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

В.Ю. Башкуев

«Мягкая сила» советской медицины на зарубежном Востоке. 1920-е – 1940-е гг.

Хабаровск
2021

УДК 94 (5)
ББК 63.3 (5)
Б33

Утверждено Ученым советом ИМБТ СО РАН
Научный редактор:
д.м.н., доц. П. Э. Ратманов
Рецензенты:
д.и.н., проф. Л. В. Курас
д.и.н., проф. С. И. Кузнецов
д.м.н., проф. А. Н. Плеханов

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 19-18-00031)

Б33 **Башкуев В.Ю.** «Мягкая сила» советской медицины на зарубежном Востоке. 1920-е – 1940-е гг. / В. Ю. Башкуев / науч. ред. П.Э. Ратманов. – Хабаровск: Изд-во Дальневосточного государственного медицинского университета, 2021. – 502 с.

ISBN 978-5-85797-445-2

В книге представлены результаты исследования советской помощи странам и регионам зарубежного Востока в области медицины и охраны здоровья в 1920-е – 1940-е гг. Внимание сосредоточено на особенностях политической ситуации в МНР, ТНР, Синьцзяне, Афганистане, Хиджазе и Йемене в межвоенный период, взаимодействии советских медиков с властями и местным населением, воздействии «мягкой силы» советской медицины в гетерогенных политических и культурных условиях. Исследование опирается на обширный корпус архивных источников.

Книга адресована историкам, политологам, социологам, врачам и всем интересующимся историей медицины, историей внешней политики России и СССР в азиатском регионе, международными культурными и гуманитарными связями.

УДК 94 (5)
ББК 63.3 (5)

ISBN 978-5-85797-445-2

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

Оглавление

Введение.....6

Раздел I. Советская медико-санитарная помощь Монголии и Туве в 1920-е – 1940-е гг. «Мягкая сила» в условиях политического доминирования СССР ... 16

Глава 1. Советские врачи и строительство современного здравоохранения в Монгольской Народной Республике (1924-1945 гг.) 20

1.1. Монголия в российской и советской геополитике первой трети XX в. 20

1.2. Медико-санитарное состояние Монголии в 1920-е гг. по материалам советских исследователей и врачей 31

1.3. Два подхода к организации медико-санитарной помощи Монгольской Народной Республике: советские врачи на монгольской службе и работа медико-санитарных экспедиций Наркомздрава РСФСР (1923-1938 гг.).....39

1.4. Советские элементы в организации и работе медицинского сообщества. Формирование института советников Министерства здравоохранения МНР 78

1.5. Советско-монгольское сотрудничество в борьбе с эпидемиями на территории Монгольской Народной Республики 103

1.6. Победителей не судят? Социалистическое здравоохранение и судьба монголо-тибетской медицины (1920-е – середина 1930-х гг.).....113

Глава 2. Советская помощь Тувинской Народной Республике в создании современного здравоохранения (1928-1935 гг.) 133

2.1. Традиционный быт и здоровье тувинцев глазами советских экспедиционных врачей 133

2.2. Проблемы здравоохранения Тувы в материалах второй, третьей и четвертой экспедиций Наркомздрава РСФСР (1929-1934 гг.).....158

2.3. Советское медицинское сообщество в Тувинской Народной Республике: проблемы формирования и социокультурные характеристики.....171

Раздел II. Советская медицина в Центральной Азии (1920-е – 1940-е гг.) 207

Глава 1. Советские медицинские учреждения и «мягкая сила» СССР в китайской провинции Синьцзян (1920-е – 1940-е гг.) 210

1.1. Роль Синьцзяна в российской и советской внешней политике в Центрально-азиатском регионе (конец XIX – первая половина XX в.) 210

1.2. Деятельность советских медицинских учреждений в Синьцзяне в конце 1920-х – начале 1930-х гг. 227

1.3. Деятельность советских медицинских учреждений в Синьцзяне в середине 1930-х – 1940-х гг. 264

Глава 2. Советские врачи и медицинские учреждения в Афганистане (1920-е – 1930-е гг.) 287

2.1. Медико-санитарные характеристики Афганистана в материалах советских врачей (1920-е – 1930-е гг.) 296

2.2. Медицинские будни советских консульских медпунктов в Афганистане (конец 1920-х – 1930-е гг.) 323

2.3. Советские врачи и борьба с эпидемиями в Афганистане 346

Раздел III. Советская медицина в государствах Аравийского полуострова (1920-е – 1940-е гг.) 363

Глава 1. Караваном, поездом, пароходом: транспортировка мусульманских паломников через территорию СССР как политическая и медико-санитарная проблема (1926-1930 гг.) 366

1.1. Хадж как глобальная миграционная проблема в конце XIX – начале XX в. 366

1.2. Создание и развитие паломнического транзита через территорию Российской империи (конец XIX в. – 1914 г.) 369

1.3. Глобализация по-большевистски: советский паломнический транзит (1926-1930 гг.) 378

Глава 2. Советские медицинские учреждения в Хиджазе (с 1932 г. – Королевство Саудовская Аравия) 396

2.1. Система здравоохранения и медико-санитарная обстановка в Хиджазе глазами советских врачей в конце 1920-х – начале 1930-х гг. 397
2.2. Санитарные характеристики и описания хаджа в материалах советского консульского медпункта в Джидде 408
2.3. Медицинские будни советского консульского медпункта в Джидде: болезни, обследования, исследования, политические интриги, кадровый состав 425
Глава 3. Советское медицинское присутствие в Йемене (1929-1940 гг.) 439
3.1. Советские врачи и медучреждения в Йемене (конец 1920-х – 1930-е гг.) 443
3.2. «Мягкая сила» советской медицины при дворе йеменского короля-имама Яхьи бен Мухаммед Хамид ад-Дина 454
Заключение 478
Список использованных источников и литературы 493
Материалы личного происхождения 493
Литература 494

Введение

Глядя на историю медицины в XX столетии через призму политических процессов этой турбулентной и кровавой, но вместе с тем, динамичной и богатой на прогрессивные изменения эпохи, нетрудно заметить поступательно усиливавшееся с начала века переплетение медицинской и политической проблематики. Век, вызвавший к жизни дотоле невиданную разрушительную силу тоталитарных идеологий, одновременно дал серию мощных импульсов развитию международных медицинских связей. Научная интерпретация этого феномена требует отсылки к политическому, экономическому и культурному контексту развития цивилизации в условиях стремительного технического прогресса. Вместе с тем, никуда не деться от простого и очевидного объяснения. Глобальные масштабы разрушения, причиненного двумя мировыми войнами, десятками революций, сотнями локальных конфликтов и периодическими конвульсиями мировой экономики требовали глобальных же мер по восстановлению нормальности. Обычная для человечества дихотомия хаоса и баланса, разрушения и созидания в атипичном по скорости технического прогресса XX в. требовала уже не привычной регенерации внутри отдельной империи или государства, а скоординированных усилий многих акторов. Перед регулярно ставившей себя на грань катастрофы цивилизацией встала задача разработки механизмов совместного преодоления глобальных вызовов, от послевоенного восстановления до борьбы за мир и от ликвидации голода и эпидемий до запрета биологического оружия и предупреждения пандемий.

Вплетению медицины в контекст мировых политических процессов способствовало и постепенно распространявшееся по земному шару понимание возросшей ценности человеческой жизни. Парадоксально, но построенные вокруг тоталитарной идеологии государства, подменявшие индивидуальное благополучие граждан идеологически сконструированными концепциями всеобщего блага, первыми осознали ценность медицины как политического и идеологического инструмента. Наиболее убедительный пример использования медицины в политических

целях представил Советский Союз. За относительно недолгий период существования он сумел создать довольно эффективную модель здравоохранения, испытал ее на своей территории, использовал в качестве геополитического рычага и канала передачи идеологии в соседних государствах. К концу социалистического периода модель Семашко распространилась по всем континентам, и до сих пор продолжает действовать в ряде стран бывшего советского блока.

В отличие от нацистской и фашистской идеологии, большевистская доктрина оперировала противоположными понятиям расовой эксклюзивности или корпоративной лояльности концепциями международной пролетарской солидарности, апеллировавшими к идее социальной справедливости. В условиях, когда колониальная система была еще сильна, а многие народы Азии находились под иностранным господством, идеология классового единения угнетенных и общей борьбы с мировым империализмом оказалась действенным оружием. Однако, хорошо сознававшие ее разрушительный потенциал западные антагонисты советского режима препятствовали открытой пропаганде, создавая вокруг СССР зоны отчуждения и разграничивая идеологическое пространство мира запретными линиями. Для трансляции идеологии вовне требовались каналы, не вызывающие особого подозрения, и уже широко использующиеся в мире как объединяющая платформа.

В этом отношении медицина оказалась не только эффективным носителем идеологических подтекстов, но и инструментом создания положительного образа Страны Советов за рубежом. Имидж СССР как великой культурной и научной державы, развивающейся не благодаря, а вопреки построенному на эксплуатации капиталистическому миру, особенно активно транслировался в пространство зарубежной Азии. Там, на огромном пространстве советского пограничья от Маньчжурии до ледяных хребтов Куньлуня и Памира, перед советской медициной открывалось безбрежное поле деятельности. Традиционные кочевые сообщества Монголии и Тувы, едва знакомые с европейской медициной, мусульманское население Синьцзяна, находящееся в состоянии постоянной гражданской

войны, свободолюбивый, но социально и экономически отсталый Афганистан виделись большевиками одновременно как объекты геополитического манипулирования и как общества в ожидании социальных экспериментов. В этих странах и регионах с середины 1920-х гг. поступательно реализовывалась советская программа медико-санитарной помощи, внутри которой скрывались геополитические и идеологические повестки большевиков.

Предлагаемое вниманию читателя исследование посвящено «мягкой силе» советской медицины в пространстве зарубежной Азии. Охватывая огромный по масштабам географический ареал от Монголии до Йемена, оно отнюдь не претендует на всеобъемлющее, многоаспектное изучение опыта советского медицинского содействия соседним азиатским странам. В рамках одной монографии эта задача невыполнима, так как каждый рассмотренный здесь сюжет может и должен стать темой отдельной книги. Данная же работа обозначает географические и концептуальные границы исследовательского поля, намечает магистральные направления внутри него, вводит узко трактуемую историю медицины в контекст политических отношений СССР с государствами монгольского мира, странами и регионами исламского востока. В определенном смысле, монография закладывает базис целого направления будущих исследований, вводя в научный оборот значительный (но не исчерпывающий) объем архивных документов и формируя насыщенную фактами и интерпретациями среду для научных дискуссий.

Немного о предыстории этой книги. Замысел такого исследования возник достаточно давно, но его основное направление – международные связи Наркомздрава РСФСР/СССР – подразумевало еще один магистральный вектор, а именно – медицинские связи со странами Запада. Очевидно, что подобная задача просто не по силам одному исследователю. Она требует скоординированной работы целого коллектива единомышленников, поставивших себе общую цель – понять, насколько советские связи в области медицины представляли собой пространство для идеологической пропаганды, а насколько – «мягкую силу». Реализация идеи такого исследо-

вания требует сочетания в творческом коллективе специалистов различного профиля – историков медицины и политических историков, медиков, социологов, этнологов, переводчиков с европейских и восточных языков. Конечно же, подобные штудии связаны с продолжительной работой в архивах, научными командировками, международной мобильностью. Поэтому воплотить идею в реальность представлялось возможным только в рамках серьезного проекта, поддержанного грантом известного научного фонда.

Многолетняя исследовательская работа по темам, близко связанным с историей медицины, дала возможность завязать важнейшие для данного проекта контакты. Моим ближайшим единомышленником стал историк медицины из Хабаровска, профессор Дальневосточного государственного медицинского университета Минздрава РФ, доктор медицинских наук Павел Эдуардович Ратманов. Наши разговоры об истории медицины, обсуждение моей первой монографии в этой области и докторской диссертации, послужили началом данного проекта. Я благодарен П.Э. Ратманову за оригинальные научные идеи, конструктивную критику моих работ, помощь с медицинской терминологией и концепциями здравоохранения, а самое главное – за безусловный научный профессионализм и человеческую поддержку. Заслуга Павла Эдуардовича состоит в том, что он не только согласился взять на себя колоссальную по сложности задачу – исследовать советские медицинские связи с Западом в изучаемый период, но и возглавил проект, что само по себе возлагает на ученого большую дополнительную нагрузку.

Осенью 2018 г. мы подготовили заявку в Российский научный фонд на тему «“Мягкая сила” советской медицины: трансфер знаний, технологий и идеологий в международных связях Наркомздрава РСФСР/СССР (1921-1947)». Благодаря поддержке фонда, нам удалось в течение трех лет регулярно совершать научные командировки в федеральные архивы в Москве, работать в центральных библиотеках страны, участвовать в научных мероприятиях как в очном, так и в дистанционном формате. Свои коррективы в исследовательские планы регулярно вносила разразившаяся в мире пандемия COVID-19. Однако она не

столько нарушила, сколько привела в порядок научные планы творческого коллектива, позволив сконцентрироваться на важнейших аспектах изучаемой проблемы, а также создала условия для апробации новых форматов исследовательской работы.

Появившаяся в результате проекта монография переносит нас из борющейся с последствиями революции и Гражданской войны Советской России сначала в Монголию и Туву, в начале 1920-х гг. вставшие на некапиталистический путь развития и первыми влившиеся в советский блок. Затем нить исследования ведет в Синьцзян, рассматривавшийся большевиками как плацдарм для борьбы против Великобритании, и в Афганистан, первым в мире установивший дипломатические отношения с Советской Россией (1921). После этого мы удаляемся на тысячи километров от советских границ на Аравийский полуостров, куда в 1920-е гг. был направлен еще один вектор советской политики. Реализация в этом регионе советской помощи в области медицины и охраны здоровья придала процессу медицинского взаимодействия действительно глобальный характер, поместив медиков из СССР на самый оживленный перекресток миграционных путей, замыкающийся на священных городах мусульман – Мекке и Медине.

К сожалению, из географических рамок данной работы выпал важный элемент – Персия (с 1935 г. – Иран). Это обусловлено тем, что Персия занимала отдельное важное место в геополитической стратегии большевиков на Ближнем Востоке. В начале 1920-х гг. Персия оказалась единственным государством в Азии, где инициированная большевиками идеологическая, а затем и военная интервенция (Гилянская республика, 1920-1921 гг.) провалилась, создав после себя резко негативное отношение к Советской России. Поэтому персидский сюжет составляет тему отдельного исследования, для которого необходимо изучить фонды Архива внешней политики РФ (АВП РФ) и фонды Российского государственного архива социально-политических исследований (РГАСПИ).

Хронологические рамки исследования ограничены межвоенным периодом (1920-е – начало 1940-х гг.). Нижняя граница соответствует первым попыткам Советской России выйти

в пространство своего азиатского геополитического лимитрофа, обезопасить южные и юго-восточные рубежи и завязать дружественные отношения с переживающими процесс национального освобождения народами Внутренней, Центральной Азии и Аравийского полуострова. Верхняя граница вплотную подводит нас к началу Великой Отечественной войны, когда формат советской медико-санитарной помощи в некоторых из изучаемых стран претерпел сильные изменения. Так, в 1938 г. были прерваны дипломатические отношения с Саудовской Аравией (Хиджаз). Соответственно, прекратились и все медицинские связи. В 1940 г. советское медицинское присутствие в Афганистане тоже практически сошло на нет – в стране остался единственный советский врач при медпункте в Кабуле.

Географический масштаб и пространственная логика исследования предопределили главную особенность структуры настоящей монографии. Каждая страна, где в межвоенный период работали советские врачи, образует собственный исследовательский кейс. Общая социокультурная специфика и особенности реализации «мягкой силы» советской медицины в схожих политических и культурных условиях продиктовали необходимость объединения исследовательских кейсов в разделы. Такое группирование позволяет не только сравнивать между собой достаточно крупные общности, но и выявлять различия между типологически близкими кейсами, что не всегда очевидно при индивидуальном представлении каждого сюжета. Таким образом, структура книги является частью ее концептуального замысла: подобное расположение позволяет более контрастно представить действие «мягкой силы» советской медицины в разных политических и идеологических средах.

Как следует из названия книги, теоретической основой исследования выступает геополитическая концепция «мягкой силы», предложенная гарвардским политологом Дж. Наем в 1990 г. Согласно этой концепции, традиционное понятие «силы» в современном международном контексте претерпело значительные изменения. «Жесткая сила» военного и дипломатического принуждения все больше уступает первенство «неосязаемым», прежде всего информационным, аспектам силы.

По мнению Дж. Ная, способность оказывать влияние на другие страны, не командуя, а побуждая их захотеть того, чего от них добиваются, является более эффективной формой политического воздействия. На «мягкую силу» работают не конкретные инструменты принуждения – военная мощь, дипломатические ультиматумы, экономические санкции, а инструменты влияния – культура, идеология и эффективно действующие институты[1].

В контексте данной книги важно то, что Най противопоставляет «мягкой силе» пропаганду. Его интерпретация пропаганды носит негативный оттенок. Он считает, что пропаганда – это когда информационная политика государства за рубежом не соответствует внутренним реалиям этого государства[2]. Манипулируя информацией как пропагандой можно добиться результатов, совершенно противоположных «мягкой силе», то есть разрушить доверие, на создание которого и направлена «мягкая сила»[3]. Сочетание пропаганды и «мягкой силы» было характерно как для советских медицинских связей с Западом, так и для медико-санитарной помощи странам Азии.

Рассмотрение медицины в качестве рычага советского политического влияния в Азии обусловливает применение геополитического подхода. В его рамках политические, социальные и культурные процессы, происходившие в ходе взаимодействия СССР с изучаемыми странами и народами в области медицины и охраны здоровья, рассматриваются с точки зрения их значения для советской геополитической стратегии в Азии. В качестве одной из осевых точек советской геополитики в регионе выступают планы кремлевского руководства инициировать революционные движения в массах «угнетенных народов буддийского Востока» и использовать их в борьбе против империализма. В качестве другой осевой точки рассматривается необходимость геополитического балансирования с основным историческим соперником России в Азии – Японской империей, лелеявшей

[1] Nye J.S. Soft Power // Foreign Policy. 1990. № 80. P. 166-167. Его же. Think Again: Soft Power // Foreign Policy. URL: http://foreignpolicy.com/2006/02/23/think-again-soft-power (дата обращения: 01.11.2016).

[2] Nye J.S. China's Soft Power Deficit: Opinion // Wall Street Journal. 2012. 8 May.

[3] Най Д.С. Будущее власти: как стратегия умной силы меняет XXI век: Серия «Политика. М.: АСТ, 2014. С. 151.

в регионе свои амбициозные планы и активно использовавшей в этих целях собственную паназиатскую идеологию.

В первый раздел монографии объединены кейсы Монголии и Тувы. Общим знаменателем для них является тесное примыкание к советской политической орбите. В монгольском сюжете больше внимания уделяется объяснению геополитических причин советской медико-санитарной помощи, внутриполитической обстановке в стране и роли двух различных подходов к организации медицинского взаимодействия. Освещена проблема отношений советских врачей с монгольскими эмчи-ламами, носителями тибетской медицины. Тувинский сюжет больше сконцентрирован на отношениях врачей с местными традиционными сообществами, роли медико-санитарных экспедиций в организации тувинского здравоохранения, формировании и проблемах советского врачебного сообщества в Туве.

Второй раздел монографии посвящен истории советской медицинской помощи китайской провинции Синьцзян и Афганистану. Два этих кейса объединены в центральноазиатский сюжет не случайно. Именно там лучше всего виден водораздел между переходным кейсом Синьцзяна, где отчетливо проявилась «мягкая сила», но почти провалилась политическая повестка советской медицины и кейсом Афганистана, демонстрирующим полный крах политической повестки и лишь частичную реализацию «мягкой силы».

Третий раздел состоит не из двух, а из трех глав. Его открывает экскурс в историю русского, а затем советского паломнического транзита. Это был уникальный для нашей страны способ интеграции в мусульманский мир и одновременного воздействия на него «мягкой силой» социалистических преобразований. Глава о паломническом транзите объясняет причины интереса СССР к Аравийскому полуострову и является вводной для двух последующих кейсов. Хиджазский сюжет погружает нас в политические реалии и повседневную жизнь арабского мира, знакомя с аспектами двустороннего взаимодействия, отношениями с европейскими врачами, а также внутренними проблемами советского медицинского сообщества. Йеменский сюжет представляет панораму советско-йеменских отношений с другого угла

зрения – через взаимодействие советских врачей с королевской семьей Хамид-ад-Динов. Этот уникальный ракурс позволяет понять, как в условиях абсолютной монархии воздействие «мягкой силой» медицины происходило сверху, а не привычным образом через массы.

Реализовать идею исследования от замысла до монографии мне помогали различные люди и организации. В первую очередь, это непосредственные участники проекта – его руководитель д.м.н., доцент П.Э. Ратманов, доценты ДВГМУ Ю.В. Кирик и М.В. Ульянова, студент ДВГМУ П.К. Плотниченко, магистрантка Майнцского университета в Гермерсхайме П.А. Шеноева, научный сотрудник Центра восточных рукописей и ксилографов ИМБТ СО РАН к.и.н. С.Б. Миягашева и магистрантка отделения перевода и переводоведения Института филологии и массовой коммуникации Бурятского государственного университета им. Д. Банзарова М.А. Кононова. Я благодарен им за конструктивную атмосферу научного диалога, царившую в творческом коллективе, прекрасные переводы с немецкого и монгольского языков, содержательные научные статьи, задававшие высокий стандарт исследовательской культуры.

Неоценимую помощь на заключительном этапе подготовки монографии мне оказали коллеги из отдела истории, этнологии и социологии Института монголоведения, буддологии и тибетологии СО РАН. Я также очень благодарен нашим московским друзьям и коллегам – ординарному профессору НИУ «Высшая школа экономики» д.и.н. Е.А. Вишленковой и руководителю отдела истории медицины Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко д.м.н., профессору С.Н. Затравкину за содержательные комментарии к нашим исследованиям и возможность участия в научных мероприятиях. Благодаря немецкому коллеге, профессору Андреасу Реннеру из Университета Людвига-Максимилиана (Мюнхен) у меня была возможность дискуссии с зарубежными коллегами в ходе двух научно-исследовательских семинаров (Москва, сентябрь 2019 г. и Мюнхен, апрель 2021 г.). Отдельное спасибо научным сотрудникам структурного подразделения Национального НИИ общественного здоровья им Н.А. Семашко Российский музей медицины Н.В. Чиж,

М.С. Туторской и к.и.н. доценту Е.Е. Бергер за помощь в проведении исследований и организацию замечательного научного мероприятия – регулярного исследовательского семинара *“Publish or Perish”*, помогавшего преодолеть вынужденную изоляцию ковидного карантина.

Труд историка во многом зависит от архивных работников. Сотрудники Государственного архива Российской Федерации (читальный зал № 2 на Бережковской наб., 26) Э.А. Болотина и Н.Н. Ребчук сделали все, чтобы моя исследовательская работа проходила в комфортных условиях и с максимальной отдачей. Наши рабочие отношения неизменно сопровождались доброжелательным отношением и пониманием. Я также очень благодарен Российскому научному фонду за выделенный исследовательский грант, без которого реализация нашего проекта затянулась бы на долгие годы.

И, наконец, я хотел бы поблагодарить свою семью и родных, поддерживавших меня словом и делом на каждом этапе создания этой книги.

Раздел I. Советская медико-санитарная помощь Монголии и Туве в 1920-е – 1940-е гг. «Мягкая сила» в условиях политического доминирования СССР

Открывая монографию разделом, объединившим в себе два исторических сюжета – советско-монгольское и советско-тувинское взаимодействие в области медицины и охраны здоровья – я исхожу не только из географической и культурной близости кочевых сообществ Монголии и Тувы, но и, в значительной мере, из схожести политического контекста социокультурной трансформации в обеих странах. Монгольская и Тувинская народные республики выбрали для себя «некапиталистический путь развития». В политическом лексиконе большевиков это означало подготовительную стадию строительства социализма для обществ, еще не развивших полноценные капиталистические отношения и не имевших пролетариата, чья экономическая и социальная отсталость являлась результатом полуколониальной или колониальной зависимости и эксплуатации. В их понимании, этот путь позволял миновать или существенно сократить стадию капитализма путем реализации ряда антиимпериалистических и антифеодальных социально-экономических преобразований (национализация, создание государственного сектора, аграрная реформа, госконтроль над внешней торговлей). Зажатые между Россией и Китаем, Монголия и Тува воспользовались политической турбулентностью после Синьхайской революции 1911 г., чтобы освободиться от китайского владычества и обрести независимость. Находясь в шатком и уязвимом положении непризнанных квазигосударств, они предпочли социальный эксперимент русских большевиков колонизации и окончательному закабалению китайскими милитаристами[4].

Первый раздел монографии раскрывает перед нами богатую фактами, событиями, политическими и социокультурными подтекстами, медицинскими и культурными интерпретациями

[4] Период с 1916 по 1928 гг. в китайской истории носит название «эра милитаристов». Китайская Республика была поделена между военными правителями (дуцзюнами), воевавшими друг с другом и с центральным правительством.

панораму взаимодействия советской медицины и традиционных кочевых социумов Внутренней Азии в условиях идеологического, политического и экономического доминирования Советского Союза. Политический контекст изучаемого здесь феномена представляет собой масштабно осуществлявшуюся программу экспорта идеологической и социально-экономической модели социализма советского толка в развивающиеся общества Монголии и Тувы. Социокультурный контекст складывается из своеобразного восприятия традиционных форм быта через призму европейских медицинских практик и большевистских установок на глубинную культурную трансформацию трансграничных кочевых сообществ Монголии и Тувы. Накладываясь друг на друга, политический и социокультурный контексты позволяют взглянуть на процессы создания в МНР и ТНР современного здравоохранения как на один из важнейших элементов советизации монгольского и тувинского обществ.

Задавая тональность всему медико-санитарному взаимодействию, задачи советизации монгольских и тувинских кочевых сообществ определяли степень, до которой советская медицина использовалась в качестве геополитического рычага, проводящего канала большевистской идеологии, инструмента социокультурной трансформации и элемента «мягкой силы» СССР в монгольском и тувинском трансграничье. Уверенное насаждение в этих странах советской модели здравоохранения было бы немыслимо без политического доминирования. Оно осуществлялось как напрямую через правительства МНР и ТНР, так и через совместно созданные своеобразные административные структуры, например, институт советников Министерства здравоохранения МНР, сформированный из профессиональных кадров Наркомздрава РСФСР. Поэтому ключевым вопросом первого раздела является то, в какой степени советская медицинская помощь может считаться элементом «мягкой силы» и в какой – составной частью советской внешней политики по отношению к Монголии и Туве, основанной на идеологической, военной и экономической зависимости от СССР.

Важным аспектом изучаемого феномена является формирование в МНР и ТНР советских медицинских сообществ.

Именно они создавали там не только основу медицинской инфраструктуры, но и весь комплекс взаимоотношений с местным населением. От врачей зависело то, как местные жители примут новые и незнакомые медицинские практики, насколько глубоко произойдет интериоризация европейских гигиенических и санитарных навыков. Особенности формирования советских медицинских сообществ в МНР и ТНР рассматриваются на примере разных организационных форм советской помощи – медико-санитарных экспедиций и экспатриантских врачебных сообществ – применявшихся во время строительства здравоохранения в Монголии и Туве.

Другим ключевым вопросом данного раздела является то, насколько сходства и различия во внутриполитической ситуации и социокультурном контексте Монгольской и Тувинской народных республик определяли особенности внедрения там советской модели здравоохранения. Был ли этот опыт одинаковым для монгольского и тувинского обществ? Ответить на этот вопрос поможет экскурс в историю взаимодействия врачей с политическим руководством МНР и ТНР, а также изучение их отношений с традиционными сообществами Монголии и Тувы, в первую очередь, с ламами-лекарями, практиковавшими тибетскую медицину.

Одним из наиболее ярких аспектов, иллюстрирующих взаимодействие в области медицины, является история совместной борьбы с эпидемиями. В Монголии, лежащей в центре эндемического чумного очага, эта проблема стояла намного острее, чем в Туве. Постоянно находясь в центре внимания, проблема борьбы с чумой нашла отражение в культурных традициях Монголии и в массовой культуре СССР. В концепции этой книги истории советских врачей-чумологов имеют двоякий смысл. С одной стороны они дали прекрасный материал для пропаганды пролетарской солидарности и интернационализма, с другой – навсегда вошли в повседневную культуру народа вместе с именами русских врачей, ставшими названными родителями спасенных от чумы монголов. В целом же, несмотря на неизбежную мифологизацию героизма, примеры из истории совместной борьбы с эпидемиями формируют прочное основание «мягкой силы».

Храбрости и самопожертвованию советских врачей сложно приписать какие-либо скрытые повестки.

Открывающий монографию раздел, посвященный Монголии и Туве, формирует один из полюсов настоящего исследования. Как на реальном географическом полюсе, «мягкая сила» здесь периодически подвергалась политической заморозке. Тем не менее, объединенные в сателлитный кейс примеры МНР и ТНР представляют собой два практически завершенных процесса создания здравоохранения по советской модели за пределами СССР в межвоенный период. Это отличает их от всех других кейсов, рассмотренных в этой книге.

Глава 1. Советские врачи и строительство современного здравоохранения в Монгольской Народной Республике (1924-1945 гг.)

1.1. Монголия в российской и советской геополитике первой трети XX в.

Монголия, одной из первых в мире признавшая СССР (23 июля 1923 г.), на долгие годы стала верным идеологическим союзником большевиков и самым последовательным получателем различных видов советской помощи. За десятилетия тесного сотрудничества СССР помог создать в МНР государственные и социальные институты, среди которых система здравоохранения выделяется как наиболее убедительный пример выполненных гуманитарных обязательств и целенаправленно реализованных капиталовложений. Если идеология и пронизанная ею советская культура оставили отчетливый, но уже исчезающий след в современной Монголии, то созданное при помощи советских медиков здравоохранение, точная копия выстроенной Н.А. Семашко советской модели, функционирует до сих пор. Сохранилась и добрая память о работе советских врачей. У пожилых монголов, заставших социалистический период, при упоминании о медиках из СССР всплывают в памяти медицинские отряды, ездившие от аила к аилу и делавшие людям инъекции красноватого препарата от венерических болезней (монг.: *ulaan taria* – красный укол). Еще более убедительным примером является сложившаяся в социалистический период традиция называть детей именами принявших роды советских акушерок или давать спасенным от смерти детям фамилии вылечивших их врачей. В Монголии можно встретить звучащие знакомо имена Ангур, Магри, Галиймаа, которые этимологически восходят к фамилиям или именам русских медиков (Анна Гурина, Макаренко, Галина). Широкую известность получила история монгольского маль-

чика Увгун-Бургут Соболева, спасенного советским чумологом Л.С. Соболевой во время чумной эпидемии летом 1945 г.[5].

История советско-монгольского сотрудничества в области медицины и охраны здоровья неотделима от политического контекста взаимодействия двух стран. Сателлитный статус Монголии стал складываться в конце 1920-х гг. и к началу Второй мировой войны стал *fait accompli*, что было убедительно продемонстрировано во время короткого, но интенсивного вооруженного конфликта на Халхин-Голе летом 1939 г. В свою очередь, Монголия оказала СССР существенную помощь в период Великой Отечественной войны регулярными поставками лошадей и другого скота, продуктов животноводства и теплой одежды. Монгольские араты собирали для советских солдат посылки, подарки и денежные средства. Уже к тому времени заложенная советскими специалистами основа здравоохранения развилась в функциональную систему, способную к воспроизводству национальных медицинских кадров. Тем не менее монгольское здравоохранение сохраняло зависимость от СССР на протяжении всего социалистического периода. В страну регулярно поставлялись советские медикаменты, медицинское оборудование и технологии, а главное – профессиональные медицинские кадры, обеспечивавшие не только лечебную деятельность, но и непрерывную подготовку монгольского медицинского персонала.

История советской медико-санитарной помощи МНР представляет собой яркий пример реализации большевиками многоуровневой повестки, в которую, помимо собственно медицинских целей и задач, вплетались геополитические, идеологические и социокультурные подтексты. Правительство СССР, находившееся в международной изоляции и хорошо помнившее иностранную интервенцию, чувствительно относилось к геополитическим вызовам на дальневосточных и южносибирских рубежах, внимательно отслеживало их проявления и встраивало в медицинскую политику по отношению к МНР свою геополитическую повестку. В Монголии под советскую медицину создавалось особое пространство, тщательно зачищавшееся от

[5] Девять дней и вся жизнь (реж. Ю. Занин, авт. сцен. Б. Добродеев, Ленинградская студия док. фильмов, 1979).

конкурентов, будь то иностранные державы, продекларировавшие желание содействовать строительству монгольского здравоохранения, или зарубежные фармацевтические компании, чья продукция часто встречалась в МНР в середине 1920-х гг. Но основная борьба происходила внутри монгольского общества, где против советской медицины объединенным фронтом выступали эмчи-ламы – традиционные монополисты на рынке медицинских услуг, практиковавшие тибетскую медицину и лечившие монголов на протяжении почти трех столетий.

Поэтому советская медицина несла в Монголию не только повестку охраны здоровья, но и выступала как дополнительный геополитический рычаг, закреплявший зависимость страны от СССР. Помимо этого, советская помощь сформировала надежный канал для трансфера коммунистической идеологии и практик, от социальных кампаний по личной и общественной гигиене до идеологических приемов борьбы с внутренними антагонистами. В многослойной повестке советско-монгольского взаимодействия «мягкая сила» как таковая занимала важное, но отнюдь не ведущее место. В условиях геополитического и идеологического доминирования СССР имелись все возможности для быстрого разрешения проблемных ситуаций силовым путем или политическим решением. Так произошло, когда в 1930 г. государство сняло с тибетской медицины официальный статус, или в конце того же десятилетия, когда на ее носителей-лам обрушились политические репрессии. Однако говорить о том, что медицина не выступала в качестве «мягкой силы» тоже не правомочно. Ведь тогда ни в памяти, ни в повседневной жизни современной Монголии не сохранилось бы положительного образа советских врачей, действительно сыгравших большую роль в развитии монгольской нации в XX в.

Для того, чтобы лучше понимать исторический контекст зарождения и развития монгольского здравоохранения в изучаемый период, необходимо провести ретроспективный экскурс в область геополитики России в Восточной Азии в конце XIX – начале XX в. Советский интерес к Монголии возник не на пустом месте. Он имел под собой многолетнюю историю, уходящую во вторую половину XIX столетия. Первое русское консульство

открылось в Урге в 1861 г. К 1916 г. на территории Внешней Монголии работало четыре русских консульства. Помимо Урги, консульские учреждения имелись в Улясутае (1906), Кобдо (1911) и Маймачене (1916)[6]. В 1900 г. в Урге и Улясутае открылись отделения Русско-китайского банка и в Монголию начался экспорт не только русских товаров, но и российского капитала. В конце XIX в. было организовано акционерное общество «Монголор», занимавшееся разведкой и разработкой золотых месторождений[7].

Русское медицинское присутствие в Монголии началось с первого консульства. В 1861 г. там начал работу лекарский помощник И. Осипов. Он обслуживал не только дипломатов, но и монголов, заслужив уважение местной аристократии европейским лечением и оспопрививанием. Первые медицинские учреждения появились в 1901 г. вместе с расквартированными в Монголии русскими воинскими частями. В 1909 г. военный врач Санжимитэб Цыбиктаров из бурятских казаков открыл консульскую амбулаторию и больницу в Урге. Доктор Цыбиктаров оказывал медицинскую помощь монголам, собирал информацию об эпидемиологической ситуации и заболеваемости в стране[8], создавал престиж и авторитет русской медицины. К сожалению, в 1921 г. он был без суда и следствия расстрелян унгерновцами по обвинению в пособничестве большевикам.

Медицинский интерес русских врачей к Монголии тоже имел геополитическую подоплеку. Всю вторую половину XIX в. в мире росла озабоченность пандемией холеры, распространению которой способствовал прогресс в области развития современного транспорта. Пароходы и поезда значительно сократили расстояния и время путешествия, связав постоянными транспортными маршрутами традиционные очаги особо опасных инфекций (Индия, Африка, Аравийский полуостров, Средняя Азия) с густонаселенными странами Европы и Америки. Вся

[6] Сизова А.А. Консульская служба России в Монголии. М.: «Наука» – Восточная литература, 2015. С. 58-65.

[7] Башкуев В.Ю. Российская медицина и монгольский мир: исторический опыт взаимодействия (конец XIX – первая половина XX вв.). Иркутск: Изд-во «Оттиск», 2016. С. 239.

[8] Майский И.М. Современная Монголия. Иркутск: Государственное издательство РСФСР, 1921. С. 30.

территория Монголии представляла собой ареал обитания тарбаганов, основных переносчиков чумы. Развитый тарбаганий промысел приводил к частым локальным вспышкам легочной и бубонной форм чумы, делая Внешнюю Монголию одним из основных эндемических очагов чумы в Северо-Восточной Евразии.

Русское правительство вплотную столкнулось с угрозой чумы во время строительства Китайской Восточной железной дороги (КВЖД, 1897-1903)[9]. В 1898 г. особая правительственная комиссия (Комочум) командировала в восточную Монголию бактериолога Д.К. Заболотного. В 1899 г. другой русский врач (польского происхождения) Ю.Д. Талько-Грынцевич изучал чуму в Урге и западной Монголии. Он был первым, кто открыто заявил об опасности чумы для сибирских и уральских промышленных городов и даже европейской России. Талько-Грынцевич опасался того, что чума с монгольскими торговцами может проникнуть на оживленные торговые площадки (например, на Ирбитскую ярмарку), а с паломниками-калмыками – на нижнюю Волгу[10]. В 1900 г. исследованиями чумы в Монголии занимались профессор И.Н. Ланге и доктор А.И. Подбельский, а в 1901 г. Комочум командировал туда еще одного бактериолога Ф.Ф. Скрживана. В 1905-1906 гг. чуму во Внешней Монголии изучали М.Ф. Шрейбер и В.И. Шендриковский[11].

Грозная сила чумной эпидемии проявилась во время катастрофической маньчжурской чумы 1910-1911 гг. Это была легочная чума, дающая почти 100% летальных исходов. Ситуация была настолько опасной, что 19 января 1911 г. вопрос рассматривался в российской Государственной Думе. Был принят проект Министерства внутренних дел, согласно которому на противоэпиде-

[9] Подробнее о борьбе русских врачей с эпидемиями в зоне КВЖД см.: Ратманов П.Э. История врачебно-санитарной службы Китайской Восточной железной дороги (1897-1935 гг.). Хабаровск: Изд-во ГОУ ВМО ДВГМУ, 2009. – 144 с.

[10] Талько-Грынцевич Ю. Д. О чумных заболеваниях в Монголии // Труды Троицкосавско-Кяхтинского отделения Приамурского отдела Императорского Русского географического общества. 1899. № 1-2. С. 109.

[11] Ибрагимов М.А., Дэмбэрэл Б. Очерки по истории здравоохранения Монгольской Народной Республики. М.: «Медицина», 1977. С. 28-29.

мические мероприятия было выделено 4000000 руб.[12] К моменту прекращения эпидемии весной 1911 г. выяснилось, что от чумы умерло 942 медицинских работника разных национальностей, среди которых было 39 русских медиков. Счет жертвам чумы точно неизвестен, но паника среди китайских сезонных рабочих привела к тому, что болезнь распространилась далеко вглубь китайской территории, дойдя до провинции Хэбэй (до 1928 г. – Чжили). По современным оценкам количество умерших превысило 60000 чел.[13]

Для России, принимавшей активное участие в колониальном разделе Китая, эпидемия подобных масштабов являлась серьезным геополитическим вызовом. На ее ликвидацию были потрачены значительные средства; погибли русские медики и работники КВЖД. Впоследствии, проблема чумы постоянно всплывала в повестке советско-монгольских отношений. Подробнее об этом будет рассказано в одном из параграфов данной главы.

Однако основной интерес Монголия представляла как геополитический буфер с Китаем и злейшим врагом России в Восточной Азии – Японской империей. В начале XX в. во Внешнюю Монголию было направлено несколько исследовательских экспедиций с военными специалистами. По мнению ротмистра А. Баранова, руководившего рядом экспедиций, формат оказался очень удачным, так как позволил изучить реалии монгольской жизни и быта, без посредников в лице китайских и русских чиновников разобраться в вопросах внутренней политики и развития страны[14]. Экспедиции военных исследователей дали возможность понять, что Китай и Монголия вовсе не являются единым целым, а монгольская политическая автоно-

[12] Супотницкий М.В., Супотницкая Н.С. Очерки истории чумы. URL: http:// supotnitskiy.ru/book/book3-31.htm (дата обращения 02.09.2016).

[13] Смертин Ю.Г. Маньчжурская чума 1910-1911 гг.: эпидемия с китайской спецификой // Манускрипт. 2021. Т. 14. Вып. 1. С. 102. (98-104).

[14] Суходолов А.П., Кузьмин Ю.В. Монголия и русско-монгольские отношения первой половины XX века: проблемы истории и историографии. Иркутск: Изд-во Байкальского государственного университета. 2016. С. 105.

мия – не формальный пункт в договоре, а реально существующее явление, с которым России выгодно считаться[15].

Именно военные монголоведы определили, что самостоятельная и дружественная России Монголия представляет собой буфер, разделяющий империю Романовых и Цинскую империю. Поэтому они подчеркивали необходимость всячески содействовать монгольской автономии, поощряя политическое тяготение монголов к России. Отечественные исследователи Ю.В. Кузьмин и А.П. Суходолов считают, что анализ международной ситуации и ее прогноз, сделанные офицерами русского Генштаба и другими военными исследователями, оказались точными и исторически подтвердившимися[16].

Когда в 1911 г. в Китае произошла Синьхайская революция и Цинская империя прекратила свое существование, во Внешней Монголии активизировалось национально-освободительное движение. Консолидирующей фигурой национального возрождения стал Богдо-гэгэн Джебцзун-Дамба хутухта, перерожденец (монг.: *хубилган*; тиб.: *тулку*), носивший титул главы монгольских буддистов и пользовавшийся огромным авторитетом. В июле 1911 г. тайное совещание князей и высших лам во главе с Богдо-гэгэном приняло историческое решение отделиться от Цинской империи. После этого Богдо-гэгэн направил в Россию делегацию во главе с цинь-ваном Ханд-доржем и харачинским тушету-гуном Хайсаном. Посланники просили российское правительство признать независимость Монголии и поддержать ее в реализации планов построения национального государства. Российская сторона, не имевшая четких планов действий в отношении «монгольского вопроса», призывала монголов быть умеренными в своих требованиях, но в то же время согласилась стать посредником между Монголией и Китаем, оказать дипломатическую помощь в сохранении автономии и пообещала не допускать ввода в Монголию китайских войск[17].

---

[15] Там же. С. 106.

[16] Там же. С. 107.

[17] Батунаев Э.В. Борьба за независимость монгольского государства (1911-1921 гг.). Улан-Удэ: Изд-во БГУ, 2015. С. 51-52.

В 1913 г. российская и китайская стороны приняли совместную декларацию, в которой Российская империя признала китайский суверенитет над автономной Монголией, а в 1915 г. было подписано тройственное Кяхтинское соглашение, формализовавшее автономный статус Монголии. Два этих документа показали, что несмотря на очевидный геополитический интерес к Внешней Монголии, российское правительство не желало дополнительных международных проблем. Более того, Россия не хотела нести огромные затраты по превращению отсталой феодальной страны в современное независимое государство[18].

Несмотря на все это, Внешняя Монголия продолжала оставаться де-факто независимой до 1919 г., когда Пекин решил усилить там свое военное присутствие. В октябре 1919 г. китайские войска под командованием члена аньхойской клики генерала Сюй Шучжена заняли Ургу. В ноябре 1919 г. президент Китайской Республики Сюй Шичан расторг трехстороннее Кяхтинское соглашение 1915 г. Монгольское правительство было распущено, автономия упразднена. Китайская оккупация продлилась до февраля 1921 г., когда войска белого генерала барона Р.Ф. Унгерн-Штернберга разгромили китайцев, заняли Ургу и вскоре очистили от китайской армии всю Внешнюю Монголию. Однако недолгое унгерновское правление ознаменовалось такими зверствами, что даже Богдо-гэгэн поддержал усилия монгольских революционеров по организации операции освобождения страны от белогвардейцев. В марте 1920 г. в Иркутске была создана Монгольская Народно-Революционная партия (МНРП). Первый съезд партии состоялся в Кяхте 1-3 марта 1921 г. 13 марта 1921 г. новоизбранный ЦК МНРП сформировал Народное Временное правительство Монголии.

Советская Россия еще летом 1919 г. денонсировала трехстороннее Кяхтинское соглашение и направило монголам письмо о том, что как независимое государство, Монголия вольна самостоятельно выбирать союзников без оглядки на Пекин или Москву. Это заявление звучало в одной тональности с позицией Комин-

[18] Isono F. Soviet Russia and the Mongolian Revolution of 1921 // The History of Mongolia. Vol. III. The Qing Period. Twentieth Century Mongolia. Ed. by D. Sneath and C. Kaplonski. Global Oriental, 2010. P. 910-911.

терна, обещавшего небольшим народам Азии помощь в борьбе против иностранного империализма. Однако большевистское правительство оказалось перед сложной дилеммой. С одной стороны оно заявило о поддержке национально-освободительной борьбы монголов, с другой – открытая военная помощь против китайцев грозила сильно осложнить советско-китайские отношения в период, когда значительная часть самой России была занята интервентами или находилась под властью белогвардейцев. Нерешительность, с которой советское правительство предпринимало любые действия в отношении Монголии явственно выразилась в максимальном затягивании пребывания в Москве делегации монгольских революционеров. Миссия монголов началась в июле 1920 г. и закончилась лишь четыре месяца спустя. За это время во Внешнюю Монголию вторглись войска барона Унгерна и наличие смертельного идеологического врага в самом «подбрюшье» Советской России, наконец, заставило большевиков действовать. В июне 1921 г. монгольские революционные войска при поддержке частей 5-й Красной Армии и Народно-Революционной Армии Дальневосточной Республики разбили унгерновцев и освободили Ургу[19].

Долгие колебания советской стороны продемонстрировали, что внутри большевистского руководства не было консенсуса по поводу того, как оказывать помощь «угнетенным народам Азии» в борьбе с колониализмом и империализмом. Решение по Монголии выглядело явно вынужденным. Если китайцы Сюй Шучжена занимались приведением к покорности монголов, не угрожая рубежам Советской России и буферной ДВР, то Унгерн вел себя крайне агрессивно и даже разработал план по ликвидации советской власти в Сибири, названный им «Поход на Русь». Наличие такого врага большевики не могли оставить без внимания.

Позже, бурятский коминтерновец Элбек-Доржи Ринчино умело использовал образ иностранного противника в своих геополитических размышлениях о роли Монголии в азиатской политике СССР. С 1921 г. он принимал активное участие в создании монгольских государственных институтов в качестве

[19] Там же.

члена ЦК МНРП и председателя Реввоенсовета. В этот период окончательно оформились его геополитические взгляды на роль Монголии в международной обстановке в Азии. Обосновывая точку зрения на стратегическое значение Монголии для СССР в докладе «Монголия с точки зрения Коминтерна», Э.-Д. Ринчино писал, что линия советско-монгольской границы проходит в опасной близости от кладезя стратегического сырья – Сибири, а также почти вплотную к Транссибирской магистрали, связывающей Дальний Восток и Сибирь с европейской частью России. Поэтому любая иностранная интервенция в Монголии чревата плачевными стратегическими последствиями для Советской России, так как в этом случае она станет опасным плацдармом для агрессии против Советской Сибири[20].

Важным аспектом геополитической значимости Монголии Ринчино считал ее потенциальную роль трамплина для экспорта пролетарской революции в Восточную и Центральную Азию. Такая позиция была не уникальна и не нова: в 1919 г. В.И. Ленин считал таким плацдармом Афганистан, а позже Коминтерн сконцентрировал свои усилия на экспорте революции в Персию. Однако Монголия действительно лежит в самом центре монголоязычного ареала, протянувшегося от Маньчжурии до Синьцзяна. Для политического воздействия на нее и остальной монгольский мир 30 мая 1923 г. была образована Бурят-Монгольская АССР в составе РСФСР. Ринчино, давно считавший бурят основными проводниками идеологии большевиков среди монголов, утверждал, что Монголия станет важным полигоном для отработки взаимодействия революционного пролетариата и крестьянских масс. Он писал:

> «То обстоятельство, что Монголия относится к одному из отсталых и в недавнем прошлом угнетавшимся международным капиталом народов Востока, и что впервые в мире в ее пределах осуществляется диктатура трудового крестьянства, без вхождения в состав СССР, должны приковать к этой стране особенное внимание как Коминтерна, так и РКП, ибо, по моему мнению, пятилетний и дальнейший опыт кочевой и средневековой Монголии должен дать

[20] Башкуев В.Ю. Российская медицина и монгольский мир. С. 245.

чрезвычайно интересный материал о путях смычки, тесного и искреннего сотрудничества мирового пролетариата, с почти миллиардной массой отсталых народов Востока и юга, тактике и методах работы в этих странах и формах власти там, где пролетариат в силу отсутствия или ничтожного меньшинства не сможет сыграть руководящую роль»[21].

Развивая свои идеи о роли Монголии в экспорте социалистической революции в Азию, Э.-Д. Ринчино делал вывод о том, что:

«…утеря нашего влияния в Монголии и установление иностранного контроля там крайне опасно для нас, наших сибирских границ вообще и особенно в условиях растущей агрессии мирового капитализма. И наоборот, дальнейшее укрепление нашего влияния и стабилизация создавшегося там положения даст нам целый ряд преимуществ в смысле использования Монголии в качестве революционного трамплина в сердце Азии, живой рекламы и образца результатов нашей политики по отношению народов Востока, в качестве связи с пробуждающимся Китаем и Тибетом, средства прорыва возможной блокады с Востока и как серьезной сырьевой и продовольственной базы в мирное для промышленности и военное время»[22].

Идеи Э.-Д. Ринчино отражали его давнюю установку на политическое объединение монгольских народов. Он считал, что пример Монгольской Народной Республики подействует не только на них, но и на мусульман Синьцзяна и другие «угнетенные народы Азии». Конечно, доводы Э.-Д. Ринчино необходимо осмысливать и в контексте внутренней политики советского правительства. В тот момент ссылки на политическую значимость являлись характерным атрибутом официальной переписки регионов и Москвы, особенно когда речь шла о капиталовложениях или кадровом обеспечении. Однако в случае Монгольской Народной Республики она действительно стала важнейшим участком выстроенной Советским Союзом системы сдерживания Японии в Восточной Азии.

[21] Цит. по: Башкуев В.Ю. Российская медицина и монгольский мир. С. 245-246.

[22] Там же. С. 246.

Специфический кочевой уклад жизни, обусловивший особый подход в осуществлении социалистических трансформаций, центральное положение в протяженном поясе, населенном родственными монгольскими народами, и возможность воздействовать на них примером позитивных социально-экономических преобразований сделали МНР регионом, где процесс советизации был тесно связан с воздействием «мягкой силой»[23]. Использование «мягкой силы» происходило своеобразно, в рамках выработанной на основе ленинских тезисов «политики пролетарского интернационализма», в которой Монголии отводилась роль отсталого «младшего брата»[24]. При этом соблюдались формальные принципы независимости: советские кадры привлекались в качестве советников или нанимались монгольским правительством на службу; в стране создавались национальные системы образования, здравоохранения, культуры и обороны; специалистам предписывалось с особым вниманием относиться к решениям МНРП и монгольского правительства. В реальности же многие решения, даже в такой гуманной области как здравоохранение, принимались политическим путем и осуществлялись посредством ограничений, запретов или открытых репрессий.

1.2. Медико-санитарное состояние Монголии в 1920-е гг. по материалам советских исследователей и врачей

26 ноября 1924 г. была провозглашена Монгольская Народная Республика. Этим символическим шагом монгольское руководство не только заявляло о создании новой государственности, но и встраивалось в кильватер советской политики, формируя первую в мире зону идеологического влияния Советского Союза. Однако исторические особенности социально-экономического развития страны – отсутствие промышленности и пролетариата, экономическая отсталость, отсутствие социальной

[23] Nye J.S. Soft Power. P. 166–16; Родионов В.А. «Мягкая сила» в современных российско-монгольских отношениях // Вестник Бурятского государственного университета. 2009. № 8. С. 256–257.

[24] Михалев А.В. Советские специалисты в Монголии: колониальный опыт эпохи застоя // Известия Иркутского государственного университета. Серия: История. 2015. Т. 13. С. 105.

инфраструктуры – обусловили особый, отличный от СССР, путь. В лексиконе большевиков он эвфемистически назывался «некапиталистический путь развития». Действительно, реалии монгольской социальной жизни настолько сильно отличались от советских, что до принятия каких-либо шагов по социальной трансформации требовалось тщательное изучение и анализ особенностей традиционного монгольского общества и образа жизни.

Для «прощупывания» внутренней жизни и определения ключевых проблем монгольского общества большевики эффективно использовали уже проверенный экспедиционный формат. Одним из первых комплексную информацию о монгольских реалиях собрал и опубликовал будущий видный советский историк и дипломат, чрезвычайный и полномочный посол СССР в Великобритании в 1932–1943 гг. И.М. Майский (1884–1975), участвовавший в 1919–1920 гг. в монгольской экспедиции Иркутской конторы «Центросоюза». В отчете «Современная Монголия», изданном в 1921 г. в Иркутске, И.М. Майский сообщал интересные сведения о здоровье монголов и распространенных в стране заболеваниях.

