивали лечебные навыки эмчи, отмечая, что большинство из них не получало настоящего медицинского образования в монгольских или тибетских монастырях, а перенимало практические навыки от своих наставников-лам[587].

В 1922–1926 гг. официальное привлечение эмчи-лам на государственную службу происходило посредством специальных распоряжений тувинского правительства. Ламы поочередно отзывались из хошунов в Кызыл и отбывали там своеобразную повинность на 72 дня каждый[588]. Затем правительство ТНР приняло меры по созданию в столице республики постоянного учреждения тибетской медицины. Согласно «Закону о тибетской больнице»

[584] Там же. Д. 287. Л. 48.
[585] *Шабаев М.Г.* Очерки истории здравоохранения Тувы. С. 69.
[586] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 249. Л. 25–27.
[587] Там же. Д. 248. Л. 44.
[588] *Шабаев М.Г.* Очерки истории здравоохранения Тувы. С. 69.

1928 г., для обслуживания населения утверждались три должности – заведующего Тибетской больницей, врача и фельдшера. Кроме того, учреждались должности сиделки, изготовителя лекарств и истопника-курьера. Кандидатуры заведующего больницей и врача утверждались правительством ТНР, остальные назначались МВД.

На работников Тибетской больницы возлагалась обязанность не только оказывать медицинскую помощь населению, но и вести профилактическую и противоэпидемическую работу. Также в сферу ответственности персонала входило изготовление лекарств и издание медицинской литературы для продвижения дела народного здравоохранения в массы[589]. Таким образом, к моменту организации первой медико-санитарной экспедиции Наркомздрава РСФСР в Туву тибетская медицина являлась неотъемлемым элементом местной системы здравоохранения и положительно воспринималась руководством республики.

Одно из первых советских медико-санитарных описаний Тувы содержится в докладной записке А.П. Преображенского, врача тувинской антропологической экспедиции 1926 г. под руководством В.В. Бунака. Наблюдения велись в нескольких направлениях. Основой доклада Преображенского послужили данные амбулаторного обследования 297 тувинцев в разных районах республики. Сделав оговорку о недостаточности данных для выводов о заболеваемости населения, советский врач дал общую характеристику эпидемического фона, санитарно-гигиенических условий жизни коренного населения, медико-географических особенностей Тувы.

Общий культурный уровень тувинцев А.П. Преображенский оценивал так: «В культурном отношении тувинцы стоят весьма низко. Способы обработки земли и орудия, применяющиеся для этого, примитивны. Оружие охотников – тяжелое и малорентабельное кремневое ружье. Жилище – тесная юрта, круглой формы у земледельцев и конической у охотников. Материалом для покрытия ее служат кочма, шкурки, берестяные щиты. Предметы домашней утвари примитивны и немногочисленны»[590].

Как врач, Преображенский начал описание традиционного быта тувинцев с пищи и напитков. Подобно другим советским наблюдателям кочевых сообществ Внутренней Азии, он отмечал

[589] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 249. Л. 25–26.
[590] Там же. Д. 248. Л. 41 об.

регулярное использование в пищу плохо проваренного мяса диких и домашних животных. Вообще, пищевой режим автохтонов им охарактеризован как нерегулярный, и описан выражением «то густо, то пусто», означавшим, что при наличии продуктов тувинцы объедались, а затем неделями сидели на одном чае[591].

Серьезным пороком тувинского общества А. П. Преображенский считал пьянство. «Главная масса молока, – писал он, – идет на приготовление водки («араки»), которая в летний период (коров доят только летом) – гонится почти в каждой юрте». Повседневная активность тувинцев в глазах советского врача получила довольно нелестную характеристику: «Тувинцы – малодеятельный и беспечный народ; много времени у них уходит на праздное сидение за аракой или чаем»[592].

Также как у бурят и монголов, у тувинской молодежи было отмечено раннее начало половой жизни при отсутствии каких-либо ограничений или порицаний со стороны родителей. «Девушки, имеющие детей до брака, – писал Преображенский, – считаются лучшими невестами». Такое состояние дел врач объяснял большим чадолюбием тувинцев: «Любовь к детям – это одна из симпатичнейших черт тувинского народа. Трудно описать всю нежность и ласку, которые проявляют взрослые к детям. Бездетная семья глубоко несчастна»[593].

С гигиенической точки зрения традиционный быт тувинцев оценивался отрицательно. «Санитарные условия жизни тувинского населения очень плохи – констатировал Преображенский – Понятие о гигиене и чистоте абсолютно отсутствует. Мытье тела не производится – моются только лицо и руки, да и те редко. Одежда не стирается, а носится до истления. Посуда общая как для членов семьи, так и для гостей, и тоже никогда не моется, отчего внутри покрыта толстым слоем грязи»[594].

Критически доктор отнесся и к сильно распространенному среди тувинцев курению: «Мужчины и женщины с раннего возраста курят особый китайский табак с присутствием в нем опиума. Поголовно распространен обычай «табаченья», т. е. передачи раскуренной трубки в знак приветствия – этот обычай, безусловно, играет большую роль в распространении заразных

[591] Там же.
[592] Там же. Л. 42.
[593] Там же.
[594] Там же.

заболеваний». Общий вывод Преображенского вполне соответствует вышеприведенным санитарным характеристикам: «Все это создает весьма благоприятную почву для широкого распространения болезней»[595].

По данным А. П. Преображенского, в Туве отмечался высокий уровень заболеваемости сифилисом. Сифилис был распространен во всех районах республики концентрированными очагами, главным образом, вокруг буддийских монастырей[596]. Из 297 обследованных тувинцев люэс был обнаружен у 89 чел.[597].

Врач отмечал, что течение заболевания у тувинцев носит благоприятный характер, и болезнь легко поддается лечению[598]. Основными факторами распространения сифилиса среди тувинского населения Преображенский считал раннюю и беспорядочную половую жизнь, а также бытовые условия, способствовавшие внеполовому заражению.

Другими распространенными инфекционными заболеваниями были чесотка и трахома. Эпидемии же в Туве случались редко. Последняя на тот момент эпидемия возвратного тифа была в 1921 г. и сопровождалась высокой смертностью. Благодаря оспопрививанию, которое делали даже эмчи-ламы, вспышки натуральной оспы также бывали редко.

Врач А. П. Преображенский оказал медицинскую помощь около 200 русским колонистам. Обследованное русское население Тувы страдало, в основном, от катаров желудка и суставного ревматизма. Преображенский отмечал, что сифилис среди русских встречается очень редко[599].

На основе проведенных наблюдений и обследований врач предложил свои рекомендации по организации лечебной и санитарной помощи в Туве. Во-первых, он предложил за основу здравоохранения принять принцип единства медицинской помощи для тувинцев и русских. Финансовые препятствия, вызванные самостоятельностью бюджетов тувинского правительства и исполкома

[595] Там же.
[596] По сведениям А. П. Преображенского, на территории Танну-Тувы в тот период имелось несколько монастырей. Наиболее крупными были два Кемчинских, Самогалтайский и Тоджинский курэ. Количественно ламы составляли около 20% мужского населения Тувы. Тувинские араты («кара-гижи») добровольно несли существенные расходы на содержание ламского сословия. См.: Там же. Л. 42 об.
[597] Там же. Л. 48.
[598] Там же. Л. 43.
[599] Там же.

РСТК, могли быть устранены путем пропорционального участия обеих сторон в расходах на здравоохранение. Преображенский предложил следующую схему расположения медицинской сети: центральная больница в Кызыле и четыре районных фельдшерских пункта: а) на Хемчике в фактории Госторга на реке Чедал в 220 верстах от Кызыла; б) в деревне Кызыларик Подхребтинского района в 120 верстах от Кызыла; в) на Тодже, в районе заимок русских на Большом Енисее в 200 верстах от Кызыла; г) в деревне Знаменка Ха-Хэмского хошуна в 100 верстах от столицы. Также было предложено в ближайшее время (летом 1928 г.) прислать в Туву несколько врачебных отрядов для работы в отдаленных районах, а также приступить к серьезному изучению тибетской медицины[600].

В 1927 г. Наркомздрав РСФСР с дружественным визитом посетила делегация Тувинской Народной Республики и от имени правительства высказала просьбу о содействии в организации европейской медицинской помощи населению. Для ее удовлетворения руководство наркомата приняло решение срочно направить туда специальную, оборудованную всем необходимым медико-санитарную экспедицию в составе трех врачей, фельдшера и двух лиц младшего медперсонала.

Отправка экспедиции была намечена на весну 1928 г. Было решено сначала командировать в Туву опытного врача-общественника, который сумел бы возглавить больницу исполкома РСТК и европейское отделение Тувинской больницы, подготовил бы базовые материалы для плана деятельности будущей экспедиции и разработал мероприятия по организации медицинского дела в ТНР. Врач направлялся в распоряжение Полпредства СССР. Для дооборудования больницы исполкома РСТК было решено дополнительно ассигновать 20000 руб. из фондов Наркомздрава РСФСР, а также включить в смету наркомата 30000 руб. на поддержку русской больницы в 1927–1928 гг.[601]

Приказом № 440 по Наркомздраву РСФСР от 2 декабря 1927 г. в состав медико-санитарной экспедиции в Тувинскую Народную Республику были назначены Арутюнян Мартирос Саркисович (хирург) в качестве врача экспедиции с одновременным выполнением обязанностей начальника экспедиции, Николаенко Александр Иванович (венеролог), Мисежников Исай Григорьевич

[600] Там же. Л. 45–46.
[601] Там же. Л. 55.

(венеролог) и Кварцева Мария Евграфовна (фельдшерица-акушерка). Судя по личным делам, наиболее опытным врачом являлся А. И. Николаенко, за плечами которого были годы частной практики в Италии, однако он, по всей вероятности, не подходил на роль начальника экспедиции по классовому принципу. М. С. Арутюнян, крестьянин по происхождению, бывший политработник Красной Армии, был назначен начальником именно вследствие классовой надежности, так как врачом он стал только в 1924 г. после окончания медицинского факультета МГУ[602].

Согласно «Положению о медико-санитарной экспедиции Наркомздрава РСФСР в Танну-Тувинскую республику», работа экспедиции должна была осуществляться в следующих направлениях:

а) оказание квалифицированной амбулаторной и стационарной лечебной помощи тувинскому и русскому населению республики как в оседлых местностях, так и в кочевьях;

б) разработка и проведение мероприятий, направленных на оздоровление тувинского населения;

в) изучение санитарно-бытовых условий жизни местного населения;

г) санитарное просвещение населения в формах, соответствующих местным условиям;

д) привлечение населения к участию в оздоровительных мероприятиях;

е) изучение современного состояния тибетской медицины и ее форм в Туве.

Основными принципами экспедиции объявлялись укрепление доверия местного населения к культурным учреждениям и абсолютная бесплатность предоставляемых медицинских услуг. В этой связи медперсоналу экспедиции категорически воспрещалось вести какую бы то ни было частную практику и принимать от пациентов любую оплату, даже сугубо добровольную.

Финансирование экспедиции возлагалось на Наркомздрав РСФСР по ранее утвержденной смете. Право распоряжения денежными и материальными средствами экспедиции предоставлялось ее начальнику. Он же отвечал за своевременные специализированные (медицинские) и финансово-материальные отчеты, подававшиеся в НКЗ РСФСР к определенному сроку[603].

[602] Там же. Д. 252. Л. 12.
[603] Там же. Д. 249. Л. 1, 1 об, 2, 2 об.

Работа велась как в столице ТНР Кызыле, так и на местах: в Чадане, Чергаке, Чеды-Карасуке, Чакуле, Шагонаре, Туране, Мало-Енисейском и Подхребтинском районах. Мобильный экспедиционный отряд сначала выдвинулся в Чаданский хошун, где в январе 1928 г. был организован медицинский пункт. Место для него было выбрано очень удачно – советское медучреждение разместилось на территории большого буддийского монастыря (по всей вероятности Верхне-Чаданский хурэ), где проживало около 500 лам и хувараков. С первых дней работы врачи получили доступ к внутренней повседневной жизни монастыря и смогли провести поголовное обследование его населения: редкое и счастливое стечение обстоятельств на сложном фоне взаимоотношений врачей и ламства в монгольском мире.

Параллельно с открытием врачебного приема в помещениях, предоставленных советским врачам администрацией хурэ, была организована санитарно-просветительная выставка, которую посетили почти все проживавшие там ламы и хувараки. После соответствующих объяснений по выставке ламы задавали вопросы, в основном сводившиеся к области анатомии и физиологии. Характер заданных вопросов позволил врачам сделать выводы о слабом знакомстве эмчи-лам с основами этих дисциплин.

Приток больных лам начался с первых же дней работы медпункта. В основном к врачу обращались с незначительными заболеваниями. Среди пациентов оказалось лишь несколько сифилитиков с третичной формой, чей осмотр показал, что заражение произошло половым путем.

Среди хувараков массово встречалась чесотка и другие кожные болезни, вызванные недостатком личной гигиены, ухода за бельем и жилищной скученностью. Доктор И.Г. Мисежников охарактеризовал жилые помещения монастыря как «скопление мелких деревянных построек с низкими потолками, маленькими оконцами и небольшой площадью». По поводу распространенности заболеваний кожи у населения хурэ Мисежников разговаривал с настоятелем. Результаты беседы он описал так: «Ответы были весьма уклончивые, ссылаясь на то, что бани будут служить, якобы, распространением заразных заболеваний. В сущности, мне удалось выяснить, что постройка бань на «курях» и вообще мытье тела запрещаются некоторыми религиозными убеждениями»[604].

[604] Там же. Д. 287. Л. 50.

Поголовный телесный осмотр хувараков (около 200 чел.) дал врачам возможность констатировать хорошее состояние их здоровья. Как положительный момент было отмечено, что ламы не пьют, не курят, и в целом придерживаются здорового образа жизни. Поэтому отклонений в развитии и здоровье среди них почти не наблюдалось[605].

Через неделю после открытия врачебного приема начался приток простых тувинцев. Количество прибывавших больных было небольшим – зимой большинство тувинцев поднималось в горы, а дальнее расстояние до медпункта превращало визит к врачу в трудное путешествие. По этим причинами среди обращавшихся за медицинской помощью было мало женщин, детей и тяжелобольных.

Основной контингент составляли мужчины с нетяжелыми заболеваниями, проживавшие в радиусе 30 км от расположения экспедиционного медотряда. Тувинцы приходили охотно, но некоторые боялись, что русские врачи станут их «резать». В тот момент в Чадане находился председатель правительства ТНР К. Дондук[606] который, смеясь, успокаивал обращавшихся к нему с боязливыми вопросами людей. Положительную роль сыграло и хорошо знакомое тувинцам оспопрививание, пользу от которого они высоко ценили и постоянно просили заехать в отдаленные местности. Если экспедиционные врачи не имели возможности провести оспопрививание в каком-либо месте, тувинцы просили оставить им оспенный детрит, так как ламы тоже умели прививать оспу. Всего в ту поездку врачи сделали более 6000 оспенных прививок и около 200 было сделано ламами или кем-то другим[607].

---

[605] Там же.

[606] Куулар Дондук (1888-1932), тувинский государственный деятель, председатель Президиума Малого Хурала Тувинской Народной Республики в 1923–1925 гг., председатель правительства ТНР в 1925–1929 гг., министр иностранных дел ТНР. Получил буддийское образование в Урге и в Верхне-Чаданском хурэ, имел ученую степень кепши (геше). К. Дондук был одним из ведущих лам Верхне-Чаданского хурэ. В описываемый период (с 1928 по 1930 гг.) К. Дондук тесно общался с настоятелем Верхне-Чаданского хурэ Монгуш Лопсан-Чимитом, с которым вместе работал над составлением тувинского алфавита. Скорее всего, именно протекция К. Дондука обусловила то, что медицинский отряд экспедиции Наркомздрава допустили на территорию монастыря и разрешили осматривать лам и хувараков. См.: *Ондар Е.М.* Первый председатель Президиума Малого Хурала Тувинской Народной Республики Куулар Дондук // Вестник Тувинского государственного университета. Социальные и гуманитарные науки. 2010. № 2. С. 162–164.

[607] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 287. Л. 66.

Для большего охвата населения медицинской помощью через две недели было решено разделить отряд. И.Г. Мисежников отправился в Чеды-Карасук, где после некоторых трудностей дороги, в пустовавшем деревянном доме посреди степи был развернут еще один медицинский пункт. Местные власти известили население об открытии врачебного приема. Через неделю начали подъезжать больные. Сифилитики, которым был необходим курс специфического лечения, устроились неподалеку в юртах. Венеролог И.Г. Мисежников отметил их аккуратность в выполнении врачебных указаний[608].

Чтобы обследовать как можно больше населения в Чеды-Карасуке, Мисежникову пришлось совершать объезды окрестных аилов верхом на лошади – других средств передвижения, как и дорог, в тех местах не существовало. Выезды к больным давали положительные результаты: некоторым тувинцам удалось оказать медпомощь на месте в юртах; были обнаружены больные тяжелой формой костного туберкулеза, часть которых пришлось разместить в помещении медпункта, так как вылечить их в юрте было невозможно. Во время обследовательских объездов врачу удалось непосредственно соприкоснуться с традиционным бытом тувинцев.

Жизнь тувинцев на зимних горных пастбищах отличалась от летней кочевки в долинах рек, где они не только пасли скот, но и занимались земледелием. Юрты размещались небольшими группами на значительном расстоянии друг от друга в местах, защищенных от ветра, и, по возможности, рядом с горными ручьями и другими источниками воды. Пища тувинцев зимой характеризовалась как довольно скудная: зеленый чай с молоком и солью, «тара» (сушеное и толченое просо), «пыштак» (сушеный сыр) и мясо, которое ели примерно раз в неделю.

Как и другие советские врачи, И.Г. Мисежников обращал внимание на недостаточную проваренность мяса. Отмечал он и приготовление всей пищи в одном и том же чугунном котле на очаге. «Чаша эта, как и остальная посуда, – писал Мисежников, – содержится в грязном виде – не моется, а вытирается грязной тряпкой или рукавом своей шубы. Чашки для чаю, обыкновенно, перед и после употребления вылизываются языком»[609].

---

[608] Там же. Л. 51.
[609] Там же.

Летняя пища, по мнению И.Г. Мисежникова, была несколько более разнообразной и питательной, чем зимой. Летом у тувинцев в изобилии имелось коровье и кобылье молоко. Его излишки переливались в кадки, где перекисали и превращались в «хайпак» и кумыс. Из излишков молока также выгонялась «арака», являвшаяся наиболее распространенным алкогольным напитком. Описывая ее свойства, коллега Мисежникова по экспедиции А.И. Николаенко отмечал, что арака содержит меньше спирта, чем русская водка или самогон[610].

Из оставшейся после перегонки массы делали сушеный сыр «пыштак». Мясо, как и зимой, ели редко. Мисежников утверждал, что беднота питается остатками пищи зажиточных родственников и поэтому старается селиться поближе к богатым[611].

Описывая зимний быт тувинцев, И.Г. Мисежников отмечал, что даже внутри юрт они никогда не расстаются с верхней одеждой – овчинной шубой, овчинными же брюками и сапогами. Он писал: «Только перед сном они снимают шубы и сапоги и укутываются этими же шубами и поверх них накладывают какие-либо овчинные лохмотья». Свои наблюдения тувинского быта зимой Мисежников резюмировал так: «Отмечая некоторые черты быта тувинцев, следует указать, что и само жилье в юрте не позволяет им делать отклонения от некоторых привычек. В самом деле, живя в юрте, представляющей собой шалаш, обитый кошмой и обогреваемый в большинстве случаев костром (очагом), невозможно даже при желании раздеваться, мыться и т. д.»[612].

После четырех недель в Чеды-Карасуке, в конце февраля 1928 г. медицинский отряд передвинулся в Шагонарский хошун. Проведя курс сальварсанотерапии, венерологи старались его не прерывать, и при переезде в другой район предлагали больным отправиться вместе с ними, обещая позаботиться о питании и проживании. Большинство тувинцев охотно соглашалось на такие условия. Эффект от лечения сальварсана и доброе отношение врачей повышали в тувинском обществе доверие к советской медицине[613].

В Шагонарском хошуне проживало от 5000 до 6000 тувинцев и 1500–2000 русских. Медпункт был развернут в помещении русской больницы. С первых же дней начался наплыв больных

[610] Там же. Л. 67.
[611] Там же. Л. 53–54.
[612] Там же. Л. 51–52.
[613] Там же. Л. 52.

сифилисом тувинцев. За первые 10 дней работы было принято 38 сифилитиков – столько же, сколько за полтора месяца в Чаданском хошуне. Оказалось, что Шагонар был неблагополучным по сифилису. Контингент больных состоял преимущественно из женщин и молодежи со свежими проявлениями болезни. Обследуя их, И. Г. Мисежников убедился в том, что женщины-тувинки выполняли все требования врача так же беспрекословно, как и мужчины, не стесняясь обнажения тела перед русским доктором. Всего по данным Мисежникова, в Шагонаре было принято 88 больных сифилисом, из которых 36 чел. с вторичной, 46 чел. – с третичной, один с первичной и четыре – со скрытой формой люэса[614].

Из Шагонара отряду пришлось срочно перебраться в русские поселки Подхребтинский и Мало-Енисейский, где медики провели большую часть весны и начало лета. Остальную часть летнего сезона советские врачи работали на Хемчике. Перед ними стояла серьезная задача в короткое время покрыть медицинским обслуживанием несколько районов и провести поюртовое обследование.

По мнению врачей, летние обследования проводить было легче, чем зимние. Тувинцы в это время года спускались с высокогорья и расселялись в долинах рек. Техника проведения была предельно проста: врач подъезжал к юртам, извещал о цели своего приезда и сразу предлагал сделать прививки от оспы. На оспопрививание тувинцы реагировали хорошо и охотно соглашались на прививку. После этого следовал опрос о состоянии здоровья семьи, количестве умерших и живых детей в юрте. В случае выявления больных, их направляли в медпункт, уже развернутый вторым врачом в обследуемом районе. В среднем обследовательская работа в одной местности продолжалась около трех недель. Затем экспедиционный отряд перекочевывал в другой район[615].

За медицинским отрядом тянулись больные, не успевшие закончить свой курс лечения. Их советские медики размещали там же, где жили и работали сами, кормили и опекали. Правильное лечение сифилиса сальварсанными препаратами требовало длительных и регулярных курсов инъекций, а его успех имел большое агитационное значение. И. Г. Мисежников в своем отчете отмечал: «Понятно, что доверие к нам приобреталось благодаря сильному

[614] Там же. Л. 55.
[615] Там же. Л. 52–53.

эффекту от лечения сальварсаном»[616]. Деля свое тесное походное жилище с больными тувинцами, снабжая их продуктами и постоянно наблюдая за ходом лечения, советские врачи проявляли гуманизм и верность профессиональным врачебным установкам. Одновременно, нарабатывались столь необходимые для успеха всей миссии доверие и репутационный капитал. В традиционном кочевом социуме, где вести разносились очень быстро, именно это являлось наиболее эффективным способом саморепрезентации советской медико-санитарной экспедиции.

В Хемчикском районе наиболее распространенными проблемами были чесотка, кожные болезни и трахома. Чесоткой страдали целыми семьями и аилами. «На чесотку тувинцы смотрят как на пустяковое заболевание, – писал И. Г. Мисежников, – и с этим заболеванием свыклись, так что иногда на вопросы «имеются ли в юрте больные» – отвечают «нет» при наличии таковых»[617]. Причину распространения чесотки и педикулеза врач видел в антисанитарных условиях жизни: скученности в юртах, отсутствии сменного нательного белья, редкой перемене одежды, отсутствии привычки мыться. «У тувинцев вовсе нет чувства брезгливости, – констатировал Мисежников, – во время разговоров с гостями они не стесняются выискивать у себя в одежде вшей; из-за отсутствия у них какой-либо мебели сидят и едят на грязном полу, представляющем собой землю, покрытую грязной кошмой»[618].

Частым спутником традиционного быта была трахома. Советские врачи так же связывали ее с повседневной антисанитарией, как чесотку и педикулез, но отмечали, что благодаря отсутствию у тувинцев полотенец, трахома распространяется не так быстро[619]. Эта деталь особенно контрастно выступает на фоне другого кочевого народа СССР – казахов – у которых именно длинное полотенце, использовавшееся поочередно всеми гостями в юрте, выступало основным переносчиком инфекции. Существовал даже специальный плакат Казнаркомздрава с лозунгом «Казахское полотенце – одна из причин распространения заразных заболеваний». Среди других советов как оставаться здоровым, плакат призывал: «Утирайся своим отдельным полотенцем и сохранишь глаза от трахомы»[620].

[616] Там же. Л. 53.
[617] Там же.
[618] Там же.
[619] Там же. Л. 54.
[620] ГАРФ. Ф. 5446. Оп. 37. Д. 40. Л. 238.

А. И. Николаенко отмечал редкое обращение тувинцев к врачу по поводу заболевания трахомой. По его мнению, ламы, не умевшие лечить эту болезнь, попросту игнорировали ее, и больной постепенно свыкался с ней, переставая даже пытаться лечиться[621].

Главной же проблемой, на которой концентрировалось внимание врачей, оставался сифилис. При обследовании 4271 юрты было выявлено около 100 больных, добровольно сообщивших о своей болезни. Понятно, что цифра эта не была репрезентативной, так как для точной диагностики требовалось серологическое исследование крови на RW. Проблема сифилиса во всем монгольском кочевом мире тесно увязывалась с воспроизводством населения, младенческой, детской и материнской смертностью, по сути являясь определяющей для стратегии развития здравоохранения. Поэтому оценка ее масштабов в Туве была с самого начала принципиально важна для правильного планирования всей медицинской деятельности: от кадрового состава экспедиций и вопросов аптечного снабжения, до обустройства специализированных медицинских учреждений и лечебной работы.