Майский успел застать в Урге бурятского врача С.Б. Цыбиктарова, рассказавшего ему о физических характеристиках монголов, особенностях их здоровья и превалирующих в стране заболеваниях. Сам И.М. Майский находил халхасцев (основное население МНР) и дэрбэтов (один из крупных монгольских этносов) здоровыми и жизнеспособными, объясняя это суровым естественным отбором в условиях Монголии. Основываясь на хирургическом опыте доктора Цыбиктарова, Майский писал, что у монголов даже операции проходили гораздо благополучнее, чем у китайцев, – почти не требовался наркоз, и заживление ран происходило намного быстрее. В то же время он отмечал: «Если, однако, монголы и производят в общем впечатление крепкого и здорового народа, то это вовсе не значит, конечно, что они не страдают никакими болезнями. Нет, болезни среди них есть, некоторые из болезней даже очень опасные и злокачествен-

ные, грозящие в будущем роковыми последствиями для самого существования монгольского племени»[25].

Настоящим бичом были желудочно-кишечные инфекции у детей, приводившие к высокой детской смертности. Среди взрослых особое распространение имели глазные и кожные болезни. Майский писал, что их экспедицию почти на каждой стоянке осаждали толпы монголов, прося каких-нибудь лекарств «от глаз», поскольку среди них часто встречалась трахома.

Особую проблему представлял сифилис. По мнению И.М. Майского, сифилис был занесен в Монголию сначала из Китая, потом из России и концентрировался в основном вокруг городов, крупных монастырей и вдоль границы с Россией. В степи же сифилис встречался реже, хотя положение ухудшалось из года в год. По словам И.М. Майского, о большой и давней распространенности сифилиса среди монголов можно было судить по факту того, что в 1842 г. сам ургинский Хутухта умер от сифилиса. По всему маршруту экспедиции встречалось много людей с внешними проявлениями болезни. К членам экспедиции часто обращались эмчи-ламы с просьбами поделиться лекарствами от сифилиса. Самым желанным подарком в Монголии в тот период была банка ртутной мази. И.М. Майский писал: «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»[26].

В Монголии периодически случались эпидемии, уносившие тысячи жизней. Наиболее опасным эпидемическим заболеванием была натуральная оспа. Монголы панически боялись ее и быстро приняли пришедшее из России оспопрививание. Им занимались эмчи-ламы. Правда, освоив оспопрививание, они так и не научились производить оспенный детрит. Тем не менее, используя прививочный материал российского производства, эмчи-ламам удалось многократно сократить смертность от оспы[27].

[25] Цит. по: Башкуев В.Ю. Российская медицина и монгольский мир. С. 248.

[26] Цит. по: Башкуев В.Ю. Российская медицина и монгольский мир. С. 249.

[27] Майский И.М. Современная Монголия: Отчет монгольской экспедиции, снаряженной Иркутской конторой Всероссийского союза потребительных Товариществ «Центросоюз». Иркутск: Государственное издательство РСФСР, 1921. С. 32.

Большой вклад в исследование и последующую социалистическую трансформацию монгольского кочевого социума внесли бурятские политические и общественные деятели. В 1925 г. в журнале «Жизнь Бурятии» публиковалась серия очерков о Монголии Б.Б. Барадина, наркома просвещения БМАССР и председателя Буручкома. В одном из них он описывал быт и народное здравоохранение. Барадин тоже считал суровые климатические условия и отсутствие гигиены факторами, сформировавшими монголов как один из самых выносливых и здоровых народов мира[28].

При этом Барадин высказывался резко критически по поводу личной гигиены и санитарных навыков монголов. Его мнение о том, что «монголы являются одним из самых нечистоплотных народов в мире» созвучно оценкам европейских путешественников и врачей. Б.Б. Барадин объяснял отсутствие гигиенических привычек у монголов природными факторами, в частности, постоянным дефицитом воды. Высоко оценивая приспособленность монгольских юрт и одежды к климатическим условиям страны и кочевому быту, он отмечал их серьезные недостатки, вредящие здоровью людей, в частности, постоянное задымление жилищ горящим аргалом, холод и сырость осенью и зимой. Выделял Б.Б. Барадин и тот факт, что монголы носили одежду до тех пор, пока она не рассыпалась от ветхости прямо на теле, никогда не стирая и не чистя ее[29]. Впоследствии, практически каждое медико-этнографическое описание монгольского быта, созданное советскими врачами, выделяло этот момент как очевидное нарушение европейской гигиенической нормы.

Б.Б. Барадин, вплотную занимавшийся проблемой секуляризации тибетской медицины в Бурят-Монгольской АССР, относился к монголо-тибетской медицине серьезно, считая ее научной системой, корнями уходящей в древнюю Индию. При этом, он отделял историческое развитие древнеиндийской медицины, имевшей общественно-государственный характер, от форм, которые она приняла в Тибете и Монголии. Барадин

[28] Барадин Б.Б. Очерки Монголии. Быт и народное здравоохранение в Монголии // Жизнь Бурятии. 1925. № 1-2. С. 5–6.

[29] Там же. С. 6.

писал, что в Тибете и Монголии эта медицинская система была давно монополизирована ламами и стала прикладной частью ламаистской религии. Лам же он считал по большому счету шарлатанами, хотя признавал существование у них системы профессионального обучения и определенных стандартов мастерства. Вследствие того, что за исключением единственной специализированной больницы в Урге, тибетская медицина не носила в Монголии общественного характера, Б.Б. Барадин считал, что она не может иметь большого положительного значения в деле народного здравоохранения монголов[30].

Материалы о состоянии медицинской сети в Монголии содержатся в отчетах о третьем съезде Союза монгольской молодежи. В докладе главы монгольского правительства Цэрэндоржа о государственном строительстве было отмечено отсутствие в стране государственных больниц, системы оспопрививания и венерологической помощи. Говорилось, что эмчи-ламы, несмотря на свою численность, не могли проводить оспопрививание и вливания сальварсана, а также не умели лечить гонорею. Из-за отсутствия прививок и венерологической помощи в стране была велика детская смертность и низка рождаемость. С другой стороны отмечалось, что монгольское народное правительство с первых своих дней занялось вопросами организации медицинской помощи, открыв в Урге военный лазарет и амбулаторию, пригласив европейских и тибетских врачей, а также организовало ветеринарно-зоотехническое управление с лабораторией и противочумной станцией. Это ведомство разослало по стране противочумные отряды[31].

Исследователи Монголии отмечали, что монголы – народ чрезвычайно свободный в области половых отношений. В условиях МНР того периода это было причиной серьезной проблемы. Барадин писал, что «распространение венерических болезней, очагами которых является Урга и другие города, идет, можно сказать, теперь с быстротой ветра, поражая свежие организмы степняков»[32]. Ту же проблему отмечали делегаты третьего съезда

[30] Там же. С. 8–9.

[31] Башкуев В.Ю. Российская медицина и монгольский мир. С. 252-253.

[32] Барадин Б.Б. Очерки Монголии. С. 7.

Союза молодежи. На его тринадцатом заседании депутат Дава-Жаргал поднял для обсуждения вопрос о проблеме венерических болезней среди молодежи. Вопрос о распространении венерических заболеваний обсуждался на III съезде МНРП и на заседаниях правительства. Съезд Союза монгольской молодежи подтвердил насущную необходимость развития в стране европейской медицины[33].

Важным историческим источником по состоянию здравоохранения в МНР в начале 1920-х гг. является «Краткий очерк современного положения степной Монголии», автором которого был советский монголовед В.Я. Казакевич (1896–1937), в 1924–1925 гг. студент Ленинградского института живых восточных языков (ЛИЖВЯ/ЛВИ) и, одновременно, сотрудник Монгольского ученого комитета. Летом 1924 г. он был командирован Монучкомом для географического и естественноисторического обследования южного региона МНР – аймаков Цэцэрлэг-Мандал и Хан-Тайшири-Ула.

Казакевич совершил почти пятимесячное путешествие сначала на юг, к границе Внутренней Монголии (через хошун Дайчин-Бэйсэ до центра хошуна Тушету-Хан, затем на юг к урочищу Оичи-Гургуль), а затем на запад, в граничащий с Синьцзяном район Монгольского Алтая (хошуны Дайчин-Вана, Дархан-Бэйсэ, Дзахчин и г. Кобдо). Он писал, что на севере Монголии распространены сифилис, трахома и кожные болезни. Определенных способов лечения этих заболеваний у монголов не было. Сифилис имел меньшее распространение на юге в Гоби и в Западной Монголии, где, по словам В.А. Казакевича, отмечалось «большее половое воздержание, чем в Халхе». К венерическим болезням монголы относились очень спокойно, считая их чем-то совершенно естественным для человека. В некоторых из обследованных южных районов свирепствовала оспа, эпидемии которой длились очень долго. В.А. Казакевич отмечал, что хорошие врачи среди монгольских лам попадались редко, а все их лечение сводилось к молитвам и жертвоприношениям[34].

---

[33] Башкуев В.Ю. Российская медицина и монгольский мир. С. 253.

[34] Там же. С. 254.

Восприятие Монголии как страны, где практически нет европейской медицины, не ограничивалось советскими путешественниками и врачами. О проблемах здоровья монголов писали и иностранные исследователи. Из интервью с шведским миссионером Джоэлом Эрикссоном, работавшим в Монголии с 1914 г., американский путешественник Рой Чэпмэн Эндрюс узнал, что монголы часто страдают кожными и венерическими болезнями. По словам Дж. Эрикссона, сифилис или гонорея в той или иной форме обнаруживались почти у 90% обследованных им монголов, мужчин и женщин. Вместе с тем, он часто находил здоровых детей в семьях, где один или оба родителя страдали сифилисом. Основными факторами распространения венерических болезней Дж. Эрикссон считал промискуитет, некоторые обычаи, например, совместное раскуривание трубки, а также монгольских лам, которых он называл активными разносчиками инфекции[35].

Сам Р.Ч. Эндрюс видел причины распространенности чесотки и других кожных болезней в антисанитарии. К болезням, обусловленным тяжелыми климатическими условиями, он относил ревматизм, конъюнктивит и другие поражения глаз, бронхит и т.д. Вместе с тем, отмечалось, что среди монголов не был распространен туберкулез легких, а эпидемии оспы удалось обуздать повсеместно распространенным оспопрививанием, проводившимся ламами по «турецкому методу» – вдуванием вакцины в нос. Характеризуя ситуацию со здравоохранением как сложную, американский натуралист не отрицал накопленных традиционной монгольской медициной знаний в области лекарственных растений[36].

Несмотря на многочисленные свидетельства очевидцев, даже к 1925 г. достоверной медицинской информации о санитарном состоянии страны и проблемах здоровья населения было слишком мало. Поэтому одной из главных целей первой медико-санитарной экспедиции Наркомздрава РСФСР, отправившейся в МНР в 1926 г., было исследование эпидемиологической ситуа-

[35] Там же.

[36] Andrews R.C. The New Conquest of Central Asia: A Narrative of the Explorations of the Central Asian Expeditions in Mongolia and China. 1921–1930. New York: The American Museum of Natural History, 1932. P. 351–352.

ции и заболеваемости. В ходе работы подтвердилось большое распространение в Монголии венерических болезней, прежде всего, сифилиса. Врачи предположили, что люэс был занесен в страну с востока потоками китайских колонистов, так как среди них было выявлено значительное количество сифилитиков, заболевших еще до приезда. Более того, большинство китайцев селилось в Монголии без семей, а уже на месте обзаводилось женами и любовницами из местного населения[37].

Первая медико-санитарная экспедиция установила, что сифилис и другие венерические болезни оказывают сильное негативное влияние на демографическую ситуацию в стране, поражая людей в самом фертильном и работоспособном возрасте и постепенно лишая их возможности иметь детей. Также сифилис был признан одной из главных причин высокой детской смертности. Как правило, младенцы, рожденные страдающими сифилисом женщинами, погибали на первом году жизни. Таким образом, уже первичное изучение структуры заболеваемости населения выявило обширную проблемную зону и определило основное место приложения усилий – организацию в стране венерологической помощи и массовое медикаментозное лечение люэтиков и гонорейных больных[38].

При этом, экспедиция отметила малую распространенность другого опасного социального заболевания – туберкулеза легких. Этому способствовали горный и степной воздух, обилие солнца и отсутствие скученности. Тем не менее встречались туберкулезные поражения суставов и желез. Поэтому о полном отсутствии туберкулезной инфекции говорить не приходилось. Проблема состояла в том, что у монголов не обнаруживался природный иммунитет к возбудителю туберкулеза, что могло привести к серьезным проблемам при изменении бытовых условий. Врачи рекомендовали обращать на это внимание при устройстве казарм, интернатов и общежитий.

Большое распространение в МНР имели кожные и глистные болезни. По мнению врачей экспедиции, их причины крылись в повседневной антисанитарии и постоянных близких контактах

[37] Башкуев В.Ю. Российская медицина и монгольский мир. С. 259.

[38] Там же. С. 260.

людей с животными, особенно собаками, «естественными передатчиками зародышей всяческих глистов». Частые заболевания желудочно-кишечного тракта объяснялись экономическими причинами – бедностью и плохим качеством пищи[39].

Таким образом, на предварительном этапе реализации советской программы помощи МНР в области медицины и охраны здоровья были определены основные точки приложения усилий – организация венерологической помощи населению, создание службы охраны материнства и младенчества, борьба с инфекционными заболеваниями и санитарное просвещение населения. Ограничиваться одной экспедицией Наркомздрав РСФСР не собирался. Некоторые врачи, участвовавшие в первом предприятии, считали его провальным и настаивали на срочной организации второй экспедиции. Поэтому в Наркомздраве решили форсировать помощь Монголии, введя в действие одновременно два компонента взаимодействия – кадровое обеспечение отдела здравоохранения при правительстве МНР и работу медико-санитарных экспедиций. Этому также способствовали геополитические обстоятельства, о которых речь пойдет в следующем параграфе.

1.3. Два подхода к организации медико-санитарной помощи Монгольской Народной Республике: советские врачи на монгольской службе и работа медико-санитарных экспедиций Наркомздрава РСФСР (1923-1938 гг.)

С 1923 г. и до самого конца социалистического периода советская помощь здравоохранению Монголии оказывалась целенаправленно, регулярно и, учитывая собственную потребность в медицинских кадрах, оборудовании, технологиях и медикаментах, достаточно щедро. В интересующий нас период 1920-х – 1930-х гг. бросается в глаза следующая особенность: параллельно существовали две формы помощи – командирование врачей непосредственно в распоряжение Управления здравоохранения МНР и организация Наркомздравом РСФСР медико-санитарных экспедиций. Причем первое время использо-

[39] Там же.

вание этих организационных форм было даже контрпродуктивно. Между врачами на службе монгольского правительства и экспедиционными медиками возникали конкуренция и интриги, имевшие отнюдь не бытовые, а уходившие в политическую плоскость последствия и мешавшие обеим сторонам в их общей цели – создании в Монголии социалистического здравоохранения.

Почему же СССР, стремившийся подготовить монгольское общество к строительству социализма, не выработал единого подхода к организации медико-санитарной помощи? Зачем СССР понадобилось организовывать дорогостоящие медико-санитарные экспедиции, если на тот момент на службе в Монголии уже находились командированные Наркомздравом опытные врачи? Почему между формирующимся в Улан-Баторе сообществом советских врачей-экспатриантов и экспедиционными медиками не складывалось нормальное сотрудничество? Что каждая из форм организации советского медицинского содействия Монголии может рассказать нам о тактике и стратегии советского влияния и о политической ситуации в МНР в тот исторический период? Эти вопросы обязательно возникают при попытке системно осмыслить феномен советско-монгольского взаимодействия в области медицины и охраны здоровья. В данной части монографии я постараюсь дать на них ответы, основываясь на массиве изученных архивных документов и медицинской периодики.

Необходимость в строительстве стационарных медицинских учреждений, способных оказывать многопрофильную медицинскую помощь местному населению, отчетливо осознавалась уже на самой ранней стадии советского медицинского присутствия в Монголии. Советский инструктор санитарного отдела Монгольской Народно-Революционной Армии (МНРА) доктор Байков приступил к правильной организации венерологической помощи уже в 1924 г. на базе гарнизонной амбулатории. Там в начале года было открыто венерологическое отделение, в котором в течение месяца было зарегистрировано более 1000 посещений. Врачебная комиссия взялась за оздоровление армии, осмотрев местный гарнизон и направив выявленных венерических больных на лечение в амбулаторию. При военном госпитале

обустраивался венерологический стационар. Для амбулатории и военного госпиталя были заказаны полные комплекты современного медицинского оборудования. Проектировались бактериологическая и серологическая лаборатории[40].

Тем не менее эти мероприятия разрабатывались не для широких масс, а для монгольских военных. Осуществлявшийся военными медицинскими учреждениями прием гражданского населения не являлся приоритетной задачей. Скорее, это была вынужденная мера, чтобы дать монгольским аратам хоть какой-то доступ к европейской медицинской помощи. Однако скоро ситуация начала меняться. В Монголию прибыл опытный русский врач П.Н. Шастин (1872-1953), первым делом занявшийся конверсией военного госпиталя в гражданскую больницу.

Авторитет П.Н. Шастина как врача и общественного деятеля сформировался еще до Октябрьской революции 1917 г. Сын священника, Павел Николаевич окончил медицинский факультет Императорского Томского университета, работал в Иано-Матренинской и Кузнецовской больницах Иркутска, повышал врачебную квалификацию в Санкт-Петербурге, был председателем правления Общества врачей Восточной Сибири и имел за врачебные заслуги ордена Святого Станислава и Святой Анны.

В 1921 г. в Иркутске Шастину довелось лечить Сухэ-Батора, который заболел по пути в Москву. За несколько дней врач поставил героя монгольской революции на ноги. По-видимому, этот эпизод и привел Шастина в Ургу: Павел Николаевич получил персональное приглашение в Монголию для организации военного госпиталя. В 1924 г. с его помощью госпиталь реорганизовали в гражданскую больницу на 35 коек[41].

Как ведущий врач и основной эксперт по организации здравоохранения, к тому же лично знакомый с Сухэ-Батором, Шастин был вхож в монгольскую правящую элиту. В его доме часто бывали и влиятельные в Монголии советские политики:

---

[40] Российский государственный архив социально-политической истории (РГАСПИ). Ф. 495. Оп. 152. Д. 29. Л. 86.

[41] Башкуев В.Ю., Ратманов П.Э. Организационные формы советско-монгольского сотрудничества в области медицины и здравоохранения в 1920-х – 1930-х гг. Часть I. Формирование двух подходов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28. № 5. С. 1029.

Э.-Д. Ринчино, М.И. Амагаев, Т.Р. Рыскулов, А.Г. Старков. С представителем Коминтерна, членом Реввоенсовета МНР Э.-Д. Ринчино Павла Николаевича, видимо, связывала семейная дружба, на что указывают сохранившиеся фотографии[42]. В то время Ринчино имел огромное влияние в монгольской политике и успешно пользовался им в борьбе за власть. Знакомство с центральными политическими фигурами в стране и важность вопросов организации здравоохранения, безусловно, добавляли политического авторитета и самому Павлу Николаевичу, желал он того или нет.

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 поставил его на ноги.

В Монголии с П.Н. Шастиным связан интересный случай, несомненно, сыгравший роль в становлении его авторитета среди населения. Однажды из тибетского отделения гражданской больницы вынесли в морг молодую женщину, которую эмчи-ламы посчитали умершей. К вечеру распространились слухи, будто 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.[43].

Таким образом, к середине 1920-х гг. в Монголии начался процесс строительства народного здравоохранения, на первых порах исключительно силами приглашенных из СССР врачей. Безусловным лидером формирующегося врачебного сообщества был П.Н. Шастин – искусный хирург с большим дорево-

[42] Кузьмин Ю.В. История Монголии и русско-монгольские отношения в работах Н.П. Шастиной (1898-1980) // Россия и Монголия: новый взгляд на историю (дипломатия, экономика, культура). Улан-Батор – Иркутск: Байкальский государственный университет, 2015. С. 267-276.

[43] Ибрагимов М.А., Дэмбэрэл Б. Очерки по истории развития здравоохранения Монгольской Народной Республики. М.: «Медицина», 1977 . С. 61.

люционным опытом и легендарной репутацией в МНР. Вместе с Шастиным в стране работало еще несколько русских врачей: Некипелов, Гремяницкий, Кац, Бурмакина, Ермилов и Онищик. Однако семерых врачей было явно недостаточно для огромной территории страны. Поэтому зарождающаяся европейская медицина концентрировалась в Улан-Баторе, а сельские районы – худоны – в основном обслуживались монгольскими ламами-лекарями (эмчи).

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[44]. Тем не менее в условиях отсутствия собственной образовательной базы и со столь сильным дефицитом медперсонала подготовка квалифицированных национальных кадров была невозможна.

Осенью 1925 г. между Наркомздравом РСФСР, Наркоматом иностранных дел СССР и Советом Народных Комиссаров СССР началась оживленная переписка. Ее удалось обнаружить в документах описи Секретного отдела Наркомздрава (ныне рассекречена), где собрана вся корреспонденция с грифом «секретно». В отличие от описи 35 с материалами Общесоюзного бюро заграничной санитарной информации (ОБЗСИ), в этих материалах часто встречаются документы, исходившие от глав советских наркоматов и их заместителей. В интересующей нас переписке обсуждался вопрос срочной организации медицинской экспедиции в Монголию. Причины такого пристального внимания нуждаются в более подробном освещении.

В 1920-х гг. произошло дотоле беспрецедентное сближение двух геополитических «изгоев» Версальского мироустройства – СССР и Германии. Активизировались не только торгово-экономические связи. В области медицины кооперация шла сразу по нескольким направлениям: в СССР при участии немецких медиков открывались новые научные институты, лаборатории и отделы (НИИ мозга АМН СССР, Музей живых

[44] Там же. С. 63.

культур микроорганизмов при Институте контроля сывороток и вакцин им. Л.А. Тарасевича); основывались научные журналы (*Deutsch-russische medizinische Zeitschrift* – Русско-немецкий медицинский журнал); организовывались совместные медицинские экспедиции (экспедиции 1926 г. по изучению трипаносомоза верблюдов в Поволжье и Среднюю Азию, экспедиции 1926 и 1928 гг. в Бурят-Монголию, туберкулезная экспедиция 1929 г. в Киргизию)[45].

Из множества немецких врачей, посещавших в этот период СССР, лишь четверо имели собственную научную повестку. Среди них были хорошо известные сегодня бактериолог Генрих Цейсс (1888-1949), основавший Музей живых культур микроорганизмов, и невролог Оскар Фогт (1870-1959), лечивший В.И. Ленина, а затем посвятивший много времени развитию открытого им в Москве Института мозга. Двое других известны меньше. Это гейдельбергский психоневролог Карл Вильманс (1873-1945) и молодой патолог из Берлина Макс Кучински (1890-1967)[46]. В контексте настоящего исследования особенно интересен этот последний персонаж.

Немецкие врачи изучали различные медицинские проблемы, но только двое из них – Цейсс и Кучински – использовали опыт работы в Советской России, чтобы разработать целые направления в медицине. Генрих Цейсс создал гибрид медицины, нацистской расовой патологии и геополитики, который он назвал «геомедициной». Впоследствии, геомедицина помогла ему подняться наверх в НСДАП и дослужиться до должности главного хирурга вермахта. По жестокой иронии судьбы, свою жизнь Цейсс закончил в больнице Владимирской пересыльной тюрьмы в окружении советских врачей, многих из которых он знал лично по работе в 1920-е гг. Генрих Цейсс провел в СССР 10 лет и за

[45] Подробнее о советско-германском медицинском сотрудничестве в 1920-е гг. см.: Solomon S.G. The Soviet-German Syphilis Expedition to Buriat-Mongolia, 1928: Scientific Research on National Minorities // Slavic Review. 1993. Vol. 52. № 2. P. 204-232: Doing Medicine Together: Germany and Russia between the Wars ; ed. S.G. Solomon. Toronto: University of Toronto Press, 2006. – 416 p.

[46] Solomon S.G. Foreign Expertise on Russian Terrain: Max Kuczinski on the Kirghiz Steppe, 1923-24 // Soviet Medicine: Culture, Practice, and Science ; ed. by Frances L. Bernstein, Christopher Burton and Dan Healey. DeKalb, Illinois: Northern Illinois University Press, 2010. P. 73-74.

это время завел много контактов, завоевал авторитет в советских медицинских кругах. Печальная судьба этого, безусловно, незаурядного ученого и талантливого «научного предпринимателя» характерна для тоталитарного общества, подчинившего гуманную медицинскую науку бесчеловечной идеологии нацизма[47].

Макс Кучински получил докторскую степень по патологии в Университете Ростока в 1914 г. В 1919 г. ему была присвоена степень доктора медицины в Университете Гумбольдта в Берлине. В 1921 г. Макс Кучински стал приват-доцентом и возглавил отдел паразитологии и бактериологии больницы Шарите в Берлине. В 1923 г. он становится доцентом в Ростоке, а в 1924 г. – экстраординарным профессором в Берлине[48].

В 1923 г. по приглашению советской стороны Кучински приехал в Омск, где провел один год, преподавая патологическую анатомию в Омском медицинском институте. В этот период он успел совершить исследовательскую поездку в казахские степи, где изучал повседневную жизнь кочевников, их традиционный быт и заболеваемость. Результатом длившегося несколько месяцев исследования стала 180-страничная монография *«Steppe und Mensch»*, где Кучински без лишней экзотики описал жизнь казахов и дал социально-эпидемиологическую характеристику их основных заболеваний[49].

Макс Кучински разрабатывал собственное концептуальное направление в медицине, которое он назвал «этнопатологией». Вслед за известным медицинским географом и патологом Августом Гиршем, Кучински призывал рассматривать социальные факторы как важные причины возникновения болезней. Он солидаризировался с рядом ученых, считавших, что одна микробная теория не в силах объяснить всех загадок инфекционных заболеваний. Его концентрация на социальных и культурных

[47] Подробнее о Г. Цейссе см.: Поддубный М.В. Профессор Г. Цейсс (1888-1945) и история медицины в России (к 70-летию одной статьи) // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 1998. № 2. С. 60-61; Eckart W.U. Von Komissaren und Kamelen. Heinrich Zeiss – Arzt und Kundschafter in der Sowjetunion 1921-1931. Paderborn: Ferdinand Schöningh, 2016. – 382 S.

[48] Solomon S.G. Foreign Expertise on Russian Terrain. P. 75.

[49] Ibid. P. 74.

факторах была созвучна советскому пониманию здоровья и болезни. В этнопатологии Кучински отсутствовали расовые и геополитические компоненты геомедицины, но встречались близкие советской концепции здравоохранения взгляды. Подобно географу и этнологу Морицу Вагнеру, он искал изолированное место, где население можно было бы изучать в самой чистой, не тронутой внешними воздействиями культурной среде[50].

Именно по этой причине Советская Россия не подходила Максу Кучински в качестве исследовательского поля. В поисках нужного сочетания «чистой» кочевой культуры и населения он принялся объезжать соседние с СССР страны. В 1925 г. Кучински отправился в Монголию и Китай. Именно в Монголии он, скорее всего сам того не подозревая, вызвал у советских дипломатов приступ геополитической фобии, сыгравший важную, если не определяющую роль в дальнейшем развитии советско-монгольского медицинского сотрудничества.

В Монголию Макс Кучински приехал в августе 1925 г. Он встречался и общался с советскими врачами, помогавшими монгольскому правительству организовать первые гражданские медицинские учреждения. В одном из разговоров он рассказал о том, что, якобы, в 1926 г. Германия планирует отправить в МНР целую медицинскую экспедицию.

Реакция советской стороны последовала быстро. Первым полученной информацией озаботился Наркомат иностранных дел. Четвертого октября 1925 г. заведующий Восточным отделом НКИД СССР Л.М. Карахан обратился с письмом к наркому здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко. Ссылаясь на информацию советского полпреда в МНР П.М. Никифорова, Карахан писал, что НКИД присоединяется ко мнению о том, что «…если Монголия вынуждена будет за отсутствие медпомощи со стороны СССР согласиться на приезд медицинской экспедиции из Германии для организации дела здравоохранения, СССР будет нанесен несомненный политический и моральный удар»[51]. В связи

[50] Ibid. P. 76-77.

[51] Башкуев В.Ю., Ратманов П.Э. Организационные формы советско-монгольского сотрудничества в области медицины и здравоохранения в 1920-х – 1930-х гг.

с этим, НКИД настоятельно просил Наркомат здравоохранения срочно ходатайствовать перед правительством о выделении финансовых средств на организацию медицинской экспедиции в Монголию «в целях обследования ее положения и организации дела здравоохранения»[52].

15 октября 1926 г. в Улан-Баторе по инициативе П.М. Никифорова состоялось совместное совещание русских врачей, лекпомов и сотрудников Полномочного Представительства СССР в МНР. Во вступительном слове при открытии совещания он проинформировал врачей, что подал ходатайство в Наркомздрав РСФСР об организации большой медицинской экспедиции сроком на три года для оказания практической лечебной помощи монгольскому народу.

Выступивший вслед за ним доктор П.Н. Шастин высказал мнение, что организовывать здравоохранение в Монголии должна именно Советская Россия. Поясняя свою позицию, он сказал:

> «Американцы, англичане и прочие, делая такие же попытки в Китае и Тибете, исходили из разных нездоровых соображений, в том числе и шаблонно-филантропических. В Монголии за это думает взяться теперь Германия: по словам находящегося здесь немецкого профессора Кучинского в следующем году в Монголию послана будет целая медицинская экспедиция. Нас это задевает, и мы должны твердо решить, что рациональную медицинскую помощь монголы должны получить именно через русские руки»[53].

Восемнадцатого декабря 1925 г. нарком здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко обратился в СНК РСФСР с ходатайством об ассигновании 175000 руб. на организацию экспедиции. Подчеркивая дружественный статус Монголии и отсутствие у ее правительства материальных и кадровых возможностей для самостоятельной организации здравоохранения, Семашко повторил опасения НКИД в том, что Германия пытается взять в свои

Часть I. Формирование двух подходов. С. 1029.

[52] Там же.

[53] Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. А-482. Оп. 55. Д. 20. Л. 333, 333 об.

руки дело здравоохранения в МНР, и что если такое случится, СССР получит «политический и моральный удар». Цель экспедиции нарком сформулировал так: «…установить в нескольких пунктах Монгольской Республики, равно в столице ее Улан-Баторе, нашу медицинскую, санитарную и профилактическую работу по венерологическим, глазным болезням, как наиболее распространенным в Монголии, равно по охране материнства и младенчества» [54].

Девятнадцатого января 1926 г. в письме в СНК РСФСР свою полную поддержку ходатайству Наркомздрава выразил нарком иностранных дел СССР Г.В. Чичерин. «Интересы укрепления дружественных отношений с Монголией и расширения возможностей экономического с ней сотрудничества, – резюмировал он, – требуют немедленной организации пионерского в Монголии дела – здравоохранения, которое должно обеспечить культурное и экономическое ее развитие и предотвратить возможность в ущерб влиянию и политике СССР в Монголии организации здесь дела здравоохранения Германией»[55].

Здесь следует на время отвлечься от архивных документов, чтобы объяснить беспокойство советского правительства по поводу возможного германского участия в строительстве монгольского здравоохранения. Дело в том, что после Рапалльского договора 1922 г. между СССР и Германией установились партнерские отношения в области развития технологий, науки и культуры. Особенно плодотворными эти связи были в области медицины.

Связи между врачебными сообществами России и Германии исторически были очень тесными. Кроме того, сам В.И. Ленин благоволил к немецким врачам и просил создавать выгодные условия для их найма на советскую службу. К концу 1925 г. было принято решение издавать в СССР совместный «Русско-немецкий медицинский журнал», в Советский Союз на работу приехали немецкие врачи, активно шли переговоры по организации

[54] Башкуев В.Ю., Ратманов П.Э. Организационные формы советско-монгольского сотрудничества в области медицины и здравоохранения в 1920-х – 1930-х гг. Часть I. Формирование двух подходов. С. 1030.

[55] Там же.

совместной медицинской экспедиции в Бурят-Монголию для изучения сифилиса. Тем не менее глубинные повестки Германии и СССР отличались друг от друга.

Последствия проигранной войны для Германии были серьезными. Она лишилась права иметь армию и флот, военную авиацию, современное вооружение. Были потеряны все заморские колонии. Страна выплачивала огромные репарации державам-победителям. Репутация Германии как лидера научного и технологического развития была подорвана. Против нее вводились негласные «санкции»: немецких ученых перестали приглашать на международные мероприятия и в научные коллективы. В таких условиях естественным образом возник соблазн использования все еще передовой немецкой медицины в качестве замены «жесткой силы» (Machtersatz)[56].

Советско-германское сотрудничество рассматривалось в том числе и с этой точки зрения. Помогая развивать здравоохранение в СССР, немецкие специалисты продвигали на огромный советский рынок свои технологии и медикаменты, создавали в стране «жизненное пространство» немецкой медицины и ее положительный образ. Пока это было обоюдно выгодно, СССР охотно принимал германскую помощь, не забывая напоминать о собственном передовом опыте в построении «социалистического здравоохранения». Немцы же старались отфильтровывать коммунистическую идеологию, обращая внимание лишь на медицинское содержание.

Советское руководство до поры не мешало немецкой медицинской науке содействовать построению социалистического здравоохранения в СССР. При этом, у Москвы имелись свои планы на расширение геополитического и культурного влияния в пограничных странах Внутренней и Центральной Азии, где с начала 1920-х гг. через агентуру Коминтерна поддерживались революционные движения и просоветская активность. Кроме того, советская сторона не терпела вмешательства в области где, как она считала, собственными силами был достигнут большой прогресс. Когда в 1926 г. профессор-нейропсихиатр К. Вильманс, один из ключевых персонажей истории советско-германской

[56] Там же.

экспедиции в Бурят-Монголию, заговорил о необходимости не научной, а реальной медицинской помощи в борьбе с сифилисом в регионе, это вызвало открытое негодование Н.А. Семашко. В нескольких письмах нарком дал понять, что СССР в этом совершенно не нуждается, так уже наладил собственную эффективную борьбу с социальными болезнями у нацменьшинств[57].

Для советского руководства середины 1920-х гг. включение МНР в геополитическую орбиту СССР было решенным делом, несмотря на крах наиболее радикальных коминтерновских планов советизации республики в связи с советско-китайским договором 1924 г. Поэтому возможность проникновения Германии в ключевую для построения новой монгольской государственности область здравоохранения вызвала столь сильную реакцию в советском правительстве.

Для зажатой между Россией и Китаем Монголии, остро нуждавшейся в финансовой и кадровой помощи, использование малейшей возможности повысить свои ставки в геополитической игре стало естественной стратегией. В 1925 г. у власти там еще находились сторонники интеграции всех монгольских народов и срединного пути развития, сочетавшего национальную специфику с европейским прогрессом[58]. Опасаясь полной культурной гегемонии СССР, монгольское руководство предпринимало робкие попытки выйти на других «культуртрегеров», чтобы уравновесить советское влияние или, по крайней мере, выторговать у северного соседа более выгодные условия. Для этого и поддерживались слухи о том, что Монголия может обратиться за помощью в организации здравоохранения к немцам[59].

---

[57] Подробнее о шестинедельной поездке К. Вильманса и А. Штюмера в Бурят-Монгольскую АССР летом 1926 г. см.: Башкуев В.Ю. Бурятия 1920-х гг. в путевом дневнике немецкого врача Карла Вильманса // Oriental Studies. 2020. Т. 13. № 5. С. 1256-1270; дневник К. Вильманса с комментариями и архивными документами см.: Lues, Lamas, Leninisten. Tagebuch einer Reise durch Ruβland in die Burjatische Republik im Sommer 1926 ; Herausgeber W.U. Eckart. – Pfaffenweiler: Centaurus Verl., 1995. – 313 S.

[58] О бурятских деятелях, работавших в тот период в монгольском правительстве см.: Rupen R. The Buriat Intelligentsia // The Far Eastern Quarterly. 1956. Vol. 15. № 3. P. 383-398.

[59] Башкуев В.Ю., Ратманов П.Э. Организационные формы советско-монгольского сотрудничества в области медицины и здравоохранения в 1920-х – 1930-х гг. Часть I. Формирование двух подходов. С. 1031.

Расчет оказался верным – советское правительство не могло позволить Германии перехватить инициативу в зоне непосредственных геополитических интересов СССР. Поэтому после заявления П.М. Никифорова о возможности приглашения монголами немецких врачей в советском правительстве стремительно завертелись все «приводные колеса», а уже в феврале 1926 г. Наркомат финансов РСФСР не имел возражений против наркомздравовской сметы на экспедицию, несмотря на очевидное завышение норм расходов. Дорогостоящее мероприятие Наркомздрава получило правительственное одобрение в рекордно короткие сроки[60].

Выяснив причины форсированного решения направить в МНР медико-санитарную экспедицию, перейдем к вопросу взаимодействия между организационными формами советской помощи. Как указывалось выше, врачебное сообщество в Улан-Баторе состояло из советских медиков, приглашенных на монгольскую службу. Будучи работниками Управления здравоохранения МНР, они по своим служебным обязанностям должны были придерживаться линии монгольского правительства. В то же время планируемая экспедиция напрямую подчинялась Наркомздраву РСФСР. Учитывая настроения монгольской правительственной элиты, экспедиция представляла собой непосредственное вмешательство СССР в дела монгольского здравоохранения, хотя выполняла ту же цель, что и улан-баторские врачи. Однако времени изобретать некую компромиссную схему у советского правительства уже не было.

С дореволюционных времен экспедиция была основной формой изучения Центральной и Внутренней Азии. Формат комплексных экспедиций Н.М. Пржевальского, М.В. Певцова, В.И. Роборовского, П.К. Козлова приносил ценные результаты не только науке, но и военному министерству. Экспедиция осуществляла глубокую рекогносцировку и производила знание о топографии, геологии, климате, транспортной структуре и обществах азиатского лимитрофа Российской империи. В начале XX в. появилось военное монголоведение, представленное до сих пор малоизученными исследованиями

[60] Там же.

А.А. Баторского, В.Ф. Новицкого, В.Л. Попова, А.Н. Куропаткина, С.Д. Харламова[61].

Многозадачность экспедиционного формата хорошо осознавалась большевиками, охотно использовавшими экспедиции в политических целях. В относительно небольшой коллектив было легко ввести верных людей, способных осуществлять параллельные задачи – идеологической контроль над специалистами, политическое влияние в местах дислокации и, наконец, разведывательную деятельность. К тому же, расходы экспедиции было гораздо легче контролировать, чем целевые дотации иностранному правительству. В отличие от «оседлого» улан-баторского врачебного сообщества, экспедиции были мобильными и их было гораздо легче разделить на автономные отряды. Учитывая прямое подчинение Наркомздраву, для советской стороны экспедиция представляла собой идеальный формат изучения медико-санитарной обстановки в МНР.

У врачей Управления здравоохранения МНР не хватало сил на охват территории страны, но накопленное знание монгольских нужд и реалий позволило подготовить ряд рекомендаций для будущей экспедиции. Из советских врачей была организована Комиссия по составлению сметы расходов и оборудование лечебных пунктов и передвижных отрядов. По-видимому, ее возглавил П.Н. Шастин, так как именно он делал по этой теме доклад на состоявшемся 22 октября 1925 г. медицинском совещании при Полпредстве СССР в Улан-Баторе.

По мнению Шастина, экспедиция должна была состоять из 10 врачей, 13 лекпомов, фармацевта и сестры милосердия. В задачу этих 25 медиков входило обслуживание пяти постоянных медпунктов, двух венерологических отрядов, отряда из невропатолога и офтальмолога, а также центрального бюро в Улан-Баторе. Прения возникли по вопросу достаточности такого числа медработников, однако скоро врачи пришли к выводу, что на первый год нужно ограничиться предложенным составом. Трехлетняя перспектива экспедиционной деятель-

[61] Кузьмин Ю.В., Суходолов А.П., Рачков М.П. Военное монголоведение России на рубеже XIX-XX веков // Известия Иркутской государственной экономической академии. 2016. Т. 26. № 3. С. 369.

ности подразумевала изменения в смете, предусмотреть которые заранее не было возможности.

В контексте нашего исследования гораздо важнее оказалось обсуждение другого насущного вопроса. Врач Ермилов указал на то, что смета в 170000 руб. является значительной для советского правительства и, оправдывая высокие затраты, нужно «показать правительству наиболее сильную сторону нашей работы». Для этого Ермилов призывал всю деятельность сосредоточить в Улан-Баторе, где главный контингент составляли венерические больные. Для них врач предлагал организовать показательный венерологический диспансер.

П.Н. Шастин ответил, что если исходить из необходимого вообще, то 10 врачей не хватит даже на один Улан-Батор. «Зато худоны остаются вовсе без медицинской помощи, – резюмировал он – наезды специалистов на постоянные пункты, помимо всего прочего, внесут много новизны и свежести для заброшенных в худоны работников. Устраивать же нарочитые демонстрации перед правительством путем концентрации главной работы в Урге – нечего»[62].

На совещании, состоявшемся 29 октября 1925 г., П.Н. Шастин выступил с докладом о географическим распределении постоянных и передвижных врачебных пунктов, т.е. о планируемой дислокации отрядов экспедиции. После непродолжительных прений было решено устраивать постоянные медпункты в местах наибольшей концентрации населения, там, где расположены отделения Монценкопа, других обществ и организаций, где есть участковые пункты Ветеринарного управления и телеграфные конторы. На востоке таким пунктом был намечен Цэцэнхан, где в радиусе 50 верст проживало около 60000 чел. На западе были отмечены Заин-Шаби (20000 чел. в радиусе 50 верст), Улясутай (7000 чел. в том же радиусе), Цэцэн-Сартул (указано, что это был густонаселенный район) и Кобдо (10000 чел. в радиусе 50 верст). Передвижные отряды на востоке намечено было отправить по маршруту Урга – Бревенхит – Сан-Бэйсэ;

[62] Башкуев В.Ю., Ратманов П.Э. Организационные формы советско-монгольского сотрудничества в области медицины и здравоохранения в 1920-х – 1930-х гг. Часть I. Формирование двух подходов. С. 1031.

на западе – Урга – Ламагэгэн – Сайнноин – Мишик-Гун – Дзасакту – Таряты – Ван-Курэ[63].

Два медицинских совещания при Полпредстве проясняют многое, оставшееся вне поля зрения в наших предыдущих публикациях на эту тему из-за отсутствия документального подтверждения. Из их протоколов стало известно, что улан-баторские врачи разработали логичные маршруты, руководствуясь необходимостью обеспечить европейской медициной густонаселенные периферийные районы, более всего нуждавшиеся в квалифицированной медицинской помощи. Призывы же продемонстрировать рачительное использование государственных денег на населении Улан-Батора, и без того имевшем доступ к европейской медицине через гражданские амбулаторию и больницу, были резко, но весомо прерваны П.Н. Шастиным.

В описи 35 (Общесоюзное бюро заграничной санитарной информации) Ф. А-482 (Наркомздрав РСФСР) не сохранилось ни документов, ни отчетов первой экспедиции и, до недавнего времени, нашим единственным первоисточником был отчет ее участника, врача-терапевта Г.В. Ивицкого, который позже возглавил вторую медико-санитарную экспедицию в МНР. Зато документы описи 55 того же фонда проясняют картину, хотя среди них тоже нет содержательных отчетов, докладных записок, жалоб. Самое ценное в них – информация для верификации и объективной оценки данных, представленных очевидцем событий, критически оценивавшим ход экспедиции и роль улан-баторских врачей в ее судьбе. Документы описи 55 позволяют уравновесить свидетельства Ивицкого и существенно расширяют контекст событий вокруг первой экспедиции.

В состав первой медико-санитарной вошли не десять, а семь врачей: венеролог, окулист, терапевт-фтизиатр, педолог, акушер-гинеколог, санитарный врач и начальник экспедиции. Средний медперсонал был представлен фельдшером, акушеркой и двумя медсестрами. При экспедиции также находилось четыре санитара-дезинфектора.

Подготовка к работе в далекой стране велась серьезно. Все мужчины из состава экспедиции получили разрешение ОГПУ на

[63] Там же. С. 1032.

приобретение огнестрельного оружия. Благодаря этому, в наших руках оказался список мужчин – участников экспедиции с указанием их должностей (но не врачебных специальностей). Экспедицией руководил Анисим Абрамович Французов. В состав входили врачи Я.О. Гибианский, С.Н. Рудчинко, С.М. Баркман, Г.В. Ивицкий и А.О. Долин; фельдшеры Д.Т. Добрынин и А.З. Попов, санитары Х.Ф. Теркулов, А.М. Гарюшин, Б.Г. Юровицкий и С.М. Круглов[64]. Двое, Ивицкий и Долин, являлись членами ВКП(б). Об этом нарком здравоохранения Н.А. Семашко упоминал в ходатайстве в ОГПУ на приобретение оружия[65].

Первая медико-санитарная экспедиция проработала в Монголии около трех месяцев, с сентября и до конца 1926 г. В начале 1927 г. замнаркома иностранных дел СССР Л.М. Карахан писал Н.А. Семашко, что монгольское правительство осталось очень довольно ее работой и передало через полпреда СССР П.М. Никифорова правительству СССР и Наркомздраву РСФСР благодарность за оказанную помощь. В письме также содержалась просьба выразить мнение Наркомздрава о приглашении монголами на постоянную службу А.А. Французова, а также экспедиционного венеролога и окулиста[66].

Сохранившиеся в фонде Наркомздрава РСФСР отчеты Г.В. Ивицкого содержат гораздо более критическую оценку деятельности экспедиции А.А. Французова. Как ее непосредственный участник, Георгий Васильевич, безусловно, оставил ценные и, возможно, единственные сохранившиеся описания работы и злоключений экспедиционных врачей. Однако многие его заявления необходимо рассматривать с учетом того, что он был одним из всего двух членов ВКП(б) на всю экспедицию. Так что критицизм вполне мог являться проявлением «большевистской бдительности».

Главной и непоправимой ошибкой Ивицкий считал принятое правительством МНР, советским полпредством и улан-баторскими врачами решение послать экспедицию в западный хошун Заин-Шаби. Он считал, что там, без доступа к органам власти

[64] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 22. Л. 64.

[65] Там же. Л. 54.

[66] Там же. Л. 69.

и оперативной информации по стране, почти весь потенциал наркомздравовских врачей остался невостребованным. Вместо планировавшихся нескольких медпунктов удалось открыть лишь одну амбулаторию в Цэцэрлэге. Основная нагрузка легла на экспедиционного венеролога, а окулист, акушер-гинеколог и другие специалисты временно оказались не у дел. Аймачные власти не были подготовлены к приему советских врачей, ламы отнеслись к экспедиции с неприязнью, а местные русские вообще увидели в ней источник наживы, запрашивая за извоз по худонам огромные суммы (25 руб. в сутки)[67].

Вместо лечебной работы члены экспедиции занялись исследованиями. Санитарный врач обследовал 250 юрт в радиусе 60-90 верст от Цэцэрлэга. Сложности возникли даже с тем, чтобы просто найти местное население. Не знавшие монгольских реалий медики думали, что кочевники массово приезжают в города, а не расселяются семейными стойбищами (аилами) в степи. Терпения врачей хватило всего на месяц такой работы. Оставив в Цэцэрлэге венеролога и помогавшего ему терапевта, экспедиция отбыла обратно в Улан-Батор.

В монгольской столице продолжилось поюрточное обследование населения. Были обследованы 500 юрт. Окулист осмотрел более 200 жителей. Школьникам сделали реакцию на туберкулез. Амбулаторно было принято несколько сотен больных. Собранные материалы анализировались и обсуждались на врачебных совещаниях[68].

Основные результаты первой медико-санитарной экспедиции сформулированы в двух документах. В нашем распоряжении имеются выписка из протокола № 5 заседания Коллегии Наркомздрава от 18.11.1927 г. и отчет Г.В. Ивицкого из материалов второй медико-санитарной экспедиции. Коллегия признала большое значение экспедиции для ознакомления с медико-санитарной ситуацией в МНР и медицинскими нуждами монгольского народа, указала на необходимость организации врачебных отрядов и разъездных врачей для Монголии, поручила Бюро заграничной информации Наркомздрава РСФСР войти в согла-

[67] Башкуев В.Ю. Российская медицина и монгольский мир. С. 258.

[68] Там же. С. 259.

шение с НКИД по вопросам организации советским правительством «медицинской и лекарственной помощи» МНР, постановила привлечь к участию Государственный институт социальной гигиены[69].

Выводы Г.В. Ивицкого более предметны. Подтвердился факт распространенности в МНР сифилиса и других венерических заболеваний. Экспедиционные врачи пришли к выводу об огромной опасности этих болезней для монгольского народа и о срочной необходимости организации венерологической помощи. В то же время отмечалось малое распространение туберкулеза легких. Однако врачи видели проблему в отсутствии у монголов природного иммунитета к бацилле Коха и призывали обращать на это внимание при устройстве казарм, интернатов, общежитий.

Экспедиция констатировала в МНР высокую детскую и материнскую смертность. Советские медики видели причину в распространенности сифилиса, «культурной отсталости» населения, отсутствии квалифицированного родовспоможения, службы охраны материнства и младенчества, детских яслей. В конечном итоге, все сводилось к отсутствию правильно организованного здравоохранения.

Г.В. Ивицкий отмечал, что за короткий период врачам удалось взрастить в монголах ростки доверия к советской медицине. Здесь помог, главным образом, «магический» эффект неосальварсана при лечении запущенных случаев сифилиса. По словам Ивицкого, при отъезде экспедиции собралось много монголов, которые плакали, хватали медиков за руки, прося остаться. При этом больные, которые незадолго до этого «положительно заживо гнили», а после вливаний неосальварсана были в числе провожавших, буквально рыдали в голос[70].

Важным результатом экспедиции признавался озвученный на уровне правительства МНР вывод о необходимости создания санитарной организации в масштабах страны, которая опиралась бы на низовую инициативу простых скотоводов. Одной экспедиции для этого было недостаточно и на совместных

[69] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 22. Л. 68.

[70] Башкуев В.Ю. Российская медицина и монгольский мир. С. 260-261.

с монгольским правительством заседаниях было решено просить Наркомздрав о второй, более длительной, экспедиции. Просьба эта была удовлетворена в рекордно короткий срок.

Прежде чем перейти к нюансам второй медико-санитарной экспедиции, зададимся вопросом, была ли экспедиция А.А. Французова настолько неудачной, насколько о ней писал Г.В. Ивицкий? Судя по документам, поставленные перед врачами задачи были выполнены. Экспедиция провела общую рекогносцировку медико-санитарной обстановки в стране, выявила наиболее опасные для здоровья монголов заболевания, определила меры дальнейшей борьбы с ними, обозначила первоочередные для здравоохранения отрасли.

Протоколы предшествовавших экспедиции медицинских совещаний в Улан-Баторе показывают, что умысла убрать ее «с глаз долой» у врачей Управления здравоохранения МНР не было. Сознавая, что аймаки страдают от отсутствия европейской медицины гораздо больше, чем столица, они составили рациональные экспедиционные маршруты, исходя из численности потенциально охватываемого населения. Согласно ним, Заин-Шаби был не каким-то особенно безнадежным захолустьем, а лишь наиболее густонаселенным из обозначенных П.Н. Шастиным и коллегами районов.

В чем Ивицкий был прав, так это в том, что улан-баторские врачи за несколько лет не удосужились опубликовать каких-либо сведений о состоянии здоровья населения МНР. Поэтому экспедиция Французова отправилась в Монголию практически «вслепую», везя с собой массу ненужных вещей и ориентируясь на ошибочные ожидания по поводу сезонных перемещений кочевников[71]. Опубликованная информация о медико-санитарной ситуации в МНР была бы значительным подспорьем. В дальнейшем Г.В. Ивицкий и начальники последующих экспедиций регулярно публиковали материалы исследований в медицинской и общей периодике.

Подействовал ли на Наркомздрав РСФСР критический разбор Ивицким неудач первой медико-санитарной, или сам Георгий Васильевич вызвался исправлять допущенные ошибки,

[71] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 239. Л. 105.

но именно на него было возложено руководство второй экспедицией в МНР. Нужно отметить, что Г.В. Ивицкий целенаправленно старался избегать прошлых ошибок и буквально забрасывал наркомат подробнейшими отчетами, докладными записками, характеристиками. Благодаря ему мы узнаем многое о трудовых буднях советских врачей-интернационалистов в МНР[72].

Вторая экспедиция отправилась из Москвы в Улан-Батор 10 сентября 1927 г. В ее состав вошли терапевт, два венеролога, хирург, акушер-педиатр, санитарный врач, фельдшер-акушер, фельдшер-заведующий аптекой и санитар-переводчик. Уже в Монголии экспедиция была усилена еще одним санитарным врачом, фтизиатром и двумя медсестрами.

В положении о второй медико-санитарной экспедиции за подписью Н.А. Семашко определены направления ее работы. 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.

Особо акцентировался следующий момент: «Экспедиция в своей деятельности и каждый ее работник в отдельности 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

[72] Термин «врачи-интернационалисты» является международным и восходит к феномену «медицинского интернационализма», распространенного среди врачей с левыми убеждениями во всех развитых странах мира в межвоенный период. Врачами-интернационалистами в их западном понимании двигала индивидуальная инициатива и мотивация, а не коллективно принятые решения какой-либо партии или организации. В этом западный вариант медицинского интернационализма отличался от советского интернационализма, являвшегося частью коммунистической доктрины. 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.

всего, проверяются под этим углом»[73]. Предписывалась такая форма 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.В. Ивицкий, – особенно при развитии хирургической деятельности, когда монголы воочию могут убедиться, как сильна европейская наука врачевания; много поможет и рационально поставленная родильная помощь»[74]. При этом медработникам категорически запрещалось заниматься частной практикой и получать с населения какую-либо компенсацию, даже сугубо добровольную[75]. Этот принцип соблюдался неукоснительно.

Вторая медико-санитарная экспедиция состояла из трех автономных подразделений: центральной амбулатории в Улан-Баторе; отряда в Заин-Шаби на базе амбулаторного пункта в Цэцэрлэге (врач Н.А. Сидоркин и фельдшерица-акушерка А.С. Попова); венерологического отряда под руководством С.Т. Ильина в Сан-Бэйсэ (совр. Чойбалсан). Выезжавший в Ундэрхан обследовательский отряд образовался при закрытии родильного отделения экспедиционной больницы и относился к головному подразделению экспедиции[76].

Центральная амбулатория расположилась в здании, ранее занимаемом Полпредством СССР в Монголии. Это была усадьба № 15 в китайском квартале Улан-Батора[77]. 22 декабря 1927 г. открылась больница второй медико-санитарной экспедиции на 10 коек. Оба медучреждения испытывали большую нагрузку. По сравнению с ноябрем, в декабре 1927 г. в Центральной амбулатории прием увеличился почти втрое. «Врачи перегружены: кроме амбулатории им приходится проводить много работы общественного характера – лекции, беседы, обследования, – писал Ивицкий. – Низы, что называется, “прут” и напор их сказывается на

[73] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 239. Л. 164.

[74] Там же. Л. 110.

[75] Там же. Л. 165.

[76] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 245. Л. 12.

[77] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 239. Л. 158.

изменении отношения к нам со стороны русофобской верхушки ЦК МНРП и правительства»[78].

В чем же заключалось «русофобство» высшего эшелона МНРП и какие отношения сложились у второй медико-санитарной с монгольским правительством и работавшими на него русскими врачами? Почему вообще возник диссонанс в, казалось бы, единой повестке строительства монгольского здравоохранения? Мы выносим в поле научной дискуссии свое объяснение сложившейся ситуации, в котором учитываем разнонаправленное воздействие нескольких факторов.

Начать следует с того, что жалобы Г.В. Ивицкого на монгольское правительство в ряде случаев действительно были небеспочвенны. Например, когда экспедиционные врачи хотели осмотреть учащихся средних школ, министр просвещения МНР Э. Батухан препятствовал этому, ссылаясь на то, 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. Ивицкий подозревал, что ЦК МНРП сознательно затягивает реализацию резолюций женских конференций, чтобы самим открыть детское и перинатальное учреждения, лишив экспедицию первенства[79].

В то время 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, борясь за права и политическое представительство бурят в Российской империи, создавая бурят-монгольские национальные автономии в РСФСР и ДВР. Буряты старались минимизировать русское влияние в Монголии, чтобы сохранить традиционную культуру, язык и историческое наследие страны. За это впоследст-

[78] Там же. Л. 135 об.

[79] Там же. Л. 131.

вии они поплатились карьерой, а в период сталинских репрессий – жизнью[80].

В данном контексте понятна реакция Батухана, объяснявшего, что имевшая статус государственной тибетская медицина вполне справляется со своими задачами в школах страны. Для него в тот момент национальное наполнение тибетской медицины, ее прямая ассоциация с устоями и верой традиционного кочевого общества значили гораздо больше простой эффективности. Крах авторитета этой медицинской системы на глазах у подрастающего поколения, формирующего новый взгляд на свою страну и окружающий мир, по-видимому, оценивался как сдача национальных позиций. Настойчиво требовавший доступа к школьникам советский врач, за которым стоял Наркомздрав РСФСР, а не Управление здравоохранения МНР, воспринимался как угроза.

Руководители МНР понимали опасность растущей зависимости от СССР. Здравоохранение было слабейшим звеном. В этой отрасли монголы полностью зависели от Москвы. 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»[81]. Отмечая рост авторитета экспедиции среди простых монголов, Ивицкий подчеркнул, что члены правительства

[80] Rupen R. The Buriat Intelligentsia. P. 388-389, 397-398.

[81] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 239. Л. 130.

МНР сразу же заговорили о переходе всего состава второй медико-санитарной на монгольскую службу. В ответ на отказ последовало 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[82].

Ивицкий оказался для монголов неудобным начальником экспедиции. Он отличался не только ретивостью в выполнении установок Наркомздрава РСФСР, действуя строго по положению об экспедиции, но и был до крайности несговорчив. Меньшая по составу, но гораздо более автономная и опытная, вторая медико-санитарная открыла медпункты в Сан-Бэйсэ и Ундэрхане, а в Улан-Баторе – экспедиционную амбулаторию и стационар. Экспедиционные врачи усилили и открытый ранее медпункт в Цэцэрлэге. Неудивительно, что монгольские чиновники сочли стремительный успех второй экспедиции 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 МНР инициативу, а с ней и авторитет, почет и научные лавры первопроходцев.

В свою очередь, Г.В. Ивицкий крайне отрицательно относился как к улан-баторскому врачебному сообществу, так и к при-

[82] Там же. Л. 136.

бывающим на монгольскую службу медикам Наркомздрава РСФСР. П.Н. Шастина он считал врачом старой школы и в своей корреспонденции с ОБЗСИ открыто называл «антисоветским»[83]. Видимо, ему не давал покоя почет, которым монголы окружили Шастина, а самое главное – огромный опыт, приобретенный старым иркутским хирургом в дореволюционный период. Заслуги П.Н. Шастина перед Россией были отмечены орденами Российской империи, и в тот период этого было достаточно для подозрений. Наконец, свою роль сыграл категорический отказ Шастина оставить в столичном регионе экспедицию А.А. Французова.

Ивицкий видел перспективу развития не в улан-баторском врачебном сообществе, а в прибытии из СССР так называемых «советских врачей». Свое видение ситуации он выразил так: «Чтобы “советизировать” медицину в Монголии необходимо, прежде всего, чтобы присылаемые из Москвы врачи были сильными общественниками и в полном смысле советскими врачами с достаточно сильной медицинской квалификацией, тогда “Шастины” будут вполне изолированы»[84].

Другой характерный документ, согласно подписи, принадлежит перу заведующего Отделом здравоохранения Соднома, но стилистика и речевые обороты свидетельствуют, что докладная записка писалась при активном участии Г.В. Ивицкого. В ней содержится острая критика заведующего улан-баторской Гражданской больницей хирурга Конопацкого, а также прибывшего из СССР врача Бурдукова. Конопацкого критиковали и как администратора, и как хирурга. Одним из упреков было то, что как хирург он был слишком смелым, до такой степени, что монголы и русские одинаково боялись к нему обращаться. Бурдуков же вызывал критику тем, что «подыгрывается под Шастина, местный медицинский персонал, проводит антагонизм в среде советского медицинского персонала, раскалывает его»[85]. «Для нас несомненно, – говорится в документе, – что Бурдуков принадлежит к типу старых специалистов, которые в определенных усло-

[83] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 28. Л. 28.

[84] Там же. Л. 19.

[85] Там же. Л. 5.

виях кажутся лояльными, но именно в силу этих условий они не выявляют своей истинной природы»[86]. В документе настойчиво предлагается отозвать обоих врачей из МНР.

В этих тихих канцелярских «баталиях» отчетливо прослеживается набиравшее силу в СССР негативное явление – так называемое «спецеедство». О нем в 1927 г. на XXIV Ленинградской губпартконференции говорил видный советский политический деятель Н.И. Бухарин[87]. Суть этого феномена выразил историк В.А. Шишкин: «Политическая культура рабочих и отчасти партийно-хозяйственных руководителей того времени не позволяла проводить взвешенную политику по отношению к интеллигенции, специалистам, в том числе и медицинским работникам»[88]. Проще говоря, советские рабочие, малообразованный и агрессивно доказывающий свою «гегемонию» класс, фаворитизированный политическим руководством страны, низводил образованных специалистов до уровня обслуживающего персонала. На производстве это часто проявлялось в том, что рабочие-симулянты требовали от врачей выписать больничный лист, будучи совершенно здоровыми, а на отказ следовала организованная травля, оскорбления, кляузы или даже физическое воздействие на врача. Как правило, администрация предприятий и другие инстанции вставали на сторону пролетариата[89].

Так «спецеедство» проявляло себя на низовом уровне. Выше по социальной и партийной иерархии, установка против «спецов» задавалась даже руководителями советских отраслей. Например, создатель советской модели здравоохранения Н.А. Семашко по итогам состоявшегося в Москве 10-14 мая 1922 г. II Всероссийского съезда секций врачей Союза Всемедикосантруд написал В.И. Ленину и членам Политбюро ЦК РКП(б) письмо, в котором предупреждал об «опасных течениях» внутри подведомственного ему врачебного сообщества. В выступле-

[86] Там же. Л. 6.

[87] Шишкин В.А. К вопросу о «спецеедстве» и общественном положении медицинских работников Советской России во второй половине 1920-х гг. // Медицина России в годы войны и мира: Новые документы и исследования ; отв. ред. и сост. Л.А. Булгакова. СПб.: Нестор-История, 2011. С. 417.

[88] Там же. С. 418.

[89] Там же. С. 419.

ниях врачей, не являвшихся большевиками, он увидел «поход против советской медицины и восхваление медицины земской и страховой», тенденцию к опасной низовой самоорганизации врачей, «стремление встать вне общепрофессионального рабочего движения» и «стремление сорганизоваться на этой почве, между прочим путем своего печатного органа»[90]. Семашко призывал «всякую идею земщины … выжечь каленым железом», считал «всякие попытки заменить советскую медицину земской и страховой политически недопустимыми», призывал Госиздат «не разрешать спецам и их обществам издания газет и журналов, носящих общественно-политический характер» и «быть крайне осмотрительными в установлении границ автономии отдельных спецовских секций (врачей, инженеров) в общепрофильных союзах и ни в коем случае не допускать отдельных самостоятельных союзов спецов»[91].

Таким образом, «спецеедство» в области здравоохранения было введено самим создателем советской модели медицины еще в 1922 г., а к 1928 г. оно уже проявляло себя за пределами страны, в Монголии. По беспокойству Н.А. Семашко чувствуется, что он серьезно опасался конкуренции со стороны опытных в профессиональной и общественной самоорганизации врачей «земской» формации. В представлении наркома здравоохранения РСФСР, любые послабления этому контингенту могли негативно повлиять на его собственное детище, еще пребывавшее в «младенческой» стадии развития. По-видимому, те же опасения испытывал и врач-большевик Г.В. Ивицкий.

Несмотря на то, что Георгий Васильевич профессионально сформировался в Российской империи и сам работал земским врачом во Владимирской, Самарской и Могилевской губерниях[92], его неприязнь к врачам земского типа была глубокой

---

[90] Васильев К.К. «Модель Семашко». К воспоминаниям профессора Самуила Борисовича Дубровинского (1885-1975) об организаторе здравоохранения и социальном гигиенисте Н.А. Семашко и его соратниках – З.П. Соловьеве и А.Н. Сысине // Сумський історико-архівний журнал. 2011. № XIV-XV. С. 46-47.

[91] Там же. С. 47.

[92] Российские врачи в Китае. Ивицкий Георгий Васильевич. URL: https://sites.google.com/site/russemedecinsenchine/home/listsa_z/i/ivitsky (дата обращения 02.09.2019). Личный листок Г.В. Ивицкого см.: ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 30. Л. 151-153.

и, судя по документам, искренней. Что послужило причиной такого отношения неизвестно, но ясно одно – в улан-баторском врачебном сообществе, созданном П.Н. Шастиным, он, подобно Н.А. Семашко, увидел опасность для нарождавшегося монгольского здравоохранения. Ивицкий боялся, что врачи старой школы могут увести все еще формирующуюся систему в сторону земской (народной) и страховой (несоциалистической) медицины. Его же эталоном была медицина советская, а значит – классовая. Поэтому Георгий Васильевич остро и последовательно критиковал тех коллег, которых по тем или иным причинам считал неподходящими для строительства здравоохранения советского типа.

Постепенно неуемная энергия Г.В. Ивицкого стала раздражать и Наркомздрав РСФСР. В конце 1928 г. он докладывал, 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, написанной 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»[93].

Несмотря на трения, со временем между экспедициями и сообществом врачей-экспатриантов образовалась неразрывная связь. Дело в том, что по завершении экспедиционных работ

[93] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 242. Л. 39.

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.

Советские медицинские экспедиции работали в Монголии почти все 1930-е гг. Третья медико-санитарная экспедиция Наркомздрава РСФСР находилась в МНР с сентября 1929 по 1931 г. Она состояла из начальника экспедиции А.И. Козловского, врачей И.Д. Катаева, Н.В. Нечаева, В.В. Хряпина, лекпома П.И. Тихонова, фельдшериц-акушерок В.Е. Поповой и Р.Е. Ривлиной, фельдшера-акушера Шнейдера, санитара и переводчика Х.Ф. Теркулова[94].

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 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 необходи-

[94] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 30. Л. 156, 156 об.

мое количество бензина. База экспедиции в Улан-Баторе также предоставлялась монгольской стороной[95].

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[96]. 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 писал в ОБЗСИ: «…Не проходит и дня, чтобы в монгольских кругах не задавали бы мне вопросов явно свидетельствующих о большом нетерпении получить этот отряд»[97]. Советские медики в сопровождении представителя Управления здравоохранения МНР Жамсарана были направлены в Шанхай-Ула, где отряд получил в распоряжение помещения, ранее принадлежавшие тибетской больнице[98].

---

[95] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 352. Л. 7.

[96] Там же. Д. 358. Л. 64.

[97] Там же. Л. 49.

[98] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 354. Л. 5.

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[99]. Множество благодарных отзывов поступили от излеченных сифилитиков[100].

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 поддержка точки зрения А.И. Козловского советским полпредством в Улан-Баторе[101].

Улясутайский отряд В.В. Хряпина также заслужил похвалу начальника экспедиции. Советские врачи успешно вели медицинскую и санитарно-просветительную работу, завоевывая сим-

[99] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 358. Л. 16.

[100] Там же. Л. 26.

[101] Там же. Л. 26 об.

патии 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[102].

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»[103].

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, без стерилизации, нескольким десяткам человек подряд. Все это подрывало престиж советского медотряда в глазах местного

[102] Там же. Л. 26.

[103] Там же. Л. 49.

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[104].

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[105].

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»[106].

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,

[104] Там же. Л. 16 об.

[105] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 352. Л. 15.

[106] Там же. Л. 16.

в местностях, еще не охваченных европейской медицинской помощью[107].

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[108].

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 монго-

[107] Там же. Л. 17.

[108] Там же. Л. 18.

лов «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 болезни. 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[109].

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[110]. Врачи

[109] Там же. Л. 19.

[110] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 629. Л. 28.

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 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»[111].

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[112].

В 1934 г. научно-исследовательская экспедиция Наркомздрава РСФСР провела детальное обследование курорта Худжиртэ, Иринских горячих вод, лечебных грязей Мишикгунского

[111] 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).

[112] Беленький С.Ю., Чунтомов П.Г. Курортные богатства МНР // Современная Монголия. 1935. № 4 (11). С. 51-52, 58.

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 тибетологом М.И. Тубянским, эти документы были тщательно изучены врачами экспедиции[113].

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»[114].

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»[115]. 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

[113] Там же. С. 52-55.

[114] Там же. С. 56.

[115] Там же.

частично полезное, что в этих наставлениях можно найти и что представляет сейчас лишь исторический интерес»[116].

Работа четвертой медико-санитарной (первой научно-исследовательской) экспедиции была отмечена благодарственными письмами монгольского правительства. Для развития успеха в Монголию была направлена пятая медико-санитарная (вторая научно-исследовательская) экспедиция под руководством доктора А.А. Азарха. В ее состав входили врачи П.Г. Чунтомов, Ф.М. Мандельштам, А.М. Юрковский, И.С. Лейн, Ю.И. Сиротина, лаборантка Н.В. Поспелова, помощник начальника по хозяйственным делам Х.Ф. Теркулов, медсестра Поспелова, шоферы И.В. Семихин и П.И. Боровский, а также переводчик Найдан[117].

Экспедиция А.А. Азарха проработала в МНР до 1938 г. и завершила экспедиционный компонент наркомздравовской политики взаимодействия. Однако, это совсем не значило, что совместных экспедиций больше не было. Этот формат успешно использовался Министерством здравоохранения МНР еще очень долго, а в состав организованных монголами экспедиций по прежнему входили советские медики.

После завершения работы экспедиций Наркомздрава РСФСР, экспедиционные врачи переходили на службу в монгольское 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 предоставить монгольскому правительству Наркомздрав. 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

[116] Там же.

[117] ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 10. Д. 31. Л. 234.

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.

1.4. Советские элементы в организации и работе медицинского сообщества. Формирование института советников Министерства здравоохранения МНР

Строительство в Монголии системы здравоохранения советского типа подразумевало постоянную подпитку кадрового состава врачами из СССР. Эта практика продолжалась даже когда в Улан-Баторе и других городах открылись медицинские учебные заведения, готовившие национальные кадры. Поначалу в Монголии выпускались только медработники среднего звена – фельдшеры и медицинские сестры. На всю обширную территорию страны их не хватало и советские медики продолжали работать в самых отдаленных аймаках МНР. Проблема кадрового обеспечения монгольского здравоохранения особенно остро стояла в 1930-е – 1940-е гг., когда сеть лечебно-профилактических учреждений покрыла почти всю Монголию, а медперсонала для ее укомплектования было недостаточно. Некоторым советским врачам пришлось бессменно работать на своих должностях от четырех до шести и более лет. Как правило, такое случалось в отдаленных аймаках – Хубсугульском, Увэрхангайском, Убсунурском и Дзабханском, отделенных от Улан-Батора сотнями и тысячами километров бездорожья.

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.

Из начальников наркомздравовских экспедиций особенно выделялись двое – Г.В. Ивицкий (вторая медико-санитарная) и С.Ю. Беленький (четвертая медико-санитарная или первая научно-исследовательская). Мы уже знаем, что Ивицкий отличался хорошими организаторскими способностями, был требовательным и критичным руководителем, а также имел определенные политические амбиции. Как врач-большевик, он считал своим долгом следить за тем, насколько правильно в монгольском здравоохранении реализуются советские принципы и подвергал резкой критике тех, кого считал классово или профессионально непригодным к такой работе.

Всем работникам своей экспедиции Г.В. Ивицкий давал политические характеристики. В этом плане его устраивала лишь половина вверенного ему коллектива. Врачей Н.М. Орлова, С.Т. Ильина и Н.А. Сидоркина он считал политически «вполне советскими», а остальных называл в лучшем случае «мещанами». Фтизиатр Г.И. Канторович заработал у него характеристику «как общественник пассивный, в политическом отношении ненадежный», санитарный врач Г.В. Макаренков – «политически шатающийся», акушер-гинеколог А.И. Гурина – «политически приспосабливается, но срывается»[118]. Чиновников монгольского правительства и даже членов МНРП он считал русофобами,

[118] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 245. Л. 23.

а врачей старой школы клеймил как приспособленцев и тайных врагов советской власти. В целом, Георгия Васильевича Ивицкого можно характеризовать как идейного большевика, продвигавшего в медицинской отрасли не только модель Н.А. Семашко, но и принципы классовой борьбы. При этом объяснить его политическую бдительность специфической средой МНР того периода невозможно, так как на следующем месте работы – в медицинской службе КВЖД – Ивицкий продолжал писать политические характеристики как на советских, так и на китайских коллег.

Семен Юльевич Беленький (1893-1973) прибыл в МНР в качестве начальника четвертой медико-санитарной (первой научно-исследовательской) экспедиции Наркомздрава РСФСР в 1933 г. Он родился в июне 1893 г. в Бобруйске в семье кондитера, в 1919 г. окончил медицинский факультет Первого Московского государственного университета, а с апреля 1919 по январь 1921 г. работал врачом в госпиталях РККА. На военной службе он вступил в ряды РКП(б) в феврале 1920 г.

Карьера С.Ю. Беленького в советской медицине развивалась быстро. С февраля 1921 по 1923 г. он работал главным врачом советской больницы в Минске, затем заведующим лечебным отделом Наркомздрава БССР. Семен Юльевич стремительно продвигался по профсоюзной линии, став в 1922 г. председателем Всебелорусского союза Всемедикосантруд (профсоюз медицинских работников), с 1921 по 1924 гг. был членом Минского совета депутатов всех созывов, а в 1924 г. на Чрезвычайном Всебелорусском съезде советов был избран кандидатом в члены ЦИК Белорусской ССР. После переезда в Москву, где до марта 1926 г. трудился в ЦК союза Всемедикосантруд, его назначили директором объединенных курортов Евпатория-Саки. В 1930 г. его перевели в Центральный институт курортологии в качестве старшего научного сотрудника. В мае 1933 г. ОБЗСИ Наркомздрава РСФСР направило его начальником научно-исследовательской экспедиции в Монголию, где Беленький с большим успехом проработал до января 1936 г. Деятельность Семена Юльевича в Монголии была отмечена не только благодарственными письмами и почетными грамотами правительства МНР, но

и монгольским орденом Трудового Красного знамени I степени (1935)[119].

Будучи доцентом, С.Ю. Беленький уделял большое внимание научному изучению бальнеологического потенциала МНР. За время работы первой научно-исследовательской экспедиции было опубликовано 40 научных работ, многие из которых написал сам Семен Юльевич. Помимо этого, он снял документальный фильм «Современная Монголия». Работа экспедиции действительно отличалась от предыдущих более серьезным научным компонентом, хотя врачи занимались и обычной лечебной работой среди аратов.

Как администраторы и организаторы здравоохранения, С.Ю. Беленький и Г.В. Ивицкий похожи друг на друга активной политической позицией. На фоне других начальников экспедиций и медицинских чиновников более высокого ранга (советников Минздрава МНР) эти двое выделялись явными политическими амбициями. Причем, если в конце 1920-х гг. Г.В. Ивицкий выступал в качестве политической фигуры во время своего противостояния с «правоуклонистским» монгольским правительством, то в середине 1930-х гг. С.Ю. Беленький критиковал советское медицинское сообщество МНР за неправильные с его точки зрения подходы к оценке монгольских социокультурных реалий.

Несмотря на предсказуемо отрицательное отношение к религиозным догматам тибетской медицины, С.Ю. Беленький кардинально отличался от других советских культуртрегеров своим видением традиционного монгольского быта. На страницах журнала «Современная Монголия» он резко возражал предшественникам, априори воспринимавшим 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 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

[119] ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 11. Д. 35. Л. 5-7.

не отметил изменений в жизни монгольского народа, произошедших за период социалистического строительства[120].

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[121].

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»[122]. 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 сни-

[120] Беленький С.Ю. Проблемы здравоохранения в МНР // Современная Монголия. 1935. № 2 (9). С. 48.

[121] Там же. С. 49.

[122] Там же.

жении заболеваемости, смертности и т. д. среди монгольского населения»[123].

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[124]. Конечно, с точки зрения С.Ю. Беленького у монголов, особенно бедных, сохранялось много элементов антисанитарии, однако они не являлись единственными, характеризующими гигиену быта арата[125].

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

[123] Там же.

[124] Там же. С. 62.

[125] Там же. С. 63.

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[126].

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»[127].

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

[126] Там же.

[127] Там же. С. 65.

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»[128].

Переходя к рядовому врачебному составу, необходимо отметить, что особую проблему представлял набор в монгольские экспедиции. В переписке заведующего ОБЗСИ М.М. Эттингера с советником Минздрава МНР Я.Л. Гроссманом описаны проблемы, связанные с привлечением кандидатов на должности врачей и средних медицинских работников. 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»[129].

Какими же перспективами завлекало врачей в монгольские экспедиции Общесоюзное бюро заграничной санитарной информации? Представляется, что не последнюю роль играл материальный 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. Это объяснение большого количества отказов от данных ранее обязательств представляется правдоподобным.

Отдельную проблему представляло здоровье самих медработников. В марте 1932 г. Я.Л. Гроссман направил наркому здравоохранения М.Ф. Владимирскому секретную докладную

[128] Там же.

[129] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 417. Л. 115.

записку, открывающуюся такими словами: «Необходимо отметить, что подбор посылаемого в Монголию персонала, с точки зрения состояния их здоровья, производится исключительно небрежно. Эта небрежность сопряжена с громадными затратами средств из чрезвычайно ограниченного и напряженного бюджета МНР»[130]. Далее следует список медиков, непригодных по состоянию здоровья для работы в сложных условиях Монголии.

Фармацевт Страшун по прибытии в Улан-Батор из машины сразу был направлен в больницу. Оказалось, что и в МНР он прибыл из советской больницы, где находился в качестве пациента. В результате, из восьми месяцев, проведенных в Монголии, Страшун шесть месяцев проболел. Такая работа не приносила Минздраву МНР ничего, кроме лишних расходов.

Лекпом Мосидзе оказался практически совершенно незрячим инвалидом. Один глаз у медика был искусственным, а на втором была диагностирована прогрессирующая миопия с потерей 70-80% зрения. Вместо трех лет, указанных в договоре, лекпом проработал в Монголии один год, после чего пришлось отправить его обратно в СССР.

Лекпомы Петрова и Веревкина имели проблемы с психикой. Петрова, перешедшая в Минздрав МНР из экспедиции Наркомздрава, по мнению Гроссмана оказалась глубокой истеричкой и дважды пыталась совершить самоубийство с помощью отравления. Лекпом Веревкина страдала психастенией и истерией, характеризовалась как мало работоспособный человек и не могла установить контакта с больными. Ее тоже собирались срочно отправить обратно в СССР[131].

Доктор Королев страдал от органического поражения центральной нервной системы в результате контузии, применял к больным меры физического воздействия и был снят с работы по требованию монгольских партийных и общественных организаций. Врач Останков, работавший в труднодоступном Хубсугульском аймаке (Хатхыл), по выражению Гроссмана «горький пьяница», к которому за медицинской помощью никто не обращался. Заменить его в Хатхыле было некем. Доктор Филатова,

[130] ГАРФ. Ф А-482. Оп. 55. Д. 31. Л. 115.

[131] Там же.

сначала работавшая в Лама-Гэгэне (высота над уровнем моря 2200 м), страдала туберкулезом и сердечной недостаточностью, из-за чего жить в подобных географических и климатических условиях не могла и была переведена в Улан-Батор, находящийся на высоте 1250 м над уровнем моря[132].

Несмотря на эти проблемы, 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…»[133]. 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.

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

[132] Там же. Л. 116.

[133] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 397. Л. 50.

и только в заключение давать представление о материальной стороне дела»[134].

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 Я.И. 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»[135]. 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 куль-

---

[134]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.

[135] ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 34. Д. 12. Л. 54.

турных условий жизни, и я вынужден буду удовлетворить ее желание даже при отсутствии замены»[136].

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[137].

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. Я.И. 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 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 Я.И. Певзнер резюмировал, что описанные ситуации «…ясно иллюстрируют справедливые жалобы врачей, которые по пять лет лишены культурных условий и требуют перевода

[136] Там же. Л. 55.

[137] Там же.

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»[138].

Опыт первой и второй экспедиций Наркомздрава РСФСР показал, как непросто складывались отношения между прибывшими из СССР медиками и монгольским руководством. С переходом монгольского здравоохранения из эмбрионального во вполне функциональное состояние, в монгольской партийной и хозяйственной элите стало расти стремление к принятию независимых решений и это не замедлило сказаться на отношении к советским специалистам. В июле 1946 г. советник Минздрава МНР М.А. Ибрагимов направил министру здравоохранения СССР Г.А. Митереву письмо, в котором подробно описал грубость, бестактность и произвол монгольских, а также ряда советских официальных лиц по отношению к медикам.

В самом начале письма 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 проводят ряд принципиальных мероприятий, совершенно не спрашивая специалистов и их советов»[139]. 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 инструк-

[138] Там же. Л. 56.

[139] Там же. Л. 9

торам и советникам, но решать должен министр и руководитель, ибо он отвечает за работу, а не инструктор и советник»[140]. 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»[141].

Позиция советника, безусловно, полна своеобразного советского пафоса. Отказывая монголам в способности управлять своей страной, Ибрагимов превозносит уровень компетенции специалистов из СССР, который, как мы уже знаем, не всегда соответствовал высоким ожиданиям. Но главным здесь является 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 громко возмущались, частью терпеливо сносили своенравное, бестактное, а иногда откровенно хамское 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

[140] Там же. Л. 10.

[141] Там же. Л. 11.

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[142].

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 отсутствовало угодничество и подхалимство. Это было основным поводом для снятия его с работы»[143].

---

[142] Там же. Л. 1.

[143] Там же. Л. 15.

Активная позиция М.А. Ибрагимова привлекала внимание Министерства здравоохранения СССР к серьезным проблемам советского медицинского сообщества в МНР. Вдали от родины, в условиях постоянного напряжения и тяжелого труда контрастно проявлялись любые противоречия. Уезжая из СССР, медработники несли в Монголию не только современную медицину, но и целый ряд нерешенных на родине проблем, начиная с собственного здоровья и заканчивая последовательным снижением социального статуса медработника, превращенного в СССР в обслуживающий персонал политического «гегемона» – рабочего класса, а в еще большей мере – его верхушки, необразованной и косной партийно-хозяйственной номенклатуры. Привыкнув к безотказности медиков из СССР и наблюдая взаимоотношения внутри их сообщества, монгольские чиновники перенимали у советского начальства общую пренебрежительно-чванливую тональность, проявлявшуюся как в отношении к врачам, так и к самим монголам. Это осложняло и без того нелегкую общую задачу – превратить Монголию в страну с современным качественным здравоохранением. Сгладить острые углы в отношениях врачебного сообщества и монгольского руководства помогали советники Министерства здравоохранения МНР, о которых необходимо рассказать подробнее.

Впервые, должность советника Минздрава МНР была введена в 1929 г. В записке для ЦК ВКП(б), кратко излагающей сведения об отправляемых в МНР медработниках, директор ОБЗСИ М.М. Эттингер указал, что согласно договоренности с монгольской правительственной делегацией, Наркомздрав в начале 1929 г. отправил советника-инструктора для «оказания всесторонней помощи монгольскому Отделу здравоохранения по организации правильной медпомощи в Монголии по советскому типу». Этим специалистом был врач, член ВКП(б) Илья Леонидович Баевский.

И.Л. Баевский (1894-1938) – фигура выдающаяся, достойная особого внимания. По своему первому образованию он был врачом – окончил в 1916 г. Саратовский медицинский университет. Затем сменил специальность, окончив в 1925 г. факуль-

тет общественных наук Московского университета. Четыре года проработал старшим научным сотрудником Госплана РСФСР, откуда его в 1929 г. направили в Монголию.

После заграничной работы карьера И.Л. Баевского резко пошла вверх. В 1931-1933 гг. он уже член Президиума Госплана РСФСР и одновременно начальник планово-финансового управления в Главном управлении Севморпути. В марте 1933 г. Баевский был назначен заместителем начальника ледовой экспедиции на пароходе «Челюскин», участвовал в получившем мировую известность дрейфе челюскинцев на льдине, а после стал инициатором целой серии книг о челюскинской эпопее[144].

Зачем же советскому правительству понадобилось назначать на должность минздравовского советника не организатора здравоохранения, а экономиста-плановика с медицинским образованием? Понять эту логику поможет анализ работы И.Л. Баевского в контексте происходивших в МНР в конце 1920-х гг. политических событий.

В политической жизни Монголии конец 1920-х гг. ознаменовался ожесточенной борьбой между фракциями Монгольской народно-революционной партии (МНРП). На открывшемся 23 октября 1928 г. VII съезде МНРП левая оппозиция при поддержке делегации Исполкома Коминтерна (ИККИ) разгромила правую фракцию (национальных демократов), практически полностью выдавив их из состава ЦК. С 1929 по 1932 гг. страна жила в условиях левацкого эксперимента. Это означало укрепление политической и экономической зависимости от СССР, усиление классовой борьбы, перескакивание через этапы развития без учета монгольской специфики, слепое копирование советского опыта. В сентябре 1929 г. Президиумом Малого Хурала и правительством были приняты постановления о конфискации феодальной собственности, организации колхозов и госхозов[145]. В ответ на экспроприацию в стране вспыхнули вооруженные мятежи. В 1932 г. во время ламского восстания

[144] Башкуев В.Ю. Вклад советников Минздрава Монгольской Народной Республики в развитие здравоохранения (1920-е – 1940-е гг.) // Дальневосточный медицинский журнал. 2020. № 4. С. 48.

[145] История Монголии. XX век. М.: Ин-т востоковедения РАН, 2007. С. 82-95.

в Архангайском аймаке погиб советский врач С.М. Немой, создатель первых в Монголии детских яслей[146].

В этой ситуации во весь рост встал вопрос об углублении советского влияния на простых скотоводов (аратов), часть которых активно поддержала антикоммунистические выступления. Медицина вновь оказалась на переднем крае взаимодействия. В 1930 г. в унисон с кампанией по обобществлению имущества феодалов и лам, монгольское правительство приняло постановление о снятии с государственного обеспечения тибетских лекарей-эмчи. Тогда же Управление здравоохранения было преобразовано в Министерство здравоохранения МНР. Чтобы форсировать создание широкой сети медучреждений европейского типа, монгольское правительство существенно увеличило ассигнования на здравоохранение, выделив в 1930 г. 1,5 млн тугриков – огромную по тем временам сумму. Существует мнение, что именно эти события стали причиной создания института советников Минздрава МНР[147].

Однако хронология и архивные документы подразумевают несколько иную трактовку данного сюжета. Резолюция ЦК МНРП «О развитии здравоохранения в Монгольской Народной Республике» открывается словами: «Президиум ЦК МНРП, заслушав доклад Управления здравоохранения о развитии здравоохранения в МНР на ближайший период, постановляет…». А письмо Полномочного Представителя СССР в МНР А.Я. Охтина в Наркомздрав РСФСР и Народный комиссариат иностранных дел СССР (НКИД СССР) от 15 января 1930 г. свидетельствует о том, что доклад, послуживший основой резолюции ЦК МНРП, был подготовлен и сделан И.Л. Баевским[148]. Таким образом, за существенными изменениями курса монгольского правительства в отношении европейской медицины стоял

[146] Ибрагимов М.А., Дэмбэрэл Б. Очерки по истории развития здравоохранения Монгольской Народной Республики. С. 47. Подробно о жизни и трагической смерти С.М. Немого см.: Немой А.С. Советские медики в Монгольской Народной Республике. М.: «Медицина», 1978. – 120 с.

[147] Morozova I.Y. Socialist Revolutions in Asia. The Social History of Mongolia in the Twentieth Century. London and New York: Routledge, 2009. P. 65-66.

[148] Башкуев В.Ю. Вклад советников Минздрава Монгольской Народной Республики. С. 49.

именно он. Косвенно это подтверждается и содержанием новых положений о развитии здравоохранения.

Основным доводом в пользу нашей гипотезы является отчетливо выраженное в резолюции ЦК МНРП осознание народнохозяйственного значения здравоохранения, в то время как в более ранних документах всегда акцентировалась его политическая важность. За основу намечалось брать советскую модель предупредительной медицины, а внимание сосредоточить на расширении медицинской сети. Примечательно, что решение лишить тибетскую медицину государственного финансирования с передачей всех зданий и оборудования европейским медучреждениям тоже объяснялось чисто экономическими соображениями. Содержание двух параллельных сетей медицинских учреждений признавалось нецелесообразным расходованием и без того малых средств на здравоохранение. «Ввиду невозможности содержания на бюджетные средства двух сетей медицинских учреждений (европейских и тибетских), – говорится в резолюции – следует ликвидировать все тибетские медицинские пункты и амбулатории с направлением всех бюджетных средств на расширение европейских медицинских учреждений». Не было пространных тирад о ненаучном характере тибетской медицины или о ее связях с реакционным ламством. Постулировалась лишь экономическая целесообразность[149].

Резолюция, навеянная планом И.Л. Баевского, содержала много других нововведений. Среди них были: введение обязательного учета венерических больных с обследованием их семей и контактных лиц, а также организация в Улан-Баторе венерологического диспансера; обязательная регистрация всех случаев инфекционных заболеваний; введение обязательного оспопрививания; организация противочумной службы; организация санитарного надзора за водоснабжением, предприятиями пищевой промышленности, продуктовыми лавками, местами общественного пользования в Улан-Баторе; введение обязательного захоронения или кремации трупов в Улан-Баторе; организация регулярного школьно-санитарного надзора; обязательное преподавание гигиены в школе; организация службы медицинской

[149] Там же.

статистики; придание Управлению здравоохранения ведомственной самостоятельности, т.е. его реорганизация в полноценное министерство[150].

Практически никаких сомнений в том, что новую программу развития здравоохранения МНР создал именно И.Л. Баевский не оставляет письмо, подписанное исполняющим обязанности директора ОБЗСИ М. Эттингером и одним из членов Коллегии Наркомздрава РСФСР. Сначала оно подчеркивает, что «намечаемые санитарные мероприятия явятся рычагом для создания в Монголии новой эры…». Затем следует ряд вопросов и комментариев. Так, Баевского просят уточнить, каким образом предполагается осуществлять регистрацию инфекционных заболеваний, как советник планирует обеспечить кадровые средства для превращения сестринских курсов в Улан-Баторе в полноценный медицинский техникум. Письмо содержит и вполне конкретную просьбу прояснить ситуацию с заключением советско-монгольской санитарной конвенции, проект которой был ранее передан монгольской правительственной делегации в Москве. Представители Наркомздрава настаивали, что от этого вопроса зависят все совместные мероприятия по борьбе с чумой и другими инфекционными болезнями[151].

Таким образом, изученные документы позволяют пролить свет на целеполагание советского правительства при создании института советников медицинского ведомства МНР. Без фигуры И.Л. Баевского, экономиста-плановика с медицинским образованием, вывести гипотезу и доказать ее было бы затруднительно. Итак, уже с 1928 г. советское руководство понимало, какое направление примет политическая жизнь в МНР и собиралось использовать левый поворот для масштабного наращивания влияния СССР. Предполагая единственный возможный исход шаткого сосуществования двух медицинских систем, Москва через Наркомздрав РСФСР готовилась к форсированному насаждению в Монголии здравоохранения советского типа. Для создания ясной и выполнимой программы развития, которая учитывала бы экономические аспекты, требовался специалист

[150] Там же.

[151] Там же. С. 50.

в области государственного планирования. И.Л. Баевский блестяще справился с этой задачей, о чем свидетельствует дальнейшая история монгольского здравоохранения, развивавшаяся по составленному им плану.

Таким образом, Илья Леонидович сыграл огромную роль в советско-монгольских отношениях, успешно завершив возложенную на него миссию. О высокой оценке его работы свидетельствует стремительный взлет по карьерной лестнице. К сожалению, карьера этого незаурядного человека и профессионала оказалась недолгой. В 1937 г. он был арестован, обвинен в участии в контрреволюционной террористической организации и расстрелян 11 января 1938 г.[152].

С 1931 по 1933 г. развитие здравоохранения в МНР курировал советник Я.Л. Гроссман. Это был человек совершенно другой профессиональной подготовки и судьбы. Яков Львович Гроссман (1897-1978) был сыном небогатого местечкового адвоката в Крыму. С отличием окончил гимназию; служил на фронтах Первой мировой войны артиллеристом; за храбрость был награжден тремя Георгиевскими крестам и двумя медалями. С 1918 по 1923 г. был студентом медицинского факультета Таврического (позже Крымского государственного) университета; диплом врача получил 15 октября 1923 г. В 1918 г. Гроссман вступил в ряды подпольной Феодосийской большевистской организации. С сентября 1919 по март 1922 г. работал на различных должностях в милиции и Всероссийской Чрезвычайной комиссии (ВЧК), где прошел путь от уполномоченного по Житомирскому уезду, заместителя начальника особого отдела, затем начальника общего отдела Евпаторийской окружной ЧК до начальника морской и пограничной милиции Крыма. В органах Я.Л. Гроссмана неизменно характеризовали как энергичного и честного сотрудника, знающего оперативную и чекистскую работу[153].

С марта 1922 г. Гроссман перешел на работу в Наркомздрав Крымской АССР, где сначала занимал должность заведующего административно-организационным отделом, затем заместителя директора Управления курортов Южного Крыма. В феврале

[152] Там же.

[153] Там же.

1928 г. он стал директором Объединения общегосударственных курортов южного берега Крыма. В начале 1929 г. Яков Львович был откомандирован в распоряжение Наркомздрава РСФСР и перебрался в Москву[154].

С 1 февраля 1929 по 16 сентября 1929 г. Я.Л. Гроссман работал заместителем директора, а затем исполняющим обязанности директора Центрального научного института охраны материнства и младенчества Наркомздрава РСФСР, где основал ряд новых кафедр. В сентябре 1930 г. его назначили директором Государственного института экспериментальной эндокринологии. В характеристике Гроссмана отмечено, что он «активно содействовал созданию правильного политического направления и идеологического руководства в научно-исследовательских работах Института». Затем, в течение трех месяцев, с января по март 1931 г. Яков Львович работал заместителем директора по научной части Центрального института курортологии Главного санитарного управления, откуда он был направлен советником в Министерство здравоохранения МНР[155].

Предшествовавшая работе в Монголии карьера показывает, что Я.Л. Гроссман являлся управленцем и организатором здравоохранения, умевшим совмещать ответственные должности с совершенствованием своего образования. До отъезда в МНР успел защитить кандидатскую диссертацию по медицине. Однако существовал и другой аспект его профессиональной деятельности, реализовавшийся в братской стране – опыт работы в органах госбезопасности. Вспомним, что Яков Львович приехал в Монголию в разгар повстанческого движения против экспроприации и обобществления имущества феодалов и лам. Там ему пришлось выполнять совершенно несвойственные советнику Минздрава МНР функции – руководить отрядом, подавлявшим восстание в Хубсугульском аймаке. В июле 1932 г. Реввоенсовет МНР «за правильное и хорошее руководство военным отрядом, личное активное и многократное участие в ликвидации банд и за успешное подавление контрреволюционного восстания…, а также за проведение громадной важности

[154] Там же.

[155] Там же.

политической работы, внесшей перелом и успокоение в среду аратства…» наградил Я.Л. Гроссмана Боевым орденом Красного Знамени первой степени[156].

В качестве советника Яков Львович курировал формирование планов работ Минздрава МНР, занимался созданием в Монголии санаторно-курортного дела, изучал бальнеологический потенциал страны, участвовал в ликвидации чумных вспышек. готовил квартальные отчеты в Наркомздрав РСФСР. Его специализация в области курортологии хорошо сочеталась со спецификой работавшей в тот период в МНР четвертой медико-санитарной (первой научно-исследовательской) экспедиции под руководством доцента С.Ю. Беленького. Благодаря их совместным усилиям, в 1932 г. на базе термального источника Ерoo был открыт первый в республике санаторий.

Важной функцией советника была кадровая работа. Именно он собирал информацию о том, сколько медработников каких специальностей требуется в МНР на настоящий момент. Затем советник оформлял заявки на командирование врачей и отправлял их в Наркомздрав РСФСР. Подбор кадров и вопросы переезда в другую страну находились в ведении ОБЗСИ.

Помимо этого, Я.Л. Гроссман занимался просветительской работой: читал во Всемонгольском научном обществе медработников доклады на темы развития здравоохранения в МНР, публиковал на монгольском языке работы по вопросам медицины. За два года им было опубликовано восемь научно-популярных статей и брошюр по широкому спектру тем, от борьбы с социальными заболеваниями до перспектив курортного дела и первой помощи при поражении боевыми отравляющими веществами.

Я.Л. Гроссман проработал советником Минздрава МНР до 10 декабря 1932 г., оставив о себе добрую память среди монгольских коллег. В личном деле, помимо нескольких почетных грамот, сохранилось письмо от 26 марта 1965 г., в котором министр здравоохранения Монголии Г. Тубан просит прислать воспоминания об этапе становления социалистической медицины в МНР и фотографии и другие материалы для планирующегося

[156] Там же.

сборника воспоминаний ветеранов здравоохранения. Как мы видим, монголы старались сохранить и увековечить память о советских врачах-интернационалистах. Эта традиция сохраняется по сей день, несмотря на историческое переосмысление многих других аспектов советско-монгольского взаимодействия[157].

К сожалению, информации о советниках Минздрава МНР в период с середины 1930-х до середины 1940-х гг. сохранилось мало. Кроме того, формат данной монографии не позволяет уделить достаточно внимания каждому из них. Однако сохранившиеся в фонде Наркомздрава СССР (ГА РФ, фонд Р-8009) отчеты советников Я.И. Певзнера и М.А. Ибрагимова, относящиеся к середине 1940-х гг., дают представление о волновавших их вопросах. Одной из проблем, все чаще ставившихся на повестку дня, были условия, в которых трудились советские врачи в МНР и их общее положение.

М.А. Ибрагимов выявил и довел до сведения Наркомздрава СССР много случаев бестактного, а порой и унижающего человеческое достоинство отношения монгольских чиновников к врачам-интернационалистам. Он не боялся критиковать не только министра здравоохранения МНР Шинина, но и будущего руководителя МНРП Ю. Цэдэнбала, и даже самого маршала Х. Чойбалсана. Еще важнее то, что М.А. Ибрагимов обращал внимание на проблему доносов, поступавших на врачей от монгольских чиновников, подчеркивая, что этому они научились у своих советских коллег. Следует отдать должное его смелости и решительности, ведь в условиях тоталитарной диктатуры за подобную критику можно было поплатиться не только карьерой, но и жизнью. Привлекая внимание Наркомздрава СССР к таким проблемам, Мамед Алиевич пренебрегал собственной безопасностью для улучшения положения врачей-интернационалистов[158].

М.А. Ибрагимов известен тем, что уже в 1970-е годы он, в соавторстве с бывшим министром здравоохранения МНР Б. Дэмбэрэлом, опубликовал наиболее полную на тот период историю монгольского здравоохранения. В ней подробно

[157] Там же. С. 51.

[158] Там же.

описаны все этапы становления социалистической медицины и дана оценка роли советских врачей в этом процессе. Стоит отметить, что о себе Мамед Алиевич в книге не упоминал.

Тот факт, что должность советника была введена накануне больших социально-политических преобразований, указывает на прагматичное целеполагание советского руководства, безусловно, знавшего о грядущих изменениях политического курса и рассчитавшего необходимость в профессионалах, способных ввести развитие важнейшей для социальной трансформации кочевого общества отрасли здравоохранения в русло плановой экономики, а затем эффективно курировать ее в обстановке политической турбулентности. В ключевые моменты на этой должности находились люди, от которых зависела не только судьба здравоохранения, но и доверие к советской медицине и высокий авторитет ее представителей. Конечно, основные заботы и тяготы медицинской службы в условиях иной культуры в большей степени ложились на плечи рядовых врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Однако институт советников Минздрава МНР, без сомнения, сыграл положительную роль в советско-монгольском взаимодействии, в том числе заботой о статусе и положении врачей-интернационалистов в Монголии.

Таким образом, экскурс в историю советского медицинского сообщества в МНР показывает, что оно развивалось в неразрывной связи с масштабными социально-политическими трансформациями, происходившими как в монгольском, так и советском обществе в 1920-е – 1940-е гг. Несмотря на отдаленность и изолированность Монголии, врачи из СССР переносили туда все нерешенные социальные и бытовые проблемы. В специфических социокультурных условиях страны обострялись как хронические болезни самих врачей, так и «общественные патологии», присущие периоду сталинизма, от активизации так называемого «спецеедства» до монгольского «даргизма», носившего отчетливый оттенок почерпнутого из советских практик номенклатурного чванства. Однако, большинство медиков из СССР все-таки придерживалось не советских практик, а клятвы Гиппократа и своей гуманитарной миссии. Благодаря этому созидательная составляющая советской медико-санитарной помощи победила,

что позволило реализовать значительную часть «мягкой силы» советской медицины в контексте строительства здравоохранения МНР.

1.5. Советско-монгольское сотрудничество в борьбе с эпидемиями на территории Монгольской Народной Республики

Освещение исторического опыта советско-монгольского сотрудничества в области медицины было бы неполным без краткого очерка истории совместной борьбы с эпидемиями. Эпидемиологический надзор за чумой был одной из важнейших функций советских врачей в Монголии. 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 изучаемый 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[159].

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 для всякого сообщения государственную границу между СССР и Монголией»[160]. 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»[161].

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 прекраще-

[159] Башкуев В.Ю. Российская медицина и монгольский мир. С. 331.

[160] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 253. Л. 2.

[161] Там же. Л. 5.

нию 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[162].

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 промышленности 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

[162] Башкуев В.Ю. Вклад советских врачей-интернационалистов в борьбу с чумой в Монгольской Народной Республике (1920-е – 1940-е гг.) // Дальневосточный медицинский журнал. 2019. № 3. С. 87.

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[163].

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[164].

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 на год, но есть личная договоренность отправить его после налажения 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»[165].

---

[163] Там же.

[164] Там же. С. 88.

[165] Там же.

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»[166].

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 эмчиламой, 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[167]. Отсюда интерес А.Л. Берлина к тибетской медицине, воплотившийся в ряде опубликованных научных работ[168].

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 санитарно-бактериологической лаборатории[169].

---

[166] Там же.

[167] Рапопорт Н.Я. Встреча с «императрицей смерти». URL: https://biography.wikireading.ru/135467 (дата обращения 18.02.2017).

[168] Берлин А.Л. О тибетской медицине // Современная Монголия. 1934. № 4(7). С. 47-58.

[169] Башкуев В.Ю. Вклад советских врачей-интернационалистов в борьбу с чумой. С. 88.

18 февраля 1932 г. президиумом правительства МНР было принято «Положение о санитарных осведомителях по чуме»[170].

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.[171]. 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»[172].

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

---

[170] Башкуев В.Ю. Российская медицина и монгольский мир. С. 333.

[171] Девять дней и вся жизнь (реж. Ю. Занин, авт. сцен. Б. Добродеев, Ленинградская студия док. фильмов, 1979).

[172] Фирсова Д. Формула жизни удалась // Советский экран. 1981. № 1. С. 9.

зауряд-врача Соболева была направлена на Кавказский фронт заведовать походной лабораторией[173]. Там она чудом избежала смерти. Срочный вызов в 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

[173] Зауряд-военный врач – в 1894-1917 гг. наименование военно-медицинских чиновников в Российской империи, закончивших неполный курс в учебных 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).

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 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[174].

[174] 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

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».

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 Бабу внезапно слегла вся семья». На место подозрительной вспышки на машине отправилась мобильная группа во главе с Соболевой. Опасения подтвердились – весь аил 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

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).

зону. И тут исчез один из двух оставшихся еще в живых сыновей Бабу – 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 о 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[175].

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. Несколько рассмотренных здесь сюжетов иллюстрируют то, что проблема чумы действительно была осевым объектом взаимодействия, замыкавшим на себе медицинскую и социокультурную, экономическую и геополитическую проблематику, вовлекавшим лучшие профессиональные кадры и значительные материальные ресурсы.

1.6. Победителей не судят? Социалистическое здравоохранение и судьба монголо-тибетской медицины (1920-е – середина 1930-х гг.)

Заключительная часть главы о советско-монгольском медицинском сотрудничестве в 1920-х – 1940-х гг. посвящена самому противоречивому аспекту строительства в Монгольской Народной Республике современного здравоохранения. В ходе внедрения советской модели Н.А. Семашко была сначала запрещена, а затем практически полностью уничтожена тибетская медицина, на протяжении веков служившая официальной и единственной медицинской системой в стране. В репрессиях 1930-х гг. погибли почти все ее носители – эмчи-ламы, а те, кто выжил, в лучшем случае изредка тайно возвращались к запрещенной практике, а в худшем – до конца жизни боялись снова столкнуться с карательной машиной государства. Уничтожение монголо-тибетской

[175] Башкуев В.Ю. Вклад советских врачей-интернационалистов в борьбу с чумой. С. 89.

медицины – наглядное доказательство того, насколько жесткой силой может выступать европейская медицина, с XVIII в. настроенная на подавление любых альтернативных лечебных практик.

Необходимо помнить, что в историко-культурном и социально-экономическом контекстах 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 наглой выскочкой, пытающейся разворошить и перевернуть вверх дном столетиями сложившийся традиционный уклад[176].

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, 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,

[176] Башкуев В.Ю. Российская медицина и монгольский мир. С. 309.

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[177]. 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. Их критиковали за склонность к стяжательству и разврату, пьянство и дебоширство, мошенничество и медицинское шарлатанство. Причем, чем выше был сан духовного лица, тем усерднее большевистские идеологи выискивали в его личной жизни порочащие репутацию моменты. К сожалению, на несколько примеров высочайших морально-нравственных качеств высших иерархов монгольского ламаизма приходились десятки скандальных историй лам разного статуса, от перерожденцев «живых богов» до настоятелей крупных монастырей, не говоря уж о ламах низшей ступени[178].

---

[177] Барадин Б.Б. Очерки Монголии. С. 8.

[178] Об этом подробнее см.: Башкуев В.Ю. Европейская медицина и традиционное общество в монгольском мире (последняя треть XIX – первая половина XX в.). Иркутск: Изд-во «Оттиск», 2021. С. 235-266.

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 рождаемости у монголов, объясняя это безбрачием лам, составлявших значительную часть мужского населения страны[179].

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.

[179] 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.

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[180]. И, видимо, именно бадарчины выступили прототипом печально известного образа ламы как «ходячей эпидемии», о чем пишет И. Штольпе[181].

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 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[182].