Венерологи И. Г. Мисежников и А. И. Николаенко в своих материалах приводили достаточно цифр и деталей, характеризующих ситуацию с люэсом в Туве в конце 1920-х гг. Мисежников отмечал, что тувинцы хорошо умеют диагностировать болезнь, но только тогда, когда ее проявления локализуются на половых органах. «Сифилитик тувинец не считает нужным заявлять о проявлениях, имевшихся в предыдущие годы, – писал он, – полагая, что с исчезновением явлений сифилиса он здоров. Кроме того, тувинцы не знают о возможностях заболевания сифилисом у детей и поэтому во многих случаях не сообщили врачу-обследователю о таких больных». И. Г. Мисежников отметил, что обычно тувинцы не скрывают своей болезни и более или менее охотно отвечают на вопросы врача. Исключение составляла молодежь, особенно девушки, которые неохотно делились такими сведениями в присутствии родителей или близких знакомых. Случалось, что тувинцы умалчивали о своей болезни во время поюртового обследования, но затем приходили в медпункт для лечения[622].

Что касается способов распространения болезни, венерологи первой медико-санитарной экспедиции пришли к выводу о заражении преимущественно половым путем. Тем не менее встреча-

[621] ГАРФ Ф. А-482. Оп. 35. Д. 287. Л. 69.
[622] Там же. Л. 54.

лось и внеполовое заражение. Так, вывод о бытовом характере сифилиса врачи делали в случае заболевания детей до 10-летнего возраста, а также при необычной локализации твердого шанкра[623].

Для врачей первой экспедиции важно было определить масштабы распространения сифилиса у коренного населения Тувы. Не имея возможности провести широкомасштабное обследование, они делали гипотетические расчеты на основе собранных полевых данных. Так, И. Г. Мисежников рассчитывал примерное количество сифилитиков в республике, исходя из общей численности тувинского населения (58000), общего количества юрт (12000) и среднего радиуса обслуживания советского медпункта (15–20 верст). По его подсчетам, если на расстоянии до 30 верст от медучреждения (врач полагал, что больше в день тувинец на лошади не проедет) располагалось в среднем 400 юрт, то для обслуживания всех 12000 юрт республики им понадобилось бы 30 медпунктов. Принимая среднее количество больных сифилисом на медпункт за 50 чел., и умножая полученные 1500 чел. на четыре (произвольный коэффициент, призванный отразить количество невыявленных сифилитиков), Мисежников получал 6000 больных сифилисом тувинцев по всей республике, или около 10% коренного населения[624]. Несмотря на очевидные огрехи, например, игнорирование площади территории ТНР и плотности населения, результаты его подсчета были созвучны более ранним оценкам А. П. Преображенского.

Расчеты А. И. Николаенко были еще более приблизительными. Он считал, что выводить цифры заболеваемости сифилисом в ТНР из процентного соотношения сифилитиков среди обратившихся к врачам за 10 месяцев амбулаторных приемов больных неверно. По подсчетам Николаенко, из 2830 амбулаторных обращений тувинцев на сифилис пришлось 546, или 20%. Население обследованных врачами районов он оценил в 40000 чел. Таким образом, если бы пропорция для всего населения была верной, там должно было быть не менее 8000 больных сифилисом тувинцев, из которых невыявленными осталось 7454 чел.

А. И. Николаенко считал, что это невозможно. Обследование 4271 юрты выявило, что в среднем на юрту приходилось 2,5 ребенка. Это показывало мизерный, но прирост тувинского населения. В случае 20-процентной распространенности люэса у

[623] Там же. Л. 56.
[624] Там же. Л. 55.

населения детская смертность была бы гораздо выше, а медики, наблюдавшие почти всех детей раздетыми, видели бы у многих признаки наследственного или бытового сифилиса. Кроме того, при большом доверии тувинцев к европейской медицине, Николаенко считал невозможным тот факт, что к ламам обратилось или осталось невыявленными более семи тысяч тувинцев с симптомами сифилиса. В разговоре какой-то лама на вопрос врача о количестве сифилитиков в Туве ответил ему: «Не более десяти на сотню»[625]. Николаенко считал эту оценку в целом верной. Он писал: «Важно не то, имеется ли 6 или 10%, а важно то, что сифилитики охотно обращаются к русскому врачу, и что сами ламы признают превосходство сальварсанового лечения над лечением ртутными парами. Важно то, что оздоровление тувинского народа возможно, так как весь вопрос сводится лишь к работе в Туве двух-трех врачей»[626].

Очаговый характер сифилиса в ТНР А. И. Николаенко считал фактором, облегчающим борьбу с ним. За два месяца работы в Шагонаре врачи приняли 296 больных, из которых 129 – с разными формами люэса. За месяц работы в Чакуле из 225 больных оказалось 75 сифилитиков. Шагонар и Чакуль, отстоящие друг от друга на 25 верст, вместе дали 204 сифилитика из 521 больного, что позволило Николаенко говорить о них как об основном очаге, откуда люэс распространялся по всей юго-западной части Тувы. По мнению врача, именно там должен был находиться центр борьбы за оздоровление тувинского народа[627].

Вопреки планам посвятить все время оказанию медицинской помощи и изучению проблем здоровья тувинцев, врачам первой экспедиции пришлось потратить много времени на обслуживание русских жителей ТНР. Количество русского населения Тувы оценивалось в 12000 чел. Колонисты в основном населяли центральную часть страны, но сектанты – старообрядцы, баптисты, «рабы божьи» – селились в труднодоступных, изолированных местах и вели замкнутый образ жизни.

А. И. Николаенко писал, что еще задолго до приезда в Туву советской медико-санитарной экспедиции среди русских распространился слух о приезде врачей, якобы специально командированных для обслуживания колонистов. От них ожидали чудес,

[625] Там же. Л. 70.
[626] Там же. Л. 71.
[627] Там же. Л. 75.

которых в действительности не произошло, и это вызвало среди русского населения нарекания. Судя по тону отчета, Николаенко достаточно негативно воспринял необходимость обслуживания русского населения, в частности потому, что это потребовало времени. Он писал: «При соотношении населения один русский на пять тувинцев, тувинцам была посвящена одна единица времени, тогда как русским – полторы единицы»[628].

Врачебные описания свидетельствуют о парадоксальной для монгольского мира ситуации – состояние здоровья русского населения Тувы вызывало больше беспокойства, чем проблемы тувинцев. В связи с этим, И. Г. Мисежников писал: «Обращаемость за медпомощью со стороны русских весьма велика; проезжая по поселкам иногда наблюдаешь следующую картину: на прием является почти все население, несмотря на незначительность заболеваний. В общем создается впечатление, что больных больше, чем здоровых»[629].

Основными заболеваниями русского населения были хронические формы гастритов, метриты, ревматизм и трахома. Сифилис и кожные болезни встречались в единичных случаях. Главными посетителями врачебных амбулаторий были женщины и дети грудного возраста.

Большинство обратившихся за медицинской помощью русских женщин страдало хроническим катаром желудка, почти всегда сопряженным с хроническим метритом, более или менее проявленными птозисами. И. Г. Мисежников и А. И. Николаенко были солидарны во мнении, что желудочные заболевания вызывались нерациональным питанием. Плохо испеченный хлеб, квашеная капуста, соленые грибы и огурцы, плохо прожаренная картошка, безвкусная похлебка с мясом, соленая рыба, обязательные по праздникам пирожки, обмакиваемые в растопленное масло, и большое количество чая могли нарушить работу даже выносливых желудков. А. И. Николаенко считал, что у русских женщин Тувы желудок был изначально ослаблен из-за плохой наследственности, нерационального питания в грудном возрасте, нервного и физического переутомления, метритов и птозисов – последствий многочисленных родов[630].

---

[628] Там же. Л. 61.
[629] Там же. Л. 57.
[630] Там же. Л. 61–62.

Обратившиеся к экспедиционным врачам русские поселенки надеялись получить чудотворные порошки и микстуры, которые немедленно излечили бы «давления», «колотье» и головные боли. Однако вместо этого им были даны диетические советы и разъяснения, что в их состоянии медикаменты играют второстепенную роль. Это вызвало огромное разочарование, жалобы и, как писал А. И. Николаенко, «чуть ли не нажим на власти»[631].

Среди русских мужчин преобладал хронический ревматизм. Тяжелый крестьянский труд в суровых климатических условиях оказывал разрушающее влияние на суставы. Весной заливку пашней приходилось проводить босиком при низкой температуре, а специальной резиновой обуви ни у крестьян, ни в продаже не было. Поэтому в рекомендациях по сокращению заболеваемости И. Г. Мисежников предлагал торговым организациям закупить резиновые сапоги для реализации земледельцам. Эта «спецодежда» помогла бы им сохранить ноги от ревматических заболеваний[632].

Как и русские женщины, мужчины слепо верили в таблетки и ожидали, что советские врачи немедленно излечат мучившие их «ломоты». К сожалению, быстрого избавления не последовало, что вызвало явное разочарование. Как отмечал Николаенко, мужчины «были мало удовлетворены в своих иллюзиях»[633].

Высокую заболеваемость грудных детей у русского населения врачи объясняли неправильным кормлением и уходом. В разгар летних сельскохозяйственных работ крестьянки оставляли младенцев на попечение старших детей, которые, не умея правильно с ними обращаться, кормили их чем попадется. Раннее (до достижения шестимесячного возраста) прикармливание коровьим молоком, крошками и другими неподходящими младенческому организму продуктами приводило к развитию энтеритов.

Русскоязычная среда облегчала организацию санитарно-просветительской деятельности. Николаенко отмечал, что при работе в русских поселках санпросвету уделялось особое внимание. В каждом населенном пункте проводились беседы-лекции на различные медицинские темы. Почти повсеместно удалось организовать санитарные комиссии, с помощью которых медики провели ряд санитарно-гигиенических мероприятий: очистку дворов, устройство отхожих мест, наблюдения за качеством питьевой воды.

[631] Там же.
[632] Там же. Л. 58.
[633] Там же. Л. 62.

Был произведен телесный осмотр школьников. В ходе него выяснилось, что большинство русских детей отличается слабым физическим развитием и плохим состоянием зубов. Изучение условий в школах также создало неблагоприятное впечатление. В большинстве случаев они не соответствовали санитарным требованиям[634].

Изучая два этнически и культурно разных контингента населения ТНР, экспедиционные врачи пришли к ряду выводов, наводящих на мысль о том, что опыт трансфера советского здравоохранения в Туву существенно отличался от типологически близких кейсов Бурят-Монголии и МНР. Тувинцы оказались восприимчивыми к европейским медицинским практикам, отлично переносили вливания неосальварсана, быстро шли на контакт, тщательно выполняли все предписания и даже сопровождали кочующие медотряды, стараясь не прерывать курса лечения. Несмотря на общее сходство социальной структуры, религиозных верований и традиционных кочевых укладов у бурят, монголов и тувинцев, именно о работе с последними советские врачи практически единодушно отзывались, как об обнадеживающем, положительном опыте.

«Среди тувинцев врач не чувствует себя таким беспомощным и таким обезоруженным, каким чувствует себя среди русских, – писал А. И. Николаенко – Да и само отношение к медицине, как это ни странно, более разумно со стороны тувинцев, чем со стороны русских»[635]. Пример, приводимый врачом, касался наиболее актуальной из проблем здоровья русских поселенцев: «Тувинское население, благодаря ламам, всегда предписывающим своим больным ту или другую диету, придает диетическому лечению почти такое же значение, как и медикаментозному. От русского больного никогда не услышишь вопроса, можно ли есть то или другое. Этот вопрос почти всегда ставится тувинцами и совет врача строго выполняется»[636].

На состоявшейся 6–7 декабря 1928 г. в Кызыле отчетной конференции первой медико-санитарной экспедиции был сделан вывод, что оздоровление тувинского народа не представляет особых затруднений. «Практика Кызыльского стационара показала, – говорится в решениях конференции, – что тувинцы легко вос-

[634] Там же. Л. 58.
[635] Там же. Л. 66.
[636] Там же.

принимают гигиенические привычки, а практика амбулаторных приемов на местах говорит за то, что тувинцы вполне доверчиво следуют указаниям врача. Правительство охотно идет навстречу всем санитарным мероприятиям…, и если будет иметься достаточное количество вполне образованных врачей, понимающих всю важность своей работы здесь, и пропитанных принципами советской медицины, то оздоровление тувинского народа пойдет быстрым темпом»[637].

Диаметрально противоположное мнение сложилось о русском населении Тувы. Конференция решила, что «борьба за оздоровление здешнего русского населения чрезвычайно трудна». Проблемы со здоровьем у поселенцев имели хронический системный характер. «Медикаментозное лечение, которому русские придают чрезвычайное значение, – говорили на конференции врачи, – не может при этих условиях дать значительных результатов и необходимо в борьбе с хроническими заболеваниями принять меры другого характера»[638].

Для оздоровления русского населения требовался серьезный комплексный подход. По мнению докладчиков, проблема проистекала из полной неосведомленности крестьян о важности диетического, гигиенического и профилактического лечения хронических заболеваний, помноженной на слепую веру в лекарства. Чтобы преодолеть невежество, требовалась организация санитарной пропаганды, в первую очередь, среди женщин. Было необходимо ознакомить их с методами правильного кормления и ухода за детьми, принципами современного родовспоможения и послеродовой реабилитации, физиологией желудка и кулинарным искусством. При центральной больнице требовалось открытие отделения диетической терапии и дома отдыха для женщин, где они могли бы отдыхать физически и морально, укрепляя нервную систему, правильно питаясь и восстанавливая половую сферу. Поселки нуждались в яслях и санитарных ячейках, школы – в нормальных санитарных условиях, а школьники – в разумно организованной физической подготовке.

Кроме того, стояла задача изменить у русского населения установку на всемогущество медикаментозного лечения. «Та своеобразная психика русского населения, которая была создана методами лечения прошлых фельдшеров и врачей, – говорилось в

[637] Там же. Д. 249. Л. 33.
[638] Там же. Л. 34.

докладе, – должна быть рано или поздно переработана и начатое экспедицией НКЗ в этой области должно быть продолжено последующими за ними советскими врачами»[639]. Вместо лекарств, бесполезных для хронических ревматиков, но необходимых для лечения тувинцев, предлагалось организовать и развивать в республике курортное дело[640].

Вообще, меры по оздоровлению русского населения, представлялись врачам более системными и затратными, чем лечение тувинцев. Самая крупная проблема тувинцев – заболеваемость сифилисом – по масштабам оказалась значительно меньше, чем предполагалось изначально. Люэс в Туве носил очаговый характер. Больные охотно обращались к русскому врачу и хорошо переносили неосальварсан, а ламы признавали превосходство сальварсанотерапии над своими методами. Оценивая ситуацию, А. И. Николаенко писал: «Важно то, что оздоровление тувинского народа возможно, так как весь вопрос сводится лишь к работе в Туве двух-трех врачей»[641].

Ситуация с русским населением выглядела гораздо сложнее. «Лечение хронических болезней достаточно длительное и требует, прежде всего и главным образом, устранения тех условий, которые зародили, развили и укоренили болезнь, и создания таких условий, которые способствовали бы преобразованию больного организма в здоровый, – считали врачи. – Это требует от лечащего врача продолжительного пребывания на одном месте, благодаря чему он может перевоспитать больного, научить его правильно питаться…»[642].

Иными словами, помимо развития медицинской инфраструктуры, для решения проблем русского населения требовался постоянный врачебный контингент. Если тувинцев, которые «…очень охотно выполняют назначения и советы наших врачей, затем быстро воспринимают чистоту, опрятность, гигиенические навыки…» практически не нужно было понуждать к лечению, русские крестьяне требовали пристального врачебного наблюдения и дисциплинирования. Задачу их перевоспитания экспедиционные медики считали очень сложной, отмечая, что «борьба с эпидемиями более легка, чем борьба с вековыми предрассудками русских крестьянок»[643].

---

[639] Там же. Л. 35.
[640] Там же.
[641] Там же. Д. 287. Л. 71.
[642] Там же. Л. 62.
[643] Там же. Д. 287. Л. 70.

3.2. Проблемы здравоохранения Тувы в материалах второй, третьей и четвертой экспедиций Наркомздрава РСФСР (1929–1934 гг.)

Если первая медико-санитарная экспедиция 1926 г. в Монгольскую Народную Республику имела, в основном, рекогносцировочный характер, а главным достижением стала убежденность наркомата здравоохранения в необходимости продолжать экспедиционное изучение страны, ее тувинский аналог оказался намного более результативным. Первая тувинская медико-санитарная экспедиция работала как на базе в Кызыле, так и на периферии. За 14 месяцев работы в Чадан врачи выезжали два раза, на Верхний Хемчик – два раза, в Чергак – один раз, Шагонар – два раза, Туранский и Подхребтинский районы – по два раза и в Мало-Енисейский район – один раз. Через медпункты экспедиции в районах прошли 3644 тувинца и 4261 русских; через городскую амбулаторию прошло 3284 больных тувинцев и 12424 русских; в больнице лечилось 260 тувинцев и 548 русских[644].

Важным достижением экспедиции стало создание единой организации для проведения планомерной работы по оздоровлению населения страны. Начавшись с объединения в Кызыле тувинской больницы и больницы исполкома РСТК, процесс организации системы здравоохранения пошел дальше и при Министерстве внутренних дел ТНР был открыт отдел здравоохранения (Тувздрав). Одновременно велись разработка законодательных актов по здравоохранению и проектирование сети медицинских учреждений по всей республике.

Все мероприятия были официально одобрены Малым и Великим Хурулданами. Многократно увеличились государственные ассигнования на развитие здравоохранения. Если в 1927 г. на содержание тувинской больницы (16 коек) отпускалось 10000 руб., то в 1928–1929 гг. на развитие медицинской сети (больницы в Кызыле, Чадане и Тодже, фельдшерский пункт в Подхребтинском районе) было выделено 89000 руб. Здравоохранение в Туве стало государственным делом[645].

Другие итоги работы экспедиции, подведенные на декабрьской конференции и в докладе М. С. Арутюняна, выразились в следующем:

---

[644] Там же. Л. 129.
[645] Там же. Л. 132–133.

1) экспедиция внесла вклад в популяризацию европейской медицины, познакомив тувинцев с сальварсановой терапией сифилиса и наглядно продемонстрировав им превосходство европейской медицины над традиционными тувинскими и тибетскими целительскими практиками;

2) экспедиция заложила основы санитарно-просветительной работы среди тувинцев и русских;

3) была введена практика ежемесячных обязательных осмотров тувинских и русских школьников и ежемесячного осмотра тувинского эскадрона, то есть положено начало диспансеризации;

4) была отменена платность медицинской помощи как для тувинцев, так и для русских;

5) экспедиция сумела привлечь внимание к острым социальным проблемам, например алкоголизму, и добилась запрета на продажу чистого спирта в республике[646].

6) для экономии средств и обеспечения координированной лечебной работы правительство Тувинской Народной Республики приняло решение упразднить самостоятельно существовавшую в Кызыле тибетскую больницу, превратив ее в отделение государственной больницы с сохранением лечебных методов тибетской медицины[647].

Важные выводы были сделаны и по вопросу о возможном вырождении тувинского народа. Напомним, что такая точка зрения в отношении коренных сибирских народов была распространена как в дореволюционный период главным образом среди «областников», так и в первую советскую декаду среди деятелей национального строительства в окраинных автономиях (например, в Бурят-Монголии). Основываясь на данных массовых обследований, медицинской статистике и собственных наблюдениях, врачи экспедиции опровергли мнения о том, что тувинцам грозит вымирание. Напротив, в ходе работы была установлена тенденция к росту численности тувинского населения.[648]

Впечатляющие итоги подвигли Наркомздрав РСФСР на организацию второй экспедиции в составе трех врачей и фельдшерицы-акушерки. Выполнив свою работу и отчитавшись о результатах, врачи первой экспедиции И. Г. Мисежников и А. И. Ни-

[646] Там же. Д. 249. Л. 36.
[647] Там же. Д. 287. Л. 133.
[648] Там же. Л. 28.

колаенко, а также фельдшерица-акушерка М. Е. Кварцева выехали в СССР. Некоторое время доктор М. С. Арутюнян оставался в Туве один. С декабря 1928 по май 1929 г. из-за дефицита врачей в ТНР функционировала лишь одна больница в Кызыле.

Работники второй медико-санитарной экспедиции начали прибывать в Туву в апреле 1929 г. Свою работу в полном составе экспедиция НКЗ РСФСР начала с 20 июня 1929 г. В целом ее задачи оставались теми же, что и у первой экспедиции, но формы выполнения несколько отличались. Советские врачи решили, что теперь работа должна вестись «вглубь» на основе опыта и материалов, накопленных предшественниками. Основные оздоровительные мероприятия должны были вестись через стационары и общежития при медицинских пунктах[649].

Общежития при медпунктах представляли собой своеобразный тип лечебной организации, где на полном пансионе пребывали исключительно сифилитики. Устройство таких общежитий соответствовало поставленной цели и местным условиям. Недостаток средств не позволял содержать всех прибывавших больных в строгом стационарном режиме. С другой стороны, общежитие гарантировало тувинцам помещение и питание в чужом месте, и люди из отдаленных районов охотнее ехали на лечение в медпункты. Кроме того, общежития при медпунктах представляли собой показательные культурные организации, демонстрировавшие тувинцам преимущества личной и коммунальной гигиены, к которым те были очень восприимчивы[650].

Стратегия работы «вглубь» себя оправдала. Основным достижением второй медико-санитарной экспедиции было значительное увеличение доли тувинцев в общем количестве обращавшихся за медицинской помощью. За 1929 г. амбулаториями было принято 14183 чел., из которых тувинцев было 5397 чел. (41,9%), русских – 7786 чел. (59,1%). Через больницу прошло 783 пациентов, из которых тувинцев было 273 (34,8%), русских – 510 (65,2%)[651]. Как отмечал М. С. Арутюнян, в медпункты все больше стали обращаться больные в острых стадиях заболеваний. Ранее же преобладали хронические формы. Своевременное обращение за медицинской помощью повышало шансы на полное выздо-

[649] Там же. Д. 289. Л. 3.
[650] Там же. Л. 3 об.
[651] Там же. Д. 423. Л. 67.

ровление, делало терапию более эффективной и укрепляло веру тувинцев в европейскую медицину.

Еще одним серьезным достижением второй медико-санитарной экспедиции было совершенствование санитарно-просветительной работы в тувинских районах. Она приняла более планомерный характер как в общежитиях при медпунктах, так и в юртах. Началась работа по массовому внедрению санитарно-гигиенических принадлежностей. Для этого в заново открытой центральной аптеке в Кызыле был организован санитарно-гигиенический отдел, функционировавший на принципе хозрасчета.

С 1 декабря 1930 г. в Туве начала работу третья медико-санитарная экспедиция Наркомздрава РСФСР. На этот раз ядро экспедиции в составе двух врачей, фельдшерицы-акушерки и переводчика осталось в Кызыле, а один врач в сопровождении переводчика отправился на работу в Чаданский кожуун с заданием периодически выезжать в Барун-Хемчикский кожуун для обслуживания населения. Начальником третьей медико-санитарной экспедиции был доктор И. Руденко.

В состав экспедиции входили врачи Горнштейн, Бахромеев, Венгеровский и Ривош. Доктор Л. И. Горнштейн работал в Чадане, где функционировала амбулатория, обслуживавшая Чаданский и Барун-Хемчикский кожууны. Кроме того, к нему приезжали больные из соседнего Шагонарского кожууна. Персонал советской амбулатории состоял из врача, фельдшера, переводчицы, санитарки и дворника. Помещения, где размещалось медучреждение, были плохо приспособлены для работы и жилья. В 1928 г. было начато строительство больницы, но к весне 1930 г. строительство все еще не продвинулось выше первого этажа. В 1930–1931 бюджетном году на завершение строительства правительством было выделено 1500 руб. в то время как по словам инженера, только для завершения строительства первого этажа требовалось 7000 руб.

Рабочие и бытовые условия в Чаданской амбулатории были сложными. Она состояла из одной комнаты, являвшейся и ожидальней, и приемным кабинетом. В ней проводились все врачебные процедуры: уколы, вливания, мелкие операции. Там же готовились и отпускались больным лекарства. Общежитие при медпункте состояло из четырех комнат, в которых размещалось до 50 чел. (исключительно сифилитиков). Положение в общежитии сильно осложнялось, если там возникала какая-либо инфекция:

переместить такого больного было некуда и вместо этого приходилось переселять всех остальных в другие, и без того переполненные, комнаты.

Зимой 1929–1930 гг. в Чадане произошла эпидемия кори. Корью переболели все ученики местной школы, трое умерло. В распространении инфекции сыграли роль теснота и антисанитарное состояние общежития при Чаданской школе; изолировать заболевших учеников было некуда. Произошедшее в мае 1930 г. второе Хемчикское восстание также выявило насущную необходимость в помещениях: больных и раненых красноармейцев приходилось лечить прямо в юртах[652].

Несмотря на тяжелые условия работы и дефицит медицинского персонала за год работы удалось сделать многое. За период с ноября 1929 по октябрь 1930 г. амбулаторией было принято 15492 больных, из которых 5664 первичных и 9828 повторных. Из первичных больных мужчины составили 3778 чел. (67,5%), женщины – 1886 чел. (32,5%). Меньшая обращаемость женщин объяснялась психологическим барьером, который испытывали тувинки, обращаясь к русскому доктору-мужчине. Именно поэтому М. С. Арутюнян обращал внимание на важность правильного отношения к тувинским пациентам во время осмотров.