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

[180] Terbish B. Mongolian Sexuality: A Short History of the Flirtation of Power with Sex // Inner Asia. 2013. № 15. P. 246.

[181] Stolpe I. Display and Performance in Mongolian Cultural Campaigns // Conflict and Social Order in Tibet and Inner Asia ; ed. F. Pirie, T. Huber. Brill, 2008. P. 62-63.

[182] Terbish B. Mongolian Sexuality. P. 247.

прав монастырей[183]. 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.

В противостоянии двух медицинских систем ламы показали себя серьезными соперниками, совершенно не гнушавшимися любых методов изучения и дискредитации противника. У новоприбывших советских врачей отсутствовали реальные знания о том, с чем им пришлось бороться в чужой стране. Атеистические лозунги и пропагандистский пафос оказывались бессильными там, где приходилось сталкиваться с безоговорочным авторитетом эмчи-лам у монгольских пациентов. Получив несколько болезненных «щелчков», советские врачи пришли к необходимости изучения лам и тибетской медицины, но не

[183] Ibid. P. 248.

для кооптации в строящуюся систему, а для более эффективной борьбы с ними.

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, работавшего участковым врачом в Хэнтэйском аймаке МНР в 1935-1938 гг., 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»[184].

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»[185].

---

[184] ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 10. Д. 77. Л. 6.

[185] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 244. Л. 17.

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»[186].

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. Они содержали вопросы о повседневной жизни лам, причем красной линией в них выступали пункты о половой жизни и вредных привычках.

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

[186] ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 10. Д. 77. Л. 6.

принять в мягкие части несколько десятков уколов. За ним потянулось ламство, а уже аратам и сам Будда велел»[187].

Быстрота, с которой ламы реагировали на советские медотряды и медпункты, вероятнее всего, имела следующие причины. Во-первых, они действительно были самым образованным классом в Монголии и не могли не понимать разрушительных воздействий сифилиса и гонореи на организм. Поэтому, узнав о приезде советской медицинской экспедиции именно ламы 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[188]. 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.

Мастерски владевшие искусством политической интриги, ламы старательно маскировали свою повестку от посторонних взглядов, создавая у советских врачей иллюзию взаимопони-

[187] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 239. 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.].

[188] 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).

мания. 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[189].

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.

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

[189] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 244. Л. 47–48.

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»[190].

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, 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[191].

Еще одним способом запугивания простых аратов были слухи о том, что кровь на анализ берется затем, чтобы колдовать

[190] Там же. Л. 4–5.

[191] Там же. Л. 5.

над ней, либо вызывая плохую карму, либо забирая у человека десять лет жизни. Такой способ дезинформации использовался в Монголии повсеместно, однако и он вскоре тоже исчерпал свой деструктивный потенциал.

Чтобы брать с аратов деньги, не тратя времени и лекарств на их лечение, ламы шли на шарлатанскую хитрость. 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[192].

Вплоть до директив о снятии тибетской медицины с государственного финансирования и официального начала борьбы с ней, тибетская и европейская медицина в МНР находились в состоянии «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

[192] URL: http://blog-health.ru/s-yu-belenkij-o-borbe-s-lamskoj-medicinoj-v-mongolii.html (дата обращения 01.11.2016).

Я.Л. Гроссмана, все это однозначно свидетельствовало о росте доверия аратства к европейской медицине и постепенном вытеснении тибетской медицины[193].

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[194].

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 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[195].

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

[193] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 465. Л. 233.

[194] Там же. Л. 234.

[195] Там же. Л. 235.

пользоваться градусниками и избегали их, то в начале 1930-х гг. они сами начали измерять больному температуру и докладывать о ней врачу[196].

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 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[197].

Самым простым и безотказным методом ламского сопротивления европейской медицине был умелый вброс слухов. Каким бы абсурдным слух ни был, он распространялся 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

[196] Там же. Л. 236.

[197] Там же. Л. 237.

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[198].

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 Монгу-Морито, коммуне Сухэ-Батора и других местах. Объединяло все эти истории то обстоятельство, что везде в медучреждениях присутствовали допущенные туда эмчи-ламы[199].

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

[198] Там же. Л. 180–181.

[199] Там же. Л. 238.

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[200].

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[201].

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

[200] Там же. Л. 239.

[201] ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 10. Д. 77. Л. 38.

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[202].

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 эмчиламами, 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 правил личной и общественной

[202] ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 10. Д. 78. Л. 93 об.

гигиены. Так в Монголии постепенно создавался новый гигиенический порядок, а в сознании народа были посеяны сомнения в эффективности тибетской медицины.

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 со стойким противником, защищавшим источник своего материального благосостояния и власти. Борьба двух медицинских систем была не просто эволюционным конфликтом между 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. Появилась надежда на то, что новый круг

взаимодействия, наконец, станет конструктивным и приведет к симбиозу наиболее эффективных практик обеих медицинских систем.

***

Глава о советской помощи Монголии в строительстве современного здравоохранения открывает данную монографию не случайно. Именно в этом историческом сюжете сплелись воедино, казалось бы, несочетаемые аспекты культурного взаимодействия. За мягкой и гуманной сущностью медицины, емко выраженной принципом Гиппократа «не навреди», скрывалась жесткая сила политических решений и их откровенно репрессивное исполнение. Вместе с долгожданной советской медико-санитарной помощью монголы получили не только незнакомые им абстрактные европейские понятия о гигиене, санитарии и здоровом образе жизни, но и идеологическую повестку, взывающую к борьбе против собственных традиций, объявлявшую эксплуататорами часть монгольского общества, веками являвшуюся непререкаемым моральным авторитетом и несшую монголам свою версию просвещения. В условиях, когда на кону стояло выживание и дальнейшее развитие монгольской нации, перед ней встал практически безальтернативный выбор – принять советских медицинских культуртрегеров и пойти по пути революционной трансформации традиционной культуры. Учитывая геополитическую ситуацию того периода и буферное расположение Монголии по отношению к основному противнику СССР в Восточной Азии – Японской империи, и раздираемому гражданской войной ненадежному союзнику – Китайской Республике, других вариантов у монголов в тот момент просто не было.

Все разговоры о том, что развитием монгольского здравоохранения займется Германия или другая европейская держава вряд ли могли иметь под собой реальное основание. У Веймарской республики, геополитического изгоя Версальского миропорядка, не было ни лишних средств, ни логистических возможностей сотрудничества с Монголией, удаленной от Берлина на тысячи километров. И только Советская Россия, сама

испытывавшая огромные трудности после кровавого хаоса революции и Гражданской войны, смогла предложить монголам реальную помощь, приняв которую, они принесли в жертву часть собственного культурного наследия, безжалостно уничтоженного большевиками.

В выстроенной мною структуре советского медицинского присутствия в пограничных с СССР странах Азии монгольский сюжет образует отдельный кластер, напоминающий планетную систему. Безусловно, это наиболее яркий из двух сателлитных кейсов (МНР и ТНР), заложивший определенную систему отношений, наиболее убедительно реализованную даже не в изучаемый здесь период 1920-х – 1940-х гг., а в период биполярного мира, когда СССР собрал вокруг себя целый социалистический лагерь в противостоянии другому мировому гегемону – США. Монгольский кейс чрезвычайно ценен тем, что, будучи явным успехом политики экспорта советской модели здравоохранения на восток, он не является чистым примером реализации «мягкой силы» советской медицины, а позволяет тщательно и подробно разобрать весь опыт на примеры воздействия как «мягкой», так и вполне жесткой силы, не останавливающейся перед физическим уничтожением оппонентов ради торжества идеи. Такого противоречивого, но иллюстративного примера нет не только в истории медицины, но и во всей истории международного сотрудничества и культурной дипломатии. В следующих разделах эта уникальность монгольского сюжета, позволяющая сделать его некоей «точкой отсчета» советской политики «мягкой силы» в азиатском трансграничье, будет становиться лишь очевиднее.

Глава 2. Советская помощь Тувинской Народной Республике в создании современного здравоохранения (1928-1935 гг.)

2.1. 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[203]. 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[204]. Таким образом, задолго до появления советских медиков у коренного населения начало складываться позитивное восприятие европейской медицины.

---

[203] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 287. Л. 68.

[204] Шабаев М.Г. Очерки истории здравоохранения Тувы. Кызыл: Тувинское книжное издательство, 1975. С. 54–55.

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[205]. Вокруг Турана в то время жило много тувинцев и, по словам старожилов, А.М. Сафьянова имела большую тувинскую клиентуру. Позднее она практиковала в Тодже[206].

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[207].

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[208].

---

[205] Там же. С. 58.

[206] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 287. Л. 60.

[207] Шабаев М.Г. Очерки истории здравоохранения Тувы. С. 60.

[208] 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[209]. 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[210].

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

[209] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 248. Л. 44.

[210] Там же. Л. 45.

приезда издалека были единичны. Выезды к больным на дальнее расстояние также осуществлялись редко[211].

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[212].

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[213].

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[214]. 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[215].

В 1922–1926 гг. официальное привлечение эмчи-лам на государственную службу происходило посредством специаль-

[211] Там же. Л. 43.

[212] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 287. Л. 48.

[213] Шабаев М.Г. Очерки истории здравоохранения Тувы. С. 69.

[214] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 249. Л. 25-27.

[215] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 248. Л. 44.

ных распоряжений тувинского правительства. Ламы поочередно отзывались из хошунов в Кызыл и отбывали там своеобразную повинность на 72 дня каждый[216]. Затем правительство ТНР приняло меры по созданию в столице республики постоянного учреждения тибетской медицины. Согласно «Закону о тибетской больнице» 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[217]. 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

[216] Шабаев М.Г. Очерки истории здравоохранения Тувы. С. 69.

[217] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 249. Л. 25–26.

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»[218].

Как врач, Преображенский начал описание традиционного быта тувинцев с пищи и напитков. Подобно другим советским наблюдателям кочевых сообществ Внутренней Азии, он отмечал 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[219].

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»[220].

Также как у 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»[221].

С гигиенической точки зрения традиционный быт тувинцев оценивался отрицательно. «Санитарные условия жизни тувинского населения очень плохи, – констатировал Преображенс-

[218] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 248. Л. 41 об.

[219] Там же.

[220] Там же. Л. 42.

[221] Там же.

кий. – 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»[222].

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 заболеваний». Общий вывод Преображенского вполне соответствует вышеприведенным санитарным характеристикам: «Все это создает весьма благоприятную почву для широкого распространения болезней»[223].

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[224]. Из 297 обследованных тувинцев люэс был обнаружен у 89 чел.[225].

Врач отмечал, что течение заболевания у тувинцев носит благоприятный характер, и болезнь легко поддается лечению[226]. 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

---

[222] Там же.

[223] Там же.

[224] 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.

[225] Там же. Л. 48.

[226] Там же. Л. 43.

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[227].

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 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[228].

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.

---

[227] Там же.

[228] Там же. Л. 45–46.

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.[229].

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 (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 во Франции, 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[230].

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;

---

[229] Там же. Л. 55.

[230] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 252. Л. 12.

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[231].

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 курэ), 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.

[231] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 249. Л. 1, 1 об, 2, 2 об.

Параллельно с открытием врачебного приема в помещениях, предоставленных советским врачам администрацией курэ, 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»[232].

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[233].

Через неделю после открытия врачебного приема начался приток простых тувинцев. Количество прибывавших больных

[232] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 287. Л. 50.

[233] Там же.

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[234] 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[235].

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

---

[234] 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 (161-166).

[235] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 287. Л. 66.

специфического лечения, устроились неподалеку в юртах. Венеролог И.Г. Мисежников отметил их аккуратность в выполнении врачебных указаний[236].

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»[237].

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

[236] Там же. Л. 51.

[237] Там же.

«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[238].

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[239].

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.»[240].

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[241].

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 сифилисом тувинцев. За первые 10 дней работы было принято 38

[238] Там же. Л. 67.

[239] Там же. Л. 53-54.

[240] Там же. Л. 51-52.

[241] Там же. Л. 52.

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[242].

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[243].

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

[242] Там же. Л. 55.

[243] Там же. Л. 52-53.

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 эффекту от лечения сальварсаном»[244]. 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»[245]. 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»[246].

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[247]. Эта деталь особенно контрастно выступает

[244] Там же. Л. 53.

[245] Там же.

[246] Там же.

[247] Там же. Л. 54.

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»[248].

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[249].

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.

[248] ГАРФ. Ф. 5446. Оп. 37. Д. 40. Л. 238.

[249] ГАРФ Ф. А-482. Оп. 35. Д. 287. Л. 69.

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[250].

Что касается способов распространения болезни, венерологи первой медико-санитарной экспедиции пришли к выводу о заражении преимущественно половым путем. Тем не менее встречалось 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[251].

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

[250] Там же. Л. 54.

[251] Там же. Л. 56.

10% коренного населения[252]. 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 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»[253]. 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»[254].

[252] Там же. Л. 55.

[253] Там же. Л. 70.

[254] Там же. Л. 71.

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[255].

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, 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»[256].

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

[255] Там же. Л. 75.

[256] Там же. Л. 61.

прием является почти все население, несмотря на незначительность заболеваний. В общем создается впечатление, что больных больше, чем здоровых»[257].

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[258].

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»[259].

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

[257] Там же. Л. 57.

[258] Там же. Л. 61-62.

[259] Там же.

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[260].

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»[261].

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.

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.

[260] Там же. Л. 58.

[261] Там же. Л. 62.

В большинстве случаев они не соответствовали санитарным требованиям[262].

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 близкого кейса 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 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»[263]. 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»[264].

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 воспринимают гигиенические привычки, а практика амбулаторных приемов на местах говорит за то, что тувинцы вполне

[262] Там же. Л. 58.

[263] Там же. Л. 66.

[264] Там же.

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»[265].

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»[266].

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 соз-

[265] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 249. Л. 33.

[266] Там же. Л. 34.

дана методами лечения прошлых фельдшеров и врачей, – говорилось в докладе, – должна быть рано или поздно переработана и начатое экспедицией НКЗ в этой области должно быть продолжено последующими за ними советскими врачами»[267]. Вместо лекарств, бесполезных для хронических ревматиков, но необходимых для лечения тувинцев, предлагалось организовать и развивать в республике курортное дело[268].

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»[269].

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…»[270].

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,

[267] Там же. Л. 35.

[268] Там же.

[269] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 287. Л. 71.

[270] Там же. Л. 62.

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»[271].

2.2. 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[272].

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 государ-

[271] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 287. Л. 70.

[272] Там же. Л. 129.

ственные 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[273].

Другие итоги работы экспедиции, подведенные на декабрьской конференции и в докладе М.С. Арутюняна, выразились в следующем:

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[274].

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[275].

Важные выводы были сделаны и по вопросу о возможном вырождении тувинского народа. Напомним, что такая точка зрения в отношении коренных сибирских народов была

[273] Там же. Л. 132-133.

[274] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 249. Л. 36.

[275] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 287. Л. 133.

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[276].

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. Николаенко, 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[277].

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

[276] Там же. Л. 28.

[277] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 289. Л. 3.

собой показательные культурные организации, демонстрировавшие тувинцам преимущества личной и коммунальной гигиены, к которым те были очень восприимчивы[278].

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%)[279]. 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 выздоровление, 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

[278] Там же. Л. 3 об.

[279] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 423. Л. 67.

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[280].

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

[280] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 423. Л. 34 об.

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[281].

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[282].

Второй по количественным показателям болезнью был сифилис. Основная проблема состояла в том, чтобы уговорить больных согласиться на изоляцию и систематическое лечение. При этом 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

[281] Там же. Л. 35.

[282] Там же. Л. 35 об.

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[283].

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 единственным способом передвижения в Чадане была верховая езда на лошади. Поэтому Л.И. Горнштейн призывал Тувздрав и правительство рассмотреть возможность приобретения автомобиля[284].

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 про-

[283] Там же. Л. 36 об.

[284] Там же. Л. 37.

ливают 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»[285].

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 экс-

[285] Там же. Л. 55-56.

педиции суммы, а также оплачивал дорожные расходы выписываемых Тувздравом сотрудников из СССР»[286].

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[287].

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[288].

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 достаточную сеть лечебных учреждений, необходимых для большего охвата медицинской помощью тувинского

[286] Там же. Л. 56.

[287] Там же.

[288] Там же. Л. 57.

населения»[289]. 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 (10000 руб. и 121000 руб. соответственно), а в 1930-1931 бюджетном году планировалось выделение 177000 руб.[290], 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[291].

[289] Там же. Л. 75.

[290] Там же.

[291] Там же. Л. 68.

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. 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.[292].

[292] Там же. Л. 70.

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.) строились 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[293].

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[294].

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

[293] Там же. Л. 72.

[294] Там же. Л. 73.

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).

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[295].

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

[295] Там же. Л. 238.

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.

2.3. 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 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 эмчи-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[296].

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.

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[297]. 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

[296] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 248. Л. 55.

[297] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 252. Л. 12.

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[298]. 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[299]. 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[300]. Врачебный опыт формировался годами и, по-видимому, тувинские экспедиции сыграли свою роль в становлении Мартироса Саркисовича как врача-профессионала. Лечившие тувинцев ламы веками 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

[298] 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).

[299] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 252. Л. 12.

[300] Арутюнян Мартирос Саркисович. URL: https://polkszao.ru/kniga-pamyati/bessmertnyiy-polk/1016/arutyunyan_martiros-sarkisovich (дата обращения: 02.04.2019).

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»[301]. 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[302].

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 хотел писать по этому поводу Вольфу Моисеевичу» [Бронеру – *В.Б.*][303].

Жаловалась Веселова и на грубость М.С. Арутюняна в отношении подчиненных. «Он привык на служащих кричать, топать ногами…, – рассказывает она в письме. – Однажды

[301] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 248. Л. 1.

[302] Там же. Л. 1 об.

[303] Там же. Л. 2.

он избил одного служащего, и дело разбиралось в партийном порядке. Все местное райбюро ВКП(б), Профбюро завалили на него жалобами»[304]. 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[305].

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»[306].

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»[307].

Какую же объективную информацию в потоке негатива доносит до нас приведенный документ? Конечно, надо сразу

[304] Там же. Л. 1 об.

[305] Там же. Л. 2.

[306] Там же. Л. 3.

[307] Там же.

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 отдаленным 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»[308].

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»[309].

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

[308] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 286. Л. 51.

[309] Там же. Л. 52.

экспедиции. – Тоже не массовик и не умеет вести беседы и лекции»[310].

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 учить, так чтоб это не было заметно, чтоб не дискредитировать экспедицию», – резюмировал он[311].

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[312].

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[313].

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»[314].

Слова начальника экспедиции о том, что она с самого начала была организована плохо совсем не ложатся в контекст

[310] Там же. Л. 53.

[311] Там же.

[312] Там же.

[313] Там же. Л. 54.

[314] Там же.

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 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»[315].

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

[315] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 289. Л 2 об.

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[316].

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»[317].

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»[318].

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

[316] Там же. Л. 4.

[317] Там же. Л. 6.

[318] Там же.

работы», – резюмировал он профессиональную характеристику подчиненного[319].

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»[320]. 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 выражал более приемлемые соображения, чем доктор Мисежников и доктор Беньяш»[321].

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»[322].

---

[319] Там же.

[320] Там же. Л. 6 об.

[321] Там же. Л. 7.

[322] Там же.

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»[323]. 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»[324].

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 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

[323] Там же. Л. 6 об.

[324] Там же.

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»[325]. 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 Чедер. 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.

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 Линь-

[325] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 423. Л. 10.

кова отправили по кожуунам и на курорт Чедер[326]. 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 руководство не смогло или не хотело уравнять работников больницы с работниками других кызыльских учреждений в бытовом отношении (квартиры, пайки и т.д.)»[327].

---

[326] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 240.

[327] Там же. Л. 241.

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 Чедер, 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[328].

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 тяжелой ситуации К.О. Калнберз повел себя неподобающим врачу и начальнику экспедиции образом. Об этом Ривош писал:

[328] Там же. Л. 242.

«…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»[329].

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»[330]. 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»[331].

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

[329] Там же. Л. 243.

[330] Там же.

[331] Там же. Л. 244.

больницу, где врачом ее муж, сверх всяких штатов и норм, только бы с глаз долой»[332].

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»[333]. 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.»[334].

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»[335]. 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»[336].

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

---

[332] Там же.

[333] Там же. Л. 244-245.

[334] Там же. Л. 245.

[335] Там же Л. 246.

[336] Там же.

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[337].

Резюмируя критический обзор деятельности К.О. Калнберза, доктор Ривош писал: «В больнице текучесть персонала, грязь, плохой уход, скверная кухня, общественность возмущается, сплетни и дискредитация соврачей, 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»[338].

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 Французова прибыла в страну уже тогда, когда

[337] Там же.

[338] Там же. Л. 247.

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 делегации. При этом было отмечено, что «молодая Республика не в состоянии организовать квалифицированной медицинской помощи своими силами»[339].

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.

[339] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 248. Л. 54.

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 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»[340].

Тувинские эмчи-ламы проявляли любознательность, но по мнению Николаенко, спектр интересовавших их вопросов был ограничен. Какую мазь употребляют русские врачи для лечения 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.

Эмчи-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, эмчи, внезапно воодушевившись, ответил: «Мы некультурный народ; мы долго жили в темноте и только теперь, благодаря России, начинаем выходить из нее»[341].

Отношение же советских врачей к тувинскому варианту тибетской медицины было умеренно скептическим. «Что такое тибетский врач? – задавался вопросом Николаенко. – Это, прежде

[340] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 287. Л. 64.

[341] Там же.

всего, духовное лицо, это своего рода знахарь, который одновременно дает больному то или другое лекарство и обращается с молитвой к тем или иным богам»[342]. Таким образом, установка, сформировавшаяся у экспедиционного венеролога, немногим отличалась от мнения советских врачей в других регионах монгольского мира. Тувинский эмчи-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, которая скопилась когда-то в тибетских монастырях и застыла на одной точке, нисколько не двигаясь вперед»[343].

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…»[344].

Экспедиционные врачи сходились во мнении, что тибетская медицина догматична, статична и застыла в своем развитии много веков назад. «Все свои познания врач-лама черпает

[342] Там же. Л. 63.

[343] Там же. Л. 63-64.

[344] Там же. Л. 49.

из тибетской медицинской книги», – отмечал Мисежников[345]. «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»[346].

Оценки, данные тибетской медицине советскими врачами в Туве, в своем скептицизме созвучны голосам коллег из 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»[347]. Его слова звучат скорее как констатация факта, а 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:

---

[345] Там же.

[346] Там же. Л. 64.

[347] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 289. Л. 3 об.

> «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»[348].

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, – 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»[349]. 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 эмчи-ламы, взимавшие за лечение и медикаменты большую плату, а низовой

[348] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 423. Л. 37.

[349] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 287. Л. 48.

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»[350].

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»[351]. 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, 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 край-

[350] Там же. Л. 49.

[351] Там же. Л. 48.

ней 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[352]. 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»[353]. 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[354].

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.

– И с тех пор припадки прошли?

– Прошли»[355].

[352] Там же. Л. 65.

[353] Там же. Л. 48.

[354] Там же. Л. 49.

[355] Там же. Л. 65.

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»[356]. 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.[357], 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. Эмчи-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.

К декабрю 1930 г. государственная тибетская медицина в Туве тихо сошла со сцены, полностью уступив место евро-

[356] Там же.

[357] Там же. Л. 63.

пейской. 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[358].

Можно с уверенностью сказать, что отсутствие открытой конфронтации между советскими медиками и представителями традиционной медицины отличало опыт строительства современного здравоохранения в Туве от типологически близкого кейса Монгольской Народной Республики. 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 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 основную миссию – заложить основу

[358] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 423. Л. 68.

будущей системы народного здравоохранения и запустить процесс ее дальнейшего строительства.

***

Анализ документов экспедиций Наркомздрава РСФСР в ТНР показывает, что несмотря на близкую к монгольской культурную среду, а также похожие медико-санитарные проблемы, между опытом строительства здравоохранения в Туве и параллельными процессами в 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, остававшиеся 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. 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)[359], тормозило дело строительства здравоохранения.

Изученные в ГАРФ источники говорят о том, что тувинский сюжет существенно отличался от 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 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 эмчи-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

[359] Башкуев В.Ю. Российская медицина и монгольский мир. С. 270.

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 давало надежду на то, что избавление от них в Туве будет окончательным и пройдет в достаточно сжатые сроки.

Таким образом, на первый взгляд напоминающий процессы в 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.

***

В завершение первого раздела монографии, реконструировав и сопоставив два типологически близких примера реализации «мягкой силы» советской медицины в зоне прямого геополитического влияния СССР, снова обратимся к моментам, позволяющим свести монгольский и тувинский сюжеты воедино в рамках «сателлитного кейса».

Вспомним, что «монгольский вопрос», впервые поднятый в Российской империи в конце XIX в. после изучения страны военными исследователями, долгое время находился на втором плане из-за возможных политических рисков в отношениях с Китаем и огромных материальных издержек, связанных с превращением феодальной цинской вотчины в современное независимое государство. Эта инерция некоторое время сохранялась и в действиях советского правительства, поначалу смотревшего на политическую жизнь Монголии как на малопонятное явление, процессы в котором, в основном, задавались узконационалистическими интересами местных феодальных клик и японского империализма. Для запуска процесса вовлечения Внешней Монголии в геополитическую орбиту СССР понадобился геополитический раздражитель в виде Азиатской дивизии барона Унгерна, ярого идеологического врага советской власти. После успешного изгнания белогвардейцев из Урги геополитическое

сближение Советской России и Монголии приобрело устойчивый характер. Его необратимость была жестко продемонстрирована жарким летом 1939 г. в боях на реке Халхин-Гол.

Урянхайский край попал в поле геополитического тяготения России несколько иным путем. Если Внешняя Монголия формально никогда не подвергалась русской колонизации, в начале XX в. в Урянхае расселилось значительное количество крестьян-переселенцев, несших с собой не только совершенно иные способы хозяйствования, но и неотъемлемый атрибут переселенческой политики, – элементарные медицинские учреждения для колонистов. Русское влияние в Туве было сильнее, чем в Монголии, а переселенческий анклав с его социальными институтами выступал в качестве дополнительного геополитического рычага. В контексте данного исследования это создало определенный задел, умело использованный первыми советскими медицинскими экспедициями – предварительное знакомство тувинцев с европейской медициной и ростки доверия, возникшие к ней в тувинском обществе.

Несмотря на очевидные языковые и этнические различия, между Монголией и Тувой существовала многолетняя историческая, конфессиональная и культурная общность, позволяющая считать Урянхай частью монгольского мира. Это был как объединяющий, так и дезинтегрирующий фактор. Тувинская элита долго лелеяла надежды на независимость и, однажды получив ее, не хотела снова подчиняться монголам. Самым простым решением потенциального конфликта было объединение обеих стран в единую зону идеологического влияния СССР, где последний выступал в качестве арбитра во всех спорных ситуациях.

Единый вектор социально-политического развития, навязанный Монголии и Туве Советским Союзом, создавал в обеих республиках условия, стимулирующие развитие там клонов советской модели здравоохранения. Идеологическое доминирование СССР позволяло продвинуть важнейшие решения о развитии медицинской отрасли политическим путем, а частные аспекты оставались в ведении врачей, работавших с народными массами. Поэтому «мягкая сила» советской медицины реализовывалась там своеобразно. С одной стороны, свойственная

советской идеологической индоктринации риторика борьбы героизировала и мифологизировала подвиги врачей, будь то спасение жизни людей ценой собственного здоровья или смерть с оружием в руках от рук демонизируемых антагонистов – мятежных лам. С другой стороны, благодаря доверию и авторитету, созданным в результате каждодневного взаимодействия врачей с аратами, яркие моменты откладывались в народной памяти и культуре, создавая новую традицию. Поэтому с точки зрения реализации «мягкой силы», сателлитный кейс Монголии и Тувы одновременно является и гибридным, совместившим в себе два ортогональных друг другу аспекта силы – жесткий (политический и репрессивный) и мягкий (гуманитарный и культурный).

Выделенные особенности превращают заглавный кейс монографии в «референтную точку», ориентируясь на которую, исследователь определяет степень воздействия «мягкой силы» советской медицины в других частях геополитического лимитрофа СССР в Азии.

Раздел II. Советская медицина в Центральной Азии (1920-е – 1940-е гг.)

В 1920-е гг. Советский Союз прилагал значительные усилия для восстановления геополитического влияния на всем протяжении своих центральноазиатских рубежей. Слово «восстановление» в данном контексте не случайно. Невозможно отрицать того, что в последней трети XIX – начале XX в. Российская империя заложила в Центральной Азии прочную основу для успешной дипломатической и экономической конкуренции с другими Великими державами, в первую очередь – с Великобританией. Геополитическое наследие империи Романовых складывалось из различных аспектов, от неформальных клиентских отношений до межгосударственных договоров и сети консульских учреждений. Кроме того, «Большая игра» между Британской и Российской империями дала мощный импульс комплексному научному изучению Центральной Азии. Результатами стали многочисленные научные экспедиции, а также сотни трудов по географии, топографии, биологии, истории и этнографии, составившие основу знания о регионе. Наконец, нельзя не вспомнить о том, что сам образ России как великой державы начал формироваться в Центральной Азии задолго до прихода к власти большевиков.

Советское правительство вернулось к центральноазиатской политике в самый разгар Гражданской войны, когда стало ясно, что экспорт революции в Европу вряд ли осуществим в сложившейся международной обстановке. Повестка большевистской дипломатии содержала принципиально новый ключевой аспект – идеологическую экспансию для борьбы с мировым империализмом за освобождение народов колониального востока. Для его реализации был жизненно необходим образ Советской России как великой державы, но не той «тюрьмы народов», методы и наследие которой пролетарский строй декларативно отвергал, а совершенно новой страны, выступающей за свободу и независимое развитие «порабощенных народов Азии». Поэтому авторитет Страны Советов строился на сочетании традиционных аспектов «жесткой силы» (военной помощи, иногда прямой интервенции, дипломатии,

экономического воздействия) и методов культурной дипломатии или «мягкой силы», включающих в себя гуманитарное сотрудничество в области медицины и охраны здоровья, образования, науки и культуры.

В Центральной Азии Советский Союз столкнулся с целым рядом специфических проблем, которые отсутствовали в рассмотренных в первом разделе монгольском и тувинском кейсах. В отличие от Монголии и Тувы, открыто вставших на «некапиталистический путь развития» и тем самым добровольно встроившихся в кильватер советской внешней и внутренней политики, рассматриваемые в данном разделе Синьцзян и Афганистан никогда не заявляли о желании строить у себя социализм. Напротив, как синьцзянское провинциальное правительство, так и эмиры Афганистана (Аманулла-хан и сменивший его М. Надир-шах) не смогли полностью избавиться от недоверия к большевикам и старались пресечь любую советскую идеологическую работу с местными населением. Таким образом, если в распоряжении врачей в Монголии и Туве имелся так называемый «административный ресурс», позволяющий протолкнуть любое решение политическим путем, в Синьцзяне и Афганистане ситуация была диаметрально противоположной. Там государственная машина использовалась для ограничения деятельности советских культуртрегеров, которых принуждали заниматься исключительно профессиональной деятельностью, а не распространением социалистических идей и принципов.

Различия политической ситуации в Монголии и Туве с одной стороны, и в Синьцзяне и Афганистане с другой, предопределили существенную разницу в реализации там «мягкой силы» советской медицины. Второй раздел монографии предлагает читателю экскурс в сложный мир политических отношений СССР с многонациональной, поликонфессиональной и оттого постоянно турбулентной западнокитайской провинцией Синьцзян и свободолюбивым Афганистаном, неофициально именуемым «кладбищем империй». Объединение двух этих неравнозначных по политическому статусу субъектов – мятежного региона на крайнем западе Китая и независимого эмирата, вырвавшегося из цепких объятий Британской империи в том числе благодаря

Советской России – было сделано не только по географическому принципу. Между Синьцзяном и Афганистаном есть ряд сходств как культурного, так и политического характера, определивших особенности применения «мягкой силы» советской медицины.

Однако имеются и значительные отличия. Так, оба региона являются частями мусульманского мира, что, безусловно, сказалось на методах лечебной работы с населением. Но в то же время, если в Синьцзяне ислам является религией большинства простого народа, китайский правящий класс всегда принадлежал к другой конфессии. Он был и остается враждебным к объединительным исламским идеям. В Афганистане же ислам – основа не только политической жизни страны, но и всего ее социокультурного уклада. Это сказалось не только на отношении к советским врачам как к носителям атеистической идеологии, но и на выборе партнеров по модернизации и европеизации афганского общества.

Таким образом, сходства и различия в историко-политическом и социокультурном контексте Синьцзяна и Афганистана позволили рассматривать их в одном разделе как два типологически близких, но при этом совершенно самостоятельных и во многом уникальных кейса советской медико-санитарной помощи в центральноазиатском трансграничье. Подобная дихотомия позволяет контрастно выявить и объяснить успехи и неудачи «мягкой силы» социалистической медицины в этом беспокойном «подбрюшье» советской империи.

Глава 1. Советские медицинские учреждения и «мягкая сила» СССР в китайской провинции Синьцзян (1920-е – 1940-е гг.)

1.1. Роль Синьцзяна в российской и советской внешней политике в Центрально-азиатском регионе (конец XIX – первая половина XX в.)

В конце XIX – первой половине XX в. западная китайская провинция Синьцзян играла важную роль как во внешнеполитической стратегии России и СССР в Центральной Азии, так и во внутреннем политико-экономическом развитии сопредельных территорий – среднеазиатских республик, Семиречья, сибирских регионов. Во многом значение Синьцзяна объясняется религиозной и культурно-исторической общностью населяющих его и пограничные области России народов. Оседлое тюркское мусульманское население Синьцзяна, как и население Средней Азии, в дореволюционной русской традиции именовалось сартами. Обе стороны границы были плотно заселены кочевыми тюркскими народами, главным образом, казахами и киргизами. Наконец цинское завоевание Джунгарии в 1755-1759 гг., последующие массовые миграции и произведенные уже в XX столетии китайскими властями Синьцзяна территориальные захваты обусловили наличие в провинции ойратского населения, близкородственного российским калмыкам и западным бурятам.

С древних времен Синьцзян играл огромную роль в качестве связующего элемента в культурно-экономическом взаимодействии Китая и западных – согдийской, позже исламской, и европейской – цивилизаций. Пограничный характер отражен в китайском названии провинции 新疆, что в переводе с китайского означает «новая граница», «новый рубеж»[360]. Сквозь Синьцзян пролегал самый известный торговый маршрут Евразии – Шелковый путь. Традиция китайского протектората над этими территориями началась в период империи Западная Хань (с 60 г. до н.э. до начала I в.н.э.), затем на некоторое время прекратилась и возобновилась в период империи Тан (с середины

[360] Пиньин: *Xīnjiāng Wéiwú'ěr Zìzhìqū.*

VII в. н. э.). Через города-оазисы Таримской впадины в Китай в середине II в. до н. э. проник буддизм. В танское время оттуда же пришли манихейство и христианство несторианского толка. По Шелковому пути китайская культура получила виноград и вино, чеснок, кунжут, гранаты, огурцы и познакомила Запад с китайским имбирем, чаем, бумагой, фарфором и лаковыми изделиями. Огромные выгоды караванного маршрута через оазисы южного Синьцзяна обусловили его частый переход из рук в руки в ходе ожесточенных войн.

Окончательно власть Китая утвердилась в регионе в 1760 г. После уничтожения Цинами Джунгарского ханства две разные в этническом, экономическом и культурном отношении области – Восточный Туркестан и Джунгария – были объединены в особую военно-административную единицу – имперское наместничество Синьцзян в составе джунгарских округов Тарбагатай, Или, Урумчи, Баркуль, Каркараусу и восточно-туркестанских Кашгарского, Яркендского, Хотанского, Аксу-Ушского, Кучарского и Карашарского округов. В качестве профилактики мусульманских восстаний цинские военные власти практиковали массовые переселения жителей оазисов Восточного Туркестана на север, главным образом, в долину реки Или (район г. Кульджа). Туда же маньчжуры переселили из-под Пекина часть монгольского племени чахаров. Обезлюдевшие джунгарские степи были заселены казахами, дунганами, китайскими поселенцами и калмыками-торгутами, бежавшими из Российской империи в 1771 г. Так Синьцзян обрел свою многонациональность, в будущем ставшую постоянным фактором политической нестабильности во всем регионе.

Еще со времен Джунгарского ханства русское население сопредельных сибирских областей установило с ойратами тесные торговые связи. После цинского завоевания торгово-экономические отношения с народами Синьцзянской провинции постепенно крепли. Высшей точки они достигли в последней четверти XIX в., когда в результате российской экспансии в Центральной Азии весь северный Синьцзян оказался в зоне русского экономического влияния. В конце XIX – начале XX в. на долю России приходилось свыше 75% его внешнеторгового оборота. Основ-

ными статьями импорта из Синьцзяна являлись хлопок[361], овечья и верблюжья шерсть, барашковые, козьи, барсовые и тигровые шкуры, меха, крупный рогатый и мелкий скот, лошади.

В этот период в провинции с двухмиллионным населением проживало около 10000 русских купцов. Англичан, контролировавших транзит товаров из Кашгара в Британскую Индию, было в три раза меньше, около 3000 чел. Влияние России и Великобритании особенно ощущалось в финансовой и банковской сфере Синьцзяна: к началу XX в. обе державы подмяли под себя местные банки, свободно открывали в провинции обменные пункты и выпускали банкноты, деноминированные в рублях или фунтах стерлингов[362].

В 1851 г. на основании Кульджинского трактата в провинции открылись четыре русских консульства: в Кашгаре, Урумчи, Кульдже и Чугучаке. До начала XX в. русские консулы в Синьцзяне, наряду с посланником в Пекине, являлись единственными официальными представителями России в Цинской империи, активно отстаивая российские интересы в этом регионе[363]. В решении вопросов двусторонних отношений они обладали высокой автономностью. Поэтому для работы там отбирались наиболее опытные дипломаты. Благодаря их успешной деятельности права и привилегии русских подданных в Синьцзяне существенно расширились. Так, по Петербургскому трактату 1881 г. русские получили право экстерриториальности и беспошлинной торговли во всем «Западном Застенном Китае» (старое официальное название Синьцзяна в русских документах)[364].

---

[361] Особым спросом в Российской империи пользовался турфанский хлопок. В 1902 г. из 3000000 руб. общего объема экспорта из Кашгара в Россию хлопок составил 1350000 руб. См.: Millward J.A. Eurasian Crossroads: A History of Xinjiang. New York: Columbia University Press, 2007. P. 157.

[362] Wiemer C. The Economy of Xinjiang // Xinjiang: China's Muslim Borderland. Armonk, New York, and London: M.E. Sharpe, 2004. P. 166.

[363] Чернышева Е.В. Русские подданные в Синьцзянской провинции в конце XIX – начале XX века (по сообщению консула Н.В. Богоявленского) // Государство, общество, церковь в истории России XX – XXI вв.: материалы XIV междунар. науч. конф., Иваново, 18-19 марта 2015 г. Ч. 2. Иваново: Иван. гос. ун-т., 2015. С. 595.

[364] Чернышева Е.В. Русские подданные в Синьцзянской провинции. С. 598; Бармин В.А., Дмитриев С.В., Шматов В.Г. Синьцзян: очерк истории региона // Общество и государство в Китае. 2016. Т. 46. № 21-2. С. 221.

Таким образом, к концу XIX в. Синьцзян стал важным экономическим партнером России в трансграничном Центрально-азиатском регионе.

Между тем, в политическом плане это была наиболее турбулентная часть Цинской империи. После того как в 1862 г. в китайских провинциях Ганьсу и Шэньси началось мощное дунганское восстание, Синьцзян оказался отрезанным от цинской метрополии и китайская власть там быстро пала. В 1863-1866 гг. на его территории возникло пять теократических мусульманских государств, а в 1867 г. кокандский полководец Якуб-бек, прибывший на помощь кашгарским повстанцам, основал государство Йеттишар (Семиградие) со столицей в Кашгаре. К 1870 г. он сломил сопротивление других лидеров мусульманских повстанцев и объединил под своей властью весь Восточный Туркестан.

В ответ на проводившиеся между Якуб-беком и Или-Таранчинским султанатом переговоры о воссоединении с государством Йеттишар, Российская империя временно ввела войска на территорию Илийского края. Этим шагом русское правительство стремилось обезопасить свой стратегически важный рубеж, предотвратив объединение севера и юга Восточного Туркестана в единое исламское государство, оказывало помощь Цинам и противодействовало своим основным соперникам – Османской империи и Великобритании, симпатизировавшим Якуб-беку. После подавления дунганского восстания в Центральном Китае, смерти Якуб-бека в 1877 г. и уничтожения государства Йеттишар в 1878 г. династия Цин восстановила свой контроль над Синьцзяном. В 1881-1883 гг. русские войска полностью покинули Илийский край, а в 1884 г. усмиренные территории были объединены в провинцию Синьцзян со столицей в Урумчи. Десятки тысяч мусульман были вынуждены переселиться на российские территории в Средней Азии.

Падение Цинской империи в 1911 г. подтвердило то, что политическая стабильность в Синьцзяне была лишь временным явлением. В январе 1912 г. в Кульдже началось восстание, сопровождавшееся убийствами маньчжурских чиновников, в результате которого выделился китайский офицер Ян Цзэн-

синь (1867-1928), впоследствии ставший дуцзюном (губернатором) Синьцзяна. В Кульджу и Кашгар для охраны консульств были введены русские и британские войска. Они были выведены в 1913-1914 гг., когда Ян Цзэнсиню удалось подавить все восстания и установить контроль над всей территорией провинции. В этот период губернатор сумел при дипломатической поддержке России подавить сепаратистские выступления монголов в северо-восточном Синьцзяне и даже отторг у Западной Монголии Алтайский округ.

Опыт мусульманских восстаний в Синьцзяне показал, что повстанцы рассматривали Российскую империю как потенциального союзника и плацдарм для возможного отступления. Упрочению положительного образа способствовали обширные социально-экономические связи, этническое родство с населением российских территорий и либеральное по сравнению с Китаем отношение к мусульманским повстанцам. Вместе с тем в политическом плане Россия последовательно выступала за территориальную целостность Китая и не оправдывала надежд антикитайских сил на поддержку сепаратизма. Дипломатическая стратегия дореволюционной России по отношению к Синьцзяну исходила из стратегических приоритетов и национальных интересов в Центральной Азии и строго учитывала особенности внутриполитической ситуации в провинции.[365] Эта линия была продолжена в советский период.

Экономическая изоляция и хаос Гражданской войны обусловили рост значения Синьцзяна в качестве поставщика важных сырьевых ресурсов и продовольствия. Противостоящие стороны конфликта боролись за поддержку синьцзянского дуцзюна. Дореволюционные русские консульства сохранили лояльность старому режиму и старались ограничить деятельность большевиков в провинции. Сам Ян Цзэнсинь сначала принял позицию «политики нейтралитета» (1918-1920), однако после разгрома Колчака и массового перехода на территорию Синьцзяна белогвардейцев под командованием атамана Оренбургского казачьего

[365] Мавлонова А.С. Основные направления политики России в Синьцзяне // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Международные отношения. 2013. № 3. С. 54.

войска А.И. Дутова (1879-1921), он всерьез озаботился ухудшением ситуации на границе с Россией.

Интернированные белогвардейцы, сохранившие большую часть своего вооружения, продолжали борьбу с советской властью с территории Синьцзяна, грабили китайских подданных и даже объявили мобилизацию илийских таранчей в свои отряды. Столь опасное соседство привело дуцзюня к переговорам с советским правительством. В мае 1920 г. был подписан Илийский протокол, возобновивший экономические связи между Синьцзяном и Советской Россией, а в мае 1921 г. – соглашение с советским военным командованием о временном вводе войск Сибфронта и Туркфронта на территорию провинции для ликвидации белых войск генерала А.С. Бакича (1878-1922). Первая военная операция была проведена летом 1921 г. и не имела особых результатов. Вторая операция, проведенная по новому соглашению от 12 сентября 1921 г., закончилась разгромом белогвардейских отрядов и вызвала положительную реакцию у Центрального китайского правительства, поспособствовав нормализации советско-китайских отношений.

Говоря о советско-синьцзянских отношениях в 1920-е гг., нельзя не упомянуть политический интерес, который большевики испытывали к Синьцзяну как к потенциальному плацдарму для экспорта революции вглубь Азии. Разжигание революционных настроений в турбулентной мусульманской среде Восточного Туркестана формально соответствовало линии Коминтерна на поддержку национально-освободительных движений народов Китая, как это происходило в Монголии и Урянхае. По инициативе Туркбюро Коминтерна в Ташкенте был проведен I Всетуркестанский съезд уйгурских трудящихся. В результате был организован единый «Революционный союз “Уйгур” Алтышаро-Джунгарских рабочих», определены его задачи, избран Центральный комитет[366]. Важным шагом было принятие по инициативе тюрколога С.Е. Малова (1880-1958) общего этнонима для обозначения всех тюркских народов региона: таранчи,

[366] Бармин В.А. К вопросу о причинах провала деятельности Коминтерна по созданию революционной партии в Синьцзяне в 20-х гг. XX в. // Востоковедные исследования на Алтае. 2015. № 9. С. 32.

кашгарлыки и тюркоязычные жители других оазисов были объединены под древним историческим именем уйгуров[367].

В сентябре 1922 г. I областной съезд уйгурских коммунистов и II областной съезд Революционного союза «Уйгур» были проведены в Алма-Ате. В феврале 1923 г. в Среднеазиатское бюро ЦК РКП (б) поступила докладная записка завотделом национальных меньшинств ЦК РКП (б) Туркестана, председателя Краевого бюро уйгурских и дунганских коммунистов, уйгура А. Розыбакиева, где он предлагал конкретный план создания революционной партии на территории Синьцзяна. Его развитием вскоре занялся Исполком Коминтерна.

Одним из деятелей Коминтерна, занимавшихся вопросом революционной организации синьцзянских народов, был бурят С.А. Нацов, находившийся в то время в Синьцзяне. Несмотря на отсутствие сомнений в необходимости революционной работы в провинции, С. Нацов предостерегал от торопливости в действиях и тем более от создания там независимого государства. Он считал недопустимым отрыв Синьцзяна от Китайской Республики в сложившейся международной обстановке, так как это привело бы к установлению международного контроля над Китаем, что «означало бы полнейшее закабаление Китая международным капиталом». Кроме того, преждевременное вооруженное выступление народов Синьцзяна потребовало бы реальной поддержки со стороны СССР, а это нанесло бы ущерб всей советской дипломатии в Китае[368]. Осторожность и реалистичное понимание международной обстановки существенно отличали подход С.А. Нацова от геополитических выкладок другого бурятского представителя Коминтерна Э.-Д. Ринчино. Тот видел необходимость активизации революционной деятельности в Синьцзяне и планировал использовать для этого бурят и монголов.

---

[367] Бармин В.А., Дмитриев С.В., Шматов В.Г. Синьцзян: очерк истории региона. С. 223.

[368] Бармин В.А. К вопросу о причинах. С. 34. О миссии С.А. Нацова в Синьцзян см.: Башкуев В.Ю. Миссия С.А. Нацова в Синьцзяне (1923 г.). Ч.I. Историко-политический контекст // Вестник Бурятского научного центра СО РАН. 2021. № 3 (43). С. 36-44.

По-видимому, не без участия Э.-Д. Ринчино помощь по созданию революционной партии в Синьцзяне пытались оказать монгольские революционеры. Они вели работу среди синьцзянских монголов[369]. Тем не менее съезд революционных сил Синьцзяна в 1923 г. организовать не удалось, а важность установления дипломатических отношений СССР с Китайской Республикой перевесила доводы энтузиастов. Против планов создания Джунгарской и Кашгарской советских республик категорически выступил нарком иностранных дел Г.В. Чичерин[370]. В конце концов взвешенное мнение специалистов, хорошо знавших внутриполитическую обстановку в Синьцзяне, возобладало. Советская политическая линия вернулась к развитию выгодных торгово-экономических связей с провинцией. 17 февраля 1927 г. Политбюро ЦК ВКП (б) приняло специальное постановление по организации революционной работы в Синьцзяне, в котором любая деятельность или агитация по отторжению провинции от Китая признавалась крайне вредной и недопустимой[371].

Сразу после подписания советско-китайского соглашения от 31 мая 1924 г. в октябре того же года правительства СССР и Синьцзяна подписали соглашение о немедленном учреждении консульств СССР в городах Урумчи, Кашгар, Кульджа, Чугучак и Шара-Сумэ, а также консульств Китая в Ташкенте, Алма-Ате, Семипалатинске, Зайсане и Андижане. Синьцзянские власти полностью вернули СССР консульское и другое имущество, ранее принадлежавшее России[372]. В провинции возобновилась активность советских торговых представительств и предприятий.

В 1928 г. дуцзюн Ян Цзэнсинь был убит в результате заговора. Новым губернатором стал китаец Цзинь Шужень (1879-1941), выходец из провинции Ганьсу. В его правление

---

[369] Алпысбес М., Ергалиева Д. Военно-политическое положение синьцзянских монголов в 1910-х – начале 1920-х гг. // Алтаистика, тюркология, монголистика. 2018. № 2. С. 89-96.

[370] Бармин В.А., Дмитриев С.В., Шматов В.Г. Синьцзян: очерк истории региона. С. 223.

[371] Бармин В.А. К вопросу о причинах. С. 35.

[372] Бармин В.А., Дмитриев С.В., Шматов В.Г. Синьцзян: очерк истории региона. С. 226.

произошло радикальное изменение политики по отношению к мусульманам: новый дуцзюн перешел от строгого, но разумного удерживания к прямому давлению. Когда в 1930 г. скончался последний в мире чагатаид – правитель города Комула (кит. Хами) Максуд-шах – Цзинь Шужень решил упразднить вассальное ханство, навязав мусульманам прямую китайскую администрацию. Вдобавок, он начал отбирать земли у комульской знати и переселять туда голодающих земляков-ханьцев из провинции Ганьсу. Эта политика обозначила начало очередной агрессивной китайско-ханьской колонизации региона. Она сопровождалась притеснениями мусульман: запретом на выезд на хадж в Мекку, дискриминационной языковой политикой, поощрением браков китайцев и мусульманок, недопустимых с точки зрения исламских законов. В результате в конце 1930 г. в Комуле вспыхнуло уйгурское восстание под лозунгами панисламизма и пантюркизма[373]. Во главе комульских мусульман встал Ходжа Нияз, ранее служивший у Максуд-шаха. В районе Аксу восстание возглавили бывший водовоз Тимур и выходец из дехкан Низаметдин, ранее проживавший в СССР и обучавшийся в Коммунистическом Университете Трудящихся Востока (КУТВ)[374].

К лету 1931 г. правительственные войска загнали отряды Ходжи Нияза в горы Бадаши, и восставшие мусульмане начали искать поддержки у единоверцев-дунган в Ганьсу. В начале июня 1931 г. в Синьцзян прибыл молодой, но опытный мятежный дунганский генерал Ма Чжунъин (1910-1939?), командовавший 36-й дивизией Народно-революционной армии Китая. У Ма Чжунъина была сложная и противоречивая политическая повестка: он был лоялен Нанкинскому правительству, но выступил против китайской власти в Синьцзяне, поддержав синьцзянских тюрков-мусульман в их джихаде против «неверной» власти Цзинь Шуженя. С подачи Чан Кайши Ма Чжунъин видел себя правителем Синьцзяна. Тем не менее он не мог добиться глубокого

[373] Абдуллаев К.Н. От Синьцзяня до Хорасана. Из истории среднеазиатской эмиграции XX века. Душанбе: «Ирфон», 2009. С. 315-316.

[374] Бармин В.А., Дмитриев С.В., Шматов В.Г. Синьцзян: очерк истории региона. С. 227.

взаимопонимания между этнически неродственными единоверцами – тюрками и дунганами. По-разному видели свое политическое будущее уйгуры и другие тюрки-мусульмане Синьцзяна (алтайские казахи, тянь-шаньские киргизы и др.). Монголы же оставались нейтральными.

Несмотря на внутриполитические различия, впоследствии сыгравшие роковую роль в мусульманском восстании 1931-1934 гг., поначалу Ма Чжунъину удалось объединить силы повстанцев и добиться больших успехов. Однако вскоре на стороне Цзинь Шуженя выступили оставшиеся в провинции белогвардейские отряды; губернатору Синьцзяна удалось также заручиться поддержкой советского правительства, направившего в августе 1931 г. в Урумчи большую партию оружия. В благодарность за поставку вооружений СССР было разрешено открыть торгпредства в восьми крупных городах Синьцзяна[375]. Раненому в бою Ма Чжунъину пришлось отступить в Ганьсу.

В начале 1933 г. Ма Чжунъин возвратился в Синьцзян, и его повстанцы начали одерживать победы не только над правительственными войсками, но и над противостоявшими дунганам фракциями уйгуров и киргизов. В январе 1933 г. повстанцы Ма Чжунъина начали штурм Урумчи, поголовно уничтожая китайское население. В ходе резни и обстрелов было убито более 20000 чел. От полного разграбления и уничтожения город спасли 300 белогвардейцев под командованием полковника П.П. Паппенгута. Вступив в бой 21 февраля 1933 г., они опрокинули повстанцев и сняли осаду с города[376]. Во время снятия осады китайские правительственные войска с особой жестокостью расправлялись с мирными мусульманами, вырезав около 6000 чел. Медицинскую помощь оставшемуся в живых населению города оказывали европейские миссии и медпункт при советском консульстве[377].

К весне 1933 г. повстанческое движение охватило всю Синьцзянскую провинцию. В марте 1933 г. восстали горняки-золото-

---

[375] Бармин В.А., Дмитриев С.В., Шматов В.Г. Синьцзян: очерк истории региона. С. 229.

[376] Абдуллаев К.Н. От Синьцзяня до Хорасана. С. 322-323.

[377] Башкуев В.Ю. Российская медицина и монгольский мир: исторический опыт взаимодействия (конец XIX – первая половина XX вв.). Иркутск: «Оттиск», 2016. С. 367-369.

добытчики Хотана. Был провозглашен независимый Хотанский эмират. В июле отделение эмирата было основано в Кашгаре, превратившемся в самостоятельный центр власти в провинции. В апреле 1933 г. в результате переворота в Урумчи ненавистный тюркам Цзинь Шужень был смещен. К власти пришел маньчжур, полковник Шэн Шицай. Он взял старый титул военного губернатора (дубань) и начал переговоры с Ходжой Ниязом, одним из основных лидеров уйгурских повстанцев. В итоге Шэн Шицай склонил его к переходу в правительственный лагерь и выступлению против Ма Чжунъина, не желавшего видеть в уйгурах равноправных соратников. На стороне Ходжи Нияза и правительственных войск выступили казахи Алтайского округа и карашарские торгуты.

Параллельно дубань вел переговоры с Ма Чжунъином, но договориться о перемирии не сумел. Военные действия между правительственными войсками и дунганами продолжились. Тем временем в ноябре 1933 г. в Кашгаре правительством «хотанских эмиров» была провозглашена независимая Тюрко-Исламская Республика Восточного Туркестана (ТИРВТ), главой которой заочно был избран Ходжа Нияз, а основополагающим документом стала шариатская конституция. Лидеры ТИРВТ сразу стали добиваться признания мятежной республики Турцией, Великобританией и Афганистаном. Были установлены связи с мусульманами Индии, японцами, германским посольством в Кабуле. Начались попытки добиться британского протектората.

Такое развитие ситуации серьезно обеспокоило Москву. Особенно неприятными были известия о том, что на призывы уйгуров в Хотан и Кашгар начали активно стягиваться бывшие ферганские и бухарские басмачи, турецкие националисты и прочие враждебные СССР элементы. Определенные опасения вызывали попытки уйгурских националистов уйти под покровительство геополитических противников Советского Союза – Японии, Великобритании и Германии – переговоры с которыми велись представителями ТИРВТ и возможность образования в Синьцзяне лояльного Японии марионеточного государства по образцу Маньчжоу-го. Кроме того, Кремль совершенно

не желал возникновения на сопредельной территории очага пантюркистской националистической идеологии, способной возродить басмачество в не так давно умиротворенной Средней Азии[378].

Поэтому когда синьцзянский дубань обратился с просьбой о военной помощи к СССР, прибыв с визитом в Москву в декабре 1933 г., советское правительство приняло решение о введении на территорию провинции так называемой «Алтайской добровольческой армии», состоявшей из частей ОГПУ, переодетых в русскую форму старого образца без опознавательных знаков. В начале 1934 г. «алтайцы» обрушились на осаждавшую Урумчи в третий раз армию Ма Чжунъина. В оперативном подчинении у советского командования находились вооруженные советским оружием белогвардейцы и торгутская кавалерия. С воздуха операция поддерживалась самолетами без опознавательных знаков, а с земли – броневиками. Повстанцы были смяты, разбиты и рассеяны.

Помогая Шэн Шицаю, советское правительство вело двойную игру. Поддержка китайских властей в борьбе против мусульманских повстанцев шла вразрез с идеологической линией Коминтерна, постулировавшей помощь национально-освободительному движению народов Азии. Поэтому к побежденным синьцзянским мусульманам был разработан особый подход. Лидерам восстания предполагалось предоставить убежище в СССР и использовать их против китайцев, когда для этого настанет час[379]. После разгрома ТИРВТ дунганами и падения Кашгара в феврале 1934 г. в СССР бежал Ходжа Нияз, вскоре заявивший об официальном роспуске вооруженных отрядов республики. 10 июля 1934 г. на советскую территорию перешел и был интернирован Ма Чжунъин с группой соратников. На требование о выдаче вождя мятежников Шэн Шицай получил от Кремля категорический отказ[380]. Однако в дальнейшем следы

[378] Абдуллаев К.Н. От Синьцзяня до Хорасана. С. 334; Мавлонова А.С. Основные направления. С. 55; Бармин В.А., Дмитриев С.В., Шматов В.Г. Синьцзян: очерк истории региона. С. 230-231.

[379] Абдуллаев К.Н. От Синьцзяня до Хорасана. С. 319.

[380] Бармин В.А., Дмитриев С.В., Шматов В.Г. Синьцзян: очерк истории региона. С. 231.

Ма Чжунъина теряются – до сих пор неизвестно, какая судьба постигла дунганского генерала в СССР, где и когда закончился его жизненный путь.

Шэн Шицай, ставший полновластным хозяином провинции после подавления восстания 1930-1934 гг., провозгласил принцип равноправия национальностей Синьцзяна и начал прогрессивные реформы. «Шесть принципов» новой политики синьцзянского правительства предусматривали борьбу с империализмом, дружбу с СССР, расовое и национальное равенство, борьбу с произволом и взяточничеством, борьбу за мир и строительство нового Синьцзяна. Дубань ввел во власть представителей различных неханьских национальностей. На начальном этапе своего правления он также поощрял самоорганизацию народных масс: в апреле 1934 г. состоялся I Всесиньцзянский съезд представителей народных масс; в 1936 г. прошел съезд представителей казахов и киргизов, а в 1937 г. – съезд представителей монголов. Важным аспектом деятельности Шэн Шицая была модернизация социальной инфраструктуры, развитие образования и культуры Синьцзяна[381].

На протяжении 1930-х гг. Синьцзян продолжал играть важную роль в развитии советской экономики, а его геополитическое значение возрастало пропорционально росту японской агрессии в Восточной Азии. Советско-синьцзянская граница составляла около 2000 км. В непосредственной близости от нее на территориях Казахстана, Урала и Западной Сибири находились ключевые предприятия советской промышленности. Богатая полезными ископаемыми Синьцзянская провинция была важна в качестве источника сырья, а в случае размещения там войск вероятного противника у СССР практически не оставалось бы безопасных территорий.

С началом открытой войны между Японией и Китаем в 1937 г. роль Синьцзяна в азиатской геополитике СССР еще более возросла. В условиях, когда японский военно-морской флот контролировал китайское побережье, а восточное сухопутное направление было блокировано марионеточными государст-

[381] Гуань Ю.П. Штрихи к политическому портрету Шэн Шицая. URL: http://new.hist.asu.ru/biblio/vost/13.pdf (дата обращения: 02.02.2017). С. 121-122.

вами Маньчжоу-го и Мэнцзян, путь через Синьцзян оставался единственной возможностью регулярного снабжения правительства Чан Кайши советской военной и экономической помощью. Поэтому правительство СССР всеми силами старалось поддерживать хорошие отношения с Шэн Шицаем. Тот в свою очередь демонстрировал знаки лояльности, вступив в 1934 г. в ВКП (б) и создав режим наибольшего благоприятствования советским предприятиям и учреждениям в Синьцзяне во второй половине 1930-х гг. При этом Москва много раз открыто заявляла о нежелательности какой-либо советизации Синьцзяна и заинтересованности исключительно в развитии торгово-экономических отношений[382].

К началу 1939 г. в Китай было направлено до 5000 советских военных советников, инструкторов, летчиков-добровольцев[383]. С октября 1937 по сентябрь 1939 гг. Советский Союз поставил Китаю 985 самолетов, 82 танка, более 1300 артиллерийских орудий, свыше 14 тыс. пулеметов. Основная часть советских поставок осуществлялась через Синьцзян. В сентябре 1939 г. было подписано соглашение об установлении прямой авиалинии Алма-Ата – Хами[384]. Месяцем раньше уполномоченные советского и китайского правительств подписали протокол о строительстве в Урумчи самолетосборочного завода, полностью вступившего в строй 5 июня 1942 г., что ознаменовало собой начало реализации проекта развития национальной экономики в Китае[385].

Однако атмосфера максимального благоприятствования продолжалась недолго. С началом Великой Отечественной войны отношение Шэн Шицая к СССР стало ухудшаться. Этому способствовало общее направление политики Чан Кайши, сменившего ориентиры с СССР на США после того, как в декабре 1941 г. И.В. Сталин отказался объявлять войну Японии. Кроме

---

[382] Соколов В.В. Секретная миссия В.Г. Деканозова в Урумчи (Синьцзян) в 1942 году // Новая и новейшая история. 2011. № 3. С. 164.

[383] Мировицкая Р.А. Китайская провинция Синьцзян в советско-китайских отношениях (1930–1940-е годы) // Китай в мировой и региональной политике. История и современность. 2010. Т. 15. № 15. С. 244.

[384] Соколов В.В. Секретная миссия. С. 170.

[385] Мировицкая Р.А. Китайская провинция Синьцзян. С. 244.

того, нападение Германии на СССР и неблагоприятный для Советского Союза ход военных действий в начальный период серьезно поколебали уверенность синьцзянского дубаня в способности Москвы противостоять Гитлеру[386]. Несмотря на то что в 1942 г. на полную мощность заработали самолетосборочный завод в Урумчи и нефтеперегонный завод в Тушанцзы, режим максимального благоприятствования для советских организаций в Синьцзяне сворачивался. Шэн Шицай предпочел укрепление отношений с Чунцинским правительством. В 1943 г. советское правительство постановило отозвать из Синьцзяна всех инструкторов, советников и специалистов, работавших на китайское правительство, закрыть и вывезти в СССР заводы, свернуть деятельность «Совсиньторга»[387].

В период ухудшения отношений с Шэн Шицаем пригодились старые советские связи с мусульманскими повстанцами. В середине 1940-х гг. реформаторская политика дубаня окончательно выродилась в жестокую тиранию, а разрыв экономических отношений с СССР болезненно ударил по синьцзянской экономике. Скотоводы и крестьяне потеряли стабильный рынок сбыта своей продукции, число прямых налогов достигло 22, их сумма увеличилась в семь-восемь раз с 317 синьцзянских долл. в 1937 г. до 2419 синьцзянских долл. в конце 1944 г. Правительство Шэн Шицая прибегло к открытому грабежу населения; в провинции прекратилась торговля и оборот стремительно обесценивающихся дензнаков. Население перешло на натуральный обмен. Культурная жизнь в Синьцзяне замерла.

В ноябре 1944 г. в Илийском, Тарбагатайском и Алтайском округах, населенных преимущественно тюрками-мусульманами и монголами, вспыхнуло мощное восстание. Его спровоцировали реквизиции лошадей на военные нужды и бедственное положение скотоводов-кочевников после прекращения трансграничных торгово-экономических связей. Уже 15 ноября 1944 г., после взятия повстанцами Кульджи, в регионе была провозглашена Восточно-Туркестанская Республика (ВТР). СССР оказал ей активную материальную и военно-техническую

[386] Соколов В.В. Секретная миссия. С. 174.

[387] Там же С. 180.

поддержку и вскоре армия ВТР начала угрожать столице Синьцзяна Урумчи. Однако в конце июля – августе 1945 г. руководство СССР приостановило военную помощь ВТР, отозвало из ее войск инструкторский состав и стало призывать правительство Восточно-Туркестанской Республики к переговорам с властями Синьцзяна. Резкая смена советского политического вектора была связана с объявлением 8 августа 1945 г. войны Японии, подписанием 14 августа того же года «Договора о дружбе и союзе» с Китаем и декларацией об отсутствии намерений вмешиваться во внутренние дела Китая в специальной дипломатической ноте, врученной членам китайского правительства в день подписания договора[388].

Заставив лидеров мусульманских повстанцев сесть за стол переговоров с правительством Чан Кайши, СССР снял острую фазу противостояния в северных районах Синьцзяна. В 1946 г. было организовано коалиционное правительство, взявшее провинцию под совместное управление. Часть повстанческих лидеров была вывезена в СССР. По мнению А.С. Мавлоновой, советские политические манипуляции лидерами мусульманского сопротивления имели под собой веское основание: руководство СССР не желало иметь у своих границ независимое исламское государство, на которое могли бы ориентироваться сепаратистские элементы в советской Средней Азии. К тому же шансы Чан Кайши в борьбе с коммунистами были малы, а рисковать ухудшением отношений с китайскими коммунистами из-за Синьцзяна не хотелось[389].

В последние годы гоминдановской власти в Синьцзяне Чан Кайши пытался назначать губернаторов из лидеров уйгурского сопротивления, но это уже не имело значения, так как близилась победа коммунистов. В сентябре 1949 г. назначенный Чан Кайши губернатором казанский татарин Бурхан Шахиди (Шагидуллин) присягнул на верность КПК. Остатки руководства ВТР, находившиеся в СССР, срочно вылетели из Алма-Аты в Пекин 24 августа

[388] Бармин В.А., Дмитриев С.В., Шматов В.Г. Синьцзян: очерк истории региона. С. 239-240.

[389] Мавлонова А.С. Основные направления. С. 57.

1949 г., но в районе озера Байкал самолет разбился и все летевшие на нем погибли.

В 1955 г. провинция Синьцзян превратилась в Синьцзян-Уйгурский автономный район КНР, который возглавил Сайфутдин Азизи, бывший министр образования Восточно-Туркестанской Республики[390]. СССР некоторое время пытался сохранить свое политическое и экономическое присутствие в регионе, заключая с руководством КНР соглашения о создании совместных советско-китайских акционерных обществ по освоению минеральных ресурсов. Однако к концу 1950-х гг. сотрудничество прекратилось из-за растущей политической напряженности между Москвой и Пекином.

Таким образом, в период с конца XIX по первую половину XX в. западная китайская провинция Синьцзян играла важную роль как в геополитическом положении России и СССР в Центральноазиатском регионе, так и в экономическом развитии сопредельных российских и советских территорий. Это была огромная по протяженности буферная зона, отделявшая российскую Среднюю Азию от Британской Индии, а также территория шаткого политического господства Китая, препятствовавшего распространению панисламистской и пантюркистской идеологии в российские пределы. Поочередно манипулируя противоборствующими политическими повестками, можно было воздействовать на ту или иную сторону китайско-мусульманского конфликта в зависимости от расстановки геополитических сил и внешнеполитической повестки на определенный момент времени. Однако на протяжении практически всего изучаемого периода как царская Россия, так и СССР последовательно придерживались политики сохранения территориальной целостности Китая. Они старались максимально использовать выгоды трансграничного экономического и культурного сотрудничества, сдерживать развитие в регионе деструктивного пантюркизма и панисламизма и не допускать здесь создания марионеточного исламского государства.

---

[390] Бармин В.А., Дмитриев С.В., Шматов В.Г. Синьцзян: очерк истории региона. С. 242.

1.2. Деятельность советских медицинских учреждений в Синьцзяне в конце 1920-х – начале 1930-х гг.

С начала 1920-х гг. география советских консульств, дипломатических и торговых представительств в зарубежной Азии стала расширяться. Дипломатические и торговые учреждения СССР появились в Афганистане, Иране, Турции, Аравии. В октябре 1924 г. Кремль подписал с провинциальным синьцзянским правительством соглашение об открытии в городах Урумчи, Чугучак, Кульджа, Кашгар и Шара-Сумэ советских консульств. Для обслуживания их сотрудников при большинстве консульств функционировали медицинские пункты.

Основным предназначением советских медицинских учреждений в Азии было медицинское обслуживание советских граждан. В эту категорию входили дипломатические работники, члены их семей и жители так называемых «совколоний» – специалисты и рабочие советских предприятий, а также те, кто трудился по контрактам с местными правительствами. Сеть консульских медпунктов существовала лишь в странах Азии, где современная медицина была на тот момент недостаточно развита. В западных странах таких учреждений не было[391].

Помимо этого, советские медучреждения на востоке выполняли другие полезные для СССР функции. Обязательным условием их деятельности являлось обслуживание местного населения, особенно бедноты. Оказывая квалифицированную медицинскую помощь там, где европейская медицина пребывала в зачаточном состоянии, врачи одновременно вели медико-просветительскую и идеологическую работу, создавая и культивируя в местном обществе авторитет советской медицины, а с ним и положительный образ СССР. Эта закамуфлированная под гуманитарное взаимодействие политическая повестка составляла суть «мягкой силы» советской медицины. В сложной политической обстановке Синьцзяна врачи выполняли титанически трудную задачу: через доступные и качественные медицинские услуги внедрить в массы принципы советского здравоохране-

[391] ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 10. Д. 64. Л. 194.

ния, а если повезет – то и большевистские идеи переустройства общества.

В то же время медики следили за эпидемиологической ситуацией в пограничных с Советским Союзом районах, изучая особенности распространения и клинические проявления опасных инфекционных болезней. Результаты этого мониторинга отправлялись в Наркомздрав и НКИД СССР[392]. Советские медработники в странах Азии способствовали укреплению эпидемиологической безопасности Советского Союза и помогали правительствам соседних стран ликвидировать на своей территории эпидемические очаги.

Вопросы эпидемиологической безопасности южных и восточных рубежей СССР в 1920-х – 1940-х гг. часто всплывали в повестке совместных заседаний представителей Наркомздрава и Наркомата иностранных дел СССР. По всему периметру советских границ в Азии то и дело вспыхивали эпидемии чумы и холеры. Помимо уже упоминавшихся чумных очагов Восточной Монголии, эпидемическая угроза постоянно исходила из района КВЖД, где в 1920–1921 гг. разразилась очередная эпидемия чумы, а летом 1932 г. – сильная эпидемия холеры. В августе 1938 г. в НКИД и Наркомздрав СССР снова поступил тревожный сигнал о распространении холерной эпидемии в Китае: из района г. Ланьчжоу холера быстро распространялась на запад, в Синьцзян и к границам советской Средней Азии. В последовавшей переписке между НКИД и НКЗ СССР указывалось на необходимость поставить вопрос об охране границ от заноса холеры не только с Западным Китаем, но и с Афганистаном и Маньчжурией. Особо отмечалась необходимость обсудить вопрос о лабораторном оснащении пограничных районов СССР[393].

В 1930-х гг. несколько холерных эпидемий пережил Афганистан. Все они пришли с территории Индии. Первая началась в июле 1930 г. в долине реки Кабул и стремительно распространилась в городах Кабул, Джелалабад и Чарикар. Затем холера достигла провинции Газни, расположенной южнее. К августу 1930 г. эпидемия свирепствовала в Кандагаре и Макур Калате,

[392] ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 10. Д. 78. Л. 27–28.

[393] ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 10. Д. 38. Л. 21.

а в сентябре пошла на убыль[394]. В 1938 г. Афганистан снова пережил серьезную эпидемию, вызвавшую беспокойство советских специалистов. Холера не только унесла множество жизней, но и показала малую эффективность противоэпидемических мероприятий, предпринимавшихся афганской стороной (см. следующую главу).

В августе 1938 г. эпидемия началась среди синьцзянских кочевников-казахов в Манасских горах. Для проведения эпидемиологической рекогносцировки из Урумчи были отправлены советский врач А.В. Коваль и медсестра К. Карпова. Собранные ими сведения и биологический материал показали, что в населенном казахами труднодоступном районе свирепствует легочная чума. Впоследствии, для ликвидации чумного очага из Алма-Аты в Синьцзян был послан противоэпидемический отряд доктора Смирнова, а позже к нему присоединился прибывший из Москвы особый эпидотряд доктора Быкова. Усилиями советских врачей и местных властей опасная вспышка была ликвидирована. Однако выяснилось, что за 30-летний период это была уже четвертая чумная эпидемия в Манасском районе, а также что эндемические очаги чумы встречаются в Текесском районе Кульджинского округа и в Кашгаре[395].

Осенью того же года А.В. Коваль участвовал в другой противоэпидемической экспедиции, на этот раз на юг провинции, где свирепствовала оспа. Три формы оспы – черная, натуральная и вариолез – распространились вдоль тракта Урумчи-Хами-Аксу в районах Пичан, Токсун, Карашар, Курле, Кучар и Лунтай. Эта экспедиция продлилась три месяца, в течение которых в десятках городов и сотнях деревень советские врачи вакцинировали 131000 чел., приняли 12400 больных амбулаторно и 1003 чел. на дому. Жертвами черной оспы было 12001 чел.; от натуральной оспы умерло 209 чел. и от вариолеза – 78 чел. Это была серьезная эпидемия с тысячами жертв[396].

---

[394] Afghan cholera epidemics in the 1930s and 1940s // Encyclopedia of plague and pestilence: from ancient times to the present. Ed. by George Childs Kohn. 3rd ed. New York, 2008. P. 1.

[395] ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 10. Д. 82. Л. 29-35.

[396] Там же. Л. 36.

Эпидемии 1930-х гг. наглядно продемонстрировали необходимость организации серьезных профилактических мер в пограничных территориях СССР. Своими силами ни Китай, ни провинциальное правительство Синьцзяна, ни Афганистан справиться с ними не могли. Своеобразный климат Центральной Азии и неразвитость транспортной инфраструктуры в определенной степени сдерживали распространение эпидемий, однако, без специальных противоэпидемических мер как на территории указанных стран, так и вдоль советских границ опасность заноса эпидемии в среднеазиатские республики являлась вполне реальной. В таких условиях трансграничный эпидемиологический мониторинг был совершенно оправдан.

Большую часть изучаемого периода советская медико-санитарная помощь Синьцзяну осуществлялась хорошо знакомым нам ведомством – ОБЗСИ при Наркомздраве РСФСР (с 1936 г. – Наркомздраве СССР) в рамках политики, внешне напоминающей экспорт советской медицины в Монголию и Туву. Однако политическая ситуация вокруг и внутри Синьцзяна формировала специфические особенности применения «мягкой силы» советской медицины в этом регионе, отличные от примеров МНР и ТНР. В истории советской медико-санитарной помощи странам Азии в межвоенный период синьцзянский сюжет формирует самостоятельный кейс, специфичность которого задается сложной социально-политической ситуацией, гетерогенностью этнокультурной и этноконфессиональной структуры региона и геополитическими повестками акторов взаимодействия – советского и китайского правительств, а также синьцзянского губернатора, лавировавшего между двумя политическими полюсами.

В целях и задачах советских медицинских учреждений в Синьцзяне в 1920-е гг. в основном просматривалась практическая медико-санитарная повестка. Исходя из изученных архивных документов, первая советская медицинская амбулатория была организована при консульстве СССР в Кульдже в 1924 г. Город Кульджа (Инин), административный центр Илийского края, находился в 150 верстах (159 км) от г. Джаркент, практически на границе Синьцзяна с советским Казахстаном. Многонациональное население Кульджи (уйгуры, дунгане, китайцы,

монголы, киргизы, русские, татары) насчитывало с пригородами около 90000 жителей. Это был крупный по синьцзянским меркам город. Однако его медицинские нужды обслуживали лишь два европейских медицинских учреждения – амбулатория при советском консульстве и амбулатория при католической миссии. В штатах обоих медучреждений числилось всего два врача. Одним из них был заведующий советской амбулаторией доктор П.Ф. Бойко, другим – русский эмигрант по характеристике, данной Бойко, «белогвардеец и пьяница»[397]. Кроме того, в Кульдже проживало около 10 русских фельдшеров и акушерок из белоэмигрантов, занимавшихся частной практикой, а также большое количество лекарей-табибов и мулл, которых советские медики единодушно считали необразованными шарлатанами.

С августа 1927 г. начала работу советская медицинская амбулатория при Генконсульстве СССР в другом крупном городе Синьцзяна – Кашгаре. Административный центр Кашгарии, древнего оазиса в котловине, образованной высочайшими горами – Тянь-Шанем с севера, памирским нагорьем Сарыкол с запада, Каракорумом и Куньлунем с юга – Кашгар был населен в основном оседлыми тюрками-мусульманами, в дореволюционной России называвшимися сартами, а себя именовавшими кашгарлыками. Между Кашгаром и ближайшим советским городом Ош лежало 500 верст (530 км).

По населению Кашгар был даже крупнее Кульджи: в 1930 г. там проживало около 100000 жителей. Потребность в медицинской помощи была велика. В 1911-1913 гг. в Кашгаре работала медицинская амбулатория при русском консульстве, в среднем принимавшая 32 чел. в день. В 1927 г. помимо советского медицинского учреждения под руководством доктора Щербакова в городе имелись амбулатория шведской миссии с персоналом в четыре медработника и частная амбулатория доктора Яловенко. Посещаемость шведской амбулатории составляла 9000-10000 больных в год; частная практика Яловенко имела 2000-25000 посещений в год. Основная масса жителей Кашгара пользовалась услугами табибов и мулл, проводивших свои «приемы» на базарах[398].

[397] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 366. Л. 36, 36 об.

[398] Там же. Л. 56, 60.

Необходимо отметить, что советские медицинские пункты оказывали широкий спектр медицинских услуг не только советским гражданам, но и местным жителям, причем обслуживание синьцзянцев приносило определенный доход, насущно необходимый для ежедневного функционирования медучреждений. Финансирование медпунктов советской стороной было скудным и велось нерегулярно. Значительную часть финансовых поступлений составляли страховые отчисления работавших в Синьцзяне советских организаций и предприятий.

Дополнительной целью работы амбулаторий в Кульдже и Кашгаре было изучение местных болезней и особенностей их распространения. В докладе о работе Кашгарской амбулатории прямо указано, что одной из задач медперсонала было выявление масштабов заболеваемости тропическими болезнями по поручению Московского тропического института Наркомздрава РСФСР. Заведующий амбулаторией доктор Щербаков докладывал, что в ходе наблюдений была выявлена заболеваемость тремя видами малярии, лихорадками паппатачи и денге, кожным и внутренним лейшманиозом, спру, гунду и бери-бери[399]. В Кульдже отмечалась крайне неблагоприятная обстановка по малярии, так как город, стоящий на реке Или, изобиловал болотистыми местами и заросшими арыками, рассадниками комаров-анофелес[400].

Таким образом, медицинские учреждения СССР в Центральной и Западной Азии изначально позиционировались как вспомогательные подразделения советских дипломатических представительств, ориентированные, прежде всего, на оказание медицинской помощи советским гражданам. С ростом советского влияния в Центральной и Западной Азии пришло новое понимание воздействия, оказываемого советской медициной в традиционных обществах, где европейской медицины до этого попросту не существовало. Так внимание постепенно сфокусировалось на ее политическом значении. Дополнительной, но тоже очень важной задачей советских медпунктов в Азии был мониторинг эпидемической обстановки в пограничных райо-

[399] Там же. Л. 58.

[400] Там же. Л. 36 об.

нах, изучение местных эпидемических болезней и своевременное информирование Наркомздрава и НКИД о возникновении эпидемий.

27 августа 1929 г. в Москве при АОУ Наркомторга СССР состоялось совещание, на котором присутствовали представители НКИД СССР, НКЗ РСФСР, Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР (СОКК и КП СССР), Востгосторга, Всесоюзного акционерного общества «Шерсть», ЦК Союза совторгслужащих и «Азиабанка». Обсуждался важный вопрос об организации медицинской помощи при советских торговых агентствах в Западном Китае. С докладом по этой проблеме выступил торговый агент СССР в Чугучаке Муравьев.

Как уже упоминалось выше, история медучреждений при советских консульствах в Синьцзяне началась в 1924 г. с амбулатории в Кульдже. До 1927 г. существовали штатные врачебные должности, в основном централизованно финансировавшиеся из Москвы и частично – за счет зарабатываемых на медицинском обслуживании местного населения средств. Однако в 1927 г. они были упразднены. Это привело к тому, что в ряде городов Синьцзяна советские госслужащие остались без медицинской помощи. По информации докладчика Муравьева, в изоляции от административно-культурных центров и без медицинской помощи жизненные условия советских сотрудников в Западном Китае стали очень тяжелыми. Поэтому уже неоднократно ставившийся перед советским правительством вопрос об организации медицинской помощи в Синьцзяне требовал срочного разрешения. По расчетам советских торгпредставителей на это требовалось около 16320 долл. США в год. При этом в их распоряжении уже имелось примерно 7000 долл. США, полученных в качестве страховых отчислений советских организаций. Предлагалось изыскать остальные 9000 долл. США из средств хозяйственных организаций в Синьцзяне или из других источников[401].

Присутствовавшие на совещании представители советских наркоматов и организаций согласились с доводами Муравьева и постановили решить вопрос с организацией медпомощи. Для этого Союзу обществ Красного Креста и Красного Полумесяца

[401] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 367. Л. 82.

СССР было поручено уточнить составленную смету и в доработанном виде представить ее в Наркомздрав РСФСР и Наркомторг СССР. Торгагенту Муравьеву дали задание выяснить точный состав сотрудников советских организаций в Синьцзяне для определения размеров страховых отчислений. Наркомторгу было поручено ходатайствовать перед СНК СССР о выделении недостающих финансовых средств на организацию медобслуживания[402].

В сентябре 1929 г. Наркомторг СССР, НКИД СССР и Наркомздрав РСФСР подали в Наркомат финансов СССР ходатайство за № 02а/118, в котором просили выделить недостающие для организации медицинской помощи суммы. НКФ СССР одобрил ходатайство и указал, что недостающие на 1929-1930 гг. суммы необходимо выделить за счет резервного фонда СНК СССР. При этом было подчеркнуто, что организуемые медпункты должны взимать плату за медпомощь с состоятельных местных жителей и частично самофинансироваться за счет этих заработков. НКФ также выступил против планов увеличения отчислений по социальному страхованию в Синьцзяне с 1,75 до 4%[403].

В связи с организацией медицинского обслуживания в Синьцзяне 27 ноября 1929 г. состоялось еще одно важное межведомственное совещание, на этот раз при исполнительном комитете Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР. На нем было решено всю деятельность, связанную с организацией и администрированием медицинских пунктов возложить на исполком СОКК и КП СССР. Вопросы приглашения медперсонала и некоторые организационные мероприятия остались в ведении Наркомздрава РСФСР[404].

Ранее, в начале июля 1929 г. на совещании наркомов здравоохранения союзных республик было постановлено объединить всю работу по медицинскому обслуживанию Востока в ОБЗСИ при Наркомздраве РСФСР с учреждением в бюро новой долж-

[402] Там же. Л. 83.

[403] Там же. Л. 74.

[404] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 366. Л. 43.

ности завотделом Востока[405]. По-видимому, согласно вышеописанным организационным изменениям работа по набору медперсонала в советские медпункты в Синьцзяне и информационные функции остались обязанностью Общесоюзного бюро заграничной санитарной информации, а непосредственное администрирование медицинских учреждений перешло к исполкому СОКК и КП СССР. Впрочем, эта административная схема просуществовала недолго.

Сохранившиеся в описи 35 (ОБЗСИ) фонда А-482 отчеты о работе медицинских учреждений СССР в Синьцзяне позволяют детально воссоздать не только практические аспекты работы советских медиков, но и общие проблемы охраны здоровья, характерные для Синьцзянской провинции в конце 1920-х – начале 1930-х гг. и социально-политическую обстановку того периода. В этой связи особенно интересен отчет о работе Кашгарской медицинской амбулатории при советском консульстве за 1927-1929 гг., написанный ее заведующим доктором Щербаковым. Он ценен еще и тем, что пришелся на период, когда в других городах провинции советские медицинские пункты не функционировали из-за отсутствия финансирования. Заведующий амбулаторией Щербаков оказался наблюдательным и аккуратным специалистом, скрупулезно отразившим в своем отчете различные аспекты окружавшей его действительности – от климатических особенностей Кашгарии до состава типичного рациона кашгарлыков, его пищевой ценности и стоимости. Отчеты Кашгарской и Кульджинской амбулаторий содержат фотографии, позволяющие судить о состоянии медицинского дела в этих городах.

Советская амбулатория в Кашгаре размещалась в одном здании с консульством, находившимся в живописной дачной местности Сарман в двух км от города. Здание консульства по праву считалось одним из лучших в Кашгаре – просторный европейский особняк с мезонином и большими окнами.

[405] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 367. Л. 85.

Здание Генерального консульства СССР в Кашгаре, в котором располагались амбулатория и аптека, конец 1920-х гг.

Источник: ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 366. Л. 60.

Амбулатория занимала три светлых просторных комнаты, в которых были устроены ожидальня, приемный кабинет и аптека. На фотографиях все помещения выглядят очень удобными и чистыми, отчетливо видно специальное оборудование – кушетки в приемном кабинете, особые шкафы для медикаментов в аптеке, регистратура в ожидальне. Из медицинских приборов в амбулатории имелись перегонный куб для дистиллированной воды, автоклав для дезинфекции перевязочного материала и белья, микроскоп с набором красок и реагентов. Персоналом принимались меры по пополнению инструментария и лабораторных приборов, часть которых была получена из Германии. По информации заведующего Щербакова штат амбулатории состоял из врача и переводчика, однако на фотографиях видны опрятно одетые в медицинские халаты служители из местного населе-

ния – регистратор, санитар, а также русская медсестра[406]. Вспомогательных работников содержали на средства, полученные от платного приема пациентов.

Приемная и аптека советской амбулатории
в Кашгаре, конец 1920-х гг.

Источник: ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 366. Л. 62.

Помимо советских граждан амбулатория обслуживала местное население в большом радиусе: медпомощь охватывала такие отдаленные населенные пункты как Гума на юго-востоке, Кучар на северо-востоке и Улугчат на западе. С августа по декабрь 1927 г. через амбулаторию прошел 761 больной; за 1928 г. – 1332 больных. В 1927 г. было сделано 2122 посещений (первичных и повторных); в 1928 г. – 5251. В среднем амбулатория принимала 22-24 чел. в сутки.

[406] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 366. Л. 60.

Распределение больных в советской амбулатории в Кашгаре по гражданству

Гражданство	1927	1928
Китайское:	717	1238
китайцев	13	29
мусульман	704	1209
Советское	40	74
Британское	2	17
Турецкое	2	-
Шведское	-	3

**Источник: ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 366. Л. 61.*

Состояние здоровья местного населения в указанный период оставляло желать лучшего. По поводу санитарно-гигиенических аспектов повседневной жизни кашгарцев (как кашгарлыков, так и китайцев) врач Щербаков писал: «Вся обстановка, весь уклад жизни с момента рождения вплоть до зрелого возраста, предрасполагает к всевозможным заболеваниям. Женщины рожают, сидя на земле, поддерживаемые близкими родственниками, которые тут же производят грязными руками внутреннее исследование. Ребенка никогда не моют и многие проводят всю жизнь ни разу полностью не вымывшись. Поэтому разные заболевания кожи свили в Кашгаре прочное гнездо»[407].

Антисанитария, скученные условия жизни в традиционном жилье «ханэ», отсутствие окон, нормального отопления, вентиляции и канализации приводили к большой распространенности инфекционных и хронических заболеваний – туберкулеза легких и костей, ревматизма, глистных заболеваний. Летом среди грудных детей отмечалась высокая смертность из-за грязи и неправильного питания.

Отдельной проблемой являлось широкое распространение венерических заболеваний. Доктор Щербаков затруднился уточнить, что было распространено больше, сифилис или гонорея, но по его приблизительным оценкам сифилисом страдало не менее

[407] Там же. Л. 57.

30% местного населения. Не владея элементарной информацией о природе, последствиях и способах передачи сифилиса, больные обращались за медицинской помощью только когда болезнь развивалась во вторую или третью стадию. Твердый шанкр, первый признак заражения, они не считали за болезнь, тем более, что язва заживала сама собой. Гонорея также часто принимала хроническое течение. Как осложнение гонорейного уретрита у больных, особенно женщин, часто развивался гонорейный полиартрит. Повсеместно встречалась и бленнорея, приводившая к слепоте.

Советские врачи видели причину распространенности венерических болезней в дешевизне и повсеместной доступности услуг проституток (цена на женщин составляла два-три лана или около трех рублей золотом), а также в некоторых местных традициях. Так, отмечалось, что некоторые богатые кашгарцы за всю жизнь могли иметь до 100 жен, которых они последовательно заражали сифилисом или гонореей. Среди причин также указывалась легкость развода в мусульманской традиции, благодаря которой женщины также по нескольку раз бывали замужем, перенося свою болезнь из дома в дом[408].

Из других инфекционных заболеваний в этой части Синьцзяна были распространены натуральная оспа, грипп, брюшной тиф и своеобразное заболевание, носившее название «кашгарская ангина», но, видимо, имевшая мало общего с настоящей ангиной. Симптомами «кашгарской ангины» являлись высокая температура (до 40 градусов) и нарывы на коже. Длительность болезни составляла от 10 дней до трех недель; у кашгарлыков она протекала легче, чем у европейцев. По-видимому, это было эндемическое инфекционное заболевание, природу которого из-за отсутствия в лаборатории специального оборудования врачам выяснить не удалось. Пик заболеваемости «кашгарской ангиной» приходился на летнее время.

Встречалась в Кашгарии и проказа. Больные проказой находились здесь вне всякого надзора и свободно бродили по улицам городов. Широкое распространение в районах Яркенда и Кар-

[408] Там же. Л. 57-58.

галыка имел зоб, иногда достигавший колоссальной величины. В некоторых кишлаках население страдало им поголовно[409].

Больная зобом. Кашгар, конец 1920-х гг.

Источник: ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 366. Л. 59.

Социальное положение посетителей советской амбулатории было разным. Среди пациентов преобладали рабочие, ремесленники, торговцы и служащие. Рабочие и служащие в основном были советскими гражданами; торговцы и ремесленники – местными жителями. В 1927 г. амбулаторию посетило 15 духовных лиц, в 1928 г. – 20. Среди больных преобладали взрослые. В 1927 г. через амбулаторию прошло 123 ребенка, в 1928 г. – 244[410].

Приведенные ниже таблицы дают распределение больных по роду заболеваний и характеристику работы аптеки, перевязочной и лаборатории.

[409] Там же. Л. 59.

[410] Там же. Л. 61-62.

Распределение больных, посещавших Кашгарскую амбулаторию в 1927-1928 гг. по роду заболеваний

Название групп болезней	Количество больных	
	1927	1928
Внутренние	219	359
Тропические	79	205
Хирургические	109	184
Кожные	87	146
Глазные	36	70
Венерические	37	67
Заразные	60	56
Женские	17	50
Глистные	22	48
Зубные	26	46
Ухо, горло, нос	41	43
Нервные	17	32
Обмена веществ	11	15
Освидетельствование при поступлении на службу	-	11

Источник: ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 366. Л. 63.

Сведения о работе аптеки, перевязочной и лаборатории советской амбулатории в Кашгаре

Показатели работы	1927	1928
1. Число исполненных рецептов	2028	3783
2. Число перевязок	477	1170
3. Число инъекций	146	412
4. Число анализов (крови и мочи)	40	225

Источник: ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 366. Л. 66.

Несмотря на общую благополучную обстановку, амбулатория в Кашгаре нуждалась в дополнительных квалифицированных кадрах, прежде всего, в фельдшерице-акушерке. Для того, чтобы полноценно дополнять знания врача в гинекологии, фельдшерица-акушерка должна была иметь специальное образование и стаж не

менее 10 лет. Специфические условия мусульманского общества, исламские законы и кадровая необходимость требовали наличия специалиста-женщины, которая бы принимала мусульманок и женщин советской колонии, а также вела бы работу в аптеке[411].

В конце 1930 г. в Кашгар прибыла новая команда советских врачей в составе доктора Копылова и фельдшерицы Сысоевой. Смена персонала произошла в связи с возобновлением государственного финансирования советских медпунктов в Синьцзяне. Ситуация в Кашгарской амбулатории была достаточно благополучной: в 1931 г. она состояла уже из пяти кабинетов. К ранее имевшимся трем комнатам добавились совмещенный с лабораторией кабинет и операционная для экстренных операций. В помещениях был произведен ремонт, так как в с конца 1929-го по конец 1930 г. амбулатория не работала. Хорошее состояние амбулатории позволило новоприбывшим специалистам сразу начать лечебную работу. Единственной проблемой оказалось отсутствие в аптеке некоторых наиболее ходовых медикаментов. К счастью, их удалось позаимствовать до прибытия советского груза лекарств у шведских врачей.

Для местного населения амбулатория открылась 1 января 1931 г. По новому расписанию с 9:00 до 13:00 принимались жители совколонии и кашгарцы, а с 19:00 до 20:00 – исключительно советские граждане. Помимо амбулаторной работы врачи работали по вызовам на дом.

Для платежеспособных представителей местного населения был разработан прейскурант на медицинские услуги. Плата была установлена для разных социальных групп от двух тенге до одного сары (лан), т.е. от 15 коп. до 1 руб. 24 коп. за прием. Все цены, а также расписание работы были согласованы с советским консулом в Кашгаре; при оплате выдавалась квитанция, а квитанционная книжка была заверена консульской печатью.

Санитарно-просветительная работа велась среди членов советской колонии в клубе при консульстве и среди детей в советском детском саду. Среди кашгарского населения такая работа не проводилась, так как консул считал ее неприемлемой в местных условиях[412].

[411] Там же. Л. 66.

[412] Там же. Л. 7.

В 1932 г. амбулатория проработала 302 рабочих дня, приняв 18632 больных. Средняя дневная посещаемость составила 62 чел., что почти в три раза превышало показатель 1928 г. Кроме того, в среднем один раз в день врач выезжал по вызову на дом. За оказанную медицинскую помощь у 5550 больных была взята незначительная плата, остальные обслуживались бесплатно.

По состоянию на 1932 г. в Кашгарском округе провинции Синьцзян имелось несколько иностранных медицинских учреждений. В Кашгаре при английском консульстве работал медицинский пункт; при духовной шведской миссии имелась амбулатория с двумя врачами и акушеркой. Продолжала функционировать частная амбулатория фельдшера казацкой сотни Яловенко. Все эти медучреждения предпочитали обслуживать имущих кашгарцев и взимали сравнительно высокую плату за медицинские услуги. Поэтому многие больные предпочитали посещать советскую амбулаторию.

Кроме Кашгара медицинские пункты шведской духовной миссии работали в Янги-Гиссаре и Яркенде. Однако в связи с набиравшим обороты в Синьцзяне мусульманским восстанием, в 1932 г. основная часть шведской миссии покинула округ, оставив в Кашгаре одного врача и акушерку[413].

Авторитет врачей Кашгарской амбулатории еще более укрепился в период активных боевых действий между мусульманами и правительственными войсками в 1932-1934 гг. Снова вспыхнувшая в Кашгарии вражда была традиционно отмечена чудовищными зверствами с обеих сторон и большими жертвами среди мирного населения. «Мы были все время на театре военных действий, – писал заведующий медпунктом Б.К. Осипов. – Тормозом к нормальной работе медпункта была война …, она же давала нам и план работы: военно-полевая хирургия в той форме, в которой она проявлялась во времена Пирогова в Севастопольскую кампанию – вот лейтмотив нашей работы до последнего времени»[414].

---

[413] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 195.

[414] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 589. Л. 10.

В августе 1934 г. он направил в ОБЗСИ докладную записку, в которой предлагал развернуть в Кашгаре на территории советского консульства стационар на 15-20 коек. По мнению Б.К. Осипова, эта инициатива не затребовала бы больших финансовых вливаний со стороны Наркомздрава РСФСР. У ОБЗСИ он просил командировать в Кашгар операционную фельдшерицу и предоставить единовременно сумму в 100 руб. золотом, на которую намеревался отремонтировать и переоснастить имеющееся помещение. По подсчетам Осипова, содержание больницы обошлось бы всего в 30 руб. золотом в месяц, а за операции с имущего класса можно было бы взимать плату. Как он отметил, в Кашгаре нужда в хирургической помощи ощущалась особенно остро: для региона было характерно массовое заболевание зобом, огромные грыжи, которые Осипов редко видел в СССР, частые случаи язвы желудка[415].

Пока в Кашгаре не было стационара с операционной, Б.К. Осипову приходилось оперировать в шведской больнице. Ему ассистировали шведские медики, а иногда – английский врач. Шведская больница была единственной во всей Кашгарии, где имелась операционная и соответствующий персонал. «Конечно, это далеко не то, если бы нам удалось открыть собственную больницу и обходиться во всем своими силами», – резюмировал Осипов[416].

Другой «боевое крещение» советских врачей произошло зимой 1934 г. в осажденном дунганами Урумчи. Там медики повели себя предусмотрительно, в результате чего в городе оказалась единственная на всю округу операционная. Подробнее об этом будет рассказано в следующем параграфе.

Консульская амбулатория в Кульдже, старожил среди советских медицинских учреждений в Синьцзяне, находилась не в столь благополучном состоянии, как Кашгарская амбулатория. На 1 декабря 1929 г. задолженность советским хозяйственным учреждениям составила 1200 руб. Средств, отчислявшихся по социальному страхованию, катастрофически не хватало. Оплата работы персонала производилась по временным произвольным

[415] Там же. Л. 11.

[416] Там же.

ставкам в зависимости от наличия средств. По состоянию на декабрь 1929 г. в амбулатории трудились врач общего профиля, зубной врач, фельдшерица-акушерка и санитар-переводчик.

Кульджинская амбулатория располагалась в самом центре города. По мнению заведующего П.Ф. Бойко, при хорошем оборудовании она могла бы иметь высокую посещаемость и приносить доход. В 1929 г. средняя посещаемость в день составляла 20-25 чел. без учета зубного кабинета, который вел отдельную статистику посещений. Необходимость в медицинской помощи в Кульдже была велика: в городе свирепствовала малярия, были распространены сифилис, туберкулез, кожные и глазные болезни. При этом на почти 90000 жителей не имелось ни единой стационарной койки.

В Кульдже также работала аптека, подчинявшаяся Казахскому аптекуправлению в Алма-Ате. Ее персонал состоял из опытного управляющего, счетовода, субассистента, ручниста-переводчика и уборщицы. В месяц аптека отпускала лекарства по 300-400 рецептам на сумму около 60 долл. США; ручная продажа медикаментов составляла около 600-700 долл. США. Аптека снабжалась центральным складом медторга из Москвы недостаточно и неаккуратно. Отчеты о ее работе ежемесячно отправлялись в Казахское аптекуправление[417].

В период отсутствия государственного финансирования амбулатория существовала на взносы по социальному страхованию от советских учреждений и средства от платного приема. В марте 1930 г. были получены первые ассигнования от исполкома СОКК и КП СССР в сумме 1283,7 долл. США. Размер составленной исполкомом сметы на 1930 г. составил 5217 долл. США, а в реальности амбулатория получила лишь 2671,28 долл., то есть половину годовой сметы. Долг советским учреждениям (ВАО «Шерсть» и Торгагентству) составил на 1 января 1931 г. 415 долл. США.

Финансовые проблемы Кульджинской амбулатории усугублялись еще и тем, что страховые отчисления и поступления от платных приемов исчислялись в местной валюте – урумчинских ланах – чей курс к доллару США постоянно снижался

[417] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 366. Л. 36, 36 об.

(в январе 1930 г. 1 долл. США = 7,6 лан, 1 января 1931 г. 1 долл. США = 11,65 лан). Поэтому советским врачам приходилось экономить на хозяйственных нуждах и оборудовании амбулатории, оплата за которые производилась из дополнительно зарабатываемых средств.

Как и в Кашгаре, оплата медицинских услуг для местного населения в Кульдже устанавливалась по соглашению с советским консульством. За прием взимались суммы в один урумчинский лан, два или один ильтецз в зависимости от состояния пациентов. Отдельные хирургические операции стоили от 30 до 100 ильтецз, аборт – от 50 до 100 ильтецз. Поступающая оплата фиксировалась в квитанционных книжках[418].

Статистика посещений велась сначала с помощью амбулаторной книги, а с 1 января 1930 г. была введена карточная система регистрации больных. Амбулаторная книга велась с 1 января 1926 г., но никакой информации о заболеваемости дать не могла, поскольку в ней не указывались диагнозы. В 1930 г. из 14640 посещений амбулатории было зарегистрировано 6781 первичных больных. Из них 1608 русских, 1584 кашгарлыков, 1270 таранчей, 618 дунган, 467 татар, 399 китайцев, 333 казаха, 309 узбеков, 107 сибо и 86 монголов. В число русских вошли эмигранты, в основном имеющие отношение к советской колонии – рабочие шерстомойки и складов ВАО «Шерсть», а также домашняя прислуга советских работников. Средняя посещаемость в 1930 г. составила 50 чел. в день без учета зубного кабинета. Посещаемость зубного кабинета составила в среднем 15 чел. в день. Также медработники выезжали на вызовы в среднем по два раза в день, включая шесть вызовов в местность Курэ-Суйдун на расстоянии около 40 км от Кульджи[419].

По спектру заболеваний наибольшее количество случаев (891) пришлось на малярию трехдневной и четырехдневной формы. За отчетный период было зафиксировано 407 случаев кожных болезней, 354 случая болезней органов зрения, 309 случаев сифилиса, 301 случай гриппа, 165 случаев болезней органов слуха, 135 случаев туберкулеза легких, костей и других органов,

[418] Там же. Л. 2.

[419] Там же. Л. 3

13 случаев сибирской язвы[420]. За год было проведено 63 хирургических операции: ампутации бедра и голени, экстрипации доброкачественных опухолей весом от нескольких граммов до 2,5 кг, пластические операции по устранению заячьей губы, аборты и один случай трахеотомии. Проводить полостные операции не было возможности из-за отсутствия стационара[421].

Среди жителей Кульджи процветали различные суеверия и шарлатанские способы лечения. К знахарству прибегали даже видные представители местного купечества. Доктор Бойко отмечал, что мог бы собрать богатую коллекцию амулетов постоянного и временного значения от посетителей амбулатории. По большей части встречались веревочки с узелками и бумажками, на которых написаны молитвы, носимые на руках или шее. Иногда для лечения использовались только что зарезанные черные курицы, которых прикладывали внутренностями к животу больного[422]. В населенных сибо (народ тунгусо-маньчжурской группы) сумунах практиковались проколы живота толстыми и длинными иглами, наносившиеся в подложечной области. Доктору Бойко приходилось видеть следы таких уколов на животе без повреждения внутренних органов.

Для правильной постановки деятельности Кульджинской советской амбулатории доктор П.Ф. Бойко предлагал предпринять следующие меры: 1) обеспечить достаточное снабжение хирургическим инструментарием; 2) создать условия для серьезного хирургического вмешательства (приемный покой) и хотя бы пять стационарных коек; 3) дооборудовать зубоврачебный кабинет техническим инструментарием; 4) нанять зубного врача с зуботехнической подготовкой; 5) ввести в штат амбулатории должность лекпома; 6) утвердить в штате должности регистратора и уборщицы. Важным моментом для организации санитарно-просветительной работы являлось обеспечение медучреждения медицинской литературой и бюллетенями Наркомздрава РСФСР[423].

---

[420] Там же. Л. 3-4.

[421] Там же. Л. 4.

[422] Там же Л. 5.

[423] Там же. Л. 6.

П.Ф. Бойко был прекрасным профессионалом-врачом и организатором, активным общественником. К сожалению, амбулатория в Кульдже оказалась его последним местом работы. 29 мая 1932 г. П.Ф. Бойко скончался от сыпного тифа. Похороны прошли 2 июня при большом стечении народа. С согласия китайской администрации, похоронная процессия с траурными флагами, оркестром, венками проследовала по наиболее многолюдной части города до могилы врача на территории советского консульства. В церемонии погребения приняли участие жители Кульджи. Присутствовало много местных купцов, возложивших венок на гроб П.Ф. Бойко. Другой венок возложили представители местной китайской власти – заместитель начальника Бюро общественного спокойствия, а также начальник отдела особых поручений Цзинь Хоа Тан. Для поддержания порядка во время траурного шествия и в качестве почетного караула было выделено 12 цириков (монг.: солдат – *В.Б.*). Последние почести, отданные советскому врачу кульджинской администрацией и торговой элитой, свидетельствовали о высоком авторитете П.Ф. Бойко и его больших заслугах в создании здравоохранения в Кульдже. На посту заведующего амбулаторией его заменил врач В.В. Покровский[424].

В июне 1932 г. консул СССР в Илийском округе Дягилев и заведующий Кульджинской амбулаторией В.В. Покровский направили в исполком СОКК и КП письмо, в котором подробно описали существующие проблемы медучреждения. Главной из них было то, что амбулатория работала на пределе своих возможностей из-за огромного наплыва больных и нехватки медперсонала. В 1931 г. было сделано 24335 посещений, что более чем на 10000 превышало показатели 1930 г.[425]. Популярность советского медучреждения подвела местное купеческое сообщество к мысли о создании медицинского стационара, где было бы возможно проведение сложных хирургических операций и лечение запущенных случаев, которые, по сведениям В.В. Покровского, составляли в Кульдже до 75% всех посещений. В Кульдже под стационар на 20 коек было отведено и отремонтировано здание,

[424] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 31. Л. 219.

[425] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 533. Л. 106.

а кульджинский купец С.Х. Мусабаев, находившийся в тот момент в СССР, закупил для больницы хозяйственные принадлежности, медицинские инструменты и оборудование. Китайская администрация пообещала выделить дотацию на обустройство и работу стационара[426].

Создание новой больницы уперлось в обычную для СССР проблему – нехватку медперсонала и медоборудования. Дягилев и Покровский обращали внимание исполкома СОКК и КП на то, что с существующим персоналом (врач, акушерка, педиатрическая медсестра и зуботехник из эмигрантов) запустить и тем более развить работу в стационаре они не в силах. «А открыть больницу и не зарекомендовать себя блестящей работой в ней, – говорится в письме, – это значит погубить все налаженное с таким большим трудом дело»[427].