Средняя посещаемость Чаданской амбулатории составила 48 чел. в день. Количество обращавшихся за помощью возрастало в летние месяцы и падало зимой, что было связано с сезонными откочевками тувинцев в горные местности. Осенью количество обращений снижалось в связи с полевыми работами по уборке зерна[653].

Самым распространенным заболеванием была чесотка. Для ее искоренения требовалась санитарная работа среди тувинского населения и повышение уровня жизни. Принятое на конференции врачей второй экспедиции решение послать в сумуны мобильную баню с дезинфекционной камерой не претворилось в жизнь из-за нехватки средств. Раздача советскими медиками мыла приносила лишь временное облегчение[654].

Второй по количественным показателям болезнью был сифилис. Основная проблема состояла в том, чтобы уговорить больных согласиться на изоляцию и систематическое лечение. При этом

[652] Там же. Д. 423. Л. 34 об.
[653] Там же. Л. 35.
[654] Там же. Л. 35 об.

выяснилась интересная особенность поведения тувинцев. Они сначала тщательно собирали информацию у тех, кто ранее лечился в советской амбулатории и только после получения хороших отзывов сами приходили на лечение. Некоторых тувинцев приходилось, как детей, заманивать в амбулаторию сахаром и конфетами. Однако как только больные убедились в действенности лечения, они начали сами являться на повторный курс, не имея никаких внешних симптомов сифилиса.

Врачи часто вели с больными беседы о природе и последствиях сифилиса, донося до сознания многих мысль о том, что одним курсом вылечить такое заболевание невозможно. Учитывая важность проблемы сифилиса в Тувинской республике, врачи лояльно относились к многочисленным «дезертирам», сбегавшим из общежития посреди ночи, а затем являвшимся в амбулаторию с просьбой принять их обратно на лечение. Как и их предшественники, врачи третьей советской медико-санитарной экспедиции отмечали, что в Туве сифилисом было поражено не более 10% населения при отсутствии нейросифилиса, аортита и сифилитических поражений внутренних органов и систем[655].

В Чаданскую амбулаторию за год обратилось значительное количество трахоматозных больных. Всего за 16 месяцев работы доктора Горнштейна к нему обратилось 681 чел. с глазными заболеваниями. Больных с трахомой врачи старались на некоторое время задержать при амбулатории, чтобы провести лечение и разъяснить о необходимости соблюдать осторожность в общении с окружающими, чтобы не заразить их.

Материалы работы Чаданской амбулатории подвергли сомнению выводы первых двух экспедиций о том, что среди тувинцев встречалось мало заболеваний желудочно-кишечного тракта. За 1929–1930 гг. с подобными жалобами к врачам обратилось 412 чел., а за 16 месяцев 530 чел. Это довольно значительное количество объяснялось тем, что ранее эти больные лечились у лам и редко попадали в поле зрения советских медиков.

Значительную проблему представляло обслуживание больных, проживавших далеко от советского медучреждения. Для посещения отдаленных стойбищ приходилось терять по несколько дней и на это время амбулатория оставалась без медицинского персонала. Транспортировка тяжелобольных также была затруднена, так как

[655] Там же. Л. 36 об.

единственным способом передвижения в Чадане была верховая езда на лошади. Поэтому Л.И. Горнштейн призывал Тувздрав и правительство рассмотреть возможность приобретения автомобиля[656].

17–19 ноября 1930 г. в Кызыле состоялась уже традиционная медицинская конференция врачей советской экспедиции, на которую были приглашены высшие руководители Тувинской Народной Республики. В сохранившихся протоколе и резолюции этой конференции указано, что присутствовали председатель Совета Министров ТНР С. Чурмит-Тажы, министр культуры ТНР С. Тока и секретарь ЦК ТНРП А.-Т. Хемчик-оол, а также полпред СССР в ТНР Н.В. Попов. Материалы конференции проливают свет не только на непосредственные результаты работы третьей советской экспедиции, но и на их оценку тувинским руководством.

Председатель тувинского правительства С. Чурмит-Тажы отметил, что по сравнению с прошлыми годами в деле развития здравоохранения был достигнут больший успех. С одной стороны, он был обусловлен активной работой врачей, с другой – переориентацией государства на помощь только европейской медицине и начавшейся борьбой с тибетскими лекарями. Чурмит-Тажы попросил советского полпреда в ТНР Попова передать в Москву информацию о нуждах тувинского здравоохранения, особенно в плане приглашения медицинских кадров и ускорения отправки уже приглашенных врачей. От лица правительства он пообещал выделить средства на завершение строительства Чаданской больницы.

Министр культуры С. Тока в своем выступлении отметил, что вторая медико-санитарная экспедиция была вынуждена работать в гораздо худших условиях, чем третья. Тогда тибетская медицина все еще сохраняла в Туве статус государственной, а прежнее руководство республики «старалось дискредитировать работу европейско-советских врачей». Подчеркивая контраст между периодом «ламского» правительства, когда поступали жалобы, что «европейские врачи режут, мол, людей», а население считало тибетскую медицину лучшей, Тока говорил: «И только с приходом к власти аратского правительства европейская медицина получает поддержку со стороны Правительства и общественных организаций; и с этого момента отмечается колоссальный рост обращений больных к советским врачам»[657].

[656] Там же. Л. 37.
[657] Там же. Л. 55–56.

Закончил министр культуры свою речь выражением удовлетворения обещанием премьера С. Чурмит-Тажы выделить на медицину дополнительные средства и заверением Н. В. Попова о готовности доложить в Москву о нуждах тувинского здравоохранения. В самом конце он добавил: «Было бы чрезвычайно желательно, чтобы Наркомздрав увеличил бы отпускаемые экспедиции суммы, а также оплачивал дорожные расходы выписываемых Тувздравом сотрудников из СССР»[658].

Секретарь ТНРП А.-Т. Хемчик-оол сказал, что третья медико-санитарная экспедиция справилась со своей задачей. Как и другие тувинские руководители, он провел параллель между 1926 г., когда «один врач работал на всю Туву, и в одной комнатке» и 1930 г., когда в Кызыле уже имелась больница с несколькими отделениями, в республике функционировало девять медпунктов, а несколько больниц строились в кожуунах. Также он отметил растущую потребность в медицинском обслуживании и проблему дефицита медицинских кадров[659].

В завершение конференции полпред СССР Н. В. Попов внес несколько предложений, суммировавших замечания и комментарии докладчиков. Он предложил во-первых послать письмо наркому здравоохранения РСФСР М. Ф. Владимирскому об общем состоянии здравоохранения в ТНР, попросить о выделении дополнительных средств на четвертую медико-санитарную экспедицию и о командировании медицинских работников. Во-вторых, шире развернуть профилактическую работу и организовать санитарные кружки в тувинских и русских школах. В-третьих, развернуть широкую лекционную деятельность, подготовить и представить ряд публичных докладов силами имеющегося медперсонала. Наконец, полпред предложил избрать комиссию для более подробной проработки резолюции конференции, в которую были выбраны начальник экспедиции И. Руденко, С. Тока и врач Ривош[660].

Из материалов третьей медико-санитарной экспедиции видно, что отношения врачей с тувинским руководством складывались хорошо, однако оставалась проблема, серьезно ограничивавшая темп развития национального здравоохранения. Как указывал в докладе начальник экспедиции И. Д. Руденко: «Крайне слабый бюджет Тувинского Правительства не позволяет развернуть

[658] Там же. Л. 56.
[659] Там же.
[660] Там же. Л. 57.

достаточную сеть лечебных учреждений, необходимых для большего охвата медицинской помощью тувинского населения»[661]. Поэтому просьба выделить дополнительные средства красной нитью проходит сквозь доклады советских врачей и тувинских государственных деятелей. Несмотря на то, что по сравнению с 1927 г. в 1929–1930 гг. на нужды здравоохранения выделялось почти в 12 раз больше средств (10,000 руб. и 121,000 руб. соответственно), а в 1930–1931 бюджетном году планировалось выделение 177,000 руб.[662], денег все равно не хватало.

В 1929–1930 гг. по Туве прокатились две крупные эпидемии – корь и скарлатина. Если в СССР к тому времени корь окончательно превратилась в детское заболевание, в ТНР ей переболели и дети, и взрослые. Сильнее всего были поражены корью общежития пионеров, ревсомольцев и казармы цириков. Случаев заболевания среди взрослого населения насчитывалось около 100. Коревая эпидемия началась в ноябре 1929 г. и закончилась в мае 1930 г. Эпидемия скарлатины началась в апреле и продолжалась до июня 1930 г. Единичные случаи встречались и в ноябре 1930 г. Врачи ожидали новую крупную вспышку скарлатины осенью и зимой и приняли меры к их предупреждению: была заготовлена противоскарлатинозная вакцина и начаты прививки.

Для борьбы с корью и скарлатиной были открыты инфекционные отделения. Медиками проводилось специальное обследование Кызыла для выявления пораженных домов и принятия соответствующих мер. Столица ТНР была обследована полностью; уделялось внимание жилищно-бытовым условиям и санитарному состоянию жилищного фонда. Также были обследованы тувинские и русские школы, тувинский дивизион, некоторые промышленные предприятия (кожевенное производство в Шагонаре) и исправительно-трудовые дома ТНР и РСТК. По месткомам организаций проводились беседы о кори, скарлатине и другим детским инфекциям, а в кызыльской газете печатались тематические статьи[663].

Впервые с начала советской медико-санитарной помощи Туве медики серьезно занялись санитарно-профилактическими мероприятиями. Во-первых, был разработан проект санитарного законодательства для тувинского правительства. Во-вторых, к 1 мая 1930 г. была произведена очистка жилых домов и усадеб города.

[661] Там же. Л. 75.
[662] Там же.
[663] Там же. Л. 68.

Были сделаны шаги по организации санитарного контроля: сначала из делегаток и молодежи были набраны пятимесячные санитарные курсы. По их окончании была созвана конференция из выпускниц с приглашением представителей ревсомола и пионеров. На ней был проработан вопрос о проверке результатов очистки города. Также на конференции были сформированы санитарно-проверочные комиссии, выполнившие работу по контролю за очисткой города. Началась организация санитарных ячеек, представлявших собой актив зарождавшегося санитарного движения. Помимо этого, было проведено 80 лекций и бесед (15 в городе и 65 в районах).

Важные шаги были предприняты в области охраны материнства и младенчества. 20 мая 1930 г. в Кызыле открылась детская консультация. Консультация беременных проводилась совместно с гинекологическим приемом. Несмотря на то, что из-за дефицита медперсонала консультация проработала недолго, даже этот короткий период работы принес хорошие результаты.

Советские врачи проводили обследование только тувинских детей. Работники консультации старались познакомить мать с методами правильного ухода за ребенком, объясняли, как правильно кормить младенца, купали детей и выдавали чистое белье. Грязное белье стиралось в присутствии матерей. Так медики на наглядных примерах знакомили тувинских женщин с элементарными гигиеническими правилами ухода за грудными детьми. В консультации проводилась прививка оспы.

За месяц работы консультации в Кызыле было сделано 600 прививок (168 тувинцам, 82 другим национальностям, 350 русским). Врачи провели 35 обследований, два выезда за город на осмотр юрт, выкупали 20 детей, обеспечили 10 чел. питание через молочную кухню. Работу консультации было запланировано возобновить в сентябре 1931 г.[664]

В конце 1930 г. сеть медицинских учреждений Тувинской Народной Республики состояла из медицинского стационара и амбулатории в Кызыле, общежития при медпункте в Чадане, амбулатории в Шагонаре, амбулатории в Тодже и трех фельдшерских пунктов на средства самообложения РСТК в Туране, Верхне-Никольском и Мало-Енисейском поселках. За время работы третьей экспедиции была открыта больница в Тодже – самом отдаленном районе ТНР. На момент проведения конференции (17–19 ноября 1930 г.) стро-

[664] Там же. Л. 70.

ились больницы в Чадане и Тесинголе, а в Шагонаре готовилось переоборудование под больницу выделенного помещения.

Ожидалось, что с нового бюджетного года в Тувинской Народной Республике будет пять больниц (Кызыл, Чадан, Тоджа, Тесингол и Шагонар), шесть врачебных амбулаторий (Кызыл, Чадан, Тоджа, Тесингол, Шагонар и Хемчик), три фельдшерских пункта (Туран, Мало-Енисейское и Верхне-Никольское) и одна государственная аптека в Кызыле[665].

За год работы экспедиции через больницы прошло 710 чел., из которых тувинцы составляли 295 чел. и русские – 415 чел. Через общежитие сифилитиков прошло 580 чел., из них 558 тувинцев и 22 русских. Амбулатории приняли 43334 чел., из которых 13252 тувинцев и 30082 русских[666].

В 1933 г. в здравоохранении Тувы происходили большие кадровые изменения. В СССР уехали опытные доктора Языков и Бернштейн, главный врач Кызыльской больницы Венгеровский. Готовилась к завершению своей работы третья медико-санитарная экспедиция НКЗ РСФСР под руководством доктора И. Руденко.

В начале 1934 г. в Туву прибыла четвертая медицинская экспедиция Наркомздрава РСФСР под руководством доктора К. О. Калнберза. Райбюро и советское полпредство предложили ему расширить обследовательскую работу в районах. Поэтому начальником экспедиции был составлен план обследовательской работы с основными направлениями для изучения. Базами обследовательских отрядов (двоек и троек) были определены кожуунные больницы с радиусом от 25 до 50 км в зависимости от транспортной инфраструктуры.

Проблемы, на которых планировала сосредоточиться советская медицинская экспедиция, включали:

1. Масштабы распространенности социально-бытовых заболеваний среди аратского населения Тувы.

2. Изучение особенностей физической конституции аратов:

а) физическое развитие школьников;

б) физическое развитие ревсомола;

в) физическая конституция и конституциональные типы аратки.

3. Питание аратов (калорийность, белковый, жировой, углеводный, солевой и витаминный состав пищи).

---

[665] Там же. Л. 72.
[666] Там же. Л. 73.

4. Приспособление аратов к производственному процессу и связанные с ними патологии.

5. Особенности воспитания аратских детей.

6. Изучение тибетской медицины.

Основной проблемой, вставшей перед экспедицией в обследовательской работе, было отсутствие надежного и дешевого транспорта. Транспортные расходы ежегодно «съедали» огромные средства (по расчетам К. О. Калнберза до 10000 руб. на четыре-пять обследователей). Поэтому начальник экспедиции просил ОБЗСИ срочно решить вопрос о приобретении санитарного автомобиля и утвердить составленную им смету на его содержание. Кроме того, доктор К. О. Калнберз просил в 1935 г. усилить состав экспедиции тремя врачебными единицами (хирургом, венерологом и санитарным врачом), добавить в штат второго переводчика и сторожиху-уборщицу[667].

Благодаря работе советских медико-санитарных экспедиций, в ТНР сформировалось ядро системы здравоохранения. Несмотря на небольшой состав и короткие сроки пребывания, экспедиции определяли формирование всей политики охраны здоровья в Туве. Как единственные в республике эксперты в области медицины, советские врачи работали над созданием органов управления здравоохранением (Тувздрав), медико-санитарным законодательством, закладывали основы санитарной организации и непосредственно участвовали в строительстве сети лечебно-профилактических учреждений. Тувинские органы власти принимали законодательные акты по здравоохранению и последовательно увеличивали финансовые ассигнования на его нужды. Кадровую политику осуществляло ОБЗСИ Наркомздрава РСФСР по рекомендациям и требованиям начальников экспедиций.

3.3. Советское медицинское сообщество в Тувинской Народной Республике: проблемы формирования и социокультурные характеристики

На плечи врачей Наркомздрава РСФСР легли основные задачи по строительству в Туве народного здравоохранения. Как и в Монголии, на переднем крае межкультурного взаимодействия находились экспедиционные медики, взявшие на себя обследование

[667] Там же. Л. 238.

отдаленных районов республики. Несмотря на внешнее сходство традиционных культур монголов и тувинцев, реальность, с которой советские врачи столкнулись в ТНР, имела ряд важных особенностей.

В этнокультурном плане характерным отличием Тувы от Монголии было сосуществование на ее территории двух крупных этнических сообществ. Тувинское жило традиционным кочевым бытом, а русское – переселенческими крестьянскими общинами. Затруднявший транспортное сообщение таежный и горный рельеф способствовал формированию анклавов. Этим пользовались представители изоляционистски настроенных сект: «рабы божьи», баптисты, старообрядцы, десятилетиями жившие в отрыве от цивилизации и медицинской помощи. Да и простые переселенцы, ранее прибегавшие к услугам русских медиков, за годы послереволюционного хаоса отвыкли от врачебного обслуживания. Первые же обследования показали, что на фоне накопившихся проблем со здоровьем у русских сложился особый, чрезвычайно сложный в преодолении культ лекарств, без которых крестьяне не представляли излечения своих хронических недугов.

Тувинцы же оказались очень восприимчивыми к европейским методам лечения. В их случае работа дореволюционных врачей и фельдшеров сыграла положительную роль, заложив необходимый фундамент доверия, на котором потом строились отношения с советскими медиками. Кроме того, положительно сказался и опыт обращения к эмжи-ламам, сформировавший определенную культуру лечения с дисциплиной питания и четким следованием указаниям врача. В вопросах лечения с тувинцами оказалось легче работать, чем с бурятами, тоже знакомыми с русской медициной с дореволюционных времен, и особенно с монголами, до 1920-х гг. почти не знавшими европейской медицины.

Тувинские экспедиции Наркомздрава были меньше монгольских по составу. Самая первая состояла из трех врачей и фельдшерицы-акушерки. Последующие включали по два-четыре врача и по несколько человек среднего медперсонала. Компактность экспедиций объясняется тем, что по территории Тува намного меньше Монголии. Кроме того, там уже существовали функционировавшие раздельно медучреждения тувинского правительства и РСТК. В целом, не было необходимости с нуля строить всю лечебно-профилактическую сеть, а значит первое время можно

было обходиться малыми силами. К тому же, в ОБЗСИ постоянно ощущался дефицит квалифицированных медиков для зарубежной работы: сеть экспедиций и медучреждений все шире распространялась по пограничным с СССР восточным странам, постоянно требуя кадровой подпитки.

В Туве, как и в Монголии, основополагающими принципами работы медико-санитарных экспедиций объявлялись укрепление доверия местного населения к культурным учреждениям и абсолютная бесплатность медицинской помощи. Медперсоналу категорически воспрещалось вести частную практику и принимать от пациентов любую оплату, даже сугубо добровольную.

В планах Наркомздрава центральной фигурой экспедиции выступал опытный врач-общественник, который смог бы возглавить больницу исполкома РСТК и европейское отделение Тувинской больницы, подготовить базовые материалы для разработки плана деятельности будущей экспедиции, разработать мероприятия по организации медицинского дела в ТНР. Врач направлялся в распоряжение Полпредства СССР в Туве[668].

Какую же картину отношений внутри и вокруг формирующегося в ТНР сообщества советских врачей показывают нам архивные документы? Естественным образом, акцент здесь ложится на экспедиции. Центральный координирующий орган здравоохранения Тувы – Тувздрав – был создан в результате работы первой медико-санитарной экспедиции НКЗ РСФСР в 1928 г. Последующие строили в тувинских кожуунах медучреждения, переходившие под управление Тувздрава, а многие врачи и фельдшеры пополнили кадровый состав тувинского здравоохранения. Поэтому, характеризуя профессиональные и человеческие отношения в экспедициях, можно с определенной смелостью экстраполировать их на Тувздрав, принимая во внимание преемственность кадров.

Судя по архивным документам, начальник первой медико-санитарной экспедиции в ТНР М.С. Арутюнян считал себя опытным общественником. На этот вывод наводит его острая критика в адрес других врачей, особенно подчиненных, которых он считал недостаточно активными в общественной работе. К тому же общественной активности Арутюняна способствовала военная служба. В 1920–1921 гг. он служил в политсоставе Красной Армии, а значит, владел основами политработы.

[668] Там же. Д. 248. Л. 55.

Личное дело Мартироса Саркисовича показывает его «правильное» социальное происхождение. Родился в селе Кялак-Арх в 1894 г. в армянской крестьянской семье. Правда, гимназическое образование навевает в этом некоторые сомнения, но в нерусских регионах Российской империи формальное приписывание инородцев к крестьянскому сословию было обычной практикой. Указано и еще одно важное обстоятельство – свободное владение русским и тюркским языками[669]. Тувинцы – тюркский народ, говорящий на тувинском языке из саянской группы тюркских языков. Скорее всего, Арутюнян владел азербайджанским или турецким, так что вполне мог общаться с тувинцами без переводчика. Видимо, сочетание закалки политработника, крестьянского происхождения, членства в ВКП (б) с 1920 г. и знания языков сыграло основную роль в его назначении начальником экспедиции.

В плане же профессиональной подготовки в составе первой экспедиции имелись врачи опытнее М.С. Арутюняна. Например, венеролог А.И. Николаенко работал как в России, так и за границей частнопрактикующим врачом в южной Франции. Арутюнян же, по словам его дочери, попал в медицину случайно: поступал в МГУ на физмат, провалил экзамен, по дороге встретил друга, уговорившего подать документы в Первый медицинский[670]. Закончил институт в 1924 г. На момент назначения начальником тувинской экспедиции у него не имелось ни опубликованных трудов по вопросам здравоохранения, ни статей в медицинской периодике[671]. Судя по всему, типичный молодой врач из «выдвиженцев» – политически подкованный, с правильным социальным происхождением, без компрометирующих моментов в биографии.

Дочь М.С. Арутюняна считала его «хирургом божьей милостью», прекрасным диагностом, способным дать точный диагноз без всякой аппаратуры, после осмотра больного, внимательного прослушивания и простукивания грудной клетки[672]. Врачебный опыт формировался годами и, по-видимому, тувинские экспедиции сыграли свою роль в становлении Мартироса Саркисовича как врача-профессионала. Лечившие тувинцев ламы веками

[669] Там же. Д. 252. Л. 12.

[670] Арутюнян Мартирос Саркисович // Фонд «Помощь ветеранам ВОВ и труда города Москвы». URL: https://polkszao. ru/kniga-pamyati/bessmertnyiy-polk/1016/arutyunyan_martiros-sarkisovich (дата обращения: 02.04.2019).

[671] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 252. Л. 12.

[672] Арутюнян Мартирос Саркисович. URL: https://polkszao. ru/kniga-pamyati/bessmertnyiy-polk/1016/arutyunyan_martiros-sarkisovich (дата обращения: 02.04.2019).

использовали простукивание и прослушивание пульса в диагностике. Даже если Арутюнян и не перенимал этих методов, навык такого диагностирования, несомненно, выработался в суровых экспедиционных условиях, когда за отсутствием медицинских приборов полагаться приходилось исключительно на собственный слух, зрение, врачебное знание и интуицию.

К сожалению, в документах тувинских экспедиций мало информации, характеризующей деятельность М. С. Арутюняна как хирурга. Зато имеются докладные записки в Наркомздрав, где он резко критикует экспедиционных врачей и средний медицинский персонал за отсутствие инициативы и навыков общественной работы. Сохранилось и красноречивое письмо, написанное Веселовой, женой торгпреда СССР в Туве, С. Е. Гальперину в Государственный венерологический институт. Она немного поработала с Арутюняном в кызыльской Центральной больнице и составила о нем очень нелестное мнение. В совокупности с тем, что сам Мартирос Саркисович писал об экспедиционных врачах, письмо дает представление о нем, как о человеке со сложным характером, очень вспыльчивом и способном на жестокость к подчиненным.

Если верить Веселовой, приезд экспедиции с М. С. Арутюняном во главе кардинально изменил жизнь тувинского врачебного сообщества. Она пишет: «Надо Вам сказать, что как только он приехал, то разогнал весь старый персонал больницы. Буквально выжил прежнего врача, облив его всякой грязью. Из персонала больницы в 17 человек он уволил 15, оставив только двух»[673]. Результат такой кадровой «революции» оказался плачевным: больничный хирург вернулся в СССР, а репутации и доверия местного населения Арутюнян еще не наработал. Поэтому люди стали возить больных на операции за 700 верст в СССР, к прежнему врачу[674].

Далее Веселова рассказывает, что общественная работа М. С. Арутюняна включала эпизод высылки в СССР семи проституток, среди которых были женщины-служащие, а также две матери с детьми. «И вот их, как проституток, при огромном стечении народа, на плоту, без денег, с детьми выслали в СССР, – пишет жена полпреда. – Этой историей был страшно возмущен муж и

[673] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 248. Л. 1.
[674] Там же. Л. 1 об.

хотел писать по этому поводу Вольфу Моисеевичу» [Броннеру – *В. Б.*][675].

Жаловалась Веселова и на грубость М.С. Арутюняна в отношении подчиненных. «Он привык на служащих кричать, топать ногами…, – рассказывает она в письме. – Однажды он избил одного служащего, и дело разбиралось в партийном порядке. Все местное райбюро ВКП (б), Профбюро завалили на него жалобами»[676]. Понимая, что на жену торгпреда кричать и топать ногами небезопасно, начальник экспедиции воспротивился заключению ее договора с Наркомздравом РСФСР (женщина была медработником). Затем, все-таки приняв на работу в больницу, Арутюнян начал заваливать Веселову дежурствами, сначала на четвертые сутки, затем на вторые, из-за чего та была вынуждена уволиться[677].

Конфликт между Веселовой и Арутюняном грозил перейти в вышестоящие инстанции. После того, как начальник экспедиции заявил, что «законы здесь он пишет сам…», жена торгпреда пообещала передать дело в советские организации. Мартирос Саркисович отвечал, что русским организациям он не подчиняется, а находится в подчинении только у тувинского Совета Министров. В этой связи Веселова писала, что М.С. Арутюняна полностью поддерживает советский полпред в Туве А.Г. Старков, «которому неудобно перед тувинцами, иначе Арутюнян был бы давно выслан»[678].