Для нормальной работы медпункта и стационара дополнительно требовались врач-хирург, зубной врач и два фельдшера. От купца С.Х. Мусабаева поступило сообщение, что ему удалось закупить лишь половину из требуемого оборудования. Поэтому в письме содержалась просьба помочь медицинским инструментарием, главным образом, акушерскими инструментами, лабораторным оборудованием, предметными стеклами, химикатами. Для зубного кабинета требовался каучук и искусственные зубы, а также шлифмашина с необходимыми аксессуарами[428].

Проблемы с медицинским оборудованием медпункта в Кульдже просматриваются на примере ситуации с бывшим стоматологом медпункта доктором Муравьевой. В 1930 г. она вернулась в СССР, но по просьбе заведующего амбулаторией оставила в Кульдже свое личное стоматологическое оборудование – комплект инструментов и бормашину иностранного производства. Уже в Москве Муравьева запросила свое имущество обратно, но из амбулатории последовал ответ, что возвращение комплекта нецелесообразно (им в это время уже пользовался другой зубной врач) и просьба взамен приобрести ей новое оборудование. Однако с трудом полученная из РАПО бормашина

[426] Там же. Л. 107.

[427] Там же.

[428] Там же. Л. 110.

советского производства не удовлетворила доктора Муравьеву своим плохим качеством. Дело затянулось на долгие четыре года. В результате, Муравьева нашла у частного лица бормашину, эквивалентную оставленной в Кульдже, но дирекция ОБЗСИ сомневалась, имеется ли у них право оплатить выставленный счет. В архиве сохранился запрос заместителя заведующего ОБЗСИ Е.И. Донского юристконсульту Наркомздрава РСФСР Молчанову по этому вопросу[429].

Создавшаяся патовая ситуация показывает, что из-за дефицита оборудования врачу, отправившемуся в длительную заграничную командировку, пришлось брать с собой собственные инструменты и бормашину. Однако увезти их обратно означало бы временное закрытие зубного кабинета, который приносил медпункту внебюджетные средства. Таким образом, дефицит качественного оборудования в стране напрямую сказался на работе по крайней мере одного зубного врача – Муравьевой, для ОБЗСИ означал очередную сложную волокиту, а для медпункта в Кульдже добавлял нервного напряжения в и без того сложную рабочую обстановку.

В ноябре 1932 г. в Кульджинском медпункте была проведена проверка, выявившая ряд нарушений в работе советского медучреждения. Оказалось, что полезное пространство арендуемого у «Совсиньторга» здания используется неправильно. Операции производились в перевязочной, где всегда толпились больные и весь штат медпункта, в то время как кабинет врача занимал светлую и просторную, хотя и изолированную, комнату. Канцелярия тоже занимала большое и светлое помещение, в то время как послеоперационная палата на две койки располагалась в маленькой и темной комнате. В амбулатории отсутствовало расписание приема. С 9 до 11 утра персонал не был занят ничем, а с 11 часов начиналось столпотворение. Над зданием отсутствовал флаг Красного Креста, а над входом не было никакой вывески[430].

Финансовая часть медпункта также вызвала нарекания. Деньги поступали из трех источников: 1) ассигнования из Москвы на зарплату (счет в долларах США); 2) отчисления по

[429] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 590. Л. 44.

[430] Там же. Л. 114.

социальному страхованию (счет в синьцзянской валюте – ланах); 3) плата, взимаемая с больных за прием (счет в ланах). Оказалось, что еще при П.Ф. Бойко был принят несогласованный с консульством прейскурант, по которому за медпомощь все местные жители платили от 0,5 до 2 ланов. Однако благодаря 90 ланам, ежемесячно вносившихся местным купцом Алмазбековым, часть бедноты освобождалась от платы за лечение[431].

Комиссия отметила плохое оснащение медпункта и отсутствие санитарно-просветительной работы. В документе указано: «В лечебно-профилактической работе врачи медпункта углубились в чисто медицинскую врачебную работу, забывая обстановку, создав тип земского медицинского участка. Не используются активные мероприятия в лечебном деле, не указывается преимуществ совмедицины в деле оказания медпомощи – исключительно формальное узко-врачебное отношение к больному, не учитывается абсолютно наличие белогвардейского персонала и миссионеров»[432]. Это было серьезное замечание, а предложения по улучшению работы медучреждения начинались с мер по его устранению.

Преамбула к предложениям комиссии звучала привычно: «Имея в виду, что медпункт является одним из основных проводников нашего политического влияния, необходимо всю работу амбулатории подчинить выполнению этой задачи». Далее следовали советы широко развивать оперативную хирургическую работу, лечение сифилитиков сальварсаном, применение эндокринных препаратов. Рекомендовалось широко применять в работе методы социалистического соревнования. Чистотой в помещении, четкой показательной постановкой работы, строгой трудовой дисциплиной сотрудники медпункта должны были «добиться авторитета, влияния и обеспечение проведения санитарно-культурных мероприятий»[433].

Пункт о полном оборудовании медпункта медицинскими приборами, хирургическим, гинекологическим, акушерским инструментарием и небольшой лабораторией оказался предпос-

[431] Там же.

[432] Там же.

[433] Там же. Л. 114 об.

ледним в списке из 14 рекомендаций. Более важными вопросами оказались организация санкружка для советских служащих и ежедневные медосмотры воспитанников детской площадки[434]. Категорическими требованиями комиссии были отмена платы за услуги для беднейших пациентов и срочная ликвидация фонда купца Алмазбекова. Компенсировать выпадающие доходы должно было повышение платы для имущих слоев с 1 до 5 лан, а за посещения на дому с 10 до 25 лан[435].

Расширение медпункта в Кульдже все-таки состоялось. 31 марта 1934 г. его заведующий И.Е. Лебедев подписал с местным жителем Дамуллой Хасановым договор об аренде десятикомнатного дома с надворными постройками за сумму в 50 рублей золотом в год. При этом плату за аренду дома Хасанов тут же внес обратно на счет медпункта, чтобы эти деньги использовались для лечения бедных[436]. Как видно, полностью отказаться от благотворительности местных купцов было вряд ли возможно. В мусульманской традиции закят – обязательный налог в пользу бедных – является одним из пяти столпов ислама и его выплата означает, что полученные доходы и богатства не являются греховными. Судя по всему, кульджинские купцы считали развитие здравоохранения в своем городе богоугодным делом и пожертвования на лечение неимущих были обычной практикой.

В июне 1934 г. И.Е. Лебедев представил в ОБЗСИ отчет, согласно которому при амбулатории работал стационар. К этому моменту в здании медпункта происходило переоборудование помещений ванной и столовой для больных стационара. Пропускная способность амбулатории при двух врачах и стоматологе достигла очередного предела в 200 чел. в день. Расширилась хирургическая работа. В операционной стационара проводилось восемь-девять хирургических операций в неделю: грыжи, аппендициты, удаление камней мочевого пузыря, кесарево сечение, краниотомия, эмбриотомия, пластика промежности у женщин, удаление катаракты, опухолей, ампутации конечностей. В медпункте все еще отсутствовала лабо-

[434] Там же. Л. 115.

[435] Там же. Л. 114 об.

[436] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 597. Л. 124-125.

ратория, но заведующий сомневался, что при такой высокой загруженности у врачей вряд ли нашлось бы время для проведения необходимых исследований[437].

Высокие результаты работы Кульджинского медпункта в начале 1930-х гг. достались высокой ценой. В 1933 г. скончался его заведующий В.В. Покровский. Точной причины смерти обнаружить не удалось. В переписке указано, что он скончался на своем врачебном посту. Тот факт, что вдова обратилась к правительству за персональной пенсией, а два сына получили места в вузах Ташкента и Москвы подсказывает, что В.В. Покровский умер от болезни, которую получил во время работы в Кульдже[438]. Смерть двух заведующих Кульджинским медпунктом на протяжении всего одного года свидетельствует о том, как опасна и непредсказуема была медицинская работа в Синьцзяне. К сожалению, скорбный список погибших при исполнении врачебного долга в Западном Китае на этом не заканчивается.

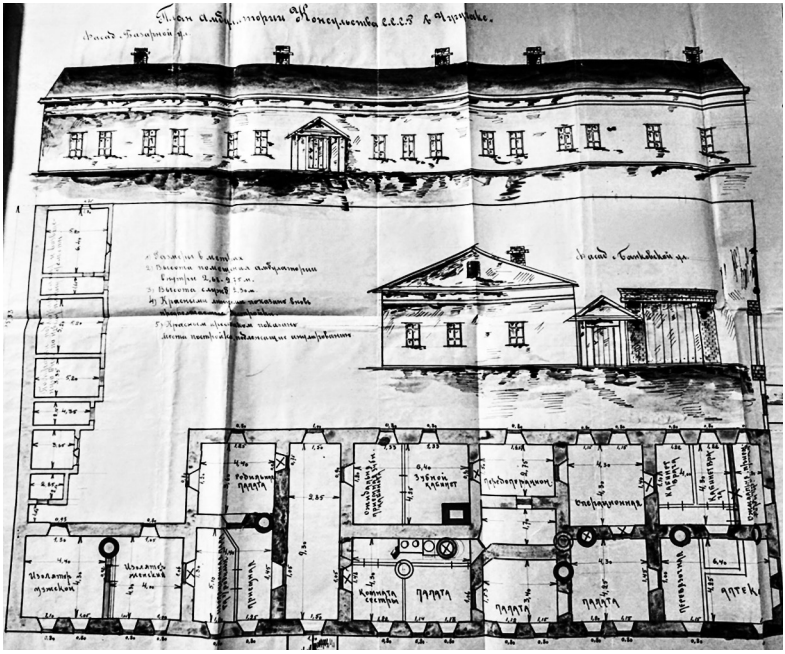
Для возрождения советского медпункта в Чугучаке летом 1930 г. туда был командирован доктор А.Э. Герман. По специальности он был хирургом с уклоном в гинекологию и акушерство. Доктор Герман прибыл в Чугучак 29 июня 1930 г. и сразу же взялся за решение проблемы открытия амбулатории. Здание прежней амбулатории на территории советского консульства было снесено в связи со строительством нового клуба.

Консул СССР в Чугучаке А.Д. Дедловский предоставил для амбулатории и квартиры заведующего помещение при Торгагентстве. Здание было очень удобным, но требовало ремонта, для чего А.Э. Герман занял у Всесоюзного акционерного общества «Шерсть» 1000 лан, нанял местных рабочих и приступил к ремонту. В результате советская амбулатория разместилась в чистом, светлом, территориально очень удобном здании с двумя входами, что оказалось чрезвычайно важным в реалиях мусульманского мира. С парадного входа коридор вел в ожидальню, способную одновременно вместить 25 больных. Оттуда одна дверь вела в аптеку, другая – в большую комнату с выходом во двор, которую доктор Герман перегородил стеной, получив

[437] Там же. Л. 123, 123 об.

[438] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 590. Л. 31-35.

два кабинета – общий и гинекологический. Наличие отдельного гинекологического кабинета с отдельным входом и выходом значительно облегчило проблему мусульманского запрета на лечение женщины у врача-мужчины. Кроме того, супруга заведующего, доктор Диаталович, также способствовала возникновению доверия со стороны мусульманских женщин, которые вскоре начали активно обращаться в амбулаторию за гинекологической помощью[439].



План амбулатории при Генконсульстве СССР в Чугучаке. 1930 г.

Источник: ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 431. Л. 60.

За два с половиной отчетных месяца 1930 г. количество больных в Чугучакской амбулатории составило 2761 чел. Помощь 223 чел. была оказана на Мойке, где принималась, обрабаты-

[439] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 366. Л. 15.

валась и сортировалась шерсть, импортировавшаяся в СССР. Мойка принадлежала ВАО «Шерсть» и доктор А.Э. Герман ездил туда раз в неделю для осмотра рабочих.

Из 2761 принятых больных гинекологических и акушерских пациентов было 783 чел., хирургических – 207 чел. Из остальных 1771 больных 70% составили терапевтические пациенты, а 30% – зубные, глазные, ушные и кожные больные, а также сифилитики. За отчетный период было сделано 32 операции: одна под общим наркозом (акушерский поворот при центральном предлежании детского места), три выскабливания полости матки после неудачно сделанных попыток аборта, один аборт по медицинским показаниям, три удаления приросшей плаценты и т.д.

Правила приема больных и обслуживания на дому были утверждены консулом и их экземпляр с его резолюцией хранился в делах консульства. Утром производился прием иждивенцев советских служащих и местных жителей, а в послеобеденное время принимались исключительно советские служащие. За два с половиной месяца доктор Герман ознакомился с условиями и бытом застрахованных советских граждан, но для получения представления о жизни местного населения этого времени было, конечно, недостаточно. Общее впечатление сложилось такое: жизнь мусульман проходила в сравнительно хороших гигиенических условиях; условия жизни китайцев и киргизов были существенно хуже. А.Э. Герман писал: «…мое небольшое еще знакомство с ними вызывает во мне гнетущее чувство той косности, того невежества и суеверий, той грязи и первобытности человека, которые неминуемо влекут за собой своего верного спутника – болезнь, причем нужно отметить, что сифилис среди китайцев распространен меньше…». По мнению Германа, у киргизов сифилис носил исключительно широкое распространение и являлся преимущественно бытовым. Киргизы относились к нему как к чему-то предопределенному свыше, неизбежному и обращались к врачу только когда симптомы болезни заставляли их испытывать физические страдания. Проделав небольшой курс, снимавший внешние проявления сифилиса, они исчезали, чтобы спустя два месяца явиться обратно с теми же осложне-

ниями. Что касается организации борьбы с сифилисом, доктор Герман писал: «В этой области медицины как нигде чувствуется необходимость наших советских мероприятий путем посылки летучих отрядов со специалистами венерологами как для лечебной, так и профилактической работы среди этой темноты»[440].

Большая проблема Чугучакской амбулатории состояла в отсутствии в штате зубного врача и зубоврачебного кабинета. Местные жители были мало знакомы с гигиеной полости рта, а местная вода с большим количеством минеральных солей способствовала быстрому разрушению зубов. Советских служащих приходилось отправлять на лечение в Алма-Ату. Вопрос организации зубоврачебной помощи был таким острым, что обсуждался в совещаниях консульства и на собраниях клуба при нем. Смета медучреждения не предусматривала наличия зубного врача, однако А.Э. Герман был уверен, что зубной врач, он же зуботехник, окупил бы себя в течение двух-трех месяцев и начал бы приносить заработок амбулатории. При огромном спросе на зубоврачебную помощь у местного населения исполком СОКК и КП СССР не понес бы никаких затрат на командирование в Чугучак зубного врача и специального кабинета[441].

Медицинская помощь местному населению оказывалась на платной основе, но в ходе работы, заметив малый процент бесплатных больных, заведующий амбулаторией А.Э. Герман расширил эту категорию. Чугучакское медучреждение бесплатно обслуживало гинекологических больных, сифилитиков и социально близкие группы – бедняков и батраков[442]. В остальном размер оплаты за медицинскую помощь был сопоставим с другими советскими медпунктами в Синьцзяне: малоимущим – ½ лан, всем остальным – один лан за прием. За небольшие глазные, ушные, носовые, горловые и зубные манипуляции взимались 50 фын. Операции стоили от 15 до 50 лан. Аборты по медицинским показателями проводились бесплатно; для застрахованных аборт стоил 25 лан; для всех остальных 50 лан. Вызов на дом для тяжелобольных осуществлялся бесплатно только для застрахованных советских граж-

[440] Там же. Л. 16.

[441] Там же. Л. 16 об.

[442] Там же. Л. 16.

дан. Для всех остальных плата за посещение на дому составляла от 5 до 15 лан; перевязочные средства оплачивались отдельно[443].

В отличие от Кашгара, в Чугучаке советские врачи пытались организовать элементарное санитарное просвещение для местного населения. По-видимому, здесь свою роль сыграла медицинская специализация заведующего и его жены: мусульманки после приемов охотно разбирали советские брошюрки по охматмладу на русском языке и доктор Герман очень сожалел, что не имеет подобных материалов на уйгурском. Положительное отношение китайских властей к работе советского медучреждения вселяло в заведующего оптимизм и надежду на то, что ему удастся в будущем прочитать китайцам лекции о вреде «джюна» (китайской водки) и опиекурения, что соответствовало китайской оздоровительной политике. Надеяться на лояльность китайских властей позволяли и доверительные отношения, сложившиеся с китайским дипбюро и местным губернатором: советские врачи часто выезжали для оказания медпомощи работникам китайской администрации[444].

В городе Шара-Сумэ, административном центре Алтайского округа, организация врачебной амбулатории началась в июне 1930 г. Условия были существенно хуже чем в Кашгаре, Кульдже и Чугучаке. Советское консульство занимало небольшое и невзрачное помещение и поделиться комнатами с амбулаторией не могло. Консул Г.А. Рачковский нашел недалеко от консульства помещение с тремя комнатками под советский медпункт и квартиру заведующего. Из-за отсутствия в Шара-Сумэ европейского жилья медикам пришлось довольствоваться предложенным домом, отремонтировав его и кое-как подготовив к зиме.

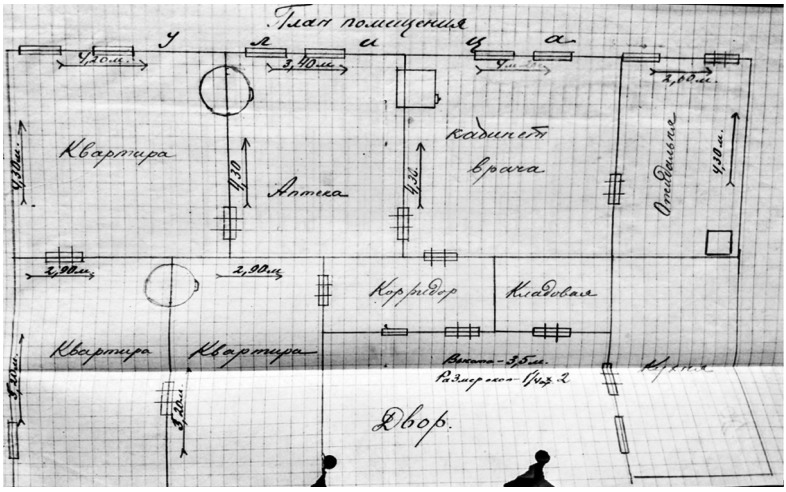
28 июня 1930 г. советское консульство организовало банкет, на который был приглашен местный китайский губернатор. Г.А. Рачковский поднял вопрос об обслуживании бесплатной и платной медицинской помощью местного населения, к чему губернатор отнесся благосклонно и дал согласие на открытие советской амбулатории. Медицинское учреждение начало прием больных 5 июля 1930 г. Принципы работы были теми же, что

[443] Там же. Л. 18.

[444] Там же. Л. 17.

и у других советских медпунктов – бедняков лечили бесплатно, с богатых взималась плата за медицинские услуги. За первые 10 дней приема амбулатория заработала 125 лан; в перспективе заведующий амбулаторией доктор М. Тимофеев видел рост доходности медицинского предприятия[445].

В сентябре 1930 г. удалось сменить помещение для медпункта. Консульство СССР передало медикам в субаренду на пять лет 6-комнатное здание, арендуемое диппредставительством у жителя Шара-Сумэ Молла Салима. Арендная плата составила 2500 урумчинских лан на весь срок. Также врачи обязались сделать весь необходимый ремонт в здании на сумму до 850 лан. Согласно договору, имевшуюся в помещении кухню медики делили с сотрудниками консульства, взамен чего получали доступ к консульским леднику и бане[446].



План помещения советской амбулатории в Шара-Сумэ, 1930 г.

Источник: ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 432. Л. 39.

[445] Там же. Л. 12.

[446] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 432. Л. 39.

По наблюдениям Тимофеева, местное население выражало большое желание лечиться у советских врачей. Шара-Сумэ был небольшим городом с населением 8000–10000 чел. По этническому составу большинство жителей составляли сарты, затем казахи. Китайцев в городе было немного. По характеристике доктора Тимофеева, наиболее богатыми, здоровыми и крепкими горожанами были сарты, почти не употреблявшие табака и алкоголя, но «крепко любящие женщин». Китайское население характеризовалось как бедное, пораженное наркоманией и сифилисом, не знавшее элементарных санитарно-гигиенических навыков. В господствующих классах, как и в остальной массе населения, просматривалась боязнь и недоверие к новшествам, противодействие санитарному просвещению и культурному росту. По мнению М. Тимофеева, советские темпы санитарной пропаганды были неприемлемы в Шара-Сумэ, так как сначала требовалось взаимопонимание между представителями разных культур[447].

Рынок медицинских услуг в Шара-Сумэ и всем Алтайском округе находился в руках китайских лекарей и белоэмигрантов – ротного ветеринарного фельдшера Дубровского и купца Растягаева. Доктор Тимофеев писал, что фельдшер Дубровский был профессионально безграмотен, туберкулез легких лечил аспирином, требовал за это большие деньги и пользовался дурной репутацией у местного населения[448]. Впоследствии, М. Тимофеев серьезно испортил отношения с местными представителями белой эмиграции, отказывая членам их семей в медицинской помощи или требуя за лечение огромные суммы «исходя из их классовой сущности»[449]. Возмущенные белоэмигранты принялись мстить за обиды, используя свое влияние на местную китайскую администрацию. В результате советское консульство получило от властей округа предписание не принимать в амбулатории китайских подданных.

Впоследствии выяснилось, что закрытие китайской администрацией доступа в советскую амбулаторию для местного

[447] Там же. Л. 13.

[448] Там же. Л. 11-12.

[449] Там же. Л. 8.

населения было способом выжать из народа деньги. Приток местных пациентов, как ни странно, даже вырос. Однако теперь для обращения к советскому врачу больному китайскому подданному требовалось за плату получить в местной администрации разрешение. В своем отчете доктор М. Тимофеев отмечал, что важным внешним признаком доступности советской медпомощи были постоянно открытые двери в амбулаторию. «Закрытые двери, – писал он, – символ запрета, а поэтому напуганное население, боясь навлечь гнев начальства, вынуждено отказываться от нашей медпомощи»[450].

Выписка из отчета о работе консульства СССР в Шара-Сумэ за 1931 г. проливает свет на практические результаты работы советской амбулатории в 1930 г. Как выяснилось, доктору Тимофееву так и не удалось добиться успеха в формировании показательного облика советского медицинского учреждения. В результате исполкому СОКК и КП СССР пришлось его заменить на врача И.В. Сажина, который смог наладить бесперебойную работу амбулатории. За декабрь 1931 г. посещаемость достигла 950 чел.

Кадрами советская амбулатория была обеспечена полностью, но оставалась острая проблема хронического дефицита медикаментов. Исполком СОКК и КП СССР не обеспечивал надежного снабжения советских медпунктов в Синьцзяне лекарствами, медицинским инструментарием и расходными материалами. В 1931 г. адресованные амбулатории в Шара-Сумэ медикаменты попадали в Чугучак, а в 1930 г. груз медикаментов был вообще распродан с молотка в Семипалатинске. По состоянию на конец 1931 г. для эффективной и бесперебойной работы советского медучреждения были необходимы: 1) регулярное и бесперебойное снабжение медикаментами; 2) оборудование амбулатории необходимым лабораторным оборудованием. При соблюдении этих условий у амбулатории в Шара-Сумэ были все возможности стать проводником советской медицины в Алтайском округе[451].

Об популярности амбулатории и лично И.В. Сажина свидетельствуют два благодарственных письма, написанных

[450] Там же. Л. 10.

[451] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 199.

жителями Шара-Сумэ в феврале 1933 г. В благодарности узбеков-мусульман говорилось:

> «В своей работе Вы не различали нации, как то: китайцев, узбеков, казахов, калмыков, а всех принимали в амбулатории одинаково, и хорошо всех лечили и многие от Вашей помощи выздоровели, чем Вы оказали народу великую помощь.
>
> Мы все узбеки-мусульмане г. Шара-Сумэ приносим Вам сердечную горячую благодарность и желаем Вашей докторской работе великого авторитета. Это желание у нас идет от всего сердца»[452].

Письмо подписал 51 житель Шара-Сумэ, среди которых были купцы, духовные лица и другие уважаемые в городе люди. Близкое по форме и духу благодарственное письмо было написано представителями тюркской и калмыцкой знати от имени своих племен. В благодарности говорилось: «Начиная с 1929 г. до сего времени масса народа Алтайского округа воспользовались Вашими медикаментами и Вашей специальной помощью. Очень, очень многие вылечились, которые заболели разными болезнями; в числе этих масс население под моим начальством граждане принадлежащие Укурдаю Салимбаху, Залыну Чохаю, Занге Мамиле – поручили мне передать Вам чистосердечную благодарность и я был обязан исполнить просьбу народа, то есть передать Вам очень большую благодарность от имени народа под моей властью»[453].

Письмо было подписано шестью тюркскими и калмыцкими начальниками – бэйсэ Ханафией, уккурдаем Салимбахом, тайшой Бухатом, залыном Чокаем, и двумя занге – Хаирбеком и Мамиле[454]. Общее выражение благодарности родовой элитой народов, часто и кроваво враждовавших друг с другом, делает признательность кочевников еще более красноречивой. В опре-

---

[452] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 536. Л. 43.

[453] Там же. Л. 44.

[454] Бэйсэ и тайши – титулы родовой аристократии у синьцзянских калмыков; уккурдай – маньчжурский чин, соответствовавший генералу (красный шарик на шапке). Уккурдай командовал войсками, состоявшими из сибо и солонов – народов тунгусо-маньчжурской группы, переселенных Цинами с Амура в Синьцзян. Залын и занге – родовые титулы у казахов.

деленном смысле, помощь советского врача смогла преодолеть этнические и религиозные барьеры, разделявшие разноплеменных жителей Шара-Сумэ и Алтайского округа. Гуманитарная миссия врача была понятна представителям синьцзянских меньшинств, которыми китайцы издавна правили по принципу «разделяй и властвуй». По сути, она лежала не только вне навязанных режимом идеологических различий, но и вне залегающих глубже и оттого намного более деструктивных этнических и религиозных противоречий.

О медпункте в Урумчи до приезда туда в 1933 г. доктора В.И. Сапожникова сохранилось мало сведений. Отчеты доктора Г.Е. Степанова, заведовавшего амбулаторией в 1930 г. фрагментарны. Исходя из имеющейся информации, советская амбулатория в Урумчи была устроена при Генконсульстве СССР. Советские медики в составе врача Г.Е. Степанова и фельдшерицы прибыли в Урумчи 15 апреля 1930 г. До этого на службе у Генконсульства СССР состоял фельдшер Бедарев – советский гражданин, имевший в Урумчи свою частную практику и аптеку. Он получал зарплату из сумм, поступавших по социальному страхованию от советских организаций.

Более месяца доктору Степанову пришлось искать постоянное помещение под устройство медицинской амбулатории и квартиры. Помещение было арендовано вне консульства и после 19 мая 1930 г. работа советского медучреждения вошла в колею. У урумчинской команды советских медиков возникли проблемы с получением медицинского оборудования, доставленного из СССР обществом «Союз-Транспорт». Помимо этого, Г.Е. Степанов постоянно ожидал подвохов со стороны китайской администрации и местной белоэмигрантской общины.

Большую часть оборудования амбулатории пришлось приобрести на месте в Урумчи, а на это требовались деньги в валюте. После мытарств с получением медикаментов через советские снабжающие и транспортные организации, доктор Степанов сделал вывод, что легче их приобретать на месте в Синьцзяне. Так, для начала он планировал купить у фельдшера

Бедарева его собственную аптеку по относительно низкой цене (около 170 долл. США)[455].

Урумчинская амбулатория принимала как советских граждан, так и местное население по стандартной для советских медицинских учреждений в Синьцзяне схеме – застрахованные советские граждане и иждивенцы бесплатно, местное имущее население – за плату, местная беднота – бесплатно. Общий прием в урумчинской амбулатории велся с 9:00 до 14:00 с получасовым перерывом. Вечером с 17:30 до 18:30 принимались только сотрудники советского консульства и члены их семей. Оплата за медицинские услуги с богатых местных пациентов составляла три лана за прием в амбулатории и пять лан за вызов на дом. Пациенты среднего достатка платили два лана за прием в амбулатории и три лана за прием на дому. Мелкие ремесленники, торговцы, служащие и т. д. платили один лан за помощь в амбулатории и два лана за вызов врача на дом (1 лан = 4,65 руб.)[456].

В марте 1931 г. в исполком СОКК и КП СССР от заведующего 2-м Восточным отделом НКИД СССР Козловского поступила секретная записка. В ней говорилось о том, что заведующий амбулаторией врач Г.Е. Степанов считает себя «аполитичным» специалистом, предпочитает общение с лицами, выгнанными за «политичность» из советских организаций общению с командированными советскими работниками, оказывает медпомощь ярым белогвардейцам вопреки указаниям Генконсула СССР, оправдывая это врачебным долгом оказывать помощь всем, вне зависимости от классовой принадлежности. В связи с этим Генконсул СССР Смирнов считал желательным отзыв из Урумчи Г.Е. Степанова и замену его более «советски настроенным врачом». В начале 1931 г. врачи Г.Е. Степанов (Урумчи) и М. Тимофеев (Шара-Сумэ) были отозваны в СССР и ОБЗСИ получило задание подыскать для образовавшихся вакансий подходящих специалистов[457].

Таким образом, история советских медицинских учреждений в провинции Синьцзян началась с момента открытия там

[455] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 366. Л. 38.

[456] Там же. Л. 23-24.

[457] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 417. Л. 44, 43, 41.

консульств Советского Союза в 1924 г. Первой открылась медицинская амбулатория в Кульдже (1924), затем в Кашгаре (1927). В 1930 г. начали работать советские медицинские пункты в Чугучаке, Шара-Сумэ и Урумчи. В каждом из городов работе советских медицинских учреждений сопутствовали разные условия: в Кашгаре, Кульдже и Чугучаке исходная ситуация была относительно благополучной и персоналу амбулаторий удалось установить доверительные отношения с советскими консулами, местным населением и китайской окружной администрацией. В Шара-Сумэ и Урумчи условия оказались менее благоприятными и там организация медицинской помощи столкнулась с проблемами. Многое зависело от личных качеств заведующих амбулаториями и от комплекса отношений, выстраиваемых ими на местах.

1.3. Деятельность советских медицинских учреждений в Синьцзяне в середине 1930-х – 1940-х гг.

В 1930-е гг. сеть зарубежных медицинских учреждений СССР в Азии продолжала расширяться. В 1933 г. медпункты вернулись под крыло ОБЗСИ при Наркомздраве РСФСР и по состоянию на март 1934 г. их сеть включала: пять медпунктов в Синьцзяне (восемь врачей и пять фельдшериц); два медпункта в Афганистане (два врача); два медпункта в Аравии (два врача); одну больницу и три медпункта в Иране (больница в Тегеране – шесть врачей, три врача в медпунктах). Кроме того, в ведении бюро находились научно-исследовательская экспедиция Наркомздрава РСФСР в МНР в составе семи врачей, одного завхоза и одного лаборанта и медико-санитарная экспедиция Наркомздрава РСФСР в Тувинской Народной Республике в составе шести врачей и двух акушерок[458].

Одним из наиболее активных строителей советской медицины в Синьцзяне был врач В.И. Сапожников. Он был командирован в Урумчи в начале 1933 г. в качестве заведующего медпунктом при советском Генконсульстве. По специальности Владимир Иванович был акушером-гинекологом. Он родился в

[458] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 573. Л. 158.

г. Касимове Московской области в 1896 г., но с 1904 г. проживал в Тифлисе, куда его родители переехали по работе. Там он окончил гимназию, а в 1915 г. поступил в на медицинский факультет Московского университета. Гражданская война прервала учебу и университет он закончил лишь в 1924 г. С 1927 по 1930 гг. Сапожников работал заведующим акушерско-гинекологическим отделением железнодорожной больницы в г. Вязьме. В 1930 г. его командировали в Монгольскую Народную Республику на должность заведующего родильным отделением Гражданской больницы. Как в Вязьме, так и в Монголии В.И. Сапожников работал в тесном контакте с хирургическими отделениями, часто заменяя хирурга и приобретя большой практический опыт в хирургии. По возвращении из МНР он год проработал в московской Басманной больнице. В 1933 г. ОБЗСИ направило В.И. Сапожникова в г. Урумчи заведовать медпунктом при Генконсульстве СССР. В Синьцзяне он проработал до конца 1935 г., параллельно заведуя хирургическим отделением китайской больницы[459]. Таким образом, в Урумчи появился опытный врач, за плечами которого была сложная работа в Монголии, заведование акушерско-гинекологическим и родильным отделениями и активная хирургическая практика.

Застав медпункт в состоянии развала и бедности, он немедленно приступил к его реконструкции. Заведующему пришлось собирать с нуля весь инвентарь медицинского учреждения, от половых щеток, чайников и кувшинов до шкафов, кроватей, постельного белья и медицинского инструментария. Кроме того, преодолевая сопротивление ОБЗСИ, В.И. Сапожников взялся за строительство стационара.

Реконструкция и строительство велись в условиях абсолютного безденежья и жестких финансовых условий – за все работы приходилось расплачиваться наличными деньгами в золотом эквиваленте. Несмотря на помощь Генконсульства, к окончанию строительства В.И. Сапожников оказался должен практически всем советским организациям в Урумчи. Выплаты по задолженности продолжались до февраля 1934 г. К тому времени заведующему удалось полностью расплатиться с долгами, выплатить

[459] ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 11. Д. 366. Л. 1, 1 об.

годовую арендную плату за помещение и сделать запас угля на весь отопительный сезон.

В период реконструкции медпункта советские врачи вели амбулаторный прием местного населения, строившийся на основе хозрасчета: с имущего класса взималась плата за лечение, неимущие и рабочие обслуживались бесплатно. Заработанные деньги помогли вовремя расплатиться с долгами.

Огромными усилиями к ноябрю 1933 г. удалось полностью подготовить медучреждение к работе. Была перестроена амбулатория, на территории Генконсульства СССР была организована аптечная база, построена операционная, оборудованная для проведения сложных операций, устроены две палаты для хирургических больных (мужская и женская) и временный изолятор на две комнаты[460].

Работы были произведены очень вовремя, поскольку вскоре советскому медучреждению пришлось в буквальном смысле пройти испытание огнем. В тот период в Синьцзяне полыхало грандиозное мусульманское восстание, спровоцированное политикой пришедшего к власти летом 1928 г. дуцзюна Цзинь Шуженя. В начале 1934 г. Урумчи в третий раз был осажден дунганской армией Ма Чжунъина.

Предыдущей зимой мусульманские повстанцы под командование Ма Шимина и Ма Фумина уже обрушивали всю свою мощь на синьцзянскую столицу, почти полностью овладев городом. Под контролем урумчинского гарнизона оставался лишь Старый город, обнесенный крепостными стенами. Китайские власти побоялись впустить в цитадель тысячи мусульманских беженцев, скопившихся на «Улице младшего учения» (китайский эвфемизм, обозначающий ислам), примыкавшей к Западным воротам. Командующий гарнизоном генерал Пай отдал приказ поджечь дома вдоль улицы, а когда мечущаяся толпа хлынула от ворот к мосту, их накрыл пулеметный огонь. В огне и от пуль погибли тысячи повстанцев и беженцев[461]. От полного уничтожения город спасли штыковые контратаки белогвардейского отряда

[460] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 573. Л. 117.

[461] Forbes A.D.W. Warlords and Muslims in Chinese Central Asia: A Political History of Republican Sinkiang, 1911-1949. Cambridge: Cambridge University Press, 1986. P. 103.

полковника П.П. Паппенгута и подошедшие на помощь из Турфанского оазиса крупные китайские силы под командованием Шэн Шицая.

Осада 1934 г. сопровождалась постоянными артиллерийскими обстрелами города. На территорию советского консульства упало около 20 снарядов. К счастью, никто из работников не пострадал. Разрывы вызвали пожары и повредили некоторые здания. В таких условиях большую роль в укреплении авторитета советской медицины среди гарнизона и гражданского населения города сыграло наличие в консульском медпункте квалифицированного хирурга и оборудованной операционной. Под огнем, при большом наплыве раненых В.И. Сапожников проводил сложные полостные операции и мог держать тяжелораненых в стационаре под медицинским наблюдением.

Советское медицинское учреждение располагалось в Янхане, мусульманском районе Урумчи. Во время осады В.И. Сапожников убедился в правильности своего решения оборудовать аптечную базу медпункта в Генконсульстве СССР, так как существовала большая вероятность захвата Янхана дунганами. Поэтому медикаменты и инструментарий пришлось все время приносить и уносить с собой.

К концу осады, когда известия о подходе с Алтая больших воинских соединений достигли Урумчи, В.И. Сапожников устроил в Янхане лазарет на 20 коек для раненых и изолятор для больных сыпным тифом. Все это он впоследствии передал в пользование военным врачам алтайского отряда[462].

После снятия осады обстановка в Урумчи оставалась тяжелой. К массе раненых военных и гражданских добавились эпидемии оспы и сыпного тифа; в консульском медпункте ощущался дефицит самых необходимых лекарств и материалов. Оказавшись за линией фронта, Урумчи сразу превратился в главный эвакопункт китайской армии. В советском Генконсульстве была единственная на 600 км операционная.

В этой связи В.И. Сапожников писал в ОБЗСИ: «И вот вам обстановка работы: оспа, сыпняк, осада, голод и непрерывный поток раненых. Работали дни и ночи: я, жена моя и весь мой

[462] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 573. Л. 117–118.

персонал сильно измотались, так как за весь месяц не было дня отдыха… Мне приходилось оперировать как Амбруазу Парэ в 16-м веке, без наркоза, под крик оперируемого – это тяжело». В такой сложной ситуации советские медики разворачивали хирургический лазарет на 30 коек, оказывали бесплатную медицинскую помощь, делились перевязочными средствами с китайскими военными. Часть медикаментов пришлось продать китайцам, так как нечем было платить заработную плату медицинскому персоналу. В.И. Сапожников просил ОБЗСИ срочно прислать наркоз, камфару, кофеин, новокаин, перевязочные материалы[463].

После осады Урумчи авторитет советской медицины в Синьцзяне очень укрепился. В письме директору ОБЗСИ профессору В.М. Броннеру от 30 мая 1934 г. В.И. Сапожников отмечал, что основной его установкой по приезде в Синьцзян было продвижение советской медицины в массы местного населения, и в этом направлении он с самого начала выстраивал работу медпункта. Рост квартальных показателей посещаемости амбулатории в 1933–1934 гг. свидетельствовал об очевидных успехах в выполнении задачи. Если в III квартале 1933 г. амбулаторию посетило 1554 чел., в IV квартале – 1842 чел. то в I квартале 1934 г. – 2775 чел.[464]. Областями, наиболее эффективно демонстрировавшими местному населению мощь советской медицины, были хирургия и венерология.

По мнению В.И. Сапожникова, именно хирургия создала настоящую популярность советским медучреждениям. Следы войны еще долго сказывались в северном Синьцзяне. Неразорвавшиеся боеприпасы, найденные кочевниками или солдатами китайского гарнизона, часто становились причинами серьезных ранений, требовавших срочного хирургического вмешательства. Советский медпункт проводил срочные операции таких больных, не потеряв ни одного пациента.

Молва о чудодейственном лечении быстро распространилась по округе, и люди начали ложиться на обычные операции – удаление грыжи или аппендицита, не говоря о малой хирургии,

[463] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 592. Л. 128, 128 об.

[464] Там же. Л. 77.

производившейся амбулаторно. В советское медучреждение стали приезжать больные из других городов Синьцзяна.

Особо востребованной медицинской услугой являлось современное медикаментозное лечение сифилиса. В тот период в Синьцзяне были широко распространены венерические болезни, особенно сифилис. В отчете о деятельности медпункта в Урумчи с июня 1933 по июнь 1934 гг. люэс был наиболее часто встречавшимся инфекционным заболеванием.[465] Плата за противосифилитическое лечение в советской амбулатории была намного ниже, чем у частнопрактикующих китайских врачей. Поэтому местные жители предпочитали обращаться с этой проблемой к советским медикам[466].

Несмотря на то что В.И. Сапожников называл советский медпункт «единственным местом, где каждый больной безотказно может получить квалифицированную медицинскую помощь», он сам же признавал, что в Урумчи существовала серьезная конкуренция советским врачам. О русских врачах-эмигрантах он отзывался пренебрежительно, описывая их как неспособных к работе по старости лет, или как недоучек, стремившихся только к наживе. Однако помимо них медицинские услуги оказывали иностранные миссии, «являющиеся наиболее серьезными конкурентами, ибо руководствуются отнюдь не соображениями наживы и лечат совершенно бесплатно». Кроме того, в городе имелась масса врачей, практиковавших традиционную китайскую медицину, влияние которых в обществе было очень велико[467].

Всего в период с июня 1933 по июнь 1934 гг. через амбулаторию советского медпункта в Урумчи прошло 10000 чел., из которых первичных больных было 3849, повторных – 6161. По национальному составу посетители распределялись так: русские – советских граждан 968, местных – 2514; мусульмане (имеются в виду уйгуры) – 4325; китайцы – 2203; дунгане – 295. По роду заболеваний среди первичных больных на внутренние болезни приходилось 1085 чел., на хирургические – 772, кожные

[465] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 573. Л. 121.

[466] Там же. Л. 117.

[467] Там же. Л. 118.

болезни составили 388 случаев, глазные – 343. Венерические болезни составили: сифилис – 117, мягкий шанкр – 18, гонорея – 113 случаев[468].

Для выполнения поставленных задач советскому медицинскому учреждению в Урумчи требовалось расширение штатов и помещений. Для этого В.И. Сапожников обратился к Генконсулу СССР в Синьцзяне Г.А. Апресову с докладной запиской, которая затем была переправлена в НКИД и Наркомздрав РСФСР. По линии Наркомздрава пришло сообщение о командировании в Урумчи еще одного врача и фельдшерицы, которую Сапожников попросил заменить квалифицированной операционной сестрой. Эти кадры планировалось использовать для открытия второй амбулатории в центре китайской части Урумчи[469].

Успехам советских врачей в Синьцзяне, безусловно, способствовала просоветская позиция Шэн Шицая. На протяжении года В.И. Сапожников убеждал его в необходимости открытия европейской больницы в Урумчи, и в марте 1934 г. дубань обратился к нему с просьбой построить и оборудовать образцовую правительственную больницу, а также взять на себя руководство ей. После консультации с Г.А. Апресовым это предложение было принято.

Первая городская больница в Урумчи начала работу 1 августа 1934 г. Она была рассчитана на терапевтических и хирургических больных[470]. Параллельно велось строительство второй правительственной больницы и подготовка к реконструкции китайского военного госпиталя. При первой городской больнице В.И. Сапожников открыл курсы медсестер для китаянок, быстро завоевавшие популярность. Для них из Москвы запрашивались анатомические таблицы, муляжи, разборная модель внутренних органов человека, учебные диапозитивы.

Таким образом, напряженная работа советских медиков в течение 1933–1934 гг. дала положительные результаты как в плане пропаганды советской медицины, так и в области развития современного европейского здравоохранения в одной из

[468] Там же. Л. 121.

[469] Там же. Л. 78.

[470] Там же. Л. 118.

наиболее отсталых провинций Китая. В.И. Сапожникову и его коллегам удалось добиться доверия местного населения, создать и укрепить в синьцзянском обществе авторитет советского врача. Более того, Шэн Шицай официально пригласил их на службу в качестве экспертов в области организации здравоохранения. С точки зрения геополитики «мягкой силы» это был серьезный успех – в стратегически важной китайской провинции руками советских медиков стала создаваться национальная система здравоохранения. В ней нашли применение ранее наработанные в СССР опыт, практики и организационные модели.

На протяжении всего изучаемого периода одним из наиболее острых моментов работы советских медучреждений в Синьцзяне оставался кадровый вопрос. Квалифицированные медицинские кадры всегда были в дефиците, усугублявшемся необходимостью совмещать работу в советских консульских медучреждениях и китайских правительственных больницах. Персонал медпункта в Урумчи состоял из заведующего В.И. Сапожникова (хирург), второго врача Е.А. Этингер (отоларинголог), акушерки-фельдшерицы Н.В. Жидковой, фельдшера Бедарева, также исполнявшего обязанности заведующего аптекой, завхоза-переводчика Толокнева, уборщицы-переводчицы Пашенниковой и дворника-кучера Халитова[471]. Часть штата нанималась из местных русскоговорящих жителей. Основной костяк состоял из кадров Наркомздрава РСФСР.

Во время мусульманского восстания В.И. Сапожников обращался за помощью к врачу Чугучакского медпункта доктору Ковалю. Он получил оттуда оспенный детрит для продолжения вакцинации местного населения в Урумчи. Накануне осады Урумчи повстанцами Ма Чжунъина произошел инцидент с направленным из СССР зубным врачом Футером, везшим с собой оборудование для зубного кабинета, частично личное, частично – принадлежавшее Наркомздраву РСФСР. По дороге кабинет был разграблен китайскими солдатами генерала Чжана. Футеру пришлось искать оборудование по дороге в Урумчи и в Кульдже, но восстановить зубной кабинет не удалось[472].

[471] Там же. Л. 119.

[472] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 592. Л. 130.

В результате Футер уехал работать в Кульджу с оставшимся инструментарием, а с китайского правительства с большим трудом была получена компенсация в размере 700 руб. золотом.

В вопросе обеспечения кадров для открывающихся китайских больниц правительство Синьцзяна всецело полагалось на Наркомздрав РСФСР. По словам В.И. Сапожникова, «китайцы выписывают врачей как инициаторов лечебного дела, которые должны его создать и наладить». Между тем некоторые медики, которых в Москве завлекли синьцзянским «раем для врача-специалиста», по прибытии в Урумчи были шокированы реальным положением дел до такой степени, что некоторое время не могли приступить к работе. Так было с врачом-венерологом Ф.А. Краснощековым, приехавшим заведовать венерологическим отделением второй китайской больницы. По словам В.И. Сапожникова, по приезде он впал в расстройство, клял заместителя директора ОБЗСИ (Е.И. Донского) и грозился уехать обратно. Однако, как отмечал доктор Сапожников, «…всем вновь приезжающим в нашу благословенную страну свойственно первое время становиться на дыбы и заявлять, что они немедля поедут обратно, но потом привыкают и работают хорошо» [473].

В своих письмах в ОБЗСИ В.И. Сапожников убедительно просил Москву присылать врачей уже укомплектованными медицинским оборудованием по своей специальности. Так, расстроившийся от урумчинских реалий венеролог Краснощеков прибыл на работу в китайскую больницу без 10-мл. шприцов, урологических бужей и расширителей. Таким образом, он оказался не готов делать вливания сальварсана сифилитикам и лечить стриктуры мужской уретры у гонорейных больных. В советском медпункте таких шприцов и инструментов не было. Единственный сохранившийся 10-мл. шприц В.И. Сапожников хранил, как зеницу ока, используя его для вливаний, спинномозговой и местной анестезии при операциях.

Заведующий советским медпунктом уверял ОБЗСИ, что за полученные медикаменты и инструменты китайское правительство было готово платить в любой валюте. Что касается командированных специалистов, В.И. Сапожников писал: «Не

[473] Там же. Л. 9 об.

посылайте, умоляю Вас, работников с пустыми руками, так как положение Краснощекова сейчас очень затруднительно, а ведь китайцы не поймут, да и неловко говорить, что врач не может работать, так как у него нет шприца»[474]. В.И. Сапожникова очень беспокоило возможное разочарование со стороны китайских чиновников и, как следствие, падение авторитета советских врачей в их глазах.

Сложнейшие условия, в которых работали врачи в Синьцзяне, приводили к нервному истощению, эмоциональному выгоранию, общей усталости, обострению хронических заболеваний. Несмотря на завершение военных действий, опасности подстерегали советских медиков буквально на каждом шагу. В апреле 1935 г. произошла трагедия, еще раз продемонстрировавшая уязвимость врачей в сложной социально-политической обстановке Западного Китая. Детали этой истории, в основном, так и остались под завесой тайны, но в своем письме в ОБЗСИ в мае 1935 г. В.И. Сапожников изложил ее основную суть.

Врач Ф.А. Краснощеков, заведовавший венерологическим отделением второй китайской больницы в Урумчи, был командирован в отдаленный город Марал-Баши, расположенный в 250 км от Кашгара по ту сторону Тянь-Шаня. Там ему пришлось обслуживать военнослужащих, среди которых были бывшие белогвардейские офицеры. По-видимому, они начали коллективную травлю советского врача, обвиняя его в том, что тот плохо лечит личный состав военной части. Лишенный какой-либо психологической поддержки, окруженный недругами, Ф.А. Краснощеков не вынес эмоционально-психического напряжения и 13 апреля 1935 г. покончил с собой[475].

Для выяснения обстоятельств дела, В.В. Сапожников отправился в Марал-Баши на самолете, преодолев по воздуху путь в 2000 км через Тянь-Шанские горы. Эта командировка сама по себе была чрезвычайно опасным мероприятием, так как самолет несколько раз делал вынужденные посадки[476].

---

[474] Там же. Л. 7.

[475] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 638. Л. 13, 47, 47 об.

[476] Там же.

Ф.А. Краснощеков отнюдь не был новоиспеченным выпускником медицинского факультета. За его плечами была служба в Красной Армии и сложная работа в Калмыцкой АССР, где он боролся с сифилисом и участвовал в строительстве «сифилитического городка» (комплекс специализированных венерологических медучреждений)[477]. Впоследствии, Наркомздрав РСФСР и НКИД СССР ходатайствовали о назначении семье Ф.А. Краснощекова и его престарелым родителям персональной пенсии[478]. Такая пенсия предоставлялась только лицам, имевшим «революционные заслуги».

Учитывая реалии синьцзянской службы, В.И. Сапожников просил ОБЗСИ чутче относиться к медицинским работникам на периферии, вовремя находить им замену, предоставлять возможность отдыха. Сам он с начала 1935 г. просил найти себе смену, чтобы вернуться с семьей в СССР. ОБЗСИ из письма в письмо обещало командировать в Урумчи другого врача, но, как всегда, тянуло с выполнением обещанного. «Радость, доставленная мне Вашими сообщениями, таким образом, рассеивается, – писал Сапожников Е.И. Донскому. – Мы в Синьцзяне уже знаем, что за июнем последует июль и август…»[479]. Обещанный приезд нового врача в июне 1935 г. отложился и В.И. Сапожников был вынужден отправить свою семью в СССР, а сам остался дожидаться замены.

Наконец, во второй половине 1935 г. В.И. Сапожникова на должности заведующего медпунктом в Урумчи сменила доктор А.Н. Белова. По состоянию на 1 января 1936 г. в штате числились заведующая А.Н. Белова, второй врач М.Д. Цвиллинг, акушерка Н.В. Жидкова, завхоз и фельдшер М.И. Толокнев и переводчица Пашенникова. В феврале М.Д. Цвиллинга перевели на работу в китайскую больницу. В марте 1936 г. в Урумчи началась сильная эпидемия гриппа. Как в городе, так и в совколонии заболеваемость была практически стопроцентная. Для того, чтобы обслуживать сотрудников советских учреждений,

[477] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 681. Л. 99.

[478] Там же. Л. 92-94.

[479] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 638. Л. 13, 47, 47 об.

пришлось на две недели прекратить прием местного населения[480].

За январь-сентябрь 1936 г. амбулатория приняла 5191 больных, из которых 1093 советских граждан. Все члены совколонии получили прививки от брюшного тифа и дизентерии. Летом медпункт снова закрылся для местного населения в связи с выездом врача на обслуживание пионерского лагеря, расположенного в горах[481].

С середины 1935 г. ОБЗСИ обговаривало с Генконсульством СССР и В.И. Сапожниковым планы передачи части медицинских учреждений китайскому правительству. Сапожников считал это в целом правильным, но обращал внимание на недостаточно продуманный вопрос передачи китайцам оборудования и медикаментов. В своем отчете А.Н. Белова указывает, что консульство все-таки приняло решение о реорганизации медпункта и прекращении там приема местного населения. Вся эта часть работы переводилась в китайские больницы. Проблема же кадров никуда не исчезла. Еще в мае 1935 г. Сапожников писал, что после смерти Ф.А. Краснощекова в китайских больницах не осталось ни одного советского врача. Помимо перевода М.Д. Цвиллинга, консульство предложило А.Н. Беловой совмещать работу в медпункте с работой в китайском медучреждении, на что та дала категорический отказ, мотивируя его занятостью, болезнью и семейными проблемами[482].

Что же происходило в этот период в других советских медпунктах в Синьцзяне? В фонде Министерства здравоохранения СССР в ГАРФ сохранилась стенограмма межведомственного совещания по вопросам медицинского обслуживания учреждений СССР за границей, датированная 22 декабря 1938 г. Этот документ раскрывает цели, задачи и организационную структуру советской медицинской сети в Синьцзяне в конце 1930-х гг.

На тот момент в провинции функционировали консульские медпункты в Урумчи, Кульдже, Чугучаке, Кашгаре и Шара-Сумэ. Медицинские кадры по-прежнему были в дефиците. При поло-

[480] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 681. Л. 1.

[481] Там же.

[482] Там же. Л. 2.

женных по штату двух врачах и двух фельдшерицах-акушерках Урумчинский консульский медпункт располагал лишь одним врачом и одной фельдшерицей-акушеркой. Специалисты – гинеколог, зубной врач, венеролог, психиатр – вели прием советских граждан лишь несколько часов в неделю в порядке общественной нагрузки, так как основным местом их работы были китайские больницы[483].

В таких условиях Урумчинский консульский медпункт за 11 месяцев 1938 г. принял 3592 больных; врач осуществлял выезды по вызовам, проводил прививки, делал инъекции и т.д. Велась большая санитарно-просветительная работа, особенно по вопросам эпидемий.

Штат медпункта в Кульдже состоял из врача и акушерки. На момент совещания там работала лишь фельдшерица-акушерка, и велось оформление врача. Объем работы в Кульдже был небольшим, так как советская колония активно пользовалась медпомощью специалистов, состоявших на китайской службе. Проблемой Кульджинского медпункта было отсутствие собственного транспорта. Даже при наличии лошади, требовался кучер или человек для ухода за ней и повозкой. Так как Наркомздрав финансировал только зарплату медперсонала, средства на это должны были поступать из внебюджетных фондов. Однако платный прием уже не велся, а средств социального страхования катастрофически не хватало. Консульство же ничем помочь не могло, так как само не имело соответствующей статьи расходов[484].

В Чугучаке по штату полагалось иметь одного врача и одну акушерку, однако на момент совещания там работал только врач. Акушерка также была в процессе оформления. Чугучакский медпункт состоял из пяти кабинетов, среди которых были гинекологический, перевязочный и физиотерапевтический.

В Кашгаре медпункт по штату должен был иметь врача и акушерку, однако в декабре 1938 г. там работала только акушерка. Врач уехал в ноябре, и ОБЗСИ подыскивал для медпункта

[483] ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 10.Д. 64. Л. 194.

[484] Там же. Л. 196.

новую кандидатуру. Квалификация акушерки медпункта была высока, так что она могла временно замещать пост врача.

Медицинский пункт в Шара-Сумэ на момент совещания пустовал – штатные врач и акушерка выбыли, а ОБЗСИ направил для оформления кандидатуру нового врача.

Обычной кадровой практикой ОБЗСИ был подбор врачей участкового типа для работы в консульских медпунктах. Кандидат должен был быть универсальным специалистом по типу старого земского врача, способным самостоятельно производить небольшие хирургические операции и оказывать медицинскую помощь по всем специальностям[485].

Специалисты же направлялись в основном на работу в китайские больницы. Такая кадровая политика соответствовала прочно сложившейся в Москве установке на всестороннюю военно-экономическую помощь Китайской Республике в условиях японской агрессии.

В фондах ГАРФ сохранились документы, проливающие свет на специфику работы советских врачей-специалистов в организованных китайским правительством больницах. Так, в отчете венерологической амбулатории Урумчинской больницы за 1937–1939 гг. дается подробная информация об одном из основных направлений лечебной деятельности советских медиков в Синьцзяне – борьбе с венерическими болезнями.

Специализированная венерологическая амбулатория была открыта при Урумчинской больнице в марте 1937 г. Сначала она состояла из трех помещений: регистратуры, кабинета врача и процедурного кабинета. Из-за нехватки места в одном и том же процедурном кабинете одновременно приходилось принимать и мужчин, и женщин с детьми. Там же проводились и «грязные», и требовавшие стерильности операции – перевязки гнойных больных, промывания, инъекции, вливания, переливания крови. Лишь в мае 1938 г. амбулатория была расширена еще на три кабинета, куда перевели прием детей и женщин.

Венерологический стационар начал свою работу 1 мая 1937 г. Он размещался в бывшем бараке, переоборудованном под палаты. В крохотных комнатках едва удалось разместить 11 коек

[485] Там же.

и «ванную». Все удобства были на улице, а отопление производилось нещадно чадившей железной печью. В конце 1938 г. была отремонтирована и переоборудована под женский стационар на четыре койки бывшая прачечная комната. Женский венстационар открылся в январе 1939 г.[486].

Сначала прием в новой венерологической амбулатории был небольшим. В феврале 1937 г. количество обращавшихся в день больных составляло 10–15 чел., однако уже с марта 1937 г., как только открылось специальное помещение, количество больных увеличилось сначала до 50–60, потом до 80–100 чел. в день. По словам заведующего К.Р. Аствацатурова, в последний отчетный год (1938–1939 гг.) количество больных, приходивших в амбулаторию, достигало 250–300 чел. в день.

За неполные два года К.Р. Аствацатурову удалось эффективно организовать работу. За 22 месяца было принято 62030 больных (из которых первичных – 11792). По национальностям они распределялись таким образом: китайцы – 25052 чел.; уйгуры – 12371 чел.; казахи, монголы, русские и другие – 10500 чел.; дунгане – 1654 чел.[487].

Популярность амбулатории среди местного населения была стабильно высокой, что объяснялось качеством и доступностью лечения, наличием отдельного приема для больных женщин и хорошим отношением медперсонала. Так, если в 1937 г. было принято 650 женщин, то в 1938 г. их количество возросло до 1076. Также значительно увеличился приток повторных пациенток[488]. Из-за отсутствия в г. Урумчи гарнизонной клиники, советская венерологическая амбулатория и стационар пользовались большой популярностью у китайских военных, составивших 24,6 % всего приема первичных больных (2901 чел.)[489].

Наиболее распространенной венерической инфекцией был сифилис, составивший 1882 случая из 11792 первичных больных. На острую гонорею приходилось 1115 случаев, хроническая гонорея составила 272 случая, а 8523 человека страдали

[486] Там же. Ф. 8009. Оп. 10. Д. 78. Л. 8–9.

[487] Там же. Л. 10.

[488] Там же. Л. 21.

[489] Там же. Л. 10.

кожными и другими болезнями. По национальному составу наибольший процент посещений дали китайцы, на втором месте – уйгуры и на третьем – дунгане. Эти три нации являлись наиболее многочисленными в Синьцзяне.

Значительный процент обращавшихся за медицинской помощью китайцев К.Р. Аствацатуров объяснял большей «культурностью» по сравнению с другими нациями Синьцзяна, а также их многочисленностью. Однако и число сифилитиков среди китайцев преобладало. По национальному составу сифилитики распределялись следующим образом: китайцев – 992, уйгуров – 514, дунган – 148, русских – 83, казахов – 48, татар – 13, монголов – 12, прочих – 12 человек[490]. Бросается в глаза незначительное количество больных сифилисом среди монголов, что составляло резкий контраст с ситуацией в МНР, где эта болезнь была сильно распространена[491].

Из форм сифилиса преобладали первичный (439 чел.) и вторичный рецидивный (558 чел.). Нейролюэса встречалось мало (7 чел.). Среди больных сифилисом было 1218 мужчин (493 женатых), 494 женщины (из них 448 замужних), 180 детей. Количество зарегистрированных случаев сифилиса среди детей было, скорее всего, меньше их реального количества, так как родители приводили ребенка в больницу только при наличии явных, пугающих их симптомов. Количество случаев врожденного сифилиса составило 5 %[492].

К.Р. Аствацатуров сетовал на то, что среди больных венерическими болезнями сильно преобладали мужчины. Это отнюдь не означало, что женщины в меньшей степени были подвержены инфекции. Напротив, как считал заведующий венерологической амбулаторией, пройдя определенный курс лечения, мужчины возвращались к своим больным партнершам и снова заражались от них.

Венерологический стационар лечебницы был постоянно перегружен сифилитиками в острозаразной стадии. К.Р. Аствацатуров отмечал, что ни одна из 11 коек стационара не проста-

[490] Там же Л. 11–12.

[491] ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 10. Д. 77. Л. 33.

[492] ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 10. Д. 78. Л. 12.

ивала и часа. В стационаре лежали исключительно мужчины. В 1937 г. количество стационарных больных составило 255 чел.; в 1938 г. – 375 чел. Из-за малого количества коек и постоянного потока больных, нуждавшихся в госпитализации, врачам приходилось выписывать из стационара людей с еще не зажившими проявлениями вторичного сифилиса и принимать еще более опасных для окружающих больных. «Приходится из двух зол выбирать меньшее», – резюмировал К.Р. Аствацатуров[493].

Тяжелая ситуация с заболеваемостью венерическими болезнями сохранялась и в 1940-х гг. В отчете о работе амбулатории города Аксу отмечено, что из принятых за полтора года (с 1 января 1941 г. по 1 июня 1943 г.) 93476 посетителей кожно-венерологических больных было 52333. Наибольшая обращаемость в амбулаторию была по поводу свежего и врожденного сифилиса. Причины высокой заболеваемости люэсом и гонореей виделись в «…полной санитарной безграмотности населения, нищете, безработице, наличии законных домов терпимости…, а также проституток-одиночек на базаре» [494].

Распространенность сифилиса и гонореи в Синьцзяне была индикатором степени социально-экономического развития региона. В начале 1930-х гг. В.И. Сапожников писал: «Синьцзян и Урумчи не рай, а дикая и варварская китайская провинция, причем самая отсталая» [495]. Если к 1940-м гг. ситуация в столице провинции изменилась к лучшему, на периферии все обстояло гораздо сложнее. С другой стороны, именно венерологическая помощь позволяла прочно завоевать доверие неграмотных и суеверных дехкан. В отчете амбулатории в Аксу отмечалось: «Часто крестьяне говорят, что если бы не Советский Союз, мы бы сгнили от сифилиса» [496].

Советские врачи в Синьцзяне выполняли еще одну функцию, жизненно необходимую как для каждодневной работы медицинских учреждений, так и для развития местной системы здравоохранения. Они набирали учеников и подготавливали из

[493] Там же. Л. 17–18.

[494] ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 10. Оп. 34. Д. 6. Л. 58 об.

[495] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 592. Л. 8.

[496] ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 34. Д. 6. Л. 59.

них средний медицинский персонал, главным образом медицинских сестер. Как отмечал К.Р. Аствацатуров, этот вопрос являлся одним из наиболее насущных – медицинские кадры всегда были в дефиците. Если в середине 1930-х гг. стараниями доктора В.И. Сапожникова при первой китайской больнице были открыты сестринские курсы для китаянок, в конце десятилетия, по словам К.Р. Аствацатурова, каждый врач занимался подготовкой учеников самостоятельно.

Ввиду того, что в больнице ученикам предлагалась очень малая стипендия, туда в основном приходил малограмотный и сложный в работе контингент, в то время как более образованные искали себе лучших условий обучения. Сначала приходилось обучать людей латинскому алфавиту и только потом проводить практическую подготовку, сочетая ее с лекциями и теоретическими беседами. За 1937–1938 гг. К.Р. Аствацатуровым лично было подготовлено 13 учеников: пять китайцев, три русских, два узбека, один татарин, один казах и один уйгур[497].

Коммуникация как с учениками, так и с пациентами была затруднена из-за незнания советскими врачами китайского языка. Языковых курсов не было, и в работе приходилось пользоваться услугами местных переводчиков, профессионализм которых К.Р. Аствацатуров оценивал довольно низко. Между тем от точной коммуникации врача с пациентом зависели специфика и исход лечения. Сам К.Р. Аствацатуров в достаточной степени овладел китайским языком, чтобы общаться с больными, почти не прибегая к помощи переводчика, но ни Генконсульство, ни другие врачи этой проблемой озабочены не были. По-видимому, вопрос так и остался открытым[498].

В своем отчете К.Р. Аствацатуров обращал внимание на моральные издержки профессиональных отношений в среде советских врачей в Синьцзяне. Когда он отправлялся из Москвы в Урумчи, представители Наркомздрава и Наркомата иностранных дел СССР уверяли его в том, что борьба с венерическими болезнями являлась одним из центральных медицинских вопросов в Синьцзяне, и обещали помощь всех местных советских

[497] ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 10. Д. 78. Л. 19.

[498] Там же. Л. 22.

врачей. Однако содействия и понимания доктор Аствацатуров так и не дождался. «И вот, в этой огромной работе, – писал он, – я здесь поддержки не нашел, особенно моральной. Болтуны и лодыри в нашей среде всячески старались “не замечать” работы в отделении, игнорировать ее и порочить». Коллеги по медицинскому цеху обвинили его в перепоручении своей работы помощникам, что в условиях приема 250 и даже 300 чел. в день было вполне естественно. Нашлись врачи, жаловавшиеся на то, что К.Р. Аствацатуров якобы списывал свои научные работы, подготовленные в период работы в Урумчи[499]. Одним словом, атмосфера очернительства, выискивания вредителей и доносительства, характерная для периода 1937–1939 гг. в СССР, перехлестывала государственные границы, распространяясь в среде советских специалистов за рубежом.

С началом Великой Отечественной войны отношение синьцзянского дубаня Шэн Шицая к СССР стало постепенно ухудшаться. Этому способствовало общее направление политики Чан Кайши, сменившего ориентиры с СССР на США после того, как в декабре 1941 г. И.В. Сталин отказался объявлять войну Японии. Кроме того, нападение Германии на СССР и неблагоприятный для Советского Союза ход военных действий в начальный период серьезно поколебали уверенность дубаня в способности Москвы противостоять Гитлеру[500]. Несмотря на то что в 1942 г. на полную мощность заработали самолетосборочный завод в Урумчи и нефтеперегонный завод в Тушанцзы, режим максимального благоприятствования для советских организаций в Синьцзяне сворачивался. Шэн Шицай предпочел укрепление отношений с Чунцинским правительством. В 1943 г. советское правительство постановило отозвать из Синьцзяна всех инструкторов, советников и специалистов, работавших на китайское правительство, закрыть и вывези в СССР заводы, свернуть деятельность «Совсиньторга»[501].

В феврале 1944 г. синьцзянские власти установили жесткий полицейский режим в отношении местных жителей, посе-

[499] Там же. Л. 21–22.

[500] Соколов В.В. Секретная миссия. С. 174.

[501] Там же. С. 180.

щавших советские консульские медпункты. Им строжайше запретили обращаться за помощью к советским врачам. Вскоре кабинеты советских консульских амбулаторий опустели. Немногие местные жители, проникавшие в медучреждения, вылавливались полицией на выходе и отправлялись за решетку[502].

Однако недружественные действия синьцзянских властей по отношению к недавно почитавшемуся союзнику не ознаменовали собой конец истории советского присутствия в Синьцзяне. Коренной перелом в ходе войны, смена руководства провинции и разворот Чан Кайши к СССР к 1945 г. снова изменили ситуацию к лучшему. Что касается медицины, то о далеко идущих планах СССР в этом направлении свидетельствует техническая документация на строительство медицинского городка в Урумчи с современными клиниками и медицинским университетом, относящаяся к началу 1950-х гг. и хранящаяся в фондах Министерства здравоохранения СССР. Этот исследовательский сюжет будет раскрыт в будущих исследованиях.

***

Таким образом, в изучаемый период Синьцзян постоянно находился в фокусе политики российского и советского правительства. Это объяснялось его буферным положением: провинция отделяла политически нестабильные владения России в Средней Азии от Британской Индии, густонаселенных центральных и восточных регионов Китая и зон японского влияния. Синьцзян имел большое геополитическое и экономическое значение для внутренних регионов нашей страны: обосновавшийся там потенциальный противник создал бы смертельную угрозу экономике, коммуникациям и населению глубокого тыла. Минеральные богатства провинции находились вблизи от советских промышленных центров в Казахстане, на Урале и в Западной Сибири. Кроме того, в конце 1930-х – 1940-х гг. через Синьцзян проходил единственный путь, по которому поступала советская военная помощь воюющей против Японии Китайской Республике.

[502] ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 34. Д. 6. Л. 32, Л. 99.

Российская и советская политика в этом геополитически важном регионе Центральной Азии формировалась, исходя из национальных интересов, и с тщательным учетом внутриполитической обстановки в Синьцзяне. Сохраняя образ надежного и справедливого соседа, Россия добивалась там баланса геополитических интересов, препятствуя образованию формально независимого, но потенциально марионеточного исламского государства, способного аккумулировать националистические и панисламистские настроения в соседних регионах Средней Азии, Казахстана и Западной Сибири. Поэтому в политической повестке всегда стоял принцип территориальной целостности Китая. С другой стороны, этнорелигиозная нестабильность Синьцзяна играла на руку советским интересам, позволяя использовать деструктивный потенциал мусульманского сепаратизма в качестве рычага геополитического воздействия на Китай.

Советская медико-санитарная помощь Синьцзяну являлась неотъемлемым компонентом многостороннего взаимодействия, принятого руководством СССР за основную линию внешней политики по отношению к Китаю в 1920-х – 1940-х гг. История советских медицинских учреждений в провинции началась с момента открытия там консульств Советского Союза в 1924 г. Первой открылась медицинская амбулатория в Кульдже (1924), затем в Кашгаре (1927). В 1930 г. начали работать советские медицинские пункты в Чугучаке, Шара-Сумэ и Урумчи.

Научная и медико-санитарная помощь СССР Синьцзяну оказывалась масштабно и системно. Деятельность медпунктов можно условно разделить на два этапа. На раннем этапе (конец 1920-х – середина 1930-х гг.) медицинские учреждения удовлетворяли нужду в квалифицированной европейской медицинской помощи как советских граждан, так и синьцзянского населения. Наркомздрав требовал от врачей выполнения политической функции советской медицины через санитарно-просветительную работу, образцово организованные медицинские пункты, безупречно качественную медицинскую помощь. Советское влияние последовательно проводилось врачами всех медпунктов, но формирование авторитета происходило по-разному в прямой зависимости от обстоятельств. Например, в Шара-Сумэ призна-

тельность местных общин подтверждалась благодарственными письмами, а в Кульдже похороны врача П.Ф. Бойко превратились в интернациональное шествие, на котором присутствовали, казалось бы, классовые антагонисты – советские служащие, цвет кульджинского купечества и китайские правительственные чиновники. Это были высшие проявления симпатии и благодарности в мирный период.

В Кашгаре и Урумчи авторитет советских врачей в буквальном смысле завоевывался кровью и потом. Находясь в эпицентре мощного мусульманского восстания, под обстрелами, ежечасно подвергая опасности свои жизни, они оперировали раненых, ухаживали за лежачими больными и тяжелоранеными, оказывали помощь, не разбирая национальной и религиозной принадлежности. Такая самоотверженность действовала гораздо сильнее любой идеологии и репутация советских врачей там находилась на высшей точке.

На позднем этапе (вторая половина 1930-х – 1940-е гг.) в связи с ростом медицинской инфраструктуры, требовавшей расходов в условиях валютного дефицита, часть советских медучреждений была передана китайскому правительству для открытия собственных амбулаторий и больниц. В этот период советские врачи стали передавать синьцзянцам не столько общие принципы советской медицины, сколько организационные модели и практический опыт строительства национального здравоохранения. Это был качественно новый этап, само наличие которого свидетельствовало о развитии первоначального успеха. Но опять же, многое зависело от внешних и внутренних обстоятельств. Пока дубань Шэн Шицай вел хитрую игру с Кремлем, выжимая из него экономическую и военную помощь, советские медучреждения в Синьцзяне в целом не испытывали на себе давления со стороны властей. Однако стоило дубаню усомниться в стойкости советского строя во время Второй мировой войны, как союзники тотчас превратились в нежеланных гостей, которых в конце концов вынудили свернуть свою деятельность в провинции, хотя и не надолго.

Синьцзян был чрезвычайно сложным регионом для работы советских врачей. Проблема состояла не только в его этнической

и религиозной разобщенности, в любой момент чреватой кровопролитием и очередным восстанием, но и в эпидемиологическом неблагополучии. В 1930-х гг. там оборвались жизни нескольких советских врачей – зрелых, опытных специалистов, много сделавших для развития здравоохранения как в СССР, так и на зарубежном Востоке. Врачи становились жертвами болезней, несчастных случаев, организованной травли. На этом фоне еще более печальным выглядит тот факт, что в конце 1930-х гг. среди врачей в Урумчи появились такие характерные для сталинского периода признаки морального разложения, как очернительство и доносы.

В целом же, советские врачи в Синьцзяне выступали не в роли агентов советизации, а как пропагандисты современной медицины и санитарной гигиены, эксперты-организаторы, помогавшие китайцам создать национальную систему здравоохранения. Их «цивилизаторская миссия» ограничивалась прикладными медицинскими аспектами, из которых был сознательно изъят агрессивный идеологический компонент. Главной целью СССР в Синьцзяне был геополитический баланс, а не создание на его территории новой социалистической республики.

Глава 2. Советские врачи и медицинские учреждения в Афганистане (1920-е – 1930-е гг.)

Советско-афганские отношения начали формироваться в 1919 г. в чрезвычайно напряженной для обеих сторон обстановке. В России продолжалась полномасштабная гражданская война. Значительная часть ее территории находилась под властью белогвардейцев или иностранных интервентов. Транспортное сообщение с Туркестаном было прервано, а связь между Ташкентом, резиденцией ТурЦИК и Туркомиссии ВЦИК и СНК РСФСР, осуществлялась с большими перебоями. В Афганистане же в ночь с 20 на 21 февраля 1919 г. неизвестными в своем шатре у г. Джелалабад был убит правитель страны эмир Хабибулла-хан. Некоторое время в стране продолжалось междуцарствие. Сардар Насрулла-хан, брат покойного эмира, традиционалист и лидер консервативной фракции «староафганцев», поспешил объявить себя новым правителем. Однако этому воспротивился третий сын эмира, молодой Аманулла-хан, сторонник движения «младоафганцев», выступавший за просвещенную монархию, независимый и экономически развитый Афганистан. 28 февраля 1919 г. он взошел на афганский престол, а уже 3 марта направил вице-королю Индии барону Челмсфорду послание от том, что разрывает все прежние договоры, навязанные его стране Англией. Третьего мая 1919 г. эмир Аманулла-хан двинул войска к индийской границе, поднимая против англичан пограничные пуштунские племена[503].

Третья англо-афганская война оказалась кровопролитной, но короткой (с 3 мая по 3 июня 1919 г.). У афганского эмира не было планов ведения долгих боевых действий, а англичане, неудачно начавшие кампанию, быстро перехватили инициативу и подвергли бомбардировке с воздуха города Джелалабад и Кабул. Трех авианалетов (17, 20 и 21 мая) оказалось достаточно для того, чтобы Аманулла-хан заговорил о перемирии. Однако стратегическую победу все же одержал афганский эмир. Озабоченные восстанием приграничных пуштунских племен,

[503] Панин С.Б. Советская Россия и Афганистан. 1919-1929. М.; Иркутск: Изд-во Иркут. гос. пед. ун-та, 1998. С. 7-11.

грозившим перекинуться на Индию, а также возможностью сближения афганцев с большевиками, британцы пошли на заключение временного мирного договора в Равалпинди 8 августа 1919 г.[504]. По нему афганцы получили равноправный статус в международных отношениях и смогли сами выстраивать свою внешнюю политику. Это была де-факто независимость, полученная не только ценой военных потерь, но и ценой отзыва постоянной британской субсидии в 1 млн 800 тыс. рупий. Казна государства опустела, а эмиру пришлось срочно искать источник финансовой, экономической и военной помощи.

Советское руководство, поначалу смотревшее на Афганистан как на «гнездо феодализма», плохо представлявшее себе политическую направленность нового афганского эмира и не имевшее надежной связи с ТурЦИКом и Туркомиссией, поручило организацию дипломатической миссии в Кабул правительству Туркестанской АССР. ТурЦИК назначил руководителем первой советской миссии в Афганистан бывшего царского дипломата в Персии Николая Захарьевича Бравина (1881-1921). Впоследствии, профессионализм Бравина очень помог во время трудных переговоров с Аманулой-ханом. Задолго до прибытия первой советской делегации, афганский эмир отправил В.И. Ленину несколько посланий, а затем направил в Россию чрезвычайное афганское посольство, прибывшее в Ташкент 4 июня 1919 г. Из-за боевых действий Гражданской войны афганские дипломаты несколько месяцев оставались в Туркестане и лишь 10 октября 1919 г. приехали в Москву[505].

Вследствие нарушенной военными действиями связи между центром и Ташкентом, советское правительство узнало о начале активных военных действий третьей англо-афганской войны лишь 22 мая 1919 г. По мнению С.Б. Панина, в Москве «никак не ожидали, что так быстро и в столь выгодном для советской дипломатии направлении начнут развиваться события в таком “анклаве феодализма”, как Афганистан»[506]. Теперь Кремль, ранее

[504] Там же. С. 12.

[505] Там же. С. 16.

[506] Там же. С. 19.

перепоручавший установление связей с афганцами туркестанским властям, стал проявлять особое внимание к этой стране.

Драматичная и полная противоречий история первого советского посольства в Афганистан началась 21 июня 1919 г. с неудачной попытки проплыть на пароходе с баржей вверх по Амударье. В РГАСПИ сохранился доклад советского атташе Б.Н. Иванова, детально описывающий ход миссии. Подвергшись обстрелу туркменами у Бурдалыка, советское посольство изменило маршрут и отправилось в Кабул на лошадях через Кушку и Герат. Опуская массу захватывающих, но второстепенных в нашем контексте деталей, необходимо отметить, что советские дипломаты находились под постоянным пристальным надзором, а все общавшиеся с ними подвергались опасности телесного наказания. На глазах Н.З. Бравина был жестоко избит придворный фармацевт эмира лишь за то, что ответил тому на вопрос когда будет готово заказанное лекарство[507]. Проживавшим в Кабуле туркам, с которыми дипломаты пытались связаться, эмир и министр иностранных дел Афганистана Махмуд Тарзи объявили, что если не откажутся от всякой мысли преступного общения с советской делегацией, то будут арестованы как большевики[508]. Также, во время своего визита в резиденцию советского посольства Тарзи, по поручению эмира, взял с дипломатов слово, что те не будут заниматься пропагандой большевистских идей в Афганистане[509].

Первая встреча с эмиром состоялась 26 августа 1919 г. К тому времени между Афганистаном и Великобританией был уже подписан предварительный мирный договор. Это привело к существенному смягчению афганской риторики в отношении англичан. Советские же посланники почувствовали, что выполнение их основной цели – добиться продолжения войны афганцев против Великобритании[510] – находится под угрозой. «Отношение к нашему послу было более чем любезное, – писал

[507] РГАСПИ. Ф. 495. Оп. 154. Д. 26. Л. 148.

[508] Там же.

[509] Там же. Л. 150.

[510] Военный атташе Б.Н. Иванов сформулировал основную цель посольства так: «В Афганистане мы должны были главным образом добиваться продолжения его войны с Англией». РГАСПИ. Ф. 495. Оп. 154. Д. 26. Л. 148.

военный атташе Б.Н. Иванов, – но уже проскальзывали кислые нотки насчет того, что эмир и не ждет от нас реальной помощи ввиду “расстройства наших путей сообщения”»[511].

Вторая встреча между Н.З. Бравиным и эмиром Аманулой-ханом состоялась вскоре после визита в советскую резиденцию афганского министра иностранных дел. Беседа велась откровенно и обнажила отношение монарха к Советской России: Аманулла-хан хотел территориальных уступок и военной помощи. Бравин передал его мнение так: «…Мы, великая советская республика – слабый больной человек, сильный Афганистан должен протянуть нам руку помощи». «Не можете же вы мне дать тысячу пушек, – заявил эмир, – а меньше мне не надо»[512]. За разрешение поднять флаг над советским консульством в Кабуле Аманулла-хан потребовал отдать Кушку с районом реки Пяндж, Керки и Термез, установить афганский протекторат над Закаспийской областью (скорее всего, только в районе Мерва)[513].

Во время других встреч с эмиром и афганским правительством требования были расширены. Советским дипломатам заявили, что Бухару необходимо признать свободной, въезд советских граждан в Афганистан должен осуществляться лишь с разрешения правительства эмира, а афганцы могут въезжать в Советскую Россию свободно, Афганистан открывает в РСФСР консульства там, где считает нужным, а советское правительство – только в Герате, Мазари-Шарифе и Меймене. Покупка недвижимости советскими гражданами в Афганистане запрещается. Штат советского посольства не должен превышать 15 чел., а консульства – пять чел. При этом все сотрудники посольства и консульств обязаны давать подписку не вести в Афганистане большевистскую пропаганду. Помимо этого, последовало несколько «советов»: исповедание ислама в Советской России должно быть свободным, принудительное исповедание большевизма упраздняется, Афганистан посылает в Россию своих уполномоченных для урегулирования советских

[511] Там же. Л. 150.

[512] Там же. Л. 151.

[513] Афганистан и безопасность Центральной Азии. Вып. 4 / Под ред. А.А. Князева. Бишкек, 2010. С. 127.

отношений с мусульманами[514]. Требования афганской стороны носили явно неприемлемый для большевиков характер.

В этих условиях Н.З. Бравину пришлось пойти на импровизацию. Не имея на то полномочий, для выполнения официальных целей миссии он согласился на требования афганцев. Однако 25 сентября 1919 г. Бравин послал на имя министра иностранных дел М. Тарзи ноту, где указал, что если у афганского правительства нет возражений, советские консулы будут ожидать разрешения на выезд в консульства, а если правительство против их открытия – вернутся в Россию. Боясь, что советские консульства станут базами для большевистской пропаганды и разведывательной деятельности, эмир не хотел разрешать их открытие, но и портить отношения с Москвой перед важными переговорами по окончании шестимесячного действия «предварительного договора» с Великобританией не желал. Поэтому афганцы согласились на временное назначение консулов и их выезд из Кабула[515].

Предыстория первого советско-афганского договора, подписанного 21 февраля и ратифицированного афганской стороной 13 августа 1921 г., важна тем, что она явственно показывает, в каком сложном и уязвимом положении находилась советская сторона. Открыто названная эмиром Амануллой-ханом «старым больным человеком», Советская Россия представляла собой более легкий источник золота, военной и экономической помощи, чем хорошо защищенная Индия. К тому же советская делегация уже сыграла свою ключевую роль в англо-афганских мирных переговорах: пока дипломаты сидели под надзором в Герате и Кабуле, афганцы использовали факт ее пребывания в своей стране как рычаг воздействия на англичан. Косвенно, посольство повлияло то, что эмир смог вырвать у Великобритании признание равноправия в международных делах[516].

Первого октября 1919 г. советские консулы выехали из Кабула в Мазари-Шариф (Х.И. Мамин), Герат (А. Аулиане) и Меймене (Кислов). Военные атташе направились обратно

[514] РГАСПИ. Ф. 495. Оп. 54. Д. 26. Л. 152-153.

[515] Панин С.Б. Советская Россия и Афганистан. С. 25.

[516] Там же. С. 22.

в Ташкент информировать советское руководство о развитии ситуации в Афганистане. Серьезность, с которой советское правительство отнеслось к возможности установить дружественные отношения с Афганистаном, просматривается в том, насколько тщательно комплектовалась дипломатическая миссия. Хотя обеспечить изначально планировавшиеся 15000 винтовок, 50 пулеметов, полтора миллиона винтовочных и полмиллиона пулеметных патронов, пять радиостанций и три самолета со всей материальной частью оказалось невозможно, главком Туркфронта выделил часть требуемого военного снаряжения. Сюда вошли 300 револьверов «Наган» с 30000 патронов, четыре тысячи ручных гранат, три легковых и один грузовой автомобиль, авиазвено из трех самолетов и 15 чел. обслуживающего персонала, три телефона и 250 саженей кабеля, 10 полевых биноклей, три компаса, 60 фляг и один мотоцикл[517]. Для разоренной, воюющей на несколько фронтов Советской России, выделенное снаряжение представляло собой большую ценность.

С самого начала в личном составе советской дипломатической миссии находились медицинские работники. В утвержденном заместителем наркома иностранных дел списке был старший врач – заведующий медицинским и научно-просветительным отделом, женщина-врач, фельдшер, акушерка-фельдшерица, женщина зубной врач и переводчик при больнице. Для миссии были получены: медикаменты; походная аптека английского образца; оборудование госпиталя на 25 коек; оборудование для зубоврачебного кабинета; различные медицинские инструменты (офтальмологические, отоларингологические, акушерские). Старшим врачом был назначен М.Г. Вечеслов, фельдшером – М.И. Цайнер, акушеркой-фельдшерицей А.И. Вечеслова, стоматологом – М.И. Цайнер (Марта Ильинична – супруга фельдшера)[518]. Кадры были подобраны так, чтобы члены семей сотрудников дипмиссии тоже выполняли полезную для Советской России работу.

В период между первым советским посольством в Афганистан и ратификацией советско-афганского договора 13 августа

[517] РГАСПИ. Ф. 495. Оп. 154. Д. 26. Л. 167-168.

[518] Там же. Л. 168-170.

1921 г. Англия несколько раз щедрыми посулами и запугиванием пыталась разрушить наметившиеся между Афганистаном и Советской Россией договоренности. Миссия Г. Доббса, прибывшая в Кабул в январе 1921 г. чуть было не вызвала расторжение только что составленного в Москве договора. Прибывший в середине июля 1921 г. в Кабул новый советский полпред Ф.Ф. Раскольников писал В.И. Ленину: «Английское влияние, подкрепленное богатейшими ресурсами Соединенного королевства, казалось, сразило советскую дипломатию, не имевшую за собой ничего, кроме революционного пыла, честного англофобства и неуверенных обещаний сравнительно небольшой военной помощи»[519].

Настаивая на разрыве дипломатических отношений с РСФСР и изгнании из Кабула советской миссии, Генри Доббс обещал эмиру безвозмездно передать 20000 винтовок, 20 полевых батарей, вооружение для 20 пулеметных рот, ежегодную субсидию на сумму не менее 4 млн. рупий. Однако, в своих требованиях британцы «перегнули палку», потребовав от афганцев возвращения к английскому контролю над внешнеполитическими связями Афганистана. В этих требованиях даже англофилы в правительстве Аманулла-хана увидели покушение на независимость страны, стремление Англии восстановить прежний *status quo*. Британские требования были отвергнуты, а советские представители Ф.Ф. Раскольников и Я.З. Суриц получили от эмира заверение в том, что советско-афганский договор будет ратифицирован 3 августа 1921 г. В условиях оговаривалось, что РСФСР временно откажется от открытия консульств в Восточном Афганистане, между странами будет заключен торговый договор, вся обещанная советским правительством помощь будет безвозмездной, а дипломаты дадут письменные гарантии того, что советская сторона отказывается от пропагандистской работы против афганского правительства и строя. После ряда встреч и обсуждений обмен ратификационными грамотами произошел 14 августа 1921 г.[520].

---

[519] Панин С.Б. Советская Россия и Афганистан. С. 47.

[520] Там же. С. 48-50.

Беспокойство афганского монарха и правительства по поводу большевистской пропаганды не прошло даром. В Афганистане советское руководство придерживалось очень осторожной, прагматической линии, намеренно изымая из взаимодействия с местным населением идеологический компонент. Инструкция НКИД РСФСР полномочному представителю в Афганистане от 3 июня 1921 г. гласила: «…Мы говорим афганскому правительству: у нас один строй, у вас другой; у нас одни идеалы, у вас другие; нас, однако, связывает общность стремлений к полной самостоятельности, независимости и самодеятельности наших народов. Мы не вмешиваемся в ваши внутренние дела, мы не вторгаемся в самодеятельность вашего народа; мы оказываем содействие всякому явлению, которое играет прогрессивную роль в развитии вашего народа»[521].

Потерпев поражение в дипломатической игре вокруг договора с Афганистаном, Великобритания подвергла страну экономической блокаде. Благодаря этому, в 1920-е гг. СССР стал для Афганистана источником современных технологий. В Кабуле работала подаренная правительством РСФСР радиостанция. Ее обслуживающий персонал проходил обучение на специальных курсах в Ташкенте. Из Советского Союза также поступало телеграфное оборудование. В 1924-1927 гг. советскими специалистами были построены телеграфные линии, а для их обслуживания обучена афганская молодежь. При активном участии советских инженеров были построены электростанция, хлопкоочистительный завод и метеорологическая станция. Оборудование также предоставил Советский Союз[522].

Несмотря на все это, в 1920-е гг. между СССР и Афганистаном существовали веские поводы для взаимного недоверия. С 1919 г. ферганские и кокандские басмачи, непримиримые оппоненты советской власти в Туркестане, налаживали связи с афганским правительством. На своем пике в 1922 г. басмаческое движение пользовалось не только базами и материаль-

[521] Массон В.М., Ромодин В.А. История Афганистана. Том II. Афганистан в новое время. М.: «Наука», 1965. С. 405.

[522] Иоффе А.Е. Международные связи советской науки, техники и культуры 1917-1932. М.: «Наука», 1975. С. 363.

ной помощью афганской стороны. Возглавивший повстанцев бывший военный министр Турции Энвер-паша, человек незаурядных лидерских качеств, заручился реальной поддержкой эмирского правительства, от которого получал снаряжение и небольшие отряды кадровых военных под видом добровольцев-пуштунов. Окрепшие и получившие серьезного лидера басмачи к концу марта 1922 г. взяли города Душанбе, Карши, Шахрисабз и осадили Бухару. Однако, гибель Энвера-паши в бою под Бальджуаном 4 августа 1922 г. охладила намерения афганского правительства использовать в панисламистских целях гражданскую войну в Средней Азии[523].

Басмаческое движение еще долго действовало с территории Афганистана. Но недовольство правительства беспокойными мигрантами росло. С 1927 г. афганские власти начали переселять туркменских басмачей подальше от неохраняемого участка афгано-советской границы, чтобы предупредить их набеги на территорию СССР. Последней же «соломинкой» стала активная поддержка басмачами мятежа Бачаи Сакао в 1928-1929 гг. Чтобы предотвратить отторжение северных территорий и создание там узбекских, туркменских и таджикских национальных государственных образований, правительство нового эмира М. Надир-хана предприняло серьезные военные меры для разоружения басмачей или их вытеснения с территории страны[524].

Действия СССР против басмачей несколько раз переходили в интервенцию на территорию Афганистана. В период гражданской войны между повстанцами Бачаи Сакао и силами, лояльными эмиру, советские войска предприняли масштабную операцию на территории северного Афганистана (с апреля по июнь 1929 г.), в результате которой был штурмом взят Мазари-Шариф, погибло около 8000 афганцев, а с советской стороны убитыми и ранеными потеряно 120 чел.[525]. Вторжения на афганскую территорию не способствовали росту популярности СССР, даже если они были согласованы с афганской стороной. Спорная

[523] Панин С.Б. Советская Россия и Афганистан. С. 99-106.

[524] Там же. С. 110.

[525] Там же. С. 209-211. Также см.: Lee Jonathan L. Afghanistan. A History from 1260 to the Present. London: Reaktion Books, 2018. P. 509-510.

с международной точки зрения операция апреля-июня 1929 г. вызвала недовольство не только правящих кругов, но и простого народа Афганистана. Вкупе с нерешенными территориальными спорами, советские интервенции пагубно влияли на восприятие СССР в афганском обществе, возбуждая подозрения даже в тех областях взаимодействия, где советское правительство сознательно изымало идеологический аспект и декларировало чисто гуманитарную повестку.

Помощь Афганистану в области медицины и охраны здоровья началась с консульских медпунктов. Формально, их целевой группой были советские граждане, сотрудники дипломатических и торговых представительств. Действуя с большой осторожностью, стараясь не вызвать раздражения местных властей, врачи оказывали услуги населению, очень нуждавшемуся в медпомощи. В 1920-е гг. европейская медицина присутствовала в Афганистане лишь в крупных городах, а простой народ обслуживался знахарями-табибами, цирюльниками, травниками, бабками-повитухами и всяческими шарлатанами, коих во множестве можно было встретить на любом восточном базаре. Появление советского врача воспринималось как хорошее известие и новость мгновенно разносилась по округе. Однако создавать авторитет и положительное восприятие СССР через медицину в Афганистане оказалось сложнее, чем в других странах и регионах Центральной Азии. Рассматриваемые в данной главе основные направления и аспекты советско-афганского взаимодействия в области медицины и охраны здоровья неотделимы от внешне- и внутриполитического контекста, сделавшего афганский сюжет ярким и самостоятельным кейсом в истории советской медико-санитарной помощи странам и регионам Центральной Азии.

2.1. Медико-санитарные характеристики Афганистана в материалах советских врачей (1920-е – 1930-е гг.)

Самые ранние материалы, обнаруженные в фонде Наркомздрава РСФСР, относятся к 1927 г. Это обусловлено тем, что в 1927 г. было образовано Общесоюзное бюро заграничной

санитарной информации (ОБЗСИ) и началось формирование его архивного фонда. Местонахождение более ранних документов еще предстоит выяснить. По-видимому, какая-то часть может находиться в фондах Архива внешней политики Российской Федерации (АВП РФ) и в Российском государственном архиве социально-политической истории (РГАСПИ) в виде разрозненных документов.

Самый ранний документ в описи 55 (секретный отдел Наркомздрава РСФСР) – выписка из доклада консула СССР в г. Меймене Е.А. Гайчевского. По основной профессии он был учителем, затем старшим унтер-офицером в царской армии, а в 1919-1921 гг. служил на командных должностях в Рабоче-крестьянской Красной Армии (РККА). С 1924 г. являлся сотрудником постоянного представительства СССР в Турции и Афганистане, затем генеральным консулом СССР в Мазари-Шарифе[526]. Как указывается в докладе, врачом консульства в Меймене в тот момент был доктор Цейтлин.

Обслуживание афганского населения представляло собой довольно сложную задачу. Основным препятствием была подозрительность местных властей, запрещавших афганцам посещать консульский медпункт. Для того, чтобы добиться хоть какого-то разрешения на медобслуживание населения, Е.А. Гайчевскому пришлось много и подолгу общаться с губернатором Меймене и дипломатическим чиновником. «Главное, чего мне нужно было добиться – это освободить от преследования больных, получающих нашу медпомощь, – писал он, – а в первое время это было далеко не легко»[527]. Случалось так, что за посещение советского медпункта больных избивали; полицейская охрана не выпускала из здания консульства не только пациентов, но и людей, пришедших по другим делам. Однако после долгих разъяснений губернатору, а главное, в результате информирования населения о бесплатной медицинской помощи в советском консульском медпункте, ситуация постепенно стала меняться в лучшую сторону.

---

[526] Гайчевский Евгений Александрович. URL: https://centrasia.org/person2.php?st=1213700700 (дата обращения 02.11.2021).

[527] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 21. Л. 122.

Определенную роль здесь сыграл недуг губернатора, который вскоре прислал в консульство целую делегацию – дипломатического чиновника и местного врача-индийца. В результате болезнь, длившуюся около двух недель, вылечил консульский врач Цейтлин, дважды в день навещавший больного и дававший все необходимые медикаменты. Врачу-индийцу досталась скромная роль ассистента. Про него в докладе сказано, что «казенный врач-индус пользуется как врач очень плохой репутацией», отчего местная администрация предпочитала пользоваться помощью советских медиков[528].

Второй случай, специально выделенный Е.А. Гайчевским, касался жены старого дипломатического чиновника. Она была больна, но афганец долго воздерживался от просьбы начать лечение. Наконец, когда ситуация стала угрожающей, чиновник посреди ночи пришел к советскому доктору с просьбой навестить больную.

Известия о быстром излечении губернатора и жены дипломатического чиновника, как это часто бывает, мгновенно стали достоянием местного восточного базара. В медпункт стало обращаться все больше больных афганцев; прием постепенно дошел до 15-20 чел. в день. С января по апрель 1927 г. консульскую амбулаторию посетило 725 чел., из них 66 женщин[529]. Для Меймене, где даже на улице встретить женщину было большой редкостью, их появление в советском медпункте означало улучшение ситуации[530].

Главной заботой Е.А. Гайчевского была замена консульского врача Цейтлина, собиравшегося вернуться в СССР. Высказав в докладе настоятельную просьбу прислать нового доктора, консул подчеркнул, что тот должен обладать опытом самостоятельной работы и быть политически надежным. Для обеспечения более широкого доступа к местному населению, лучше было бы командировать в Меймене врача-женщину[531].

---

[528] Там же.

[529] Там же. Л. 122 об.

[530] Там же. Л. 122.

[531] Там же. Л. 122 об.

Сознавая необходимость обслуживания женского населения мусульманских стран, Наркомздрав РФСФР направлял в Афганистан подготовленных женщин-врачей. В январе 1927 г. в консульскую амбулаторию в Кабуле была командирована врач А.Г. Муразян[532]. Пятого февраля 1927 г. она написала директору ОБЗСИ М.С. Шефтелю письмо, в котором сообщала, что пользуется успехом и уважением. «Мое знание языка, их быта и нрава сыграло колоссальную роль в смысле создания себе определенного положения, – писала А.Г. Муразян, – и, кроме того, совершенно естественно облегчило мои врачебные сношения с больными»[533].

Помимо медпункта при полпредстве СССР, Муразян работала в кабульской женской больнице. Взаимодействуя с иностранными врачами, она собственными глазами убедилась в том, что знание языка и культурных реалий значительно облегчает подход к больным. Европейские врачи не знали языка, что по выражению А.Г. Муразян «создает между больными и ими крайне неопределенное натянутое отношение». Заведующим больницей был итальянский доктор Реньоли, чей договор с афганской стороной подходил к концу. Заведующий медицинским управлением Афганистана говорил советскому врачу, что после Реньоли руководство больницей перейдет в ее руки. К моменту написания письма, ежедневные амбулаторные приемы у А.Г. Муразян доходили до 70-80 чел., а из-за того, что врач – женщина, все больные обращались почти исключительной к ней[534].

Доктор Муразян просила ОБЗСИ выслать ей медицинскую литературу на русском, английском, немецком и французском языках (актуальную периодику), а также оборудование для электрокабинета (аппараты «фена», «термафор», «катафорес»). По ее мнению, эта аппаратура была необходима как для работы, так и в качестве наглядной рекламы советской медицинской техники и медикаментов. Советские специалисты видели в Афганистане не только «очень много интересного и важного для нас»

[532] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 169. Л. 8. До командировки в Афганистан А.Г. Муразян была сотрудником Института акушерства и гинекологии.

[533] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 27. Л. 267.

[534] Там же.

в научно-практическом плане, но и рассматривали его как перспективный рынок сбыта для продукции советской фармацевтической и медицинской промышленности[535].

В Меймене из СССР была командирована женщина-врач по фамилии Волобуева. К сожалению, ее полного имени установить не удалось. Докладная записка врача, сохранившаяся в фонде Наркомздрава РСФСР, проливает свет на санитарную обстановку, состояние здоровья населения и уровень развития афганской медицины в конце 1920-х гг. Доктор Волобуева выехала к месту назначения в декабре 1927 г., а добралась только 18 февраля 1928 г. По не зависящим от нее причинам пришлось сделать месячную остановку в г. Мазари-Шариф: сопровождавший ее секретарь советского консульства был срочно отозван в Ташкент и доктору пришлось ждать следующего сопровождающего. Путь из Мазари-Шарифа в Меймене занял почти три недели, так как дорога была пригодна лишь для верховой езды и вьючных животных. Маршрут проходил через города Балх, Ахча, Шибирган и Андхой. Его общая протяженность составляла 400 верст, которые обычно преодолевались за 8-10 дней, но зимой из-за снега и мороза путь был утомительным и тяжелым, пролегал короткими отрезками по 20-30 верст от одного рабата (постоялого двора) до другого. На протяжении всего пути Волобуевой приходилось принимать больных.

Весть о приезде врача загадочным образом мгновенно разносилась по округе. «Русские врачи пользуются здесь большой популярностью и авторитетом, – писала Волобуева в докладной записке. – В городах и кишлаках как-то узнавали, что проезжает врач, приглашали местные власти к себе – губернатор старался полечить себя и свое семейство. А в кишлаках – крестьяне. На каждой остановке – рабате – была масса больных с самыми разнообразными болезнями»[536]. Европейской медицинской помощи на всем протяжении пути от Мазари-Шарифа до Меймене не было, а лечение осуществляли местные знахари. В Меймене работал врач-индиец. Скорее всего, это был тот же врач, о кото-

[535] Там же. Л. 268.

[536] Башкуев В.Ю. Советская медико-санитарная помощь Афганистану в 1920-х – 1930-х гг. // Дальневосточный медицинский журнал. 2021. № 3. С. 81.

ром в своем докладе писал Е.А. Гайчевский. Доктор Волобуева назвала его «ставленником англичан». Болезней же оказалось достаточно много: три случая проказы в районе Андхоя, трахома, туберкулез, сифилис (преимущественно бытовой) желудочные болезни, экзема, различные травмы от падения с лошадей[537].

Советский врач подробно описала плачевное санитарное состояние по пути следования. Постоялые дворы (рабаты) представляли собой похожие на крепость старинные помещения, изнутри разделенные на две части – для животных и для людей. Жилая часть рабата представляла ряд ячеек-комнат (хана). В каждой комнате имелся куполообразный потолок с отверстием в центре (дымоход). Глинобитные стены изнутри были покрыты слоем сажи и грязи толщиной в вершок. Волобуева метко назвала это «пылью веков». Ни скамеек, ни стульев в комнатах не было и садиться приходилось на пол, где иногда был постелен палас. Хана обогревалась костром, разводимым в ее центре, и чад от горящих дров буквально выедал непривычному человеку глаза. «Вечером, когда приезжаешь в рабат, рад месту и такая комната кажется раем, – писала Волобуева – на утро все обилие грязи и копоти и паразитов приводит в уныние и спешишь выбраться поскорее»[538]. Путешественнику была необходима походная кровать, иначе спать пришлось бы также на полу.

Большую проблему представляло водоснабжение. Источниками воды в кишлаках и городах были арыки и хаузы. Хауз представлял собой трех- или четырехметровое углубление в земле, наполненное стоячей водой. «Можете себе представить воду, которая никогда не меняется, здесь же моются, поят лошадей, иногда моют белье и эту же воду пьют, о кипячении не может быть и речи», – описывает ситуацию Волобуева. Вода в арыках была примерно такой же. Иногда в дороге врач наблюдала, как дехкане пьют воду из луж. Настоящие колодцы встречались в небольшом количестве, но простому народу они были недоступны и являлись частной собственностью. Вода и дрова в Афганистане ценились на вес золота и советским медикам с трудом приходилось добывать нормальную воду.

---

[537] Там же.

[538] Там же.

Пища афганцев в основном состояла из лепешек, в которых встречались волосы, обрывки бечевок и, по словам Волобуевой, «что хотите». Можно было заказать «полав» (плов), но его ингредиенты – рис и баранина – никогда не мылись. Сами афганцы «полав» ели по большим праздникам, а в будни питались лепешками и зеленым чаем, безусловно, из-за бедности и дороговизны мяса.

В отношении личной гигиены, врачебный взгляд Волобуевой выхватывал практически те же расхождения с европейской гигиенической нормой, что и ее коллеги в Монголии, Туве, Синьцзяне. «В городах есть общественные бани, в кишлаках нет, но мыться афганцы не любят, – писала она. – К грязи они привыкли, с нею сжились. Уборные в общественных местах есть общие, а кишлаках каждый хозяин отводит для себя угол для своих надобностей и этот угол рядом с жильем. Дворы покрыты навозом от скотины, тут же протекает арык, все нечистоты стекают в арык и из этого же арыка пьют воду». Одним словом, весь путь до Меймене традиционный быт афганцев шокировал врача Волобуеву точно так же, как это происходило с русскими медиками в Монголии или Туве[539].

В консульстве СССР в Меймене имелся небольшой запас медикаментов, но в остальном в медпункте царил хаос. Ни книги регистрации, ни описи медикаментов и инструментария прежний врач ей не оставил. Все лекарства и два-три ржавых медицинских инструмента были свалены в одном большом шкафу. Волобуева тщательно привела в порядок и инвентаризировала все медикаменты, завела книгу регистрации больных, тетрадь расходов лекарственных материалов и амбулаторные карточки на каждого пациента[540].

Судя по информации доктора Волобуевой, наметившийся было при Е.А. Гайчевском перелом в отношении местной власти к советскому медицинскому обслуживанию населения так и не произошел. Недаром консул отмечал, что несмотря на успех в лечении, взгляды губернатора и местного дипломатического чиновника кардинально не изменились, хотя оба по-восточному

[539] Там же.

[540] Там же.

цветисто выражали свою благодарность советскому врачу. Видимо, не возымела действия и замена прежнего дипломатического чиновника на нового[541]. Власти по-прежнему запрещали афганцам ходить в советский консульский медпункт.

Немногие приходящие появлялись там под разными предлогами. Необходимо было взять разрешение у особого чиновника при губернаторе – «мамура»[542] – лишь изредка делавшего исключения, возможно, за взятку. Официальный врач в Меймене – индиец – брал за каждое лекарство большую плату и не пользовался популярностью у бедняков, которых в консульском медпункте осматривали и лечили бесплатно. Во избежание массового притока малоимущих афганцев у ворот консульства был поставлен сипай (пеший солдат), палкой отгонявший посетителей из местного населения. Однако в конце марта 1928 г. в городе сменилась власть. Новый губернатор принес с собой другую политику и сам «мамур» пришел в советский медпункт лечиться. Волобуева выражала надежду, что это был предвестник изменений к лучшему. В том марте больными было сделано 30 посещений медпункта, из которых лишь двое были советскими гражданами, а остальные – афганцами[543].

Городской больницей Меймене заведовал врач-индиец. Однако в апреле 1928 г. его откомандировали в Кабул и медучреждение стояло закрытым. Имелся в городе и военный госпиталь. В нем работал фельдшер, окончивший в Кабуле ускоренные курсы, и три санитара. В госпитале имелось два двора: непосредственно больничный двор и прогулочная зона для пациентов. Палата представляла собой длинную комнату с грубо обмазанными глиной стенами, земляным полом и четырьмя деревянными кроватями без постельных принадлежностей. В момент посещения советским врачом больных в госпитале не было. Амбулатория представляла собой комнату со столом в центре, настолько грязным, что его изначальный цвет определить было

[541] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 21. Л. 122.

[542] «Мамур» – арабский термин, обозначавший префекта, начальника округа в Египте (с 1820 г.). Возможно, в данном контексте «мамур» – дипломатический чиновник, однако это мог быть и крупный региональный чиновник, префект, или мэр города. URL: https://www.lexico.com/definition/mamur (дата обращения 04.11.2021).

[543] Башкуев В.Ю. Советская медико-санитарная помощь Афганистану. С. 82.