По словам жены торгпреда, в «задыхавшейся в отсутствие врачей» Туве сложилось очень сложное положение. Венерологи Николаенко и Мисежников работали на периферии. Их отношения с начальником экспедиции тоже складывались не лучшим образом. «Пишу Вам, чтобы Вы своевременно по этому моему письму через Вольфа Моисеевича подняли бы вопрос о нем, пока еще можно сделать все тихо и не разыгрывать крупного скандала, – заканчивает письмо Веселова. – Мне очень неприятно, что московские врачи так здесь оскандалились во всех отношениях. Меня ежедневно спрашивают, а скоро ли уедет Арутюнян? Больничная постановка у него ужасна, но писать об этом уже не могу»[679].

---

[675] Там же. Л. 2.
[676] Там же. Л. 1 об.
[677] Там же. Л. 2.
[678] Там же. Л. 3.
[679] Там же.

Какую же объективную информацию в потоке негатива доносит до нас приведенный документ? Конечно, надо сразу отметить, что жалобы являются наиболее субъективными из всех документальных источников. Ища справедливости, обиженный человек склонен сгущать краски, особенно когда это касается претензий подчиненного к бывшему начальству. Но письмо Веселовой адресовано не в Наркомздрав РСФСР, а Самуилу Ефимовичу Гальперину, в тот период сотруднику ГВИ им. В. М. Броннера. На это указывают неоднократные упоминания в документе самого Вольфа Моисеевича. Чему же верить и что подвергать сомнению в письме Веселовой?

По-видимому, Веселова и С. Е. Гальперин были хорошо знакомы, что указывает на возможную специальность автора письма. Скорее всего, она была венерологом. Сформулировать конкретные претензии к Арутюняну как к хирургу Веселова не смогла и описала ситуацию в общих чертах, косвенно указав на отсутствие у последнего врачебного авторитета среди местных. Но политику нового начальства, она, видимо, передала довольно точно.

Очевидно, в ходе военной службы у Арутюняна сформировалась привычка действовать с наскока и рубить с плеча, не сильно задумываясь о последствиях. Этим объяснялись «кадровая революция» в Центральной больнице и возмутительное в своей жестокости публичное действо с высылкой проституток, явно преследовавшее цель запугать местное население «чтоб не повадно было». В данном контексте манера кричать, топать ногами, и даже рукоприкладство тоже выглядят правдоподобно.

Однако интрига, скрытая в просьбе Веселовой подействовать на ситуацию через влиятельного в международной деятельности Наркомздрава В. М. Броннера, внушает некоторые сомнения. Из других документов следует, что Москва не пошла на замену Арутюняна: то ли Гальперин не дал дальнейшего хода письму, то ли Броннер счел жалобы необъективными. Видимо, не дошло даже до разбирательства. Как бы то ни было, Мартирос Саркисович благополучно доработал срок договора в качестве начальника первой, и даже поруководил второй тувинской экспедицией.

Отдельный интерес представляют впечатления самого Арутюняна о подчиненных ему медиках. Уже в июне 1928 г., когда венерологи Мисежников и Николаенко еще ездили по отдален-

ным кожуунам Тувы, он направил в наркомат здравоохранения письмо, в котором подробно охарактеризовал сотрудников экспедиции.

Основным недостатком своих врачей М.С. Арутюнян видел неумение вести общественную работу. «Прежде всего, ни один из них не общественник, – писал он. – Всюду проявляется их неумение обращаться с массами, да еще и такой некультурной, как тувинская. Замечается в обращениях тон командования в самых невинных случаях, где тот или иной тувинец проявляет свою невинную некультурность. В беседах по санвыставке чувствуется сухой академизм. Вопросы освещаются сухо, не культурно-воспитательно, что показывает незнакомство с психологией масс, а еще более показывает, что люди никогда не читали лекций, не вели бесед, а сейчас им приходится это делать поневоле»[680].

К профессиональным качествам коллектива он тоже относился критически. В частности, отрицательную характеристику получил венеролог И.Г. Мисежников, которого Мартирос Саркисович посчитал слишком узким специалистом. Арутюнян писал, что рекомендации Мисежникова как врача с общелечебным стажем в реальности не оправдались: он не имел представления об организационной стороне санитарии, не умел оказывать элементарную помощь, не говоря уже о таких манипуляциях, как принятие родов. Ограниченность профессиональных навыков временами ставила Мисежникова в незавидное положение. «И это его незавидное положение, – заключал начальник экспедиции, – является причиной того, что неоднократно и мое положение как начальника экспедиции становилось затруднительным»[681].

Врач А.И. Николаенко, по мнению Арутюняна, был «всесторонне подготовлен теоретически и натаскан практически». Слабым его местом была практическая хирургия. «Даже в малой практической хирургии слаб, – характеризовал его начальник экспедиции. – Тоже не массовик и не умеет вести беседы и лекции»[682].

Фельдшерицу М.Е. Кварцеву Арутюнян считал компетентной лишь в области родовспоможения. Манипуляции, которые он считал простыми – промывание желудка, капельные клизмы, наркоз – фельдшерица-акушерка делала с трудом. «Приходится учить и

[680] Там же. Д. 286. Л. 51.
[681] Там же. Л. 52.
[682] Там же. Л. 53.

учить, так чтоб это не было заметно, чтоб не дискредитировать экспедицию», – резюмировал он[683].

По содержанию письма можно судить о том, что еще на этапе формирования коллектива у М.С. Арутюняна были сомнения по поводу правильности подбора кадров, которые он высказывал в Наркомздраве. По его словам, нужно было быть осторожнее в выборе сотрудников, так как многие могли просто соблазниться высокой заработной платой и рядом других привилегий зарубежной работы[684].

В письме М.С. Арутюнян также изложил свое видение врача для Центральной больницы. Требовался специалист с как минимум трехлетним клиническим стажем, с больничной установкой, так как ему пришлось бы вести всех больных, кроме хирургических и гинекологических. Больничный врач должен был быть знаком с амбулаторной работой: при Центральной больнице функционировала амбулатория, куда приходили больные с различными заболеваниями. Наконец, он должен был быть общественником, умеющим вести беседы и читать лекции, рассчитанные на тувинскую аудиторию[685].

Завершая письмо, М.С. Арутюнян писал: «Я считаю необходимым обо всем этом писать, чтобы Вы знали, как неудачно была организована экспедиция и как тяжело отражается подобное положение на начальнике экспедиции. Надеюсь, нового врача не придется учить»[686].

Слова начальника экспедиции о том, что она с самого начала была организована плохо совсем не ложатся в контекст оптимистичного итогового выступления Арутюняна на конференции, состоявшейся в Кызыле 6–7 декабря 1928 г. Значит, многое в работе экспедиции и в отношениях внутри нее осталось «за кадром» официальных отчетов и доступно современному исследователю лишь благодаря сохранившимся письмам и жалобам. В глазах историка это придает подобным документам дополнительный вес, несмотря на очевидную необъективность жанра.

Какие выводы, исходя из изученных источников, мы можем сделать о врачах первой медико-санитарной экспедиции Наркомздрава в Туву? Ее кадровый состав был разнороден как по опыту, так

[683] Там же.
[684] Там же.
[685] Там же. Л. 54.
[686] Там же.

и по личностным качествам и медицинской специализации. Во главе экспедиции Наркомздравом РСФСР был поставлен молодой врач-выдвиженец из крестьян, имевший на момент начала работы всего четыре года врачебного стажа (окончил мединститут в 1924 г.), но отслуживший в политсоставе Красной Армии и владевший навыками политработы. Видимо поэтому он и считал себя врачом-общественником, а более опытных, но менее политически подкованных коллег порицал за общественную пассивность и формализм в санитарно-просветительской работе.

Темпераментный и неуживчивый характер начальника делал отношения внутри экспедиции сложными, что, впрочем, в определенной степени нивелировалось необходимостью работы на периферии. Во всяком случае, в архивных документах жалоб на Арутюняна от врачей нами не обнаружено. Судя по составу экспедиции, подбор кадров осуществляли люди, знавшие специфику заболеваемости в Туве. Очевидно, что ядром экспедиции являлся не начальник-хирург, чья специальность подразумевала стационарную работу в Кызыле, а два венеролога и фельдшерица-акушерка, как наиболее востребованные в условиях ТНР специалисты. Можно даже сказать, что первой медико-санитарной повезло: кипучая энергия М. С. Арутюняна требовалась в столице республики для организации Тувздрава, а постоянные разъезды врачей нейтрализовали возможные эксцессы. Поэтому экспедиции удалось добиться важных результатов: изучить особенности заболеваемости тувинцев и русских в кожуунах, определить приоритеты для последующих экспедиций, создать в Кызыле центральный орган управления здравоохранением.

Можно также сказать, что прибытие М. С. Арутюняна в Туву встряхнуло до той поры спокойный мирок советской общины. Возмущенная реакция на его «кадровую революцию» в Центральной больнице, по сути, выразила протест старой элиты против молодого, ретивого и бесцеремонного назначенца из Москвы. Конечно, «кавалерийские» методы Арутюняна, выглядят двойственно с точки зрения этики и целесообразности, но, по-видимому, они обеспечили необходимый импульс процессу консолидации тувинского здравоохранения. Более того, эти действия явно пришлись по душе руководству ТНР, для которого советские врачи выполняли сложнейшую комплексную задачу: объединяли русский и тувинский компоненты медицинской отрасли, создавали

санитарное законодательство и органы управления здравоохранением, изучали и лечили тувинское и русское население.

После отъезда основного состава первой экспедиции, Мартирос Саркисович на полгода остался без подчиненных. С декабря 1928 по май 1929 г. он работал в Туве один. Именно в этот период стало ощущаться влияние советской экспедиции на общественные организации и население Тувинской Народной Республики. «Начинания первой экспедиции по линии профилактической работы в области охраны матмлада, – писал Арутюнян в Наркомздрав, – а также в области работы среди молодежи и ученичества в порядке зачатков диспансеризации настолько вкоренились в сознании масс об их необходимости и полезности, что соответствующие организации уже сами напоминали нам о необходимости продолжения подобной работы. Особенно характерно, что все эти запросы к нам с возрастающей настойчивостью исходили от тувинских организаций и трудящихся с мест»[687].

Вторая экспедиция в полном составе заработала в Туве лишь с 20 июня 1929 г. Ее деятельность строилась на маршрутах и опыте первой экспедиции, и осуществлялась вглубь. Организационно, вторая медико-санитарная являлась составной частью Тувздрава, выполняя часть его практического плана. Арутюнян объяснял это рациональностью, а также тем, что Тувздрав еще не окреп и не имел достаточного опыта, чтобы самостоятельно и правильно вести медицинскую работу в пределах всей республики[688].

Оставаясь верным себе, Мартирос Саркисович составил подробные характеристики на каждого сотрудника второй экспедиции. На этот раз врачи получили гораздо лучшие отзывы. Отрицательно Арутюнян охарактеризовал только доктора Л. Г. Беньяша, чьи личные качества он считал совершенно неудовлетворительными. Судя по отзыву, характер у Беньяша был тяжелый, а отношения как с тувинцами, так и с коллегами по работе не сложились. В очередной раз Арутюнян заострял внимание на отсутствии у врача желания вести общественную работу. «Он не общественник, – писал Мартирос Саркисович о Беньяше. – Не удается втянуть его в нашу санпросветработу (не пишет статей в газету, отказывается читать лекции и вести беседы), не ладит со средним персоналом»[689].

[687] Там же. Д. 289. Л 2 об.
[688] Там же. Л. 4.
[689] Там же. Л. 6.

Среди других отрицательных личных качеств доктора Беньяша М. С. Арутюнян отмечал отсутствие такта в обращении с женщинами, которым тот предлагал обнажиться в присутствии сидящего здесь же больного мужчины, брезгливость, пренебрежительное отношение к тувинцам. «Проявляет чрезмерную брезгливость к ним в их же присутствии, – подчеркивал начальник экспедиции. – И по этому случаю мне делали указания государственные деятели»[690].

В профессиональном плане Л. Г. Беньяш производил более позитивное впечатление. Он был хорошо начитан во всех областях медицины, но отличался большим консерватизмом. Арутюнян писал, что в хирургии Беньяш откровенно слаб. «Даже в малой хирургии он проявляет чрезмерный консерватизм, предо мной не раз стоял во всю ширь вопрос об отстранении его от работы», – резюмировал он профессиональную характеристику подчиненного[691].

Полной противоположностью Беньяшу был врач Л. И. Горнштейн. О нем начальник экспедиции писал: «Доктор Горнштейн сразу понял специфическую обстановку нашей работы, достаточно ясно уяснил себе цели и задачи экспедиции. В практической работе и столкновениях с туземной частью достаточно гибок. Быстро завоевал у тувинцев авторитет. Задания выполняет отчетливо. Проявляет инициативу вполне целесообразную и соответствующую духу местных условий. Работает в самом большом по населенности и ответственном в политическом отношении районе. Проявляет живейшее участие в строительстве больницы в районе его действия»[692]. Арутюнян имел в виду Чаданский кожуун, где в тот момент началось строительство крупной больницы.

О враче Бахромееве Мартирос Саркисович также отзывался в положительной тональности. «Доктор Бахромеев оставил на меня впечатление бывалого человека, знакомого с характером и опытом восточных народов, – писал он. – Во время специальной беседы из контрольных вопросов стало для меня ясным, что он вполне справится с задачами, поставленными перед ним и сможет правильно подойти к туземному населению. В отношении санпросветительной и профилактической линии нашей работы он

[690] Там же.
[691] Там же.
[692] Там же. Л. 6 об.

выражал более приемлемые соображения, чем доктор Мисежников и доктор Беньяш»[693].

О зубном враче Ривоше Арутюнян писал, что тот не знает технической работы и недостаточно знаком с работой по каучуку. «Это обстоятельство несколько осложняет его положение, особенно же положение экспедиции и Тувздрава, – заключал начальник экспедиции. – Как мы урегулируем создавшееся положение, пока для меня не совсем ясно. Возможно, что придется пригласить самостоятельного техника-протезиста»[694].

О фельдшерице Поповой М.С. Арутюнян отзывался положительно. «К своему делу относится с любовью, исполнительна, проявляет одинаковое отношение как к тувинской, так и к русской части населения», – писал он. Однако натянутые отношения фельдшерицы с доктором Беньяшем беспокоили начальника экспедиции. «Их взаимно нехорошее, враждебное отношение тяжело отражается на их работе – констатировал Арутюнян. – Она несколько раз в категорической форме ставила вопрос о своем уходе из состава экспедиции»[695]. Очевидно, ситуация была по-настоящему острой. Мартирос Саркисович писал: «Но ввиду того, что приглашенной Тувздравом акушерке отказали в визе, то я вел и веду с ней дипломатию до разрешения вопроса о Беньяше в Наркомздраве. Сам же намерен в ближайшее время устроить перегруппировку между врачами»[696].

Помимо вышеуказанных врачей в состав второй экспедиции входил уже знакомый нам венеролог И.Г. Мисежников, которого Арутюнян считал узким специалистом и ничего нового добавить к его профессиональной оценке не мог.

Уже по самому тону приведенных характеристик можно с уверенностью сказать, что кадры второй экспедиции пришлись М.С. Арутюняну по душе гораздо больше, чем состав предыдущей. В лице врачей Горнштейна и Бахромеева он видел единомышленников, понимавших значение экспедиционной работы для нарождающегося национального здравоохранения Тувинской республики. Да и недостатки, отмеченные у других сотрудников, за исключением Л.Г. Беньяша, были незначительными, легко устранимыми с ростом врачебного опыта. Судя по всему, Наркомздрав

[693] Там же. Л. 7.
[694] Там же.
[695] Там же. Л. 6 об.
[696] Там же.

прислушался к жалобам и предложениям М.С. Арутюняна и постарался исправить допущенные при формировании первой экспедиции кадровые просчеты.

Третью медико-санитарную экспедицию возглавлял И.Д. Руденко. Под его руководством работали врачи Горнштейн, Бахромеев, Венгеровский, Ривош, Мошков, фельдшерица-акушерка Кадкина и другие медики. Наркомздрав прислушался к жалобам М.С. Арутюняна и заменил врачей Беньяша и Мисежникова другими специалистами. Начальник экспедиции Руденко, видимо, не был столь критичен и придирчив к кадровому составу, и не оставил характеристик своих подчиненных. Директор ОБЗСИ Эттингер даже слегка попенял ему на это, написав: «Что-то Вы, товарищ Руденко, мало пишете, кроме отдельных официальных отношений ничего от Вас не получаю»[697]. Документы третьей экспедиции, в основном, освещают рабочие аспекты и проблемы здравоохранения Тувы в тот период.

Зато «урожайным» на докладные записки и жалобы оказался период работы четвертой медико-санитарной экспедиции под руководством К.О. Калнберза. В фонде Министерства здравоохранения РСФСР сохранилась докладная записка под грифом «не подлежит оглашению», направленная в ОБЗСИ стоматологом Ривошем из состава второй и третьей экспедиций. В ней он в самых мрачных тонах описал внутреннюю атмосферу врачебного сообщества в Туве и подверг резкой критике руководителя четвертой экспедиции Калнберза.

Начал Ривош с того, что Центральная больница в Кызыле, главная база наркомздравовских экспедиций, в 1933 г. переживала кризисный период. Домой в СССР уехали опытные врачи Языков, Бернштейн и главврач Венгеровский. Только что приняв от Венгеровского Центральную больницу, доктор Горнштейн сразу же передал ее венерологу Тучинскому, а сам уехал заведовать курортом Джедыр. В стационаре остались всего три врача – временно исполняющий обязанности главврача Тучинский, стоматолог Ривош и молодой терапевт Ливанова. Вести амбулаторный прием стало некому; квалифицированных фельдшеров и медсестер не осталось. Их функции выполняли практикантки из нянь. Соответственно, кадрового младшего медперсонала тоже не осталось.

[697] Там же. Д. 423. Л. 10.

Приезд летом 1933 г. из СССР нескольких врачей – хирурга Бузутова, фтизиатра и гинеколога Линькова, докторов Хромушина и Компанеец – ситуации не исправил, а наоборот, усугубил. Новоприбывших быстро распределили: Бузутова нагрузили административной работой; Хромушина, Компанеец и Линькова отправили по кожуунам и на курорт Чедер[698]. На лечебную работу в больницу никто из них не попал.

В дополнение к дефициту кадров, в тот период Центральная больница испытывала перебои в снабжении. Больничные проблемы привлекли общественное внимание: начались собрания, совещания, инспекционные бригады. В конце 1933 г. на должность главврача был выдвинут доктор Линьков, на котором, помимо этого, держались женская и детская консультации. В самый разгар этого «смутного времени», в начале 1934 г. в Кызыл прибыла четвертая экспедиция Наркомздрава РСФСР во главе с К. О. Калнберзом.

Далее, доктор Ривош в красках описывает разочарование, постигшее надеявшихся на перемены к лучшему врачей:

> «Все обрадовались, но, увы и ах. Начальник экспедиции сразу заявил себя генералом и стал себя проявлять как «щедринский герой». Он занял место инструктора при минкульте и вместо того, чтобы поднять авторитет врачей и больницы, мобилизовать внимание в помощь устранению недостатков, он добился от Тувинского руководства приказа полного террора и запугивания: д-ру Тучинскому был объявлен выговор с предупреждением, д-ру Бузутову что-то поставлено на вид, д-ру Линькову был объявлен выговор и снятие с должности главврача, а вместо него был назначен главврачом член экспедиции жена начальника экспедиции Калнберз М. Я., а весь коллектив больницы по этому приказу предупреждается в последний раз, что к нему будут применяться всякие драконы. Конечно, запугать можно было только приехавших по договору, так как шагать пешком до Москвы очень далеко, местные же работники не только не дорожат работой в больнице, но бегут из больницы, няни меняются через день, так как

[698] Там же. Д. 415. Л. 240.

руководство не смогло или не хотело уравнять работников больницы с работниками других кызыльских учреждений в бытовом отношении (квартиры, пайки и т. д.)»[699].

Судя по словам Ривоша, в кадровой политике тувинского здравоохранения начался разброд. Жена Калнберза, ставшая главврачом Центральной больницы, устроила там бесконечную склоку, сплетни и дискредитацию отдельных врачей. Сам же начальник экспедиции занялся перебрасыванием врачей Тувздрава с одного места на другое, освобождая хорошие должности для своих людей.

Не имевшую опыта курортной работы жену Калнберз назначил врачом курорта Джедыр, а в помощь ей отрядил врача Хромушина, освобожденного от контракта на два года раньше срока в связи с кончиной жены. Для этого Хромушина перевели с Самогалтая – сложного в обслуживании горного района, населенного тувинцами. В связи с тем, что с отъездом советского врача на Самогалтае сразу же активизировались шаманы и ламы, ЦК ТНРП и правительство ТНР стали требовать срочного командирования туда другого специалиста. С подачи К. О. Калнберза, не желавшего ни самому ехать на Самогалтай, ни отправлять туда экспедиционных врачей, министр культуры С. Тока предложил направить заведующим больницей стоматолога Ривоша. «Мне стоит много сил доказать Тувинскому министру, что зубной врач не может заменить общемедицинского врача», – отмечал в своей докладной Ривош[700].

По его словам, серьезные пробелы были допущены в организации санитарных мероприятий. «Благодаря непринятым своевременно санитарным мероприятиям при организации ярмарки, в городе Кызыле разразилась небывалая эпидемия дизентерии и брюшняка, – писал Ривош. – В больнице врач Ливанова заразилась и чуть не погибла. Заразились и погибли медсестры и няни. Доктор Тучинский был с юртой-передвижкой на окраине. У доктора Бузутова от переутомления обострился тубпроцесс. Осталась одна только доктор Шейхет, гинеколог Алексеева и я зубник. Больница завалена больными. Домзака – очаг заразы, ежедневно давал 20–25 больных. По моему предложению в домзаке был оборудован приемный покой для госпитализации на месте». В

[699] Там же. Л. 241.
[700] Там же. Л. 242.

тяжелой ситуации К. О. Калнберз повел себя неподобающим врачу и начальнику экспедиции образом. Об этом Ривош писал: «… Несмотря на мой товарищеский совет, [Калнберз – *В. Б.*] халата не надел и не пришел помогать в больнице, а предпочитал сидеть в Минкульте или обходить снабжающую организацию. Я даже не мог добиться, чтобы в Домзака были продезинфицированы камеры из гидропульта»[701].

Кадровые решения, по мнению Ривоша, исходили исключительно из личных, субъективных соображений К. О. Калнберза и его жены. Неугодные по какой-либо причине врачи подвергались травле с привлечением влиятельного Министерства культуры, где Калнберз состоял инструктором. Так произошло с врачом Линьковым, который по возвращении в Кызыл с курорта Чедер отказался ехать на Самогалтай, потому что там не было русской школы. Позицию Линькова поддержало советское полпредство, в ответ на что Калнберз выходил в тувинском минкульте следующий приказ: «Ввиду невозможности использовать доктора Линькова, от работы его освободить и произвести с ним полный расчет»[702]. Сумма расчета составила около 4000 руб., и это в условиях отсутствия средств по лечебному фонду и сокращения больничных коек. Резюмируя ситуацию, Ривош писал: «А между тем, стоило бы д-ру Калнберзу пошевелить мозгами, можно было бы перебросить из Шагонара на Самогалтай д-ра Колесникова, а в Шагонар направить Линькова. Но дело в том, что Линьков – конкурент окопавшейся в Кызыле экспедиции»[703].

Похожая история произошла с санитарным инспектором Шамбуровой, рекомендованной на эту должность ОБЗСИ, и к моменту прибытия экспедиции уже проделавшей огромную санитарную работу. «По предложению ВУСС тов. Шамбурова с представителем милиции обследовала кладовую больницы и составила нежелательный для главврача акт, – рассказывал Ривош. – Гонения на Шамбурову приняли такой безобразный вид и бесстыдную форму, что в этот спор была вовлечена вся общественность, тувинское руководство, наши полномочные органы. В результате ее, Шамбурову, направляют в Чаданскую больницу, где врачом ее муж, сверх всяких штатов и норм, только бы с глаз долой»[704].

---

[701] Там же. Л. 243.
[702] Там же.
[703] Там же. Л. 244.
[704] Там же.

Одним из основных методов начальника экспедиции и его жены стала дискредитация врачей в местном сообществе. Оправдывая свое бездеятельное сидение в Кызыле, Калнберз объявил их всех рвачами и лодырями. В противовес этому Ривош писал: «Должен заявить со всей ответственностью, что врачи больницы до моего отъезда из Кызыла больше одной ставки не получали, работали же не за страх, а за совесть. Даже я, зубник, носил суточное дежурство по больнице, мне приходилось принимать роды с помощью неграмотной няни – такова ситуация. Но начальник экспедиции в работе больницы не участвует»[705]. Калнберз же и его жена «на всех перекрестках, базаре, кооперативе, полномочных органах, в приятельской беседе только и делают, что склоняют во всех падежах врачей, доходят до того, что больным, воспользовавшимся советом того или иного врача, говорят о неправильной диагностике, лечении и т. д.»[706].

Интриги начальника экспедиции временами доходили до опасной черты. Например, врачу Компанеец было предложено написать официальное заявление «что она, Компанеец, не знает, отчего умер в ее отделении больной, так как его лечил доктор Бузутов неведомыми уколами, иначе она, Компанеец, будет в ответе»[707]. Хирург Бузутов, человек со сложным характером, но высоким профессиональным авторитетом, уважаемый самим председателем Совета Министров Тувы С. Чурмит-Тажы, стал объектом нападок Калнберза, который объявил его «почти жуликом, экспериментатором», распространяя слухи через городских «кумушек»[708].

Надо сказать, что попытки уничтожить репутацию Бузутова предпринимались неоднократно. Ранее Калнберз обвинял хирурга в неправильном лечении укушенного бешеной собакой человека, отчего тот, якобы, умер. Бузутов потребовал от месткома расследования, в ходе которого информация не подтвердилась, а материал на Калнберза был направлен в полпредство СССР. В случае с Компанеец ситуация повторилась: хирурга снова пытались выставить «врачом-убийцей». Однако привыкшие к этим ненормальностям врачи на этот раз посоветовали ей Калнберза не бояться, и на провокации не поддаваться[709].

[705] Там же. Л. 244–245.
[706] Там же. Л. 245.
[707] Там же Л. 246.
[708] Там же.
[709] Там же.

Резюмируя критический обзор деятельности К. О. Калнберза, доктор Ривош писал: «В больнице текучесть персонала, грязь, плохой уход, скверная кухня, общественность возмущается, сплетни и дискредитация совврачей, бездеятельность экспедиции – все это вызвало постановление Райбюро начальнику экспедиции оставить командирскую должность и заняться делом (в начале октября), но к 18-му ноября д-р Калнберз еще сидел в Кызыле и продолжал заниматься политиканством… Думаю, с такой экспедицией Наркомздрав ни славы, ни чести Советской медицине в Туве не заработает, а пользы тувинскому народу тоже не принесет»[710].

Приведенные выше документы – письмо Веселовой, характеристики подчиненных М. С. Арутюняна, докладная записка стоматолога Ривоша в Наркомздрав – позволяют современному исследователю судить о сложившейся внутри врачебного сообщества в Туве системе профессиональных и личных взаимоотношений. Очевидно, что большую роль в ней играли главы наркомздравовских экспедиций. Вопрос почему фигура начальника экспедиции в тувинском контексте была настолько значительной, требует отдельного объяснения.

Воспользуемся самой общей сравнительной перспективой с наиболее близким в типологическом и географическом плане монгольским опытом. Экспорт советской медицины в Монгольскую Народную Республику начался раньше, чем в Туву, и сначала осуществлялся путем приглашения отдельных врачей-организаторов, таких как П. Н. Шастин. Эти экспатрианты помогли создать не только медицинские учреждения, но и органы управления здравоохранением. Первая наркомздравовская экспедиция доктора Францева прибыла в страну уже тогда, когда у руля монгольской медицины стояло Управление здравоохранения МНР в Улан-Баторе, а кроме него существовало небольшое, но спаянное сообщество «ургинских» медиков.

В Туве же наблюдалась обратная ситуация. Там с дореволюционного времени имелись лечебно-профилактические учреждения как европейской, так и тибетской медицины, но не было консолидированной системы управления здравоохранением. Первая медико-санитарная экспедиция была направлена в ТНР по просьбе посетившей Москву тувинской правительственной

[710] Там же. Л. 247.

делегации. При этом было отмечено, что «молодая Республика не в состоянии организовать квалифицированной медицинской помощи своими силами»[711].

Таким образом, в отсутствие национальных органов управления здравоохранением роль его главного организатора автоматически легла на начальника прибывшей из Москвы экспедиции. Мы помним, что первым шагом М. С. Арутюняна был разгон старого персонала Центральной больницы. Действуя большевистским методом «мы наш, мы новый мир построим», он обеспечил себе и экспедиции главенство в вопросах здравоохранения и устранил источник возможной фронды. Затем, когда все медицинские функции в стране сконцентрировались в руках экспедиции, под ее эгидой был создан Тувздрав – зародыш органов управления здравоохранением республики. Фигура начальника экспедиции Наркомздрава осталась в тувинском здравоохранении крупной величиной, потому что он, фактически, и явился создателем Тувздрава.

Многое в отрасли зависело от личных качеств этого «демиурга». При всех своих личностных особенностях, М. С. Арутюнян был безоговорочно предан делу, радел за него и болел душой за каждую совершенную подчиненными ошибку, что явственно следует из его писем в Наркомздрав. И. Д. Руденко отличался крайней сдержанностью в оценках своего коллектива, не вызвав ни жалоб, ни нареканий в свой адрес. И только К. О. Калнберз оказался совершенно другим типом начальника. По сведениям доктора Ривоша, он занимался кумовством, травлей неугодных, интриговал как внутри врачебного сообщества, так и вне его. Именно в период его руководства обозначились серьезные противоречия между недавно сложившимся в Туве врачебным сообществом и «окопавшейся в Кызыле» экспедицией.

Вспомним, что в Монголии именно экспедиция работала на переднем крае взаимодействия в аймаках. Ее активность и перехват инициативы у улан-баторских государственных медучреждений вызывали негодование как у врачей-экспатриантов, так и у монгольских официальных лиц. В период начальствования К. О. Калнберза в ТНР сложилась прямо противоположная ситуация. Используя ресурс руководителя экспедиции, Калнберз заручился поддержкой тувинских чиновников, проводил нужную ему и его

[711] Там же. Д. 248. Л. 54.

приближенным политику и предпочитал сидеть в столице, выслав в отдаленные районы всех неугодных ему врачей.

Таким образом, к 1934 г., обладая влиянием на тувинское руководство и советское полпредство, начальники наркомздравовских экспедиций фактически командовали здравоохранением Тувы. Такого никогда не было в Монголии, где экспедиции конкурировали с Управлением здравоохранения и советскими врачами на его службе, за влияние на аратов. Если в Туве личность начальника экспедиции в значительной степени определяла политику национального здравоохранения, то в МНР руководители наркомздравовских экспедиций оставались хоть и уважаемыми, но политически маргинальными фигурами.

Само врачебное сообщество Тувы в изучаемый период состояло исключительно из русских врачей, многие из которых остались в стране после работы в экспедициях. Взращивание национальных врачебных кадров было еще впереди. Из изученных нами документов видно, что направленные Наркомздравом РСФСР в Туву медики сильно различались по своему опыту, профессиональным и человеческим качествам.

Для советских людей заграничная работа всегда была привлекательной, так как существенно расширяла ограниченный спектр профессиональных и личных возможностей внутри страны. Поэтому вполне естественно, что на врачебные должности в Туве претендовали очень разные, не всегда движимые исключительно альтруистическими или научными интересами кандидаты. Бывало, что через кадровое сито Наркомздрава и ОБЗСИ проникали совсем не подходящие для такой работы люди. Однако, в отличие от МНР, где среди медиков встречались откровенные авантюристы с сомнительной профессиональной репутацией, а также различные стяжатели и ловкачи, в Туве таковых практически не встречалось. Видимо, сказывалось то, что на работу в страну большинство попадало из горнила медико-санитарных экспедиций, а там профессиональный и человеческий фильтр был настроен весьма тонко. Разброд и шатание в медицинском сообществе ТНР начались лишь тогда, когда в «святая святых» – руководство экспедицией – проник не совсем подходящий по профессиональным и личным качествам человек.

В целом же, советское врачебное сообщество в Тувинской Народной Республике, несмотря на немногочисленность, было

хорошо подготовлено для создания в стране здравоохранения на европейской основе. По сохранившимся характеристикам, большинство медиков отличалось профессионализмом. Лишь немногие нуждались в раскрытии своего общественного потенциала, что, безусловно, было достижимо с ростом опыта работы. Нужно также принимать во внимание тот факт, что в Туве дело приходилось иметь не только с тувинцами, но и с многочисленными русскими поселенцами, представлявшими для врачей основной вызов в силу своих причудливо деформированных представлений о медицине и здоровье. Кроме них существовали еще изолированные анклавы сектантов, которых также необходимо было обеспечить медицинской помощью. Для каждого контингента требовался отдельный подход, что осложняло работу врачей.

Если жалобы медсостава на начальников экспедиций или наоборот, руководителей на своих подчиненных в архивных документах довольно часты, то фактов разногласий с тувинским правительством или отдельными чиновниками практически нет. Конечно, особенности отношения местного начальства к иностранным медикам упоминаются в связи с культурной спецификой и менталитетом тувинцев, но серьезных конфликтов и, тем более, политических интриг скорее всего не было. По-видимому, у всех сложилось ясное понимание ситуации: экспедиции Наркомздрава на тот момент являлись единственным локомотивом развития тувинского здравоохранения и альтернативы им просто не существовало.

Важной отличительной чертой тувинского опыта строительства здравоохранения были отношения между советскими медиками и представителями традиционных медицинских систем. В архивных документах они описываются как в целом дружественные и даже доверительные. Например, об опыте общения с ламами венеролог А. И. Николаенко писал: «Каково было отношение лам к нам? Отношение добрых соседей. Они не чинили нам никаких моральных препятствий в нашей работе; интересовались ею, посещали нас, охотно отвечали на наши расспросы, лечились сами у нас и оказывали содействие для медицинского осмотра учеников-лам»[712].

Тувинские эмжи-ламы проявляли любознательность, но по мнению Николаенко, спектр интересовавших их вопросов был ограничен. Какую мазь употребляют русские врачи для лечения

[712] Там же. Д. 287. Л. 64.

ран? Чем лечить чесотку? Как остановить кровотечение? Такими вопросами они, бывало, ставили медиков в затруднительное положение, ведь объяснять приходилось людям, не знавшим анатомии и физиологии человека, никогда не изучавшим европейской фармакологии, не понимавшим принципа работы медицинского термометра. Однако, судя по документам, профессиональная коммуникация шла успешно.

Эмжи-ламы восхищались лечебным эффектом, производимым неосальварсаном на сифилитические поражения. А. И. Николаенко писал о ламе по имени Чембаль, сожалевшем о том, что не использовал пребывания советского врача в Чадане, чтобы научиться делать вливания. В одном из разговоров, когда Александр Иванович спросил Чембаля как тот относится к шаманам, эмжи, внезапно воодушевившись, ответил: «Мы некультурный народ; мы долго жили в темноте и только теперь, благодаря России, начинаем выходить из нее»[713].

Отношение же советских врачей к тувинскому варианту тибетской медицины было умеренно скептическим. «Что такое тибетский врач? – задавался вопросом Николаенко. – Это, прежде всего, духовное лицо, это своего рода знахарь, который одновременно дает больному то или другое лекарство и обращается с молитвой к тем или иным богам»[714]. Таким образом, установка, сформировавшаяся у экспедиционного венеролога, немногим отличалась от мнения советских врачей в других регионах монгольского мира. Тувинский эмжи-лама воспринимался не как лекарь, вооруженный медицинским знанием, а как служитель культа, отправляющий у постели больного мистические ритуалы.

Тот же скептицизм характеризовал восприятие врачами тибетской медицинской системы. Задавая себе вопрос, что же такое тибетская медицина, А. И. Николаенко отвечал: «Это знание свойств некоторых трав, корешков и веществ и уменье применять их против тех или других симптомов. Тибетская медицина не знает ни болезней, ни настоящую причину их. Она знает только их проявления вроде боль, кашель, жар и почти все болезни она объясняет «испорченной кровью» в том или другом месте организма. Обследовать больного она не умеет и свой диагноз она ставит исключительно на прощупывании пульса.…В общем, тибетская медицина – это та небольшая сумма эмпирических знаний, ко-

[713] Там же.
[714] Там же. Л. 63.

торая скопилась когда-то в тибетских монастырях и застыла на одной точке, нисколько не двигаясь вперед»[715].

По тому же вопросу И. Г. Мисежников писал: «Лечение сводится к раздаче порошков, которые дифференцируются при различных симптомах заболеваний. Порошки отмериваются специальными ложечками. Весов никаких нет. Хирургического инструментария, термометров тоже не имеют и не знают их применения. Наиболее часто применяют кровососные банки, которые назначают почти при всех болезнях, полагая, что болезнь появляется от загрязнения крови.…Во время лечения ламы обыкновенно читают молитвы. Таким образом, лама выполняет функции врача-священнодеятеля…»[716].

Экспедиционные врачи сходились во мнении, что тибетская медицина догматична, статична и застыла в своем развитии много веков назад. «Все свои познания врач-лама черпает из тибетской медицинской книги», – отмечал Мисежников[717]. «Тибетскому врачу не знакома ни анатомия, ни физиология. Они не знают человека, они знают лишь книги, написанные тибетскими врачами-знахарями», – подчеркивал А. И Николаенко и резюмировал: «Вылечивает ли она [тибетская медицина – *В. Б.*] болезни? Конечно да, но только те, которые вылечиваются и сами по себе, без всякого применения лекарств, но там, где медицинская помощь была бы полезной, она остается бессильной, а иногда даже вредной»[718].

Оценки, данные тибетской медицине советскими врачами в Туве, в своем скептицизме созвучны голосам коллег из Бурят-Монголии и Монголии, но в них не чувствуется политической агрессии. Мало ее и в документах, исходивших от начальников экспедиций. Так, резкий в оценках и суждениях М. С. Арутюнян писал по поводу работы второй медико-санитарной экспедиции: «Что же касается шаманов и лам-шарлатанов в области врачевания, мы будем откровенны и будем держаться линии открытого разоблачения. Мы теперь достаточно авторитетны, чтобы поднять голос против них, тем более, что сама масса уже мало верит в шаманов и отрицательно относится к ламам – профанам в области врачевания»[719]. Его слова звучат скорее как констатация факта, а

[715] Там же. Л. 63–64.
[716] Там же. Л. 49.
[717] Там же.
[718] Там же. Л. 64.
[719] Там же. Д. 289. Л. 3 об.

не как часть программы по искоренению тибетской медицины и шаманизма.

Народно-бытовая медицина тувинцев, практиковавшаяся шаманами, также время от времени попадала в поле зрения врачей. Реакция на нее была еще более скептической. При всех своих недостатках тибетская медицина все-таки базировалась на книжном знании и демонстрировала некоторую научность, хоть и не в европейском понимании. Шаманские же лечебные практики казались совершенно иррациональными и чуждыми. Поэтому в их врачебных описаниях чувствуется не скепсис, а сарказм. Например, работавший в Чадане врач Горнштейн наблюдал шаманский ритуал и описал его следующим образом:

> «На прошлой неделе к одному больному ребенку, страдающему припадками, был вызван шаман. Шаман бубнил, кричал и родители были уверены, что болезнь таким образом изгоняется. Я предложил родителям привести ребенка ко мне и они хотя обещали это сделать, но пока еще не привели. И видно, что нужна еще большая просветительная работа, прежде чем тувинское население поймет, что бубном и криками больного не вылечишь»[720].

Эта репрезентация шаманского ритуала из доклада Горнштейна на конференции работников третьей медико-санитарной экспедиции (Кызыл, ноябрь 1930 г.) является не просто критикой шаманских целительских практик, а целенаправленно выставляет их в глупом свете. Автор намеренно не использует словосочетание «бить в бубен», заменяя его глаголом «бубнить», имеющим совсем другое значение. Глагол «бубнить», то есть тихо и монотонно бормотать что-то, является антонимом глагола «кричать», и это оксюморонное сочетание производит значение чего-то хаотического, бессвязного, бессмысленного. В этом контексте вывод о необходимости большей просветительной работы с тувинцами, чтобы дать им понять, «что бубном и криками больного не вылечишь», представляется естественным, не требующим дальнейших доказательств.

Описывая суть шаманского лечения, советские врачи концентрировались на заклинании шаманом злых духов. «Лекарственных веществ и «целебных» трав шаманы не выдают больным,

[720] Там же. Д. 423. Л. 37.

– описывал эти практики И. Г. Мисежников. – Заболевший может пригласить к себе шамана, который проводит свои сеансы продолжительное время (несколько часов). За свой труд шаманы получают вознаграждение в зависимости от состояния своих клиентов»[721]. По наблюдениям врача, клиентуру шаманов составляли небогатые араты, которые не могли обратиться к ламам из-за недостатка средств. В социально-экономическом положении практиков традиционной медицины в Туве врач наблюдал четкую иерархию: на вершине находились эмжи-ламы, взимавшие за лечение и медикаменты большую плату, а низовой сегмент составляли шаманы, довольствовавшиеся только тем, чем больной мог заплатить.

Врачи первой тувинской экспедиции оставили интересные наблюдения внешней стороны шаманских обрядов. Описание шамана в процессе камлания находим у И. Г. Мисежникова: «Прежде чем приступить к сеансу, шаманящий одевается в специально сшитую одежду (шапка с перьями, платье, сшитое из лоскутков материи; к этому платью пришиваются безделушки и колокольчики) и затем начинает особой колотушкой ударять по барабану. Движения у шаманящих самые разнообразные: то прыгающие, то более умеренные. Эти движения сопровождаются во время сеансов особым напевом и присвистом»[722].

Зрительская аудитория шаманских ритуалов тоже интересовала врачей. «На таких сеансах может присутствовать и посторонняя публика, – писал Мисежников. – Тувинцы, по крайней мере в настоящее время, смотрят на сеансы шаманов как на зрелищное развлечение, и поэтому, можно застать в подобных юртах большое количество тувинцев»[723]. В отсутствие массовой культуры, красочное и драматически выстроенное шаманское камлание, сопровождавшееся звуками бубна, пением, криками и ритмическими движениями действительно выполняло роль театра, кино и цирка одновременно.

Присутствие большого количества людей было выгодно и самому шаману. Впадая в транс, некоторые из них могли совершать то, что в нормальном состоянии сделать было невозможно. Во многих культурах известны паранормальные аспекты шаманского транса: способность брать в руки и лизать раскаленное железо,

[721] Там же. Д. 287. Л. 48.
[722] Там же. Л. 49.
[723] Там же. Л. 48.

босиком ходить по горячим камням и углям, наносить себе раны, от которых в нормальном состоянии случился бы болевой шок, говорить потусторонними голосами и даже левитировать. Впечатленные и напуганные люди разносили молву о силе шамана далеко вокруг, создавая ему или ей уважение и устойчивую репутацию.

Видимо, наблюдая шаманские обряды, советские врачи тоже становились свидетелями чего-то экстраординарного. По крайней мере, способности шаманов отметил даже зрелый и опытный А. И. Николаенко. Правда, он писал, что анестезия и уменьшенная чувствительность некоторых частей тела являются симптомами истерии[724]. Это вполне естественное врачебное объяснение загадочных способностей отдельных шаманов, рационализирующее архаичные культурные практики в контексте современной медицины.

Интерес у врачей вызывало и то, кто и почему становится шаманами. «Между прочим, шаманом не всякий может стать, – отмечал Мисежников. – Обыкновенно мать будущего шамана, наблюдая у своего ребенка частые нервные припадки, сама решает его судьбу в смысле его способностей к шаманизму»[725]. Врач писал, что родители шаманов обычно довольны своими детьми, так как те имеют доход и пользуются уважением. Также он обращал внимание на то, что у тувинцев шаманами были, в основном, женщины, а иногда подростки или даже дети. Мисежников писал, что ему довелось увидеть семилетнюю девочку-шаманку, которая самостоятельно проводила обряды[726].

Интересный симбиоз ламства и шаманства у тувинцев заметил А. И. Николаенко. Пытаясь выяснить у знакомого эмжи особенности отношений между ламами и шаманами, он узнал, что существуют ламы-шаманы. Обычно, это были ламы, одержимые нервными припадками. Для снятия «шаманской болезни» их обучали искусству камлания, отчего припадки проходили. С одним из лам-шаманов у Николаенко произошел такой диалог:

«– Кем Вы стали раньше, ламой или шаманом?

– Ламой.

– Но почему же Вы стали шаманом?

– Потому что у меня были припадки.

[724] Там же. Л. 65.
[725] Там же. Л. 48.
[726] Там же. Л. 49.

– И с тех пор припадки прошли?

– Прошли»[727].

Из разговора врач сделал рациональный вывод, что для этого ламы, как и для всех шаманов вообще, шаманизм являлся лечебным средством от истерики.

Оставался еще один вопрос. В понимании тувинцев ламы общались с добрыми божествами, а шаманы могли обращаться и к злым. У Николаенко вызывала сомнение сама возможность ламы-шамана служить и тем, и другим духам. На вопрос как такое возможно, его собеседник, старый лама, ответил: «Это для блага больных: если добрые духи не помогут, злые могут помочь»[728]. В данном контексте важно понимать, что если добрые божества помогали исцелять людей, исходя из своей природы, злые могли помочь из низменных побуждений. Например, их можно было подкупить.

В целом, материалы наркомздравовских экспедиций в Туву свидетельствуют о достаточно спокойных, иногда даже добрососедских, отношениях советских врачей с представителями традиционной медицины. До 1930 г. в Тувинской Народной Республике у власти находились представители зажиточных слоев. Ламы, насчитывавшие приблизительно 3500 чел. при общей численности тувинцев около 54000 чел.[729], пользовались большим уважением в обществе и входили в правящий класс (Куулар Дондук, тувинский премьер-министр, получил буддийское образование в Верхне-Чаданском курэ и имел ученую степень геше). Тибетская медицина носила статус государственной. Эмжи-ламы работали с советскими врачами бок о бок; в Кызыле рядом с европейской больницей функционировала тибетская.

Судя по всему, толерантность поддерживалась всеми сторонами взаимодействия, несмотря на общую для советских врачей установку на борьбу с ламством и знахарством. В архивных документах не встречается описаний ламской контрпропаганды, подобных истории с «желтым волосом» в Монголии. Из отдаленных районов приходили сведения о засилье лам и шаманов, но об открытом противостоянии речи не шло.

[727] Там же. Л. 65.
[728] Там же.
[729] Там же. Л. 63.

К декабрю 1930 г. государственная тибетская медицина в Туве тихо сошла со сцены, полностью уступив место европейской. Начальник третьей медико-санитарной экспедиции И. Д. Руденко отчитался об этом без идеологического пафоса, просто констатировав факт самоликвидации тибетского отделения при кызыльской больнице из-за окончательной потери доверия пациентов. Выехавшего в курэ тибетского врача никто не сменил, хотя по положению ротация должна была осуществляться раз в три месяца. Вскоре из Кызыла в Монголию выехал эмчи-лама, обслуживавший монгольское полпредство. Вместо него полпред МНР пригласил на работу самого Руденко, полностью доверив советскому врачу себя и свою семью[730].

Можно с уверенностью сказать, что отсутствие открытой конфронтации между советскими медиками и представителями традиционной медицины отличало опыт строительства современного здравоохранения в Туве от типологически близких кейсов Монгольской Народной Республики и Бурят-Монгольской АССР. Несмотря на то, что идеологические задачи во всех трех случаях были очень похожи, реальная ситуация взаимодействия в Туве приняла более толерантные и мягкие формы, нежели в Бурятии и, тем более, в Монголии. По-видимому, большую роль сыграла совокупность специфических для ТНР внутренних факторов: от состава и политики тувинского народного правительства до черт национального характера тувинцев, проявивших больше доверия к советским врачам, чем монголы и даже русские колонисты.

Что же касается сформировавшегося в Туве советского врачебного сообщества, можно сказать, что меньшее, чем в МНР количество внешних вызовов повлияло на него особым образом. Частые внутренние конфликты в сравнительно небольших трудовых коллективах нарождавшегося тувинского здравоохранения наводят на мысль о том, что готовность противостоять внешним трудностям обращалась не вовне, а вовнутрь и проявлялась в частой склоке. Несомненно то, что в интригах медиков против медиков расходовалась часть мощного созидательного потенциала наркомздравовских экспедиций в Туву. Однако даже несмотря на это советским врачам удалось завоевать доверие тувинцев, от простых аратов до членов правительства ТНР, и реализовать свою

[730] Там же. Д. 423. Л. 68.

основную миссию – заложить основу будущей системы народного здравоохранения и запустить процесс ее дальнейшего строительства.

***

Анализ документов экспедиций Наркомздрава РСФСР в ТНР показывает, что несмотря на близкую к бурятской и монгольской культурную среду, а также похожие медико-санитарные проблемы, между опытом строительства здравоохранения в Туве и параллельными процессами в Бурят-Монголии и Монгольской Народной Республике было довольно много различий. Каждое объяснялось внешним или внутренним фактором, влиявшим прежде всего на *modus operandi* врачей, а не на целеполагание Наркомздрава и стратегию экспорта советской медицины, оставшиеся более или менее неизменными во всех трех регионах.

Русская колонизация Урянхая началась лишь в начале XX в. и тогда же произошли первые близкие контакты тувинцев с европейской медициной. Для нормального функционирования колонии было необходимо ее медицинское обслуживание, пусть даже самое элементарное. Поэтому, с одной стороны в то время в Туве появились постоянно практикующие русские врачи, а с другой – наладились связи с медучреждениями в соседних областях, например, с минусинской больницей. Это позволяет утверждать, что к моменту интересующих нас событий у тувинцев уже сложилось в целом позитивное восприятие русской медицины.

По своей территории и населению Тува была гораздо компактнее Монголии и даже Бурят-Монголии. Рекогносцировка медико-санитарной обстановки в стране была проведена советскими комплексными научными экспедициями заранее. Это позволило укомплектовать первые медэкспедиции Наркомздрава РСФСР подобранными для конкретных задач специалистами, в основном венерологами. Поэтому тувинские экспедиции отличались меньшим составом и, следовательно, лучшей управляемостью чем, например, монгольские. Врачи быстро приступили к массовому осмотру, идентифицировали проблемные сферы в нескольких кожуунах, начали лечение больных и к уже концу работы первой экспедиции сделали ряд важных выводов о структуре заболеваемости тувинцев и об их отношении к советской медицине.

В сложившихся обстоятельствах решительность и напористость начальника первой медико-санитарной имели ключевое

значение. Благодаря М.С. Арутюняну, разогнавшему прежний состав Кызыльской гражданской больницы, удалось замкнуть на экспедиции всю работу по созданию Тувздрава, центрального органа управления здравоохранением республики. Вспомним, что к моменту прибытия медико-санитарных экспедиций Наркомздрава РСФСР в Монголию там имелось не только Управление здравоохранения, но и сообщество советских медиков-экспатриантов на монгольской службе. Быстро возникшее противостояние «ургинских врачей», за которыми стояло правительство МНР, и «четвертой улицы» (т. е. второй медико-санитарной экспедиции)[731], тормозило дело строительства здравоохранения.

Изученные в ГАРФ источники говорят о том, что тувинский сюжет довольно сильно отличался от бурятского и монгольского в плане отношений врачей с ламами-лекарями и народными целителями. Ни в документах ОБЗСИ (опись 35 фонда А-482), ни даже в материалах секретного отдела Наркомздрава РСФСР (опись 55 того же фонда) не удалось обнаружить описаний конфликтных ситуаций, провокаций, саботажа и сопротивления со стороны эмжи-лам и шаманов. В случае Бурят-Монголии, а тем более МНР, таких свидетельств множество. Создается впечатление, что тувинские ламы-лекари спокойнее воспринимали контакты с русскими врачами, стараясь использовать их для обретения новых знаний. Бывало, что советские медики положительно оценивали влияние эмжи-лам на тувинское население. Так, сравнивая поведение русских колонистов и тувинцев как пациентов, врачи отмечали привычку последних к аккуратному соблюдению врачебных предписаний в области диеты, объясняя ее влиянием тибетских лекарей.

Казалось бы, русское население Тувы, сформированное из переселенцев, уже знакомых и с земской, и с переселенческой медициной не должно было вызывать особого беспокойства советских докторов. На деле же пришлось столкнуться с совершенно противоположной ситуацией. Именно русские колонисты оказались проблемным контингентом в плане здоровья, а тувинцы наоборот быстро шли на контакт, выполняли требования врачей, демонстрировали доверие и относительно легко поддавались терапии. Это не снимало проблем, связанных с необходимостью массового лечения сифилиса, кожных заболеваний и трахомы, но

[731] *Башкуев В.Ю.* Российская медицина и монгольский мир. С. 270.

давало надежду на то, что избавление от них в Туве будет окончательным и пройдет в достаточно сжатые сроки.

Таким образом, по совокупности выделенных различий можно вполне охарактеризовать советский опыт строительства здравоохранения в Туве как уникальный кейс в истории взаимодействия советской медицины с кочевыми сообществами Внутренней и Центральной Азии. На первый взгляд напоминающий процессы в Бурят-Монгольской АССР и Монголии, тувинский сюжет сильно отличался от них в деталях, увидеть которые позволила сравнительно-историческая перспектива. Она же высветила необходимость углублять и расширять рамки исследования тувинского сюжета, в перспективе делая его темой отдельной научной монографии.

*****

Второй раздел монографии предоставил нам возможность на ряде конкретных примеров ознакомиться с особенностями врачебного восприятия традиционного быта и медицинских проблем культурно и конфессионально близких народов Внутренней Азии – бурят, монголов и тувинцев. Созданные в ситуациях непосредственного межкультурного контакта тексты представляют собой многослойные нарративы, в которых собственно медицинские темы перемежаются с этнографическими наблюдениями, социокультурным анализом, морально-этическими суждениями советских врачей. Глубина и разнообразие передаваемых смыслов позволяет с достаточной уверенностью судить о немедицинских аспектах многозадачной миссии интернационалистов-медиков.

Еще с советских времен бытует мнение, что в кочевых сообществах Азии врачи из СССР выступали бескорыстными культуртрегерами, отдававшими все силы борьбе с архаичной традиционностью. Однако за скобками остается тот факт, что кочевой быт они понимали прежде всего как расхождение с гигиенической и медицинской нормой. Обусловливалось это ригидной матрицей восприятия, заложенной годами университетской подготовки, профессиональным опытом и принадлежностью к европейской культуре.

Реакция советского врача в ситуации рабочего контакта с реалиями традиционного быта кочевников была стандартной. Шоковое состояние от обилия раздражавших профессиональный медицинский взор проявлений антисанитарии сменялось рацио-

нальным анализом ситуации и поисками причин, ее создавших. В конечном итоге медик приходил к выводу о необходимости срочного и массового оздоровления населения, а также основных элементов традиционного быта: пространства жизнеобеспечения, повседневных культурных практик, мировоззрения. Иными словами, взглянув на ситуацию глазами человека, профессионально соблюдающего гигиенический стандарт, врач сначала помещал ее в рационализирующую матрицу, где анализировал и оценивал в рамках имеющейся компетенции и опыта. Итогом же был ряд предписаний, направленных на медицинское дисциплинирование представителей традиционной культуры.

Скорее всего, в подобной ситуации любой врач, практикующий конвенциональную медицину, повел бы себя похожим образом. Однако советские доктора-культуртрегеры от зарубежных коллег отличались тем, что сразу же принимались искать социальные причины антисанитарии, выстраивая модели, в основе которых лежали не медицинские или экологические факторы, а социальная и культурная депривация. Профессиональным оком, натренированным на поиск расхождений с европейской санитарно-гигиенической нормой, советский врач мгновенно выхватывал из общей картины, наименее совместимые с его пониманием гигиены, морали и культуры явления. Естественно, большинство таких несоответствий обнаруживалось в традиционном кочевом укладе.

Анализируя быт бурят, монголов и тувинцев, советские врачи единодушно приписывали к причинам инфекционных заболеваний такие его особенности, как отсутствие привычки к умыванию и вообще любым водным процедурам, отсутствие в жилищно-поселенческом комплексе кочевников бань или похожих санитарных объектов, земляной пол в юртах, который, вкупе с обычаем держать там молодняк домашнего скота, выступал основным источником загрязнения внутри жилища[732]. Это были культурные маркеры общей инфекционной заболеваемости.

При поиске причин более специфических недугов, например венерических заболеваний, спектр подозрительных сторон кочевого быта расширялся. Врачи выискивали причины патологии даже в таких, казалось бы, невинных сторонах кочевой повседневности как верховая езда, которая якобы стимулировала прилив

[732] *Содномпилова М.М.* Между медициной и магией: практики народной медицины в культуре монгольских народов (XVII-XIX вв.). М.: Наука – Восточная литература, 2019. С. 8, 13.

крови к гениталиям и, как следствие, повышала половое желание. Присматриваясь к реалиям кочевого быта, советские медики с подозрением относились к традиционным праздникам, молодежным играм, спортивным состязаниям, везде усматривая причины ранних половых связей и промискуитета. Даже постоянное наблюдение детей за повадками домашних животных, неизбежное в условиях кочевого скотоводства, рассматривалось как пагубный пример, вызывающий преждевременный интерес к аспектам половых отношений.

Делая упор на простые средства наглядности, советские врачи «шершавым языком плаката» собирали и выносили на публичное осуждение казавшиеся им подозрительными особенности традиционного быта. Так, в средствах наглядной агитации для монгольских аратов фигурировал сосед-сифилитик, праздный бездельник, ездящий по гостям и разносящий заразу через курительную трубку. В Казахстане источником инфекции обозначалось длинное «казахское полотенце», которым перед обедом традиционно утирались все участники трапезы – здоровые, трахоматозные, сифилитики. Изучаемая эпоха создала множество подобных примеров.

Борясь с традиционным бытом как источником гигиенических проблем, врачи глубже погружались в него, познавая и критически оценивая новые культурные реалии. Следует отметить, что матрица европейского медицинского образования у большинства из них оказалась настолько ригидной, что примеров одобрительного отношения к местным здравоохранительным практикам было крайне мало. Да и те сводились скорее к области здравого смысла, нежели к какой бы то ни было медицинской рациональности.

Советские врачи, работавшие с населением в аймаках, воспринимали антисанитарные стороны традиционного быта прежде всего как глубокое расхождение с европейской гигиенической нормой. Как правило, их рассуждения редко уходили в политическую область. Для практика, имевшего перед глазами реальную проблему, естественной реакцией был поиск медико-санитарных решений, а не проецирование медицинских проблем в плоскость большевистской политики. Из политических дискурсов в рассмотренных выше врачебных нарративах присутствует разве что дискурс отсталости, да и тот, в принципе, мало чем отличался от распространенных медицинских репрезентаций дореволюционной

крестьянской общины. Ведь многие врачи-интернационалисты до советской власти работали земскими докторами и хорошо разбирались в особенностях традиционного быта русских крестьян.

Политизация медицинского дискурса начиналась тогда, когда необходимо было подводить итоги работы экспедиции, венерологического отряда, амбулатории, медпункта или целой медицинской миссии. На уровне руководящих работников она была неизбежна, и вот почему.

С одной стороны, политизации способствовало целеполагание Кремля, делавшее медицинскую помощь странам Азии вопросом большой политической важности. Без громких реляций о росте политического влияния советской медицины в Монголии, Туве и других целевых регионах продолжение этой деятельности вряд ли было бы возможно. С другой стороны, довольно часто руководящие работники советских медицинских учреждений на зарубежном Востоке сами стремились обрести политическую субъектность, необходимую для лоббирования своего дела в местных правительствах, перед Наркомздравом РСФСР и в борьбе с конкурентами. При этом, последние совсем не обязательно представляли социально чуждые местные элиты. Случалось и так, что политическим обвинением нужно было дискредитировать работу предшественника или отодвинуть от ресурсной базы советских же коллег, состоявших на службе у местного правительства. В таких ситуациях политизированная оценка медицинской работы выступала в качестве эффективного средства подковерной борьбы.

Наконец, политизация медицинского дискурса была уделом идеологов от медицины. Их спектр был разнообразным: от мелких компиляторов, использовавших трескучую большевистскую риторику в мобилизующих общество текстах типа «все на борьбу с социальными болезнями» до демиургов уровня Н. А. Семашко, определявших направление развития всего советского здравоохранения. Чем выше по иерархической лестнице советского государства находился автор, тем масштабнее звучала политическая риторика, кульминировавшая в программных статьях советской медицины, которые часто транслировались на запад через переводные журналы, санитарные выставки и зарубежные представительства Наркомздрава.

Врач же, непосредственно входивший в юрту монгольского арата, чум саянского оленевода или деревянный дом бурятского

ламы был, прежде всего, носителем идеологии ланцета, микроскопа и сальварсана. Лишь потом, и в гораздо меньшей степени, он мог быть (или не быть) приверженцем марксизма-ленинизма, потому что по твердо усвоенной на медицинском факультете университета истине, болезни требуют рационального лечения, базирующегося на научном знании и врачебном опыте, а не на вере в социализм. Истории врачей-интернационалистов на «буддийском Востоке» показывают, что основной идеологемой для них все-таки была клятва Гиппократа, а не заветы Ильича. Спасая монголов, бурят и тувинцев от болезни и смерти, они стояли на страже жизни, а не коммунистических идеалов. Хотя в «командном зачете» их самоотверженный труд, конечно, работал на укрепление престижа Советской державы среди народов Внутренней и Центральной Азии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Завершая исследование отношений между российской (европейской) медициной и традиционными кочевыми обществами монгольского мира, я считаю необходимым вернуться к некоторым ключевым моментам научной дискуссии, давшей старт замыслу и концепции настоящей монографии. В вышедшей в свет в 2016 г. книге «Российская медицина и монгольский мир: исторический опыт взаимодействия (конец XIX – первая половина XX вв.)» была сформулирована идея о том, что советская медицинская помощь Монголии, Туве и Синьцзяну в 1920-х – 1940-х гг. имела геополитическую подоплеку. В стремлении распространить идеи революции на всю Азию, большевики использовали европейскую медицину в качестве геополитического инструмента «мягкой силы», создававшей в кочевых сообществах доверие к советским врачам, положительный образ СССР и лояльное отношение к происходившим социальным трансформациям. Геополитическое значение советской медицинской помощи МНР, ТНР и Синьцзяну подразумевало, что в восточной стратегии большевиков медицина приобрела политическую роль, служа не только рычагом влияния, но и проводником коммунистической идеологии.

Главный из множества вопросов, заданных мне коллегами-историками после выхода первой книги, звучал так: «Кем же все-таки являлся советский врач, приходивший к постели больного бурята, монгола, тувинца или сойота – пропагандистом или гуманистом, стоящим на страже жизни и здоровья?». На мой взгляд, этот вопрос не только подчеркнул определенный уклон первой книги в сторону геополитики, политики и идеологии, но и задал тематику и даже структуру будущей, а теперь уже прочитанной вами монографии.

Влияние концепции о геополитическом характере советского медицинского содействия странам и регионам монгольского мира оказалось настолько сильным, что потребовалось минимизировать политический и геополитический контексты, выводя на первый план отношения между российскими врачами и их пациентами в кочевом монгольском мире. В этом смысле данное исследование является не столько логическим продолжением первой книги, сколько глубинной детализацией намеченных ранее сюжетов, сводящей обе работы в единую тематическую серию.

Выбранное в качестве исследовательской оптики геополитическое понятие «акторов» французского историка и политолога Филиппа Моро-Дефаржа, изначально предполагающее многообразие взаимодействующих субъектов, было редуцировано до двух основных коллективных акторов – российского врачебного сообщества и традиционных обществ России и Внутренней Азии. Однако, в конечном итоге, полностью абстрагироваться от политической подоплеки и геополитического контекста интересующего нас феномена не удалось. Все дело в том, что медицинское сообщество в России было неотделимо от власти, политический аспект оказался намертво вшит в повестку изучаемого взаимодействия, а его геополитическая суть определялась как целеполаганием большевистского руководства в Кремле, так и объективно сложившейся на тот исторический момент международной обстановкой в Восточной и Внутренней Азии.

Эволюционируя от дорогой заморской «диковины», игрушки и эксклюзивного атрибута царей к эффективному инструменту познания и управления огромной империей, русская медицина так и не смогла полностью отделиться от власти. В результате, доверие между медиками и огромным непривилегированным большинством населения России начало возникать поздно, когда заработала земская участковая система, а земские доктора стали символом гуманизма, просветительства, самоотдачи, служения народу. Но и тогда, стоило власти продемонстрировать слабость и некомпетентность при эпидемии, голоде или другом социальном катаклизме, врачи, как и полицейские, жандармы и другие «ох-

ранители порядка», становились первыми жертвами обезумевшей толпы.

С другой стороны, близость к власти давала в руки медикам не только инструмент контроля и дисциплинирования, но и возможности деятельного участия в решении проблем государственного масштаба, будь то изучение опасных патогенов в пограничье империи, разработка мер против проституции и венерических болезней, исследование проблем здоровья и оздоровительных практик центральноазиатских, сибирских и дальневосточных инородцев. Как инструментально важный класс «государевых людей», наделенный особыми задачами и вхожий в высокие кабинеты, медицинское сообщество было способно аккумулировать и транслировать во властные центры империи обратную связь. К мнению врачей прислушивались; результаты их работы печатались не только в профессиональной периодике, но и выходили специализированными государственными изданиями (это особенно касалось медико-топографических описаний).

Близость к власти и обладание инструментами контроля за населением, с одной стороны, стремление к профессиональной самоорганизации, самосовершенствованию и соответствию мировым стандартам – с другой, породили в русском врачебном сообществе особую форму ответственности за народ. Исходящий из непосредственного знания условий жизни низших сословий императив социализации медицинских проблем постепенно стал выражаться в требованиях реформ. Все большее место в медико-социальной риторике стало занимать широкое санитарное просвещение, превращение медицины в общедоступный, неотъемлемый и эффективный атрибут всего общества. В определенном плане, широкая доступность и действенность медицинской помощи, возможность медицинскими средствами решать социальные проблемы и растущая санитарная грамотность населения виделись как аспекты свободы. Это была самая нижняя ее ступень – освобождение от страха болезни и связанной с ним неизбежности смерти. Тем не менее это – важнейший уровень физической свободы, за которым следует желание свободы идейной.

Работавшие в Восточной Сибири врачи были менее политизированы. Они концентрировались на решении локальных задач – ликвидации эпидемических очагов, больничной и амбулаторной работе. В отсутствие в регионе земской медицины, врачи «ходили в народ» по собственной инициативе или в случае острой необходимости, например, при возникновении эпидемий. Среди опекаемого медиками населения, конечно, были инородцы, но систематически проблемами их здоровья не занимались, так как для этого существовало инородческое самоуправление. Бурят в основном обслуживали эмчи-ламы, у других инородцев и староверов-семейских были свои местночтимые лекари.

Те немногие врачи, кто оставил подробные научные исследования традиционной медицины народов Забайкалья, весьма ограниченно экстраполировали свои выводы в область политики, придерживаясь статуса наблюдателей. Тем не менее иногда в их среде рождались идеи, очень созвучные с более поздними геополитическими стратагемами большевиков. Например, мысль об использовании бурятских эмчи-лам в качестве посредников между европейской и тибетской медицинскими системами и, одновременно, как проводников современной европейской медицины в буддийском мире была озвучена за тридцать лет до провозглашения коминтерновцами особой геополитической миссии бурят в Азии. И, как часто происходит с идеями, намного опередившими свое время, она так и осталась не услышанной и не обсужденной. А ведь если бы процесс кооптации представителей традиционных медицинских систем в государственное здравоохранение начался в конце XIX в., когда об этом писал Н. В. Кирилов, то, вполне возможно, преодоление серьезных проблем здоровья инородцев началось бы гораздо раньше. И уж точно удалось бы избежать острого антагонизма между советской и тибетской медициной в 1920-х – начале 1930-х гг. Однако все это остается в области исторического сослагательного наклонения, которого, как известно, не бывает.

Несмотря на близость русского врачебного сообщества к власти, по мере роста у врачей гражданского самосознания и ответственности за народ увеличивалось расхождение между их

профессиональной повесткой, во многом формируемой социальной ролью, и стратегическим целеполаганием имперского кабинета. Явственнее всего оно проявилось на восточных окраинах Российской империи.

Если на Пироговских съездах и в других профессиональных собраниях земские врачи и прогрессивные ученые-медики били тревогу о состоянии населения европейских губерний, то проблемы здоровья сибирских и дальневосточных инородцев едва маячили у пределов зоны видимости. В пограничье с Внутренней и Восточной Азией империя стремилась, прежде всего, к решению геополитических задач. На первое место выходили медицинское обеспечение ключевых транспортных артерий (Транссибирская магистраль, КВЖД), изучение эпидемических вызовов (тарбаганья чума в Забайкалье, Маньчжурии и Монголии), эпидемическая безопасность крупных экономических и транспортных узлов (строительство холерных бараков и противочумных станций, военных госпиталей). Социальная повестка врачей, добивавшихся большего внимания к проблемам гражданской медицины, доступности медицинской помощи, санитарного просвещения населения, здесь оттеснялась на периферию, как не соответствующая колонизационной и экспансионистской политике правительства. В результате, здоровье населения восточной части империи ухудшалось, а среди автохтонных народов зрели серьезные медицинские проблемы, для решения которых впоследствии потребовались колоссальные усилия, сопряженные со значительными кадровыми и финансовыми вливаниями.

У пришедших к власти в ходе октябрьского переворота 1917 г. большевиков тяга к геополитическим авантюрам была не меньшей, чем у царского правительства. Однако зиждилась она на ином принципе. Взяв на вооружение идеологию социального равенства, они принялись ниспровергать колониальное наследство империи Романовых. Искусно вшив геополитический экспансионизм в лозунги о «пробуждении народов Азии», большевики начали беспрецедентную по своим масштабам кампанию по улучшению условий жизни бывших российских инородцев. В первые десятилетия советской власти программа по развитию нацио-

нальных автономий во многом опиралась на социальные задачи, среди которых ключевыми являлись оздоровление, просвещение, создание государственных, общественных и культурных институтов у национальных меньшинств. В эти годы прогрессивная социальная повестка русских врачей в основном совпала с декларировавшимися большевиками модернизационными задачами, а государственная медицина стала одним из важнейших институтов в активно строившихся национальных республиках и автономиях.

Осознание врачами созвучности собственных общественных и профессиональных установок и модернизационной повестки государства, понимание того, что между врачебным сообществом и властью установились взаимодействие и поддержка, привели к поступательному развитию здравоохранения. В Бурят-Монгольской АССР одним из основных примеров становления социалистической медицины стала кампания по борьбе с социальными болезнями – сифилисом, гонореей, туберкулезом. Однако, помимо своего безусловного успеха, она стала «лакмусовой бумагой», четко проявившей комплекс проблем взаимодействия научной европейской медицины и традиционной кочевой культуры.

Последовательно конструировавшийся русскими венерологами как результат социальной и экономической дискриминации, эндемический сифилис в Бурят-Монголии воспринимался советскими врачами как негативное побочное явление культурной и экономической отсталости кочевников. С той же меркой подходили к проблеме сифилизации аратов Монгольской и Тувинской народных республик врачи-интернационалисты.

За плечами многих из них был опыт работы в бурятских улусах. На фоне доминировавших в конце XIX – начале XX в. концепций о распространении венерических заболеваний и туберкулеза, при общем сходстве культурно-бытовых условий и слабом знании повседневной кочевой культуры, а главное, в условиях нарастающей коммунистической индоктринации общества, выводы о связи социальных патологий с «культурной отсталостью» напрашивались сами собой. И здесь у врачей, пусть даже самых идеологически нейтральных, включалась заложенная с университетской скамьи установка, требовавшая привести «хаос» повседневной жизни

кочевника к санитарно-гигиенической норме. В процессе, понимавшемся как глубинная санация традиционного кочевого быта, европейские санитарные и гигиенические практики привносились извне и почти всегда – сверху вниз. В ход шли увещевания, наглядность, санитарная пропаганда, даже театрализованные представления. Однако чем ближе к середине 1930-х гг., тем чаще новые санитарно-гигиенические нормы продавливались административно-репрессивным путем.

В этот период оформилось характерное для советского времени явление – политизация медицинских проблем. В той или иной форме она проявлялась ранее как в русском общественно-медицинском дискурсе, так и в более широком европейском контексте. Однако, на мой взгляд, наиболее убедительно политизация медицинских проблем проявила себя во время масштабной борьбы с социально-значимыми заболеваниями. Даже накрывшая всю Советскую Россию в начале 1920-х гг. эпидемия тифа не имела столько политических подтекстов, поскольку ее истоки лежали на поверхности – в голоде, разрухе и скученности Гражданской войны. А в поисках причин распространения туберкулеза, сифилиса и гонореи врачи и, особенно, вращавшиеся вокруг них большевистские пропагандисты, легко делали проекции в прошлое, объясняя (и отнюдь не беспочвенно) массовую распространенность этих заболеваний царской колониальной политикой, сверхэксплуатацией, социальной и экономической дискриминацией.

Лозунги борьбы с опасными болезнями были универсальным средством политической и социальной мобилизации. Фиксация на действительно разрушительных для здоровья целых народов заболеваниях работала на очевидно благую цель – физическое и моральное оздоровление, направленное, прежде всего, на молодое, способное к строительству нового социального строя поколение. Необходимость борьбы с ними осознавалась всеми членами врачебного сообщества, в том числе теми, кто не разделял большевистских взглядов. Для общества же искоренение таких патологий было долгожданным решением давней насущной проблемы. Такое совпадение интересов при деятельной поддерж-

ке государственной власти предопределило успех кампании не только в СССР, но и в Монголии и Туве.

С другой стороны, проблему социальных болезней легко было политизировать в иной, гораздо менее созидательной плоскости. По мнению корифея советской социальной венерологии В. М. Броннера, социальные болезни были «страшнейшим бичом человечества», но направлялся этот «бич» одним кулаком – капитализмом. Стоит отсечь кулак, и смертельный бич падет, бессильный. По той же логике, в традиционных кочевых сообществах быстро обнаружились целые классы людей, выставлявшихся в качестве если не прямых бенефициаров, то активных распространителей социальных заболеваний.

Первым в прицеле убийственной критики оказалось ламское сословие – заклятый идеологический враг большевиков и основной конкурент советских врачей. Образ «ходячей эпидемии», приписываемый большевиками ламам в Монголии, сыграл свою роль в дальнейшей трагической судьбе этой социальной группы. Под образ распространителей эпидемии попали и извечные противники государственной медицины – знахари, ведуны, шаманы. На них также обрушились сначала острая критика и порицание, затем дискриминационные законы и карательные меры. И наконец, когда массовая кампания достигла ощутимого успеха, а большевистский режим кульминировал в криогенную стадию сталинизма, сменилась сама риторика об этих заболеваниях. Так, к 1932 г. в Советском Союзе окончательно совершился переход от лозунга «сифилис не позор, а несчастье» к пониманию того, что каждый заболевший венерической болезнью тормозит переход к социализму[733], то есть, по сути, саботирует политику власти. Таким образом, политический контекст серьезно потеснил гуманистическую составляющую в профессиональной повестке советских врачей.

Наглядно иллюстрирует нарастающую политизацию медицинской повестки история советских врачебных сообществ в Монголии и Туве. В МНР развитие здравоохранения шло по двум

[733] *Мавров Г. И.* История венерологии (сообщение 3). Венерология в России и СССР в XX веке / Г. И. Мавров // Дерматологія та венерологія. 2009. № 3 (45). С. 87.

каналам: монгольское правительство через Наркомздрав РСФСР нанимало врачей на службу в Управление здравоохранения (позднее Министерство здравоохранения); советская сторона усиливала помощь, направляя в страну медико-санитарные экспедиции. Начиная со второй экспедиции, политические соображения играли особую роль в подборе их руководителей. Начальник экспедиции, как правило, был идейным большевиком с опытом организаторской и общественной работы. В Монголии он являлся политической фигурой, самостоятельно выстраивавшей отношения с местной политической элитой и советскими врачами-экспатриантами. Таким человеком был Г. В. Ивицкий, начальник второй медико-санитарной экспедиции, которому в монографии уделено много внимания. Действуя в непростых политических условиях МНР середины 1920-х гг., он сумел продавить необходимые ему решения через монгольское правительство и даже содействовал назначению на ключевые должности в Управлении здравоохранения МНР нужных функционеров. Ивицкий информировал Наркомздрав о политических настроениях в стране, называя членов правительства и МНРП «русофобской верхушкой». При этом аппаратную борьбу он вел на два фронта: с одной стороны, противостоял «русофобам» в монгольской политической элите, с другой – играл против улан-баторских врачей, которых подозревал в антисоветчине.

Аналогом Г. В. Ивицкого в Туве был начальник первой медико-санитарной экспедиции молодой хирург М. С. Арутюнян, член ВКП (б), отслуживший действительную военную службу в Красной армии. Типичный советский выдвиженец, Арутюнян оказался жестким и решительным организатором, сыгравшим ключевую роль в создании Тувздрава – государственного органа управления здравоохранением. Его действия вызывали в обществе неоднозначную реакцию, однако это не отражалось на авторитете наркомздравовской экспедиции. В результате, в Туве управление здравоохранением консолидировалось вокруг медико-санитарной экспедиции, которая стала ядром всей системы, в то время как в МНР экспедиции подпитывали своими кадрами постоянный кадровый состав Министерства здравоохранения. Добиться по-

добного без политического веса не представляется возможным. Таким образом, в политическом ландшафте ТНР того периода Арутюнян играл заметную роль.

Политизация затронула и рядовых советских медиков за рубежом. Мы знаем, что при заключении рабочего контракта каждый из них получал установку на всемерное содействие созданию и развитию в Монголии и Туве культурных учреждений. При этом строгим условием являлся полный отказ от любых форм заработка на пациентах. В традиционных кочевых обществах Внутренней Азии советский врач должен был быть символом бескорыстного служения идеям социального равенства и клятве Гиппократа. Несоответствие этому образу подрывало авторитет социалистической медицины, а вместе с ней и всей советской культурной политики. Таким образом, каждый медик являлся и культуртрегером, и частицей тщательно выстраиваемого идеологического образа Советского Союза, имевшего в МНР и ТНР большое политическое значение. Как кусочки смальты в мозаике, медики работали на целостное восприятие СССР как великой культурной державы, бескорыстно помогающей народам Азии пробудиться от многовекового феодального сна.

Однако была у советского врачебного сообщества и обратная, «темная» сторона. Вместе с экспортом медицинских кадров, технологий и организационных моделей здравоохранения в Монголию и Туву переносились практики выживания в политической среде сталинского СССР. В Монголии факты публичного очернительства работы предшественников, их обвинение в идеологически вредной трактовке наблюдавшихся культурных феноменов отмечаются приблизительно с 1935 г., но неформальные политические выпады в сторону уважаемых в стране врачей начались намного раньше, в 1927–1928 гг. К концу 1940-х гг. доносы в медицинской среде стали настолько привычным явлением, что эту тактику переняли монголы, засыпавшие инстанции жалобами на советских врачей. Пустые обвинения и интриги осложняли функционирование медицинского сообщества, создавая внутри и вокруг него токсичную социальную атмосферу, совершенно противоположную светлому образу врачей-интернационалистов.

В Туве, где между руководством республики и советскими медиками сложилось относительно благополучное сосуществование, деструктивное влияние тоталитарного политического режима реализовалось в дрязгах внутри самого медицинского сообщества, то и дело конфликтовавшего со своим начальством. С одной стороны, в этих тихих, но полных яда, канцелярских баталиях ощущается профессиональная гордость сообщества, восстающего против интригана-начальника, разрушающего строившийся годами успех. С другой стороны, чувствуется отчуждение врачей друг от друга, стремление возвысить свою роль, принижая заслуги остальных. Эта внутривидовая борьба хорошо отражала состояние общества «большой земли», где царила атмосфера политической паранойи, тотального недоверия, слежки и доносительства.

Таким образом, медицинские сообщества в Монголии и Туве в значительной степени воспроизводили внутри себя привычную для СССР того времени реальность. Врачи-культуртрегеры, боровшиеся с опасными патогенами, сами оказывались жертвами тяжелой нравственной заразы, разъедавшей очевидно благое дело интернациональной медицинской помощи. Политика и власть сыграли здесь двоякую роль. С одной стороны, политические задачи определяли структуру и стратегические направления советского медицинского содействия монгольскому миру, мобилизовывали сначала врачебное сообщество, а затем и все традиционное общество на создание современного здравоохранения и кардинальное улучшение своего физического здоровья. С другой стороны, под влиянием советской идеологии здравоохранение тоже стало ареной политической борьбы, сначала с классово чуждыми элементами, затем с культурно чуждыми традициями, и в конце концов – с «внутренними врагами» среди самих врачей-интернационалистов. Идеологизированная тоталитарная власть стала рассадником опаснейшего социального патогена – всепоглощающего страха перед обвинениями в политической нелояльности.

Несмотря на все это, проведенное исследование показывает, что в работе советских медиков в монгольском мире победила именно гуманистическая составляющая. Политическая индоктринация, идеологические цели, специфические практики выживания

внутри сталинской социальной антиутопии являлись сильными контаминантами, но их оказалось недостаточно, чтобы советских врачей-интернационалистов вспоминали как коммунистических пропагандистов. Наоборот, в Монголии и Туве они запомнились как люди, принимающие в свои руки чужую жизнь и, если необходимо, готовые пожертвовать собой ради ее защиты. О глубокой благодарности за это бескорыстное служение свидетельствует сложившаяся у монголов традиция называть детей именами акушеров и врачей, принявших роды, а также давать вырванному из лап смерти фамилию врача-спасителя, как это было в случае Увгун-Бургута Соболева. Навсегда запомнился и «красный укол», детьми которого называли себя выдающиеся представители современного монгольского общества. Речь при этом, разумеется, идет не о прививке большевистской идеологии, а о цвете лекарства, которым советские врачи излечивали монголов от венерических болезней.

Важным обстоятельством является и то, что в процессе медицинского содействия странам и регионам монгольского мира большевики полагались на мощный психологический эффект современной медицины, ее «волшебную мощь» в случаях, когда никакие магические ритуалы и средства народно-бытовой медицины уже не имеют эффекта. Эта «мягкая сила» имела гораздо более сильное воздействие, чем индоктринация идеями, для обозначения которых в монгольских языках даже не существовало подходящих лексем. К тому же для идеологической обработки имелись другие каналы – отделы идеологии местных коммунистических партий (МНРП и ТНРП), ревсомолы, современные средства массовой информации, образовательные и культурные учреждения.

Как отрасль, напрямую связанная с сохранением самого драгоценного достояния человека – жизни – медицина апеллирует к базовым чувствам и эмоциям, посредством которых создает мощные установки на восприятие новых норм, идей, ценностей. Она и сама способна эффективно проводить идеологию, но в специфическом социально-политическом контексте монгольского мира гораздо сильнее реализовывалась другая функция – создание в душах и умах представителей традиционного кочевого общества сначала

доверия к советским врачам, затем положительного восприятия, доходящего до эмоциональной привязанности и, в конце концов, осознанного содействия внедрению новых медико-санитарных и гигиенических практик. Именно это непрямое воздействие, подпадающее под современное политологическое понятие «мягкой силы», способствовало неумолимой трансформации кочевого монгольского общества изнутри, его переходу сначала к новым гигиеническим практикам, а затем постепенно и к новому качеству народа, сделавшего стремительный рывок из феодализма в социализм. Как утверждает Инес Штольпе, в интерпретации монгольского историка Цэнддуу ожидавшийся коммунистический строй был лексически и идеологически созвучен понятию «режим гигиены», при котором монгол новой формации должен был сочетать идейную чистоту с чистотой физической[734].

И, наконец, нельзя не отметить то, что несмотря на все трудности, именно гуманизм и альтруизм, а не политическая целесообразность, лежали в основе человеческого контакта, происходившего между советскими врачами-интернационалистами и представителями традиционного кочевого общества. На мой взгляд, большую роль здесь сыграли заложенный с университетской скамьи профессиональный этос русского врача, идущая от земских медиков традиция служения делу народного здравия и черты русского национального характера, а именно, кристаллизовавшаяся в веках непростой и временами откровенно кровавой российской истории способность к сочувствию и состраданию, мягкость, доброта и безусловная готовность идти на самопожертвование в борьбе, цели которой признавались правильными и благородными. Вряд ли шедшие на верную смерть в чумные очаги медработники или вынужденные годами работать в труднодоступных аймаках участковые врачи видели в окружавших их людях чужой культуры «наполовину бесов, наполовину детей». Чем еще можно объяснить готовность помогать страждущим, невзирая на материальные лишения, посвящать невозвратные годы своей жизни работе в сложнейших условиях, ежедневно спасать людей, постоянно балансируя на грани жизни и смерти, если не глубокой

[734] *Stolpe I.* Display and Performance. P. 68.

верой в идеалы своей профессии и в ценность человеческой жизни? Искренность, которую представители иной культуры видели в работе советских врачей, создала тот образ «шастин-доктора», чей «красный укол» помог кочевому обществу преодолеть многочисленные проблемы здоровья и выйти на мировую арену в новом качестве созидательного партнера по прогрессу. Необходимо отметить, что история знала и другие, противоположные примеры работы врачей, а имена Йозефа Менгеле и Сиро Исии, как и названия «отряд 731», «эксперимент Таскиги» и «гватемальский эксперимент» стали нарицательными, обозначая бесчеловечные медицинские опыты.

Представленные в этой книге сюжеты иллюстрируют лишь малую часть советского опыта по содействию развитию современной медицины в странах Азии, Африки и Латинской Америки в 1920-х – 1980-х гг. Ограниченность формата любой, даже самой объемной научной монографии и большое разнообразие примеров взаимодействия советских медиков и традиционных обществ Синьцзяна, Афганистана, Аравийского полуострова, Африки и других регионов мира, где работали врачи-интернационалисты вызывают необходимость дальнейшего изучения и освещения этих страниц истории. Огромное исследовательское поле, обозначенное мной в этой книге и ряде других публикаций, не ограничивается лишь историческими фактами и противоречиями, изучение которых само по себе может занять годы жизни историка-исследователя. Работа над этой темой сводит в единый контекст историю медицины и дипломатии, межкультурное взаимодействие и психологию, геополитику, медицину и культурную дипломатию, историю тоталитаризма, современной государственности и социальных институтов. Стараясь ответить на вопрос, кем были советские врачи-интернационалисты в разных частях планеты в периоды нашей общей истории, я не раз убеждался в отсутствии единого шаблона, применимого ко всем случаям советской медицинской помощи другим государствам. А это значит, что за каждым сюжетом кроется множество загадок, требующих исследования, обсуждения и объективного освещения в научной литературе и публикациях для широкой аудитории.

Поэтому книгой об отношениях непосредственных акторов взаимодействия – советских медиков и представителей традиционных социумов монгольского ареала данная тематическая серия не завершается, а продолжается. Центральная Азия на протяжении тысячелетий была местом взаимодействия и взаимопроникновения культур, а потому пределы монгольского мира не ограничиваются границами государств. Советская же помощь в строительстве современных систем здравоохранения осуществлялась вдоль всей зоны геополитических интересов СССР в Азии и ее изучение плавно подводит нас сначала к этнически многообразному и оттого турбулентному Синьцзяну. Там, на стыке монгольского и мусульманского миров, в обстановке постоянной междоусобной войны, самоотверженно работали советские врачи, строившие в регионе новое здравоохранение. Затем нить исследования поведет нас в Афганистан и дальше на исламский Восток – в Иран и королевства Аравийского полуострова, где тоже трудились медики из СССР. И, конечно, многое еще требует дополнительного изучения в истории советских врачей в Тувинской Народной Республике и, особенно, в Монголии после ее вступления в СЭВ в 1962 г. Советское взаимодействие с уже полностью сформировавшимся монгольским здравоохранением в период «холодной войны», как и стремление МНР самой оказывать медицинское содействие развивающимся странам Азии и Африки тоже является сюжетом будущей отдельной монографии.

Список использованных источников и литературы

Опубликованные источники

О религиозных объединениях. Постановление ВЦИК и СНК РСФСР, 8 апреля 1929 г. // 100 (0) ключевых документов по российской и советской истории. [Электронный ресурс]. URL: https://www. 1000dokumente. de/?c=dokument_ru&dokument=0007_rel&object= translation&l=ru (дата обращения 01.02.2018).

Архивные источники

Государственный архив Российской Федерации

Ф. 3385. Комиссия заграничной помощи при Президиуме Центрального исполнительного комитета СССР. Оп. 1. 1921–1924 гг.

Ф. Р-5446. Совет Министров СССР (1923–1991). Оп. 37. Дела отдела научных учреждений.

Ф. Р-8009. Министерство здравоохранения СССР. Оп. 10. Общесоюзное бюро заграничной санитарной информации (группа по международным и санитарным конвенциям). 1929–1940 гг. Оп. 34. Управление внешних сношений.

Ф. А-482. Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). Оп. 35. Общесоюзное бюро заграничной санитарной информации. 1921–1937 гг. Оп. 41. Управление кадров. Группа руководящих кадров. 1918–1940 гг.

Российский государственный архив социально-политической истории

Ф. 372. Дальневосточное бюро ЦК РКП (б) (Дальбюро) (1920–1925). Оп. 1. Дальневосточное бюро ЦК РКП (б).

Государственный архив Республики Бурятия

Ф. Р-248. Совет Народных Комиссаров / Совет Министров Бурят-Монгольской АССР. Оп. 1, 2, 3, 7.

Ф. Р-250. Бурят-монгольское представительство при ВЦИК РСФСР г. Москва (Бурпредставительство). Оп. 1.

Ф. Р-665. Народный комиссариат здравоохранения Бурят-Монгольской АССР. Оп. 1 б.

Периодические издания

Восточное обозрение: газ. литерат. и полит. / издатель Н. М. Ядринцев. Иркутск. 1893, 1899.

Бурят-Монгольская правда / орган Буробкома ВКП (б), БурЦИКа и Бурпрофсовета. Верхнеудинск, 1928, 1929.

Вечерняя Москва / Газета Московского городского комитета ВКП (б) и Моссовета. Москва, 1928.

Буряад Үнэн / общественно-политическая газета. Издательский дом «Буряад Үнэн»: сайт. – Улан-Удэ, 2021 –. – URL: http://burunen.ru (дата обращения 15.02.2018).

Видеоиздания

По Бурят-Монголии: [документальный фильм] / режиссер: Л. Степанова; оператор: В. Беляев; Москва: Совкино, 1929.

Девять дней и вся жизнь: [документальный фильм] / режиссер-постановщик: Ю. Занин; сценарий: Б. Добродеев; операторы: С. Иванюхин, Ю. Лебедев; в фильме снимались: Н. Ургант, О. Басилашвили. Ленинград: Ленинградская студия документальных фильмов, 1979.

Литература

На русском языке

Аржанов, Н. П. «606» против сифилиса: история о том, как препарат Эрлиха покорил Россию / Н. П. Аржанов // Провизор. – 1999. – № 12. – URL: http://www. provisor. com. ua/archive/1999/N12/arganov. php (дата обращения 20.06.2019).

Афанасьева, А. Э. «Освободить… от шайтанов и шарлатанов»: дискурсы и практики российской медицины в Казахской степи

в XIX веке / А. Э. Афанасьева // Ab Imperio. – 2008. – № 4. – С. 113–150.

Бадмаев, П. А. Доктор Бадмаев. Тибетская медицина. Царский двор. Советская власть. – М.: Русская книга, 1995. – 256 с.

Бадугинова, М. В. Борьба со вспышкой эпидемии чумы в Калмыцкой АССР и Сталинградской области в 1937–1938 гг. / М. В. Бадугинова // Вестник Калмыцкого института гуманитарных исследований РАН. – 2012. – № 2. – С. 108–113.

Бадугинова, М. В. Здравоохранение Калмыцкой степи Астраханской губернии на рубеже XIX-XX веков / М. В. Бадугинова // Научная мысль Кавказа. – 2011. – № 1. – Ч. 2 (65). – С. 23–25.

Бадугинова, М. В. Роль «красных кибиток» в системе охраны здоровья населения Калмыкии в 1927–1931 гг. / М. В. Бадугинова // Вестник Калмыцкого института гуманитарных исследований РАН. – 2011. – № 2. – С. 37–41.

Бадугинова, М. В. Экспедиция П. Ю. Берлина в Калмыкию (1925 г.) и ее значение в развитии здравоохранения республики / М. В. Бадугинова // Вестник Калмыцкого института гуманитарных исследований РАН. – 2014. – № 2. – С. 30–36.

Барадин, Б. Б. Очерки Монголии. Быт и народное здравоохранение в Монголии // Жизнь Бурятии. – 1925. – № 1–2. – С. 3–8.

Басин, Я. Черная смерть в Москве 1939 года / Я. Басин. – URL: https://jewishfreedom. jimdo. com (дата обращения 20.11.2017).

Батоев, Д. Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубачеев в истории здравоохранения Бурятии / Д. Б. Батоев, Н. П. Демкова, С. Д. Батоев. – Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. – 342 с.

Башкуев, В. Ю. Верхнеудинский окружной комитет общественного здравия и опыт борьбы с эпидемиями в Забайкальской области (1870-е – 1880-е гг.) / В. Ю. Башкуев // Власть. – 2013. – № 3. – С. 144–147.

Башкуев, В. Ю. Вклад советских врачей-интернационалистов в борьбу с чумой в Монгольской Народной Республике (1920-1940-е гг.) / В. Ю. Башкуев // Дальневосточный медицинский журнал. – 2019. – № 4. – С. 47–52.

Башкуев, В. Ю. Геополитика и евгеника в контексте научного изучения Бурят-Монгольской АССР в 1920-х – начале 1930-х гг. / В. Ю. Башкуев // Власть. – 2014. – № 5. – С. 140–145.

Башкуев, В. Ю. Геополитические аспекты советско-германского сотрудничества в области медицины в 1920-х гг. / В. Ю. Башкуев // Власть. – 2012. – № 2. – С. 145–149.

Башкуев, В. Ю. Забайкальская область и город Верхнеудинск перед угрозой пятой пандемии холеры / В. Ю. Башкуев // Вестник Бурятского научного центра СО РАН. – 2013. – № 1 (9). – С. 37–46.

Башкуев, В. Ю. Медико-санитарные экспедиции Наркомздрава РСФСР в Тувинской Народной Республике и становление тувинского здравоохранения (конец 1920-х – середина 1930-х гг.) / В. Ю. Башкуев // Вестник Томского государственного университета. – 2018. – № 426. – С. 52–63.

Башкуев, В. Ю. Медицина и политика «мягкой силы» в геополитических стратегиях СССР в монгольском мире / В. Ю. Башкуев // Вестник Бурятского научного центра СО РАН. – 2013. – № 4 (12). – С. 14–21.

Башкуев, В. Ю. Медицина и советская политика «мягкой силы» в Центральной Азии (1930-1940-е гг.) / В. Ю. Башкуев // Проблемы социально-экономического развития Сибири. – 2016. – с. 78–88.

Башкуев, В. Ю. Роль медицины в советско-монгольских отношениях в 1920-е гг. / В. Ю. Башкуев // Вестн. Том. гос. ун-та. – 2016. – № 408. – С. 42–48.

Башкуев, В. Ю. Российская медицина и монгольский мир: исторический опыт взаимодействия (конец XIX – первая половина XX вв.) / В. Ю. Башкуев; науч. ред. Л. В. Курас. – Иркутск: «Оттиск», 2016. – 436 с.

Башкуев, В. Ю. Становление и развитие муниципального здравоохранения в Верхнеудинске / Улан-Удэ в XIX – первой четверти XX в. / В. Ю. Башкуев // Вестник Бурятского научного центра СО РАН. – 2015. – № 4 (20). – С. 61–79.

Башкуев, В. Ю. Эпидемическая безопасность окраинных регионов Российской империи во время пятой пандемии холеры (на примере

Забайкальской области и г. Верхнеудинска) / В.Ю. Башкуев // Власть. – 2013. – № 1. – С. 150–153.

Беленький, С.Ю. Проблемы здравоохранения в МНР / С.Ю. Беленький // Современная Монголия. – 1935. – № 2 (9). – С. 48–75.

Беленький, С.Ю. Курортные богатства МНР / С.Ю. Беленький // Современная Монголия. – 1935. – № 4 (11). – С. 48–62.

Белявский, М.Э. О чуме тарбаганов. Записка по поводу 7 смертных случаев от употребления в пищу сурков, пораженных чумою в поселке Соктуевском / М.Э. Белявский // Вестн. общественной гигиены, судебной и практической медицины. – 1895. – Т. 26. – Отд. 9. – С. 1–6.

Берлин, А.Л. О тибетской медицине / А.Л. Берлин // Современная Монголия. – 1934. – № 4 (7). – С. 47–58.

Бичехвост, Н. Забытые земляки… Эпидемиолог И. Деминский / Н. Бичехвост // Проза. ру. URL: https://www. proza. ru/2011/06/27/1485 (дата обращения 19.08.2016).

Богданов, Л. Павел Шастин, русский доктор / Л. Богданов // Восточно-Сибирская правда. – 2001. – 17 июля. – URL: http://www. vsp. ru/2001/07/17/pavel-shastin-russkij-doktor/ (дата обращения: 25.07.2019).

Броннер, В.М. Влияние социальных факторов на рост венерических болезней и роль государства в борьбе с этими болезнями / В.М. Броннер; Наркомздрав РСФСР, венерологическая секция, отдел санитарного просвещения. – М.: Государственное издательство, 1921. – С. 26.

Броннер, В.М. Научно-исследовательские работы в области здравоохранения в Бурят-Монгольской АССР / В.М. Броннер, И.Б. Бейлин // Проблемы Бурят-Монгольской АССР: труды первой конференции по изучению производительных сил Бурят-Монгольской АССР. Т. 2. – М.-Л.: Изд-во Акад. наук СССР, 1936. – С. 368–387.

Броннер, В.М. Пути советской венерологии / В.М. Броннер // Советская врачебная газета. – 1932. – № 2. – С. 102.

Ванчикова, Ц. П. Проект Буручкома по реформированию тибетской медицины в БМАССР в 1920-е годы / Ц. П. Ванчикова, О. С. Ринчинова // Гуманитарный вектор. Сер. История. Политология. – 2016. – Т. 11. – № 4. – С. 155–162.

Васильев, К. Г. История эпидемий в России (материалы и очерки) / К. Г. Васильев, А. Е. Сегал; под ред. А. И. Метелкина. – Москва: Медгиз, 1960. – 397 с.

Вишленкова, Е. А. «Выполняя врачебные обязанности, я постиг дух народный»: самосознание врача как просветителя государства (Россия, первая половина XIX века) // Ab Imperio. – 2011. – № 2. – С. 47–79.

Вишленкова, Е. А. «Изложить предмет сциентифически»: русские врачи и их полевые исследования (первая половина XIX в.) / Е. А. Вишленкова // Российская история. – 2015. – № 3. – С. 154–169.

Вишленкова, Е. А. Врачебные общества Петербурга в первой половине XIX века: от представительства во власти к самоорганизации / Е. А. Вишленкова // История и историческая память. – 2014. – № 10. – С. 182–199.

Вишленкова, Е. А. Медико-биологические объяснения социальных проблем России (вторая треть XIX века) / Е. А. Вишленкова // История и историческая память: межвуз. сб. науч. ст. – Вып. 4. – Саратов, 2011. – С. 37–66.

Вишленкова, Е. А. Медицинские советы и врачебные общества в Петербурге первой половины XIX века / Е. А. Вишленкова // История медицины. – 2016. – Т. 3. – № 2. – С. 186–201.

Вишняков, Н. И. Записки военного врача. Вступ. ст. и коммент. Н. П. Матхановой / серия «История Сибири. Первоисточники». – Вып. XIV. Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2011. – 339 с.

Гатина, З. С. Система научной аттестации в медицине России в первой половине XIX века / З. С. Гатина, Е. А. Вишленкова // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета культуры и искусств. – 2014. – № 1 (18). – С. 168–178.

Жинкин, В. Н. О кровяных группах и расово-биохимическом указателе у агинских бурят / В. Н. Жинкин. – Верхнеудинск, 1927. – 10 с.

Жинкин, В. Н. Опыт изучения социально-бытовых заболеваний среди кочевых бурят Агинского аймака / В. Н. Жинкин. – Верхнеудинск, 1927. – 57 с.

Закс, И. Г. Опыт изучения заболеваемости венболезнями в Бурято-Монголии / И. Г. Закс, С. Т. Ильин // Венерология и дерматология. – 1927. – № 9. – С. 857–875.

Заленский, Э. Я. Из записок земского врача / Э. Я. Заленский. Псков: Типография «Труд и знание», 1908. – 185 с.

Занданова, Л. В. Борьба с ламаизмом в Восточной Сибири в 1930-е годы: документы свидетельствуют / Л. В. Занданова, А. В. Паламарчук // Гуманитарный вектор. – 2016. – Т. 6. – № 4. – С. 93–98.

Звонарев, М. И. Венерические заболевания среди бурят Боханского аймака / М. И. Звонарев // Жизнь Бурятии. – 1929. – № 3–4. – С. 68–73.

Ибрагимов, М. А. Очерки по истории развития здравоохранения Монгольской Народной Республики. – М.: «Медицина», 1977. – 264 с.

История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.) / М. В. Поддубный [и др.]; под ред. Р. У. Хабриева. – М.: Гэотар-Медиа, 2014. URL: http://istoriirossii. ru/16-vek/297-aptekarskij-prikaz. html (дата обращения: 22.11.2017).

Каверин, В. А. Открытая книга / В. А. Каверин. – М.: Молодая гвардия, 1956. – 832 с.

Кирилов, 1893 – Кирилов, Н. В. Борьба с эпидемическими болезнями в Западном Забайкалье / Н. В. Кирилов // Восточное обозрение. – 1893. – № 17. – С. 8–9.

Кирилов, Н. В. К вопросу о тибетской медицине / Н. В. Кирилов // Восточное обозрение. – 1899. – № 8. – 12 января.

Кирилов, Н. В. Современное значение тибетской медицины, как части ламайской доктрины / Н. В. Кирилов. – Иркутск: Б. и., 1891. – 47 с.

Козлова, И. К. К истории общества врачей Енисейской губернии / И. К. Козлова, И. Т. Лалетин // Сибирское медицинское обозрение. – 2002. – Т. 22. – № 2. – С. 61–63.

Козлов, П. К. Путешествие в Монголию. 1923–1926. Дневники, подготовленные к печати Е. В. Козловой / П. К. Козлов. – М.: Государственное издательство географической литературы, 1949. – 236 с.

Кубанцева, М. А. Партийно-советский актив в борьбе с венерическими болезнями / М. А. Кубанцева // Жизнь Бурятии. – 1929. – № 5. – С. 57–69.

Кузьмин, Ю. В. Доктор П. А. Бадмаев: ученый, дипломат, предприниматель / Ю. В. Кузьмин; [под ред. С. Л. Кузьмина]. – М.: Товарищество научных изданий КМК, 2014. – 182 с.

Куприянов, Н. История медицины в царствование Петра Великого / Н. Куприянов. – СПб.: Типография Якова Трея, 1872. – 16 с.

Лапышев, Д. А. К характеристике сифилиса среди бурят / Д. А. Лапышев // Врачебная газета. – 1929. – № 8. – С. 546–554.

Левенсон, Е. Забытый герой (доктор С. З. Горелик и вспышка чумы в Москве в 1939 году / Е. Левенсон // Альманах «Еврейская старина». – 2008. – № 8 (44). – URL: http://berkovich-zametki.com/2006/Starina/Nomer8/Levenson1. php (дата обращения 20.11.2017).

Лисицын, Ю. П. История медицины: учебник / Ю. П. Лисицын. – М.: Гэотар-Медиа, 2008. – 400 с.

Майский, И. М. Современная Монголия: Отчет Монгольской экспедиции, снаряженной Иркутской конторой Всероссийского союза потребительных Товариществ «Центросоюз» / И. М. Майский. – Иркутск: Государственное издательство РСФСР, 1921. – 332 с.

Мавров, Г. И. История венерологии (сообщение 3). Венерология в России и СССР в XX веке / Г. И. Мавров // Дерматологія та венерологія. – 2009. – № 3 (45). – С. 83–101.

Матвеев, А. К вопросу о вымирании бурят / А. Матвеев // Бурятоведческий сборник. – 1926. – Вып. 2. – С. 38–39.

Миротворцев, К.И. По поводу статьи А. Матвеева «К вопросу о вымирании бурят» / К.И. Миротворцев // Бурятоведческий сборник. – 1926. – Вып. 2. – С. 40–42.

Мирский, М.Б. Очерки истории медицины в России XVI-XVIII вв. / М.Б. Мирский. – Владикавказ: Рекламно-издательское агентство Министерства печати и информации РСО-А, 1995. – 170 с.

Михель, Д.В. Из лаборатории в поле: анализ кейса развития микробной теории в России / Д.В. Михель // Социология власти. – 2012. – № 6–7 (1). – С. 52–66.

Михель, Д.В. Становление медицинской микробиологии в России и проблема холеры (1885–1910 годы) / Д.В. Михель // Известия Саратовского университета. Серия: История. Международные отношения. – 2009. – Т. 9. – № 2. – С. 7–16.

Михель, Д.В. Чума и эпидемиологическая революция в России, 1897–1914 / Д.В. Михель // Вестник Евразии. – 2008. – № 3. – С. 142–164.

Нагибин, Г.Н. Туберкулез и сифилис среди бурят и русских Аларского аймака / Г.Н. Нагибин // Жизнь Бурятии. – 1927. – № 11–12. – С. 80–87.

Нагибин, Г.Н. Туберкулез и сифилис среди бурят и русских Аларского аймака / Г.Н. Нагибин // Жизнь Бурятии. – 1928. – № 1–3. – С. 115–121.

Никольский, Д.П. Программа для собирания сведений о половой зрелости женщин / Д.П. Никольский // Труды Антропологического общества при Императорской Военно-медицинской академии. – СПб.: Военная Типография Главного Штаба Его Императорского Величества, 1901. – Т. V. – 305 с.

Номогоева, В.В. Тибетская медицина в Бурятии в контексте социальной модернизации 1920-30-х гг. // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2009. № 3 (67). – С. 284–286.

Оборин, А.К. Смертность от туберкулеза в г. В.-Удинске за 1922–1927 гг. / А.К. Оборин // Жизнь Бурятии. – 1929. – № 1. – С. 94–98.

Ондар, Е. М. Первый председатель Президиума Малого Хурала Тувинской Народной Республики Куулар Дондук / Е. М. Ондар // Вестник Тувинского государственного университета. Социальные и гуманитарные науки. – 2010. – № 2. – С. 161–166.

Онисимов, К. М. Венерические и кожные болезни по данным Верхнеудинского венерологического диспансера за 1925–26 год / К. М. Онисимов // Жизнь Бурятии. – 1927. – № 11–12. – С. 56–63.

Орлова, И. В. Профессиональные медицинские сообщества в Восточной Сибири XIX века / И. В. Орлова // Иркутский историко-экономический ежегодник. – Иркутск: Изд-во БГУ, 2016. – С. 339-343;

Осокин, Г. М. На границе Монголии. Очерки и материалы к этнографии юго-западного Забайкалья. СПб.: Типография А. С. Суворина, 1906. – 304 с.

Палкин Б. Н. Русские госпитальные школы XVIII века и их воспитанники / Б. Н. Палкин. – М.: Медгиз, 1959. – 271 с.

Переводчиков, И. Н. Быт и заболевания орочен Икатского хребта / И. Н. Переводчиков // Иркутский медицинский журнал. – 1927. – № 4–5. – С. 35–39.

Пестерев, А. М. Половой быт бурят / А. М. Пестерев // Жизнь Бурятии. – 1930. – № 4. – С. 89–98.

Печникова О. Г. Создание и функционирование Аптечного приказа / О. Г. Печникова // Юридические исследования. – 2013. – № 3. – С. 20–22.

Пироговская, М. М. Ветлянская чума 1878–1879 гг.: санитарный дискурс, санитарные практики и (ре) формирование чувствительности / М. М. Пироговская // Антропологический форум. – 2012. – № 17. – С. 198–229.

Плишкин, Д. Н. Некоторые исторические данные о проказе в Бурятии / Плишкин Д. Н. // Жизнь Бурятии. – 1930. – № 2–3. – С. 100–104.

Поддубный, М. В. Генрих Цейсс и московские «германофилы» 1920-х гг. / М. В. Поддубный // Acta Medico-Historica Rigensia. Vol V (XXIV). Riga: Pauli Stradini Museum Historiae Medicinae, 2000. – С. 53–74.

Попов, Г. И. Русская народно-бытовая медицина. По материалам этнографического бюро князя В. Н. Тенишева / Г. И. Попов. – СПб.: Типография А. С. Суворина, Эртелев пер., д. 13, 1903. – 428 с.

Рапопорт, Н. Я. Встреча с «императрицей смерти» / Н. Я. Рапопорт // ВикиЧтение. – URL: https://biography. wikireading. ru/135467 (дата обращения 18.02.2017).

Ратманов, П. Э. История врачебно-санитарной службы Китайской Восточной железной дороги (1897–1935 гг.) / П. Э. Ратманов; под ред. М. Б. Мирского. – Хабаровск: Изд-во ГОУ ВМО ДВГМУ, 2009. – 144 с.

Результаты работы русско-германской экспедиции // Бурят-Монгольская правда. – 1928. – № 198 (1466). – 29 августа.

Решетников, А. П. О чуме тарбаганов, перенесенной на людей / А. П. Решетников // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. – 1895. – Т. 26. – Отд. 9. – С. 6–9.

Руденко, А. М. Тарбаганья чума / А. М. Руденко // Военно-медицинский журнал. – 1900. – № 12. – С. 3567–3575.

Сизых, Т. П. Издательская деятельность медицинских сообществ XIX и XX веков города Иркутска / Т. П. Сизых // Сибирский медицинский журнал. – 2005. – Т. 58. – № 5. – С. 79–86.

Сизых, Т. П. К 150-летию общества врачей Восточной Сибири / Т. П. Сизых // Сибирский медицинский журнал. – 2005. – Т. 53. – № 4. – С. 83–89.

Сизых, Т. П. Роль общества врачей в становлении сибирской бальнеологии / Т. П. Сизых // Сибирский медицинский журнал. – 2005. – Т. 54. – № 5. – С. 88–93.

Скрживан, О. Наши сведения о тарбаганьей чуме / О. Скрживан // Русский архив патологии, клинической медицины и бактериологии. – 1901. – Т. XI. – Вып. 6. – С. 608–612.

Содномпилова, М. М. Между медициной и магией: практики народной медицины в культуре монгольских народов (XVII-XIX вв.) / М. М. Содномпилова. – М.: Наука – Восточная литература, 2019. – 205 с.

Смирнова, Е. М. «Аптекарского приказу люди» на государевой службе / Е.М. Смирнова // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. – 2017. – № 9 (83). – С. 175–179.

Ставиский, С.Д. Материалы по медицинскому обследованию сойотов Окинского края / Ставиский С.Д. // Иркутский медицинский журнал. – 1928. – Т. VI. – С. 3–20.

Степин, В.С. История и философия медицины. Научные революции XVII – XX веков / В.С. Степин, А.М. Сточик, С.Н. Затравкин. – М.: Академический проспект, 2020. – 376 с.

Сточик, А.М. Возникновение профилактической медицины в процессе научных революций 17–19 веков / А.М. Сточик, С.Н. Затравкин, А.А. Сточик. – М.: Шико, 2013. – 136 с.

Сточик, А.М. Становление государственной медицины (вторая половина XVIII – первая половина XIX века). Сообщение 1. Возникновение концепции медицинской полиции, органов управления медико-санитарным делом, врачебно-санитарного законодательства / А.М. Сточик, С.Н. Затравкин, А.А. Сточик // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 1. – С. 44–49.

Сточик, А.М. Становление государственной медицины (вторая половина XVIII – первая половина XIX века). Сообщение 5. Основные результаты внедрения концепции медицинской полиции / А.М. Сточик, С.Н. Затравкин, А.А. Сточик // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 5. – С. 51–56.

Сточик, А.М. Становление государственной медицины во второй половине XVIII – первой половине XIX века. Сообщение 2. Создание государственных систем подготовки медицинских кадров и призрения социально незащищенных групп населения / А.М. Сточик, С.Н. Затравкин, А.А. Сточик // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 2. – С. 41–45.

Сточик, А.М. Становление государственной медицины во второй половине XVIII – первой половине XIX века. Сообщение 4. Государственные меры по обеспечению здоровых условий жизни,

питания и трудовой деятельности / А. М. Сточик, С. Н. Затравкин, А. А. Сточик // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 4. – С. 41–46.

Талько-Грынцевич, Ю. Д. К антрополодии Забайкалья и Монголии / Ю. Д. Талько-Грынцевич // Антропологический журнал. – 1902. – № 2. – С. 1–36.

Талько-Грынцевич, Ю. Д. К вопросу об изучении физиологических явлений половой жизни женщин в Забайкалье / Ю. Д. Талько-Грынцевич // Труды Троицкосавско-Кяхтинского отделения Приамурского отдела Императорского Русского географического общества. – Т. V. – Вып. 1. – М.: Типо-литография А. В. Васильева и Со., 1902. – С. 95–135.

Талько-Грынцевич, Ю. Д. Народности Центральной Азиию (Монголы-халхасцы, буряты и тунгусы). Антропологический очерк / Ю. Д. Талько-Грынцевич // Труды Троицкосавско-Кяхтинского отделения Приамурского отдела Императорского Русского географического общества. – Т. V. – Вып. 1. – М.: Типо-литография А. В. Васильева и Со., 1902. – С. 39–77.

Талько-Грынцевич, Ю. Д. О чумных заболеваниях в Монголии / Ю. Д. Талько-Грынцевич // Труды Троицкосавско-Кяхтинского отделения Приамурского отдела Императорского русского географического общества. – 1899. – Т. II. – Вып. 1–2. – С. 96–110.

Тарасенко, Д. Б. М. М. Добротворский и Н. В. Кирилов как исследователи народной медицины / Д. Б. Тарасенко // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2010. – № 10. – С. 87–90.

Трубачеев, А. Т. Состояние и перспективы здравоохранения в Бурят-Монгольской АССР / А. Т. Трубачеев // Проблемы Бурят-Монгольской АССР: труды первой конференции по изучению производительных сил Бурят-Монгольской АССР. Т. 2. – М.-Л.: Изд-во Акад. наук СССР, 1936. – С. 349–367.

Федорова, Г. В. Общественная медицина в Омске. К 120-летию основания Омского медицинского общества / Г. В. Федорова, Л. А. Ахтулова // Омский научный вестник. – 2002. – № 20. – С. 155–159.

Фельдер, Б. Расовая гигиена в России: Евгений Алексеевич Шепилевский (1857-1920) и зарождение евгеники в Российской

империи / Б. Фельдер // Историко-биологические исследования. – 2012. – Т. 4. – № 2. – С. 39–60.

Филин, С. А. Формирование европейских систем здравоохранения и ветеринарии в Монголии в XIX – XX веках / С. А. Филин // История медицины. – 2017. – Т. 14. – № 1. – С. 52–61.

Фирсова, Д. Формула жизни удалась / Д. Фирсова // Советский экран. – 1981. – № 1. – С. 9.

Харахинов, М. К. Десять лет борьбы на фронте здравоохранения в БМАССР / М. К. Харахинов. – М.-Иркутск, 1933. – 27 с.

Хартанович, М. В. Бурят-Монгольская антропологическая экспедиция АН СССР 1931 г. / М. В. Хартанович // Наука из первых рук. – 2011. – № 3 (39). – С. 84–91.

Шабаев, М. Г. Очерки истории здравоохранения Тувы / М. Г. Шабаев. – Кызыл: Тувинское книжное издательство, 1975. – 195 с.

Шаров, А. Жизнь побеждает / А. Шаров. – М.-Л.: Детгиз, 1953. – 192 с.

Шашков, С. С. История русской женщины / С. С. Шашков. – СПб.: Типография А. С. Суворина, 1879. – 352 с.

Шевцова, З. И. Медики-подвижники на ниве земской медицины / З. И. Шевцова, В. В. Гапонов, Н. Чабан // Гастроентерологія. – 2016. – № 3 (61). – С. 99–105.

Штейгман, В. А. Экспедиция на север о-ва Сахалина для санитарных мероприятий среди инородцев и попутного сбора статистико-экономического материала о них, командированная Военным губернатором острова летом 1908 г.: доклад о действиях экспедиции начальника ее, врача коллежского советника Штейгмана / В. А. Штейгман. – Б. м.: Б. и., 1908. – 51 с.

Энгельстайн, Л. Нравственность и деревянная ложка: сифилис, секс и общество глазами российских врачей (1890-1905) / Л. Энгельстайн // Американская русистика: вехи историографии последних лет. Императорский период; [сост. М. Дэвид-Фокс]. – Самара: Изд-во «Самарский университет», 2000. – С. 217–268.

Ядринцев, Н. М. Сибирские инородцы, их быт и современное положение / Н. М. Ядринцев. – СПб.: Издание И. М. Сибирякова, 1891. – 306 с.

Ядринцев, Н. М. Сибирь как колония в географическом, этнографическом и историческом отношении / Н. М. Ядринцев. – СПб: Издание И. М. Сибирякова, 1892. – 750 с.

На английском языке

Andrews, R. C. Across Mongolian Plains. A Naturalist»s Account of China»s «Great Northwest» / R. C. Andrews. – New York: D. Appleton and Company, 1921. – 276 p.

Baker, B. J. The Origin and Antiquity of Syphilis: Paleopathological Diagnosis and Interpretation / B. J. Baker, G. J. Armelagos // Current Anthropology. – 1988. – Vol. 29. – № 5. – P. 703–737.

Becker, E. M. Medicine, Law, and the State in Imperial Russia / E. M. Becker. – Budapest-New York: Central European University Press, 2011. – 399 p.

Beer, D. Renovating Russia: The Human Sciences and the Fate of Imperial Modernity, 1880–1930 / D. Beer. – Ithaca, N. Y.: Cornell University Press, 2008. – 229 p.

Briggs, A. Cholera and Society in the Nineteenth Century / A. Briggs // Past and Present. – 1961. – № 19. – P. 76–96.

Comrades in Health. U. S. Health Internationalists, Abroad and at Home. Ed. by Anne-Emanuelle Birn and Theodore M. Brown. – New Brunswick, New Jersey, and London: Rutgers University Press, 2013. – 368 p.

Crosby, A. W. Jr. The Early History of Syphilis: A Reappraisal / A. W. Crosby Jr. // American Anthropologist. – 1969. № 71. – P. 218–227.

Dennie, C. A History of Syphilis / C. A. Dennie. – Springfield: Thomas, 1962. – 137 p.

Dioneo. In Far North-East Siberia / Dioneo, L. Edwards, Z. Shklovskii. – BiblioLife LLC, б. г. – 330 p.

Frieden, N. M. Russian Physicians in the Era of Reform and Revolution, 1856–1905 / N. M. Frieden. – Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1981. – 398 p.

Frieden, N. M. The Russian Cholera Epidemic, 1892–1893, and Medical Professionalization / N. M. Frieden // Journal of Social History. – 1977. – Vol. 10. – № 4. – P. 538–559.

Henze, C. E. Disease, Healthcare and Government in Late Imperial Russia. Life and Death on the Volga, 1823–1914 / C. E. Henze. – London and New York: Routledge, 2011. – 248 p.

Héricourt, J. The Social Diseases: Tuberculosis, Syphilis, Alcoholism, Sterility / J. Héricourt. – London: George Routledge & Sons Ltd.; New York: E. P. Dutton & Co., 1920. – VIII+246 p.

Jankauskas, R. On the Origin and Antiquity of Syphilis / R. Jankauskas, S. L. Saul // Current Anthropology. – 1989. – Vol. 30. – № 4. – P. 481–482.

Lobdell, J. E. The Origin of Syphilis / J. E. Lobdell, D. Owsley // The Journal of Sex Research. – 1974. – Vol. 10. – № 1. – P. 76–79.

Lynteris, C. Ethnographic Plague: Configuring Disease on the Chinese-Russian Frontier / C. Lynteris. Palgrave-Macmillan, 2016. – 199 p.

McGough, L. J. Gender, Sexuality and Syphilis in Early Modern Venice: the Disease that Came to Stay / L. J. McGough. – Palgrave Macmillan, 2010. – 202 p.

Moreau-Defarges, P. Overpopulation, geopolitical actors, world governance. Insistut Français des Relations Internationales // Exploring Geopolitics. – URL: http://www. exploringgeopolitics. org/interview_ moreau_defarges_philippe_overpopulation_geopolitical_actors_ world_governance_institut_francais_des_relations_internationales_ ifri/ (дата обращения: 15.12.2017).

Pietrzak-Franger, M. Syphilis in Victorian Literature and Culture: Medicine, Knowledge and the Spectacle of Victorian Invisibility / M. Pietrzak-Franger. – Palgrave Macmillan, 2017. – 339 p.

Rupen, R. A. The Buriat Intelligentsia / R. A. Rupen // The Far Eastern Quarterly. – 1956. – Vol. 15. – № 3. – P. 383–398.

Sarkisova, O. Screening Soviet Nationalities: Kulturfilms from the Far North to Central Asia / O. Sarkisova. – London-New York: I. B. Taurus, 2017. – 320 p.

Seghal, A. Leprosy (Deadly Diseases and Epidemics) / A. Seghal. – Philadelphia: Chelsea House Publishers, 2006. – P. 8–33.

Sodnompilova, M. M. Diseases and their origins in the traditional worldview of Buryats: folk medicine methods / M. M. Sodnompilova, V. Y. Bashkuev // Études mongoles et sibériennes, centrasiatiques et tibétaines. – 2015. – № 46. – URL: http://emscat. revues. org/2510; DOI: 10.4000/emscat. 2510.

Solomon, S. G. The Soviet-German Syphilis Expedition to Buriat-Mongolia, 1928: Scientific Research on National Minorities / S. G. Solomon // Slavic Review. – 1993. – Vol. 52. – № 2. – P. 204–232.

Stolpe, I. Display and Performance in Mongolian Cultural Campaigns / I. Stolpe // Conflict and Social Order in Tibet and Inner Asia; [ed. F. Pirie, T. Huber]. Brill, 2008. – P. 59–84.

Terbish, B. Mongolian Sexuality: A Short History of the Flirtation of Power with Sex / B. Terbish // Inner Asia. – 2013. – № 15. – P. 243–271.

Vishlenkova, E. The State of Health: Balancing Power, Resources, and Expertise and the Birth of Medical Profession in the Russian Empire / E. Vishlenkova // Ab Imperio. – 2016. – № 3. – P. 39–75.

Wolff, S. M. Mongols in Western Europe in 1925–1929 / S. M. Wolff // Man. – 1945. – Vol. 45. – P. 41–42.

Авторефераты и диссертации

Бадугинова, М. В. Здравоохранение Калмыкии в конце XIX – первой половине XX века: автореф. дис.…канд. ист. наук: 07.00.02 / Бадугинова Маргарита Владимировна. – Грозный, 2018. – 29 с.

Бадугинова, М. В. Здравоохранение Калмыкии в конце XIX – первой половине XX века: дис.…канд. ист. наук: 07.00.02 / Бадугинова Маргарита Владимировна. – Грозный, 2018. – 224 с.

Порфирьев С. П. Сифилис в Европейской России. Материалы для его статистики: дис.…д-ра медицины / Порфирьев Сергей Петрович. – СПб.: Экономическая типо-литография, 1911. – 103 с.

Шперк, Э. Ф. Медико-топографические замечания о сифилисе в Северо-Восточной Сибири, называемом там «проказою»: дис.…д-ра медицины / Шперк Эдуард Фридрихович. – СПб.: Типография духовного журнала «Странник», 1863. – 62 с.

ИЛЛЮСТРАЦИИ

Глазной отряд Советского Красного Креста (СКК). Осмотр глаз у бурятского населения. 1932 г. Фотография из фондов Научно-медицинской библиотеки Республиканского центра медицинской профилактики, предоставлена Н. П. Демковой.

Аршанский костно-туберкулезный санаторий, Бурят-Монгольская АССР. Открыт в 1927 г. Врач Ж. Д. Башинов изготавливает корсет. Фотография из фондов Научно-медицинской библиотеки Республиканского центра медицинской профилактики, предоставлена Н. П. Демковой.

Врач-фтизиатр Л. П. Коновалова за работой. Фотография из фондов Научно-медицинской библиотеки Республиканского центра медицинской профилактики, пред оставлена Н. П. Демковой.

Обслуживающий персонал кумысолечебницы в пос. Верхняя Березовка (открыта в 1926 г.). 1935 г. Фотография из фондов Научно-медицинской библиотеки Республиканского центра медицинской профилактики, предоставлена Н.П. Демковой.

Участницы советско-германской экспедиции 1928 г. Справа во втором ряду студентка медицинского факультета Иркутского государственного университета Т.И. Семенова. В нижнем ряду известный советский этнограф и монголовед К.В. Вяткина, участник экспедиции от АН СССР.
28 августа 1928 г., Хоринский аймак, Бурят-Монгольская АССР.
Фотография из личного архива Т.И. Семеновой,
предоставлена Ф.В. Семеновым.

Коллектив Верхнеудинского венерологического диспансера им. В.М. Броннера. 1934 г. Крайний слева во втором ряду – главный врач диспансера А.М. Пестерев. Фотография из личного архива Т.И. Семеновой, предоставлена Ф.В. Семеновым.

Советский хирург П.Н. Шастин осматривает больную. Улан-Батор, МНР. 1920-е гг. Фотография предоставлена Л. Энхбаатаром (M.D., Ph.D.).

П.Н. Шастин осматривает монгольского ребенка.
Фотография предоставлена Л. Энхбаатаром (M.D., Ph.D.).

Забор крови из вены у пациента. МНР, 1930-е гг.
Фотография предоставлена Л. Энхбаатаром (M.D., Ph.D.).

Советский врач осматривает больного. МНР. 1920-е – 1930-е гг.
Фотография предоставлена Л. Энхбаатаром (M.D., Ph.D.).

Пионеры у мемориальной доски П.Н. Шастина. Фотография предоставлена Л. Энхбаатаром (M.D., Ph.D.).

Европейская медицина
и традиционное общество в монгольском мире
(последняя треть XIX – первая половина XX в.)

Всеволод Юрьевич Башкуев

Научное издание

Издательство «Оттиск»
Лицензия ЛР № 066064 от 10.08.1998.
Подписано в печать 12.04.2021 г.
Формат 60x84 1/16. Гарнитура Times New Roman.
Усл. печ. л. 21.62. Уч.-изд. л. 21.54.

Отпечатано в типографии «Оттиск»
Печать офсетная. Бумага офсетная.
Тираж 500 экз. Заказ № 057.
664025, г. Иркутск, ул. 5-й Армии, 26.
Тел./факс: (3952) 34-32-34, 241-242.
E-mail: ottisk@irmail.ru
www.ottisk-irk.ru