невозможно. Вдоль стен на полках были расставлены склянки с давно просроченными лекарствами, так как содержимое многих разложилось, а сами сосуды были покрыты плесенью. Из медицинского инструментария имелось лишь два термометра, составлявших гордость фельдшера. По его словам, больных в госпитале бывало не много, обычно от трех до шести человек[544].

Врач Волобуева посещала госпиталь несколько раз. Во время второго визита там находились трое больных: пациент с малярией (получал один порошок хинина на ночь), больной экземой (лекарств не получал) и мужчина с абсцессом на плече (с грязным компрессом из какого-то растения). Эти пациенты сразу начали просить советского доктора взяться за их лечение. Один даже обратился за разрешением к губернатору, после чего часовой перестал пускать Волобуеву в военный госпиталь.

По словам врача, военный фельдшер лечил венерические болезни слабительным, а больных с жаром – мороженым. Кроме него и врача-индийца в городе имелся цирюльник, выполнявший функции знахаря. Он имел большую медицинскую практику, лечил людей на дому и в бане, пускал кровь при любом диагнозе: от кашля или боли в горле делал кровопускание под языком, от боли в груди – на ребрах. Также цирюльник умел удалять больные зубы. «А зубы он дергает еще интереснее, – описывала этот процесс Волобуева, – сажает больного на пол, голову больного ставит между своих ног, зажимает ее ногами и дергает нужный зуб»[545].

Доктор представила характеристику заболеваемости населения Меймене. Практически все оно оказалось в той или иной степени больным. Особенно распространены были кожные и паразитарные болезни, осложненная трахома, желудочные болезни, туберкулез легких, костей и волчанка среди детей и женщин. Из венерических болезней чаще всего приходилось лечить гонорею. В округе была распространена натуральная

[544] Там же.

[545] Там же.

оспа, но на предложение Волобуевой выписать детрит и сделать прививки населению афганцы отреагировали молчанием[546].

Из-за запретов простому населению посещать советский медпункт количество больных с апреля по август 1928 г. составило всего 133 чел. В этот же период советские амбулатории в Монголии принимали по 200 первичных больных в день, а дефицит медицинских работников не позволял расширить прием[547]. В Меймене же в самый «продуктивный» для советского врача месяц май медпункт посетило всего 43 чел. «В настоящее время приходится принимать больных каких-то важных чиновников (им вход не воспрещен), – сетовала Волобуева, – …а неофициально приходится лечить нелегально, то есть больной старается по делу прийти в Консульство и зайти к врачу, в общем, кто как попадает во двор Консульства, старается побывать в амбулатории»[548]. По словам врача, советские медики пользовались большой популярностью и полным доверием у населения Меймене и если бы им разрешали ходить в советскую амбулаторию, прием бы доходил до 100 чел. в день.

К сожалению, не удалось выяснить, сколько времени доктор Волобуева проработала в Меймене. В ноябре 1931 г. советское консульство в этом городе обратилось к заведующему I Восточным отделом НКИД СССР С.К. Пастухову с письмом. Консул Г.П. Заболонков сетовал на долгое отсутствие врача и соглашался на предложенный врачом консульства СССР в Герате М.И. Нахашвили вариант, согласно которому тот дважды в год приезжает в Меймене для обслуживания советской колонии. Консульство соглашалось оплачивать его дорожные расходы (800-1000 афгани), обеспечивать бесплатным жильем и питанием на период пребывания в Меймене (10-15 дней). Кроме консульства в Меймене, врач требовался и в советском диппредставительстве в Мазари-Шарифе. Помимо работы в Меймене, план предусматривал визит М.И. Нахашвили и туда. Г.П. Заболонков писал, что вопрос о приглашении на постоянную работу в Меймене советс-

[546] Там же.

[547] Башкуев В.Ю. Европейская медицина и традиционное общество в монгольском мире (последняя треть XIX – первая половина XX в.). – Иркутск: Изд-во «Оттиск», 2021. С. 200.

[548] Башкуев В.Ю. Советская медико-санитарная помощь Афганистану. С. 82.

кого врача неоднократно поднимался им перед местными властями. Несмотря на явное желание пригласить медработника из СССР, губернатор не мог ничего сделать без санкции Кабула. Из столицы же отвечали, что пришлют врача сами, но обещания так и оставались невыполненными[549].

М.И. Нахашвили был опытным медиком, до Афганистана работавшим вторым врачом советского генконсульства в Джидде (Хиджаз, с 1932 г. – Королевство Саудовская Аравия). Свою работу в Герате он подробно описал в нескольких информационных бюллетенях, которые аккуратно присылал в ОБЗСИ. Мнение Нахашвили важно в свете данного исследования, так как он сравнивал ситуацию в Джидде с состоянием здравоохранения в Афганистане. Опыт взаимодействия с хиджазскими властями и врачами дал ему возможность делать интересные обобщения.

В Герате М.И. Нахашвили посетил и подробно описал военный госпиталь, где работал посланный из Кабула афганский врач Имаммудин-хан. Приезд этого медика восторженно освещался в гератской газете «Иттифак-и-Ислам», писавшей о великой милости эмира, направившего туда специалиста с европейским медицинским образованием. В ходе знакомства, состоявшегося во время визита доктора Имаммудин-хана в советскую консульскую амбулаторию, Нахашвили выяснил, что тот по происхождению наполовину индиец, наполовину афганец, а медицинское образование получил не в Европе, а в Британской Индии. Несколько лет афганский врач провел в полосе пограничных «независимых племен». Затем в течение трех лет работал в одном из кабульских госпиталей, откуда и был откомандирован в военный госпиталь Герата.

Медицинская квалификация Имаммудин-хана советского коллегу не впечатлила. По результатам первой же беседы он выяснил, что афганец плохо разбирается в тропических болезнях. Когда же Нахашвили предложил ему посмотреть под микроскопом имеющиеся мазки крови, Имаммудин-хан «долго мучился в какое собственно отверстие микроскопа следует взглянуть и каким винтом установить нормальную видимость»[550]. Из этого

[549] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 31. Л. 48.

[550] Там же. Л. 162.

советский врач сделал вывод, что его афганский коллега почти не знает бактериологии. Тем не менее Нахашвили писал: «Нельзя отрицать того факта, что познания г. Имаммудин-хана намного выше познаний всех местных “врачей”, которые не умеют разбираться даже в самых элементарных вопросах медицины»[551].

Гератский военный госпиталь располагался в старом городе возле рынка. Здание представляло собой одноэтажную постройку азиатского типа, окруженную большим прямоугольным двором. Ворота госпиталя выходили в такую узкую улочку, где не смогла бы развернуться даже самая миниатюрная санитарная карета. Поэтому срочная транспортировка раненого или больного в госпиталь была бы затруднительна.

Канцелярия госпиталя располагалась в мезонине здания над воротами. Внутри помещения располагались несколько отделений, центральный аптечный склад и аптека. Полы в здании были земляные, потолки – глиняные, на параллельно уложенных балках. Всюду наблюдался явный недостаток света, так как высоко расположенные узкие остекленные окна пропускали очень мало солнечных лучей. Видимо поэтому врачебный прием осуществлялся вне помещения на кирпичной террасе, где были расставлены несколько столов, покрытых черными скатертями. «На середине террасы имеется, кроме того, маленький столик общего пользования, – писал Нахашвили, – на котором расположен подсобный для приема “инструментарий” – в разбитом стаканчике с “дезинфицирующей”, по-видимому, жидкостью лежали покрытый ржавчиной пинцет и сломанный векодержатель»[552]. Во всем этом своеобразно устроенном пространстве М.И. Нахашвили отметил полное отсутствие дезинфицирующих средств. Не было даже мыла и умывальника.

В таких «спартанских» условиях не было и речи о каком-либо предварительном осмотре больных. Нахашвили писал, что врач до них вообще не дотрагивается. Своеобразно велась и регистрация пациентов. В регистрационных тетрадях указывались имя, фамилия и жалобы больного. Никакого диагноза и других записей там не было.

---

[551] Там же.

[552] Там же. Л. 154.

В центральном аптечном складе хранились медикаменты для обслуживания всех воинских частей Гератской провинции, а также гражданского населения. Его состояние также вызвало критические ремарки советского врача. Вот как он описывал склад и его содержимое:

> «…Первое, что бросилось в глаза, это до смеха малое количество лекарств. Старательно, “в ниточку” (больше покажется!) расположенные медикаменты, преимущественно английского происхождения, никак не могут скрыть этого обстоятельства. Не менее жутким представляется сам подбор лекарств. На фоне огромного количества таких “остро необходимых” медикаментов как *liq. ammonii anisati, cascara sagrada*[553] (горы таблеток!) и пр. – почти полное отсутствие или анекдотическое количество самых необходимых средств. Даже простого перевязочного материала (вата, марля) было в общей сложности не более двух-трех килограмм»[554].

М.И. Нахашвили сделал предположение, что лицо, закупавшее для Герата медикаменты, ставило своей задачей приобретение самых дешевых лекарств вне зависимости от реальной необходимости. Другими словами, перед ним без прикрас открылась картина беззастенчивого воровства казенных средств. «Чем дешевле медикаменты, тем больше можно их купить по количеству, а следовательно, тем легче поднять “качество” результатов сделки (для кармана закупщика, конечно…), – резюмировал свое наблюдение доктор Нахашвили[555].

Прочий медицинский инвентарь госпиталя находился в похожем состоянии. Небольшой и несуразно подобранный набор хирургических инструментов, видимо, никогда не использовался – он хранился в неповрежденной заводской упаковке. Даже в результате намеренных поисков, советскому врачу не удалось обнаружить ничего даже для самой примитивной стерилизации. Ни автоклавов, ни даже старого примуса там не имелось.

---

[553] *Liquor ammonia anisatus* (лат.) – нашатырно-анисовые капли, отхаркивающее средство. *Cascara sagrada* (лат.) – кора крушины американской, слабительное средство.

[554] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 31. Л. 155.

[555] Там же.

Также оказалось, что в госпитале нет ни перевязочной, ни операционной. «По-видимому, вся “хирургия” также выведена на “вольный воздух”» – едко заметил врач[556].

Аптека представляла собой комнату средних размеров с двумя или тремя пыльными полками, на которых стояло несколько полупустых склянок с какими-то жидкостями. Перед полками находился деревянный, ничем не покрытый стол, на котором лежали ржавые весы с набором камешков различного размера в качестве разновеса. Другого оборудования не было. Приготовление и выдача лекарств происходила там же в «посуду покупателя». В момент визита на столе находился большой стеклянный чан, наполненный каким-то раствором. М.И. Нахашвили сделал вывод, что это был все тот же *liq. ammonii anisati*.

В госпитале советской делегации показали палату стационара. По словам Нахашвили, это была полутемная комната с грязными стенами, земляным полом и семью деревянными койками. Дверью служили клочья какой-то ткани «настолько грязные, что самый небрезгливый субъект не рискнул бы до них дотронуться». Тяжелый, застоявшийся воздух палаты загрязнялся копотью и дымом от двух железных печей с плохо замазанными трубами. Больные лежали под сравнительно чистыми пледами, но выглядывающее из-под них постельное белье было «буквально умопомрачительного цвета» от грязи. Над изголовьями некоторых кроватей были прикреплены клочки бумаги, изображающие температурные листки[557].

Стационар производил гнетущее впечатление. Никакой изоляции заразных больных не проводилось; все поступавшие пациенты лежали в одной и той же палате. При выходе из госпиталя, сопровождавший доктора Нахашвили в качестве переводчика секретарь генконсульства Максимов сказал, что «еще бы несколько минут пребывания в “палате” и … он вынужден был бы выбежать из-за нестерпимого “аромата”»[558].

Суммируя впечатления, М.И. Нахашвили отметил, что визит состоялся после почти двухмесячного приведения госпи-

[556] Там же.

[557] Там же. Л. 156.

[558] Там же.

таля в порядок главным врачом Имаммудин-ханом. В некоторых помещениях еще шли ремонтные работы. Советский врач писал, что невозможно было даже представить, в каком состоя_нии медучреждение пребывало до «реновации». Последовал неутешительный вывод о том, что Гератский госпиталь – место, где «свила себе теплое место кучка дельцов, пользующаяся темнотой и невежеством масс для своего личного обогащения»[559]. Показательна фраза врача:

> «Сегодняшний Гератский госпиталь – это рассадник того неверия в медицину, которое так характерно для преобладающего большинства местного населения. И в самом деле – самый невзыскательный больной, хотя бы раз посетивший госпиталь, увидев ту “помощь”, которая ему будет здесь оказана, не может не думать, что медицина – это сплошное неприкрытое шарлатанство…»[560].

Тем не менее в отсутствие альтернативы посещаемость Гератского госпиталя была довольно высокой. Медицинская помощь там оказывалась бесплатно и у бедноты не было другого выхода. Но, по мнению Нахашвили, ни один обеспеченный афганец не стал бы посещать госпиталь. Секрет был прост. Все врачи госпиталя имели свои лавочки в городе, и как бы ни были скудны их познания в медицине, в частном порядке от них можно было получить гораздо больше пользы[561].

Более оптимистическое, но все же очень похожее описание афганской больницы в Мазари-Шарифе дал врач консульского медпункта Г.Р. Исаакян. Главврач Шериф-хан принял его радушно, с угощением. Затем доктору показали помещения больницы – амбулаторию, стационар, перевязочную, аптеку и склад.

Подобно театру, начинающемуся с гардеробной, знакомство с больницей началось с вывески. На ней были изображены стол, стул, бутылка и стакан. По словам доктора Исаакяна, вывеска больницы напоминала пивную какого-нибудь захолустного городишки. Еще более жизнерадостная вывеска украшала вход

---

[559] Там же. Л. 157.

[560] Там же.

[561] Там же.

в стационар. На ней были изображены свившие гнездышко и весело щебечущие птички[562].

Стационар вмещал 10 коек. Это было светлое помещение с земляным полом. Больные лежали на простых железных кроватях с грязными матрасами, покрытыми розовым ситцем. У коек стояли прикроватные столики с железным графином и такими же стаканами. Люди лежали в своей одежде и головных уборах, без одеял. Медперсонал тоже ходил в шапках и гражданской одежде. В одной палате рядом лежали сифилитик, глазной больной и пациент с дизентерией. Об асептике речи не шло. Ни бани, ни ванны для больных в стационаре не имелось. Советский врач отметил, что к его приходу афганцы пытались навести порядок, но грязи все же осталось достаточно[563].

Амбулатория состояла из единственной комнаты, сочетавшей и ожидальню, и приемную. За столом готовились лекарства для внутривенных вливаний, и там же врач в шапке и без халата принимал больных. По словам Г.Р. Исаакяна, больных афганский врач не осматривал, ограничиваясь устным опросом. Затем пациента отправляли в аптеку, не объясняя ничего о дозировке и способах приема лекарства. Советский доктор был поражен тем, что во время внутривенных вливаний врач не мыл ни рук, ни шприца, и не дезинфицировал кожу пациента. Во время манипуляций вокруг врачебного столика толпились больные, которых отталкивал назад вооруженный винтовкой сипай, весь обвешанный патронташами, как будто он собрался в бой. Этот же солдат мыл медицинский шпатель после того, как врач его использовал. Ежедневный прием в амбулатории составлял около 200 чел.[564].

Больничная аптека была довольно скудна. Многие лекарства отсутствовали, а из имевшихся преобладали патентованные английские и немецкие препараты. Дистиллированная вода изготавливалась поваром в медном котле на кухне и была очень грязной. Врач больницы Шериф-хан произвел на доктора Исаакяна впечатление человека, очень плохо разбирающегося в медицине. Установив контакт с больницей, советский врач начал приходить

[562] Там же. Л. 430.

[563] Там же.

[564] Там же.

туда регулярно, помогая и советуя афганскому коллеге, при этом соблюдая осторожность, чтобы не задеть его самолюбие.

Доктор Исаакян описал случай, когда плохая подготовка афганского врача чуть не привела к трагедии. Делая больному вливание хлористого кальция, он не убедился, что игла находится в вене и начал вливать препарат под кожу. Русский врач остановил его, когда тот стал вливать хлористый кальций во вторую руку. У больного начался шок, афганский врач растерялся и только меры, принятые Исаакяном, спасли больного. «После этого случая в этот день он уже не мог работать, так перепугался, что весь дрожал и просил меня сделать вливание последней больной», – описывал ситуацию советский врач. Пациентка эта долго жила в Ташкенте и хорошо говорила по-русски. Она заявила Исаакяну: «Этот врач ни черта не понимает». Тому пришлось срочно перевести разговор на другую тему, согласившись, что Шериф-хан не понимает по-русски. Недоверие к своим врачам было распространенным среди афганцев явлением и Г.Р. Исаакян писал, что когда он бывает в больнице, все больные хотят чтобы их осмотрел русский врач[565].

Ситуация с медицинским обслуживанием в столице Афганистана Кабуле обстояла лучше, чем в административных центрах провинций. Несмотря на то, что в 1931 г. новым королем Афганистана Надир-шахом была принята конституция на основе шариата, серьезно ограничившая светское образование и социальный статус женщин, медицине по-прежнему уделялось внимание. В 1932 г. в Кабуле была открыта первая медицинская школа, позднее ставшая Кабульским университетом. Однако долгое время она оставалась чисто мужским учебным заведением. Лишь год спустя французская супружеская пара открыла акушерскую школу, которая тайно работала как женская общеобразовательная школа. Лишь более десятилетия спустя это учебное заведение официально признали как лицей Малалай[566].

Интерес для историка представляет докладная записка о санитарном состоянии Афганистана врача полпредства СССР

[565] Там же. Л. 430 об.

[566] Lee Jonathan L. Afghanistan. A History from 1260 to the Present. London: Reaktion Books, 2018. P. 513-514.

в Кабуле М. Бахромеева. В ней описано состояние медицинского дела в целом. Отраслью руководило Врачебное управление, существовавшее на правах отдельного министерства. Его возглавлял брат бывшего эмира Магомед Кабир Хан, человек без медицинского образования, по всем вопросам советовавшийся с кем-нибудь из врачей, но не следовавший рекомендациям и все делавший по-своему.

В Кабуле имелась центральная мужская больница, женская больница и военный госпиталь. Мужская больница на 30 коек находилась на краю города в специально построенном здании, которое однако совсем не подходило для этих целей. Десять коек из 30 были терапевтическими, 15 – хирургическими, а 5 – глазными. Больницей тоже заведовал человек без медицинского образования.

Женская больница занимала здание получше и была рассчитана на 20 коек. Военный госпиталь размещался за городом в одном из дворцов. Также при королевском дворце имелась амбулатория. Европейские врачи – турки, немцы, итальянцы и русские – имелись только в столице страны Кабуле. Больницами в Мазари-Шарифе, Герате, Кандагаре, Джелалабаде, Таш-Кургане и Фаррахе заведовали индийские врачи, по своей подготовке больше соответствовавшие советским школьным фельдшерам. Медикаменты закупались частью в Индии, частью в Германии. В Кабуле работало несколько частных аптек, изготавливавших лекарства по рецептам. Лечение и отпуск лекарств из больничных аптек в Кабуле были бесплатными. Существовала в Афганистане и народная медицина, но особой спецификой она не обладала, представляя из себя «все черты народных знахарских медицин, встречающихся в других малокультурных странах»[567].

По мнению Бахромеева, афганская медицина не претендовала ни на какую другую работу, кроме лечебной. Из профилактических мероприятий в Кабуле и окрестных кишлаках проводилось лишь оспопрививание. При мужской больнице в Кабуле имелся телятник, где производился оспенный детрит и делались бесплатные прививки детям. Каждую весну оспопри-

[567] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 290. Л. 13.

виватель объезжал ближайшие к столице селения и бесплатно вакцинировал желающих. В то время в Афганистане не было ни одного санитарного врача и не велось никакой санитарно-просветительной, школьной или профилактической работы. При этом, Бахромеев удивлялся отсутствию в стране крупных эпидемий холеры, несмотря на близкое соседство с ее основным эндемическим очагом – Индией. Однако спокойная жизнь вскоре закончилась – 1930-е годы в истории Афганистана были отмечены мощными холерными эпидемиями.

Из часто встречающихся в стране заболеваний Бахромеев выделял малярию, которой по его мнению было заражено почти все население. Тем не менее у афганцев она проходила намного легче, чем у прибывавших в Кабул европейцев. Больные обращались за медицинской помощью лишь при очень частых и сильных приступах. Распространенным явлением среди афганцев были запоры, причину которых советский врач видел в «малоподвижной, ленивой восточной жизни и преимущественно сухоядении». Мужчины часто жаловались на половое бессилие. Распространенным был и сифилис, преимущественно в бытовой форме. Сердечными и нервными болезнями афганцы страдали редко[568].

Бахромеев отмечал благожелательное и доверчивое отношение к советским врачам со стороны населения и даже афганского правительства. Афганцы испытывали благоговение перед европейской медициной. Считалось, что если уж местный табиб (знахарь) может иногда помочь больному, то европейский врач способен чуть ли не воскресить мертвого. Поэтому в советский медпункт часто привозили умирающих из очень отдаленных селений. Афганское правительство высоко ценило работу советских врачей: врачи полпредства Бахромеев и Вахтель были награждены правительственными орденами[569].

В Кабуле русских врачей ценили не только за непосредственно оказанную медицинскую помощь, но и за экспертизу в вопросах организации здравоохранения. Обычной практикой было составление рекомендаций для развития местного здраво-

[568] Там же. Л. 14.

[569] Там же.

охранения. Сохранился доклад о медицинской помощи в Афганистане врача советского полпредства И.В. Виноградова, в котором он сформулировал возможную программу модернизации афганского здравоохранения по советской модели.

Для оседлого населения в уездных и районных центрах предлагалось строить лечебные учреждения по типу советских участковых больниц: стационар на 10-25 коек, амбулаторию и акушерский пункт для обслуживания кишлаков в определенном районе. Для кочевников предлагался похожий, но мобильный тип медучреждений с меньшим стационаром (5-10 коек), прикрепляемый либо к определенному кочевому племени, либо к обычному для номадов месту летних и зимних кочевий.

В крупных городах лечебные учреждения должны были иметь двух-трех врачей-специалистов: хирурга-гинеколога; врача по внутренним, нервным и детским болезням; венеролога и окулиста; лабораторного специалиста. Кабул должен был обеспечиваться квалифицированной специализированной медпомощью и представлять собой центр медицинской организации всей страны, где больные могли бы получить помощь врача узкой специальности[570].

Обязательным Виноградов считал оборудование лабораторий, рентген-кабинетов и отделений физиолечения. Городские больницы он видел как крупные, хорошо оборудованные медицинские центры на 60-100 коек с хирургическим отделением, отделением внутренних болезней, нервно-психиатрическим, венерологическим, глазным, физиотерапевтическим, стоматологическим и лабораторным отделениями. Женские больницы должны были иметь 40-60 коек и следующие отделения: акушерско-гинекологическое, внутренних и нервных болезней, детское и инфекционное. На должности заведующих отделениями он предлагал приглашать врачей с не менее, чем десятилетним врачебным стажем, из которых пять лет – опыт клинической работы[571].

По мнению И.В. Виноградова, лечение должно было быть платным для состоятельных граждан. Этот принцип использо-

[570] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 290. Л. 4.

[571] Там же. Л. 5.

вался в советских медицинских учреждениях в странах исламского Востока, где не проводились социальные эксперименты с «некапиталистическим путем развития» и полностью бесплатное обслуживание населения было бы слишком затратным. Абсолютной необходимостью советский врач считал открытие пастеровских станций с получением прививочного материала из Ташкента по регулярной авиалинии, а для южных городов Кандагар и Джелалабад – из Индии.

Невозможность обеспечить все медицинские пункты страны приглашенными из-за границы врачами обуславливала необходимость в организации фельдшерской и акушерской школ в Кабуле. Виноградов специально подчеркивал, что в этом определенную помощь могло бы оказать Полномочное представительство СССР в Афганистане. Врач планировал использовать переведенные материалы учебников русских фельдшерских школ и ежегодно готовить по 25-40 средних медицинских работников, которые после определенного периода работы под руководством европейских врачей сами смогли бы возглавить медпункты по всей стране. Виноградов надеялся, что такие школы положат начало медицинскому образованию в Афганистане с перспективой организации высшего медицинского учебного заведения[572].

Доклад И.В. Виноградова писался не «в стол», а по просьбе главы Врачебного управления Афганистана. 19 декабря 1930 г. Виноградов доложил свои соображения членам афганского медицинского управления, а его глава передал Полномочному Представителю СССР в Афганистане Л.Н. Старку просьбу подобрать для кабульской больницы женщину-гинеколога и двух опытных акушерок и указать приблизительные условия оплаты. Из изложенных в докладе рекомендаций, афганский чиновник посчитал особо важными приглашение врачей-специалистов в Кабул и организацию фельдшерской школы[573].

Положительные изменения в состоянии медицинского дела в Кабуле зафиксировал врач полпредства СССР в Афганистане Аванесов. Его доклад датирован декабрем 1934 г. Доктор Аванесов писал: «С тех пор как афганское правительство, т.е. за

[572] Там же.

[573] Там же. Л. 2.

последние 5-7 лет, стало приглашать в Кабул турецких специалистов – профессоров и врачей – европейская медицина проникает все шире и глубже в широкие массы населения Кабула и его окрестностей»[574]. Благодаря присутствию турецких врачей, проникновение европейской медицины в повседневную жизнь афганской столицы стало очевидным. «Европейская медицина не очень скоро, но постепенно начнет брать верх над табибством, – писал Аванесов. – За последние годы в табибских аптекарских лавчонках стало появляться все больше и больше европейских медикаментов: аспирин, хинин, кофеин и др., а раньше табибы пренебрегали европейскими медикаментами»[575].

В это время в Кабуле уже работало несколько частных аптек европейского типа. Полностью европейскими назвать их было еще нельзя. Хозяева-индийцы, приготовлявшие лекарства по английской фармакопее, сохраняли в своем заведении «флер» старинной лавочки знахаря-табиба, содержа, помимо фармацевта и его ученика, «универсального» врача-индийца (как правило, самоучку без медицинского диплома). Этот «врач» принимал больных и выписывал им лекарства, приготавливаемые и продаваемые здесь же. За это в конце месяца он получал определенный процент с проданных медикаментов[576].

Гражданский медицинский персонал афганской столицы (без учета советских медиков) состоял из профессоров, доцентов, врачей, стоматологов, акушерок, медицинских сестер, средних и младших медработников. Военные врачи-индийцы обслуживали военнослужащих Кабульского гарнизона и работали в военном госпитале.

В Кабуле работали три турецких профессора: хирург, дерматовенеролог и биохимик. Доцентов было четверо: один по инфекционным и внутренним болезням, второй – офтальмолог, третий – фтизиатр. Четвертый доцент – женщина акушер-гинеколог. Все они были из Турции. В городе также работали: врач-бактериолог, турок по национальности; два зубных врача, один турок, другой – афганец; две акушерки-турчанки; три медсестры,

[574] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 3.

[575] Там же.

[576] Там же. Л. 4.

одна из которых была турчанкой, а две других – швейцарками. Также имелось несколько врачей-индийцев и афганцев, работавших под руководством турецких врачей в медицинских учреждениях Кабула. Средний персонал в больницах в основном состоял из афганцев и индийцев[577].

Несмотря на хорошее жалованье (3000-6000 афгани в месяц), предоставление казенной квартиры и работу в нескольких местах, турецкие специалисты занимались частной практикой. За вызов на дом доценты и профессора запрашивали сумму от 5 до 10 руб. золотом[578]. Такие оплату мог позволить себе только состоятельный человек.

В 1934 г. в Кабуле работало несколько медицинских учреждений. Мужская городская больница на 28-30 коек имела оборудованную лабораторию, аптеку и амбулаторию по всем специальностям. Прием в больнице велся бесплатно; по рецептам, выписанным больничной амбулаторией, лекарства в аптеке также выдавались бесплатно. Однако вызовы на дом были уже платными и доступными только имущим афганцам. Высший врачебный персонал состоял из турок, средний медперсонал – из афганцев или индийцев[579].

Женской больницей на 20-25 коек и амбулаторией заведовала доцент-турчанка, акушер-гинеколог по специальности. У нее было две помощницы акушерки, тоже турчанки. При королевском дворце также имелась амбулатория с аптекой. Ее главным врачом был турецкий профессор-хирург и лейб-медик короля Рифки-бей[580].

В Кабуле имелись два специализированных противотуберкулезных учреждения. В туберкулезном диспансере проводился амбулаторный прием легочных больных, амбулаторно проводился искусственный пневмоторакс, выявлялись и направлялись в загородный туберкулезный санаторий больные- бациллоносители. Санаторий был построен в 1933 г. и носил имя лейб-медика Рифки-бея. Это было большое трехэтажное здание, построенное

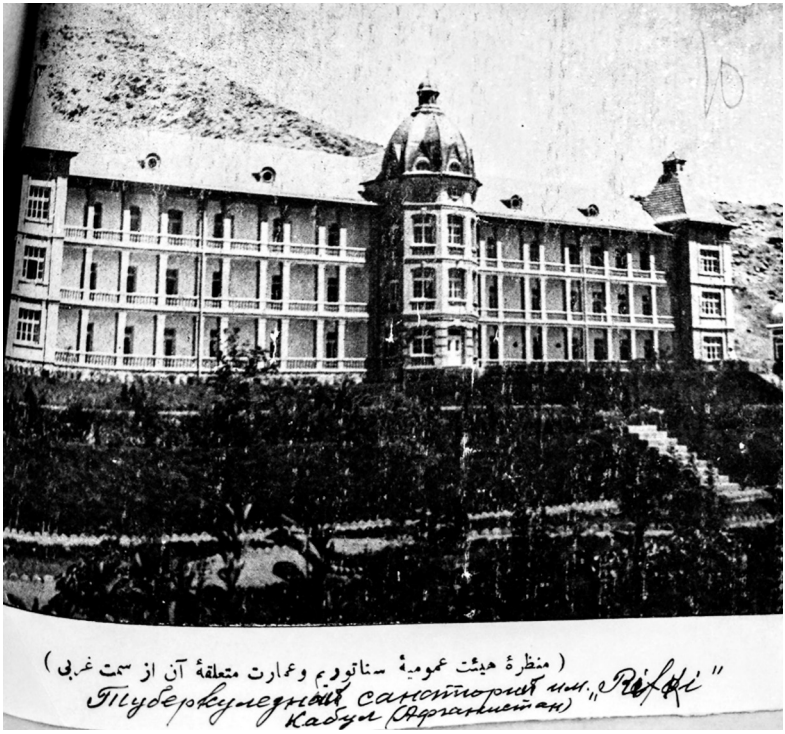
[577] Там же.

[578] Там же. Л. 6.

[579] Там же.

[580] Там же.

и оборудованное по европейской модели, с рентген-кабинетом, столовыми для ходячих больных, паровым отоплением, канализацией, водопроводом и прачечной. Чистые и уютные палаты на одного или двух больных имели выход на открытую солнечную террасу, где пациенты могли целый день лежать на свежем воздухе. В санатории также имелись оборудованная биоскопом аудитория для лекций по санитарной пропаганде и сад с цветниками. Постройка туберкулезного санатория им Рифки-бея обошлось правительству в один миллион афгани[581].



Источник: ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 10.

[581] Там же. Л. 7.

В центре города располагались еще один рентген-кабинет и электролечебница. Ее обслуживали два рентгено- и электротехника-афганца. Руководил учреждениями тот же лейб-медик, турецкий профессор Рифки-бей. В центре Кабула также располагалось новое двухэтажное здание центрального аптечного склада при котором имелась «образцово-показательная» аптека. Доктор Аванесов писал, что на складе хранились всевозможное больничное оборудование, медицинская аппаратура, инструментарий, лабораторное оборудование, химикалии и медикаменты, полученные недавно из Германии. Там же находился склад, снабжающий медикаментами, инструментами и материалами афганские провинции[582].

Стоматологическое дело тоже находилось в руках иностранцев. В Кабуле работал зубоврачебный кабинет, оборудованный современной электрической бормашиной. Заведовал им турецкий зубной врач Джалалетдин Файк. При кабинете состояло несколько афганских учеников, которых обучали профессии стоматолога[583].

Афганское правительство уделяло внимание подготовке собственного медицинского персонала. В Кабуле имелось несколько профильных учебных заведений. При мужской городской больнице с 1930 г. функционировал медицинский техникум с трехгодичным курсом обучения. В 1934 г. там на полном пансионе обучалось около 60 студентов-афганцев. При медтехникуме имелось общежитие, музей с полученными из Германии экспонатами, наглядными пособиями и биоскопом. Обучение велось турецкими преподавателями. По окончании полного курса выпускники распределялись по провинциальным больницам в качестве помощников врачей[584].

При женской городской больнице работали женские акушерские курсы под руководством доцента, акушера-гинеколога Захиде-ханум, турчанки по национальности. На курсах обучалось 20-22 афганских слушательницы. При туберкулезном санатории им. Рифки-бея имелись курсы для младшего медицинского

[582] Там же.

[583] Там же. Л. 8.

[584] Там же.

персонала. Там обучалось около 30 афганцев. При центральном аптечном складе под руководством профессора Рифки-бея функционировали временные инструкторские курсы по ознакомлению с медицинским оборудованием и инструментарием. Слушателей было 12, все афганцы. Планировалось по окончании учебного курса откомандировать их в провинциальные медучреждения вместе с новейшим оборудованием из Германии[585].

И, наконец, главным медицинским учебным заведением Кабула был медицинский факультет. Им руководили два турка-профессора – Рифки-бей и Решат-бей. Факультет был расположен в Дар-уль-Амане в пяти или шести километрах от столицы. По состоянию на конец 1934 г. там обучались студенты первых трех курсов, всего около 50 мужчин-афганцев. Из-за нехватки преподавателей занятия велись не в полном объеме учебной программы. Кроме того, на факультете не имелось секционного зала и не проводились запрещенные шариатом вскрытия трупов. Анатомия изучалась только по наглядным пособиям. При медицинском факультете работал фармацевтический техникум с четырехлетним курсом обучения. В 1934 г. там обучалось шесть студентов[586].

Предпринимались усилия по расширению и совершенствованию медицинской сети афганской столицы. Территория города была разделена на районы, в которых началось строительство новых районных амбулаторий. Недалеко от туберкулезного санатория им. Рифки-бея возводился больничный городок, куда планировалось перевести все лечебные заведения, медицинский факультет и медтехникум. В Дар-уль-Амане завершалась постройка новой женской больницы на 50-60 коек[587].

Доктор Аванесов отмечал, что все мероприятия по расширению и улучшению сети лечебно-профилактических учреждений, открытию медицинских учебных заведений, приглашению иностранных врачей, закупке за границей современного медицинского оборудования и инструментария проводились в жизнь благодаря авторитету, энергии и организаторскому таланту

[585] Там же. Л. 9.

[586] Там же. Л. 9.

[587] Там же.

лейб-медика Рифки-бея. К 1934 г. турецкий профессор фактически взял в свои руки руководство медицинским делом в Афганистане. Интересно, что подчинялся он не управлению здравоохранения, а действовал напрямую через премьер-министра Хашим-хана. Вероятно, этим и объяснялась эффективность начатых им в данной сфере реформ: имея непосредственный доступ к монарху и главе правительства, профессор Рифки-бей предпочитал решать вопросы, минуя сомнительное по профессиональной компетенции медицинское ведомство[588].

Таким образом, в конце 1920-х – начале 1930-х гг. Афганистан представлял собой проблемную в плане медицинского обслуживания страну с очевидной диспропорцией медицинских кадров и учреждений между столицей и провинциями. В плане заболеваемости он больше напоминал Синьцзян, чем Монголию и Туву, где превалировали типичные для кочевых сообществ социальные заболевания. В Афганистане же встречались как болезни, которые врачи того периода прочно ассоциировали с экономической и культурной «отсталостью» (чесотка, сифилис, гонорея, трахома), так и заболевания, характерные для тропических регионов (проказа, малярия, холера). Народно-бытовая медицина в Афганистане была представлена тем же табибством, что и в Западном Китае, а заменой традиционной китайской медицине служила индийская медицина, испытавшая значительное европейское влияние.

При этом, ситуация с европейской медициной в Афганистане была лучше, чем в Монгольской и Тувинской народных республиках в самом начале советской медико-санитарной помощи, или в Синьцзяне в 1920-е гг. Влияние Великобритании прослеживалось в снабжении афганских аптек и использовавшейся фармакопее, в то время как турецкое воздействие было очевидным в вопросах организации лечебно-профилактической сети и, особенно, медицинских учебных заведений. Простой подсчет показывает, что массовое привлечение турецких специалистов началось примерно в 1927-1929 гг., когда в стране уже работали советские консульские медпункты. Это значит, что еще при эмире-реформаторе Аманулле-хане афганцы начали созда-

[588] Там же.

вать медицинские учреждения не по советской, а по турецкой модели. На фоне сообщений о затрудненном доступе афганского населения в советские медицинские учреждения напрашивается вывод: афганское правительство пыталось создать конкуренцию советским врачам, и наиболее активно этот процесс происходил в Кабуле.

2.2. Медицинские будни советских консульских медпунктов в Афганистане (конец 1920-х – 1930-е гг.)

Повседневная работа советских врачей описана менее детально, чем медико-санитарная обстановка и состояние здравоохранения в Афганистане. Для того, чтобы понять, почему так произошло, необходимо еще раз выделить задачи, ставившиеся перед консульскими медпунктами, и задаться вопросом, что именно мешало их полноценной реализации? Несмотря на то, что предыдущий параграф подводит к мысли о сознательном противодействии расширению советского медицинского присутствия, существовал ряд других факторов, затруднявших работу врачей из СССР. Не все из них носили политический характер.

Задачи советских медицинских пунктов в Афганистане были кратко сформулированы в положении о медпунктах, но гораздо больше внутреннего смысла вложено в то, как их представляли медики на основе объективного анализа ситуации. Осенью 1934 г. врач медпункта в Герате И.Я. Шимельгор, сменивший на этой должности М.И. Нахашвили, дал следующую формулировку. «Задача здравпункта, определенная положением Наркомздрава, сводится, в основном, к обслуживанию нашей совколонии и к пропаганде идей совмедицины через наши приемы в амбулатории и посещения местного населения на дому, – писал он. – Условия и возможности наши определяются прилагаемой описью и местными особенностями»[589]. Последнее предложение имеет ключевое значение. На успех работы влияли несколько факторов, основными из которых были: 1) отношение центральной и региональной власти к инициативам советских

[589] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 32. Л. 302.

медиков; 2) материальное состояние и местоположение медпункта; 3) его кадровое и материальное обеспечение.

Как мы уже знаем из приведенных в предыдущем параграфе документов, афганские власти не приветствовали оказание медицинской помощи широким слоям населения, однако сами не упускали возможности полечиться у советских врачей. Врач медпункта в Мазари-Шарифе Г.Р. Исаакян писал, что его врачебная практика началась на второй день, с визита к генерал-губернатору. Диагностировав пневмонию, доктор Исаакян начал интенсивный курс лечения, закончившийся выздоровлением. Генерал-губернатор расположился к советскому врачу, одарив его за лечение отрезом ткани на костюм. «Я не хотел принять, заявил, что лечу его как представителя дружественной нам страны, а не из-за гонорара, – писал Исаакян, – но он заявил, что обидится, если я не приму, пришлось принять»[590].

Ранее генерал-губернатор лечился у эмигранта из Бухары, фармацевта по специальности, а также у врача местной больницы Сеид Мухаммед Шериф-хана, получившего образование в медицинском колледже Калькутты. Доктор Исаакян писал, что лечение они проводили неправильно, и генерал-губернатор демонстративно выбросил выписанные ими лекарства, полностью последовав курсу, назначенному советским врачом[591].

После удачного излечения генерал-губернатора, к Г.Р. Исаакяну обратился уполномоченный министерства иностранных дел. До приезда советского доктора он тоже лечился у Шериф-хана, но заявил, что больше этого делать не будет, а будет лечиться только у Исаакяна. Врач несколько раз навещал чиновника на дому, а затем тот приехал в советскую амбулаторию, где ему была произведена небольшая операция на глазу. Уполномоченный остался очень доволен лечением[592]. Удачно осуществив медицинское обслуживание высших представителей региональной власти, Исаакян решил, что следует форсировать продвижение советской медицины в массы и договорился о визите

[590] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 31. Л. 430.

[591] Там же.

[592] Там же.

в местную больницу. Впечатления от этого посещения были представлены в предыдущем параграфе.

Однако особенностью взаимоотношений с афганской властью было то, что ее представители далеко не всегда вели себя так, как того ожидали советские медики. Полный надежд на дальнейшую работу в больнице г. Мазари-Шарифа, Г.Р. Исаакян вскоре убедился в изменчивости настроений афганского руководства. Всего спустя месяц после отчета о визите в местную больницу, он написал письмо в ОБЗСИ, где горько сетовал на то, что власти настрого запретили ему дальнейшие посещения, мотивируя это отсутствием разрешения Центрального медицинского совета в Кабуле. На самом деле, ситуация была проще, и одновременно, гораздо изощреннее. Вот как ее описал сам Г.Р. Исаакян:

> «В действительности же, врач местной больницы, боясь конкуренции, просил местную власть отменить свое разрешение на посещение больницы, так как после нескольких моих посещений больницы число амбулаторных больных все возрастало, и все спрашивали, когда будет принимать русский врач. Это, по-видимому, не понравилось местному врачу.
>
> Я же в настоящее время обречен на ничегонеделание. Прошу, насколько это возможно, через Кабул добиться посещения мною местной больницы»[593].

Похожую историю находим в отчете о командировке в Мазари-Шариф советского врача Б.Д. Штибена. Его визит в Афганистан был обусловлен разразившейся там эпидемией холеры. Обеспокоенное возможностью заноса холеры в Среднюю Азию, советское правительство срочно командировало в приграничный регион врача для рекогносцировки ситуации. На следующий же день после прибытия в Мазари-Шариф Штибена вызвали на консилиум с индийским врачом по поводу болезни высокого афганского чиновника – председателя Комиссии по упорядочению дел провинции Мазари-Шариф и Меймене Якуб-хана. Б.Д. Штибен предполагал, что, помимо лечения чиновника, вызов мог иметь и другую причину – удостовериться, что

[593] Там же. Л. 437.

приехал именно врач. Однако тот факт, что вскоре после визита к Якуб-хану Штибена вызвали для оказания помощи временно исполнявшему обязанности генерал-губернатора Гуль Ахмед-хану, больному стрептококковой ангиной, говорит о том, что высокопоставленных афганцев интересовала именно качественная медпомощь. За излечением Гуль Ахмед-хана последовал обычный алгоритм: афганские власти запретили больным обращаться к Б.Д. Штибену, но советское консульство в известность об этом не поставили[594]. Видимо, убедившись в высокой квалификации советского врача, чиновники решили не создавать для себя политических последствий, способствуя росту популярности советской медицины.

Один из мотивов, по которому афганские власти ограничивали посещаемость советских медучреждений, приводится в информационном бюллетене консульского медпункта в Герате за январь-февраль 1932 г. Врач М.И. Нахашвили писал, что с назначением нового уполномоченного афганского МИДа всем местным афганцам, даже тем, кто продолжал ранее начатое лечение, строжайше воспретили посещение советского медучреждения. Разрешения вызывать к себе русского врача лишился даже высоко чтимый в Герате и тяжело больной халифа Хауз-и-Карбас, нуждавшийся в качественном медицинском уходе. Доктор Нахашвили предполагал, что немалую роль в запрете сыграл приезд из Кабула нового врача Имаммудин-хана. «Если прежде ряду лиц неудобно было отказывать в выдаче разрешения на посещение совамбулатории, – писал Нахашвили, – то теперь это значительно проще, благо, имеется “веский” аргумент – “на что вам русский врач, когда у нас есть свой?”»[595].

Опытный М.И. Нахашвили, перед назначением в Афганистан работавший вторым врачом медпункта при полпредстве СССР в Джидде (Хиджаз), очень точно описывал особенности внутренней афганской политики по отношению к советской медицине, сопоставляя ее с ситуацией в Аравии. За все второе полугодие 1931 г. в советском медпункте в Герате было всего 747 посещений, что при более чем 20-тысячном населении города, не

[594] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 30. Л. 361.

[595] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 31. Л. 155.

считая близлежащих кишлаков, составляло мизерное количество. Сравнивая посещаемость в Герате с посещаемостью советской амбулатории в Джидде, М.И. Нахашвили писал:

> «Неплохим сравнением может служить имеющийся у нас опыт работы в другом пункте Востока – Полпредстве СССР в Джидде, где при приблизительно равном количестве жителей, при наличии целого ряда амбулаторий при других иностранных представительствах и при значительно лучшем санитарно-эпидемиологическом состоянии страны, посещаемость совамбулатории превышала цифру в 4-5 тысяч человек. И это только потому, что доступ в медпункт там был совершенно свободным»[596].

Каким же образом Гератский медпункт набрал 747 посещений за второе полугодие 1931 г.? Любой не принадлежащий к «власть имущим» афганец, захотевший посетить советскую амбулаторию, не мог этого сделать без специального разрешения, выдаваемого либо местным уполномоченным МИД Афганистана, либо самим генерал-губернатором. Афганская стража, охранявшая консульство, не пустила бы никого на ее территорию без этого документа. Однако варианты проникновения все же существовали.

Значительная часть посетивших советскую амбулаторию афганцев принадлежала к правительственному чиновничеству, которому специальное разрешение не требовалось. Как мы уже знаем, такое правило действовало не всегда, и уже в следующем году местные власти начали отказывать в разрешении даже исламским духовным лицам с большим авторитетом. Немалую роль в притоке афганцев сыграли шедшие на территории консульства ремонтные работы, что давало возможность рабочим, уже находившимся внутри помещения, а иногда и их родственникам, посещать амбулаторию. Часть визитов образовалась за счет солдат из охраны (сипаев), их родных и знакомых, которые также проходили без всякого разрешения. И, наконец, были среди пациентов те, кто ухитрился пройти совсем «нелегально», сунув в руку дежурному сипаю одну или две монеты[597].

[596] Там же. Л. 57.

[597] Там же. Л. 56-57.

Из 747 посещений первичными были лишь 302. Принятых мужчин было 283 чел. (93,7%); женщин – 19 (6,3%). Основное количество больных приходилось на возрастные группы от 15 до 30 лет (102 мужчины и 11 женщин) и от 30 до 45 лет (131 мужчина и 4 женщины). Детей до одного года было всего четверо (три мальчика и одна девочка), в возрасте 1-15 лет – 29 (27 мальчиков и две девочки). Людей в возрасте от 45 до 60 лет было 14 (все мужчины). Стариков старше 60 лет было семеро (шесть мужчин и одна женщина). По социальному составу контингент выглядел так: 19 представителей физического труда (рабочие, грузчики, караванщики), 21 дехканин (крестьяне), 23 ремесленника. Подавляющее большинство – 129 чел. – приходилось на служащих (чиновников, военных). Торговцы, помещики, комиссионеры составляли 91 чел.[598].

Заболеваемость в данном контингенте распределялась следующим образом. Малярия (все формы) была обнаружена у 67 чел. Сифилисом во всех стадиях страдал 41 пациент; гонореей – 72 чел.; мягким шанкром – 2 чел. На сердечнососудистые заболевания пришлось 4 случая; на желудочно-кишечные заболевания – 5 случаев. Туберкулеза было 9 случаев, других заболеваний дыхательных путей – 4 случая. На кожные болезни пришлось 19 случаев, на глазные – 27 (из них 21 случай трахомы). Болезни уха, горла и носа составили 17 случаев; хирургическая помощь понадобилась 19 больным. Остальные заболевания встречались в единичных случаях[599].

Основной проблемой являлись венерические заболевания. На них пришлось около 38% всех заболевших. По количеству случаев превалировала гонорея в острой форме. По словам Нахашвили, почти 100% представителей имущих классов страдали от гонорейного уретрита. Гонорея очень часто присутствовала в анамнезе больных, обратившихся по поводу другого заболевания. Отличительной чертой гонореи в Герате, да и вообще в Афганистане являлось то, что она была болезнью обеспеченных людей. Практически все больные побывали в других городах страны или за границей. Особенно дурной

[598] Там же. Л. 58.

[599] Там же.

славой в отношении венерических болезней пользовался близлежащий персидский город Мешхед. Как выразился М.И. Нахашвили: «…Иной раз вместо вопроса больному – болел ли он гонореей? – можно было бы смело ограничиться вопросом – ездил ли он в Мешхед?»[600].

В качестве примера отношения местных жителей к гонорее, М.И. Нахашвили приводил случай одного крупного гератского чиновника. Советского врача вызвали на дом к больному с сильным гноетечением из уретры и резко болезненным левосторонним эпидидимитом. Больной был человеком образованным, даже интеллигентным, в прошлом побывавшим как в Западной Европе, так и в СССР. Интенсивный курс лечения дал заметное улучшение к вечеру следующего дня – боли и воспалительный процесс значительно утихли, но через день Нахашвили снова срочно вызвали на дом к чиновнику из-за его резко ухудшившегося самочувствия. Выяснилось, что ночью у больного было половое сношение с женой, и это произошло на фоне продолжающегося гноетечения из уретры и сильно увеличенного яичка. «Комментарии излишни», – кратко резюмировал пример М.И. Нахашвили[601].

Из наблюдений за подобными случаями советский врач справедливо вывел одну закономерность. По его мнению, постоянное отсутствие квалифицированной медпомощи и вполне заслуженное недоверие к знахарям и шарлатанам привело к тому, что у пациентов выработалось нежелание, а в большинстве случаев – просто неумение выполнять требования лечащего врача. Больной, годами страдающий хронической болезнью, мог запросто прекратить посещение амбулатории, если назначенное врачом лечение не произвело ощутимого эффекта за два или три дня. Либо же, после двух-трехдневного приема лекарств какой-нибудь пациент получал временное облегчение и сразу же забрасывал лечение, способствуя переходу заболевания в хроническую форму. «Необходимы долгие годы упорной работы, чтобы искоренить это зло и внедрить в сознание местного насе-

[600] Там же. Л. 60.

[601] Там же.

ления хотя бы самые элементарные устои здравоохранения», – заключал советский врач[602].

Второе место по частоте случаев занимала малярия. В самом Герате это заболевание было распространено меньше, чем в пригородных кишлаках и других населенных пунктах Гератской провинции, где были водоемы и рисовые поля, кишевшие личинками комара-анофелес. Большую роль в распространении малярии играл дефицит хинина и его высокая стоимость. В самом городе Герате хинина было достаточно, но в неблагополучных по малярии населенных пунктах Чиль-Духтар и Ферах любой автомобиль, следующий из Герата или в Герат тотчас же осаждался толпами местных жителей, просящих лишь одно – «дава и табуларз» – лекарство от лихорадки. Сравнивая Герат с Джиддой, тоже испытывавшей проблемы с заболеваемостью малярией, М.И. Нахашвили отмечал, что аравийские врачи даже злоупотребляли хинином, прописывавшимся при любом заболевании. В Герате же хинин стоил очень дорого и местные врачи, одновременно являвшиеся аптекарями в своих базарных лавочках, очень редко назначали хинин, предпочитая обойтись самыми дешевыми лекарствами. Из-за такого подхода любой больной малярией в Герате был практически обречен на хроническое течение болезни[603].

Глазные болезни составляли третью по частотности группу заболеваний. Здесь превалировала трахома, которая в Афганистане была болезнью малообеспеченных слоев населения, главным образом, дехкан. Практически никакой организованной медицинской борьбы с ней не велось. Местные лекари в своей терапии ограничивались раствором марганцево-кислого калия. Других средств против болезни не использовалось. «Даже простая палочка *cuprum*, показанная соврачом одному их них [гератских врачей – *В.Б.*] (бывший заведующий военным госпиталем) вызвала большое изумление», – описывал ситуацию М.И. Нахашвили[604].

---

[602] Там же. Л. 161.

[603] Там же. Л. 162.

[604] Там же. Имеются в виду препараты меди (*Cuprum sulfuricum*, медный купорос), которые были самым распространенным средством для лечения трахомы в СССР в 1920-е – 1930-е гг.

Из тропических болезней довольно большое распространение в Герате имел кожный лейшманиоз (пендинская язва). Однако среди коренных жителей эта болезнь встречалась редко; основным ее контингентом были афганцы, ранее проживавшие в Туркестане, или недавние эмигранты. Встретился один бактериологически диагностированный случай актиномикоза верхней губы у 28-летнего мужчины, страдавшего этим недугом шесть лет. Трехнедельная терапия йодистым калием перорально и в виде примочек избавила человека от шестилетнего хронического страдания. В условиях скученности городского населения, недостатка личной и общественной гигиены в Герате распространялись другие кожные болезни, например, чесотка.

Туберкулез в городе встречался, в основном, у детей. Из девяти наблюдавшихся случаев активного туберкулеза семь приходилось на туберкулез легких, а два – на туберкулез костей.

В группе нервных болезней преобладали поражения, вызванные систематическим употреблением местного наркотика «терьяка», представлявшего собой курительную опиумную смесь. Существенной проблемой являлись половые расстройства. Их причины М.И. Нахашвили находил в раннем начале половой жизни, сильном распространении венерических болезней и гомосексуализма. «Здесь не редкость встретить мужчину 25-30 лет с жалобами на *ejaculatio praecox* или даже на полное *impotentia cocundi*», – писал он. Среди женщин встречались жалобы на бесплодие или ранее наступление климакса[605].

В своем информационном бюллетене М.И. Нахашвили подчеркивал, что ограничения, с которыми ему пришлось столкнуться в Герате, а также очень специфический состав больных заставляли его делать выводы с крайней осторожностью и только в том случае, когда они базировались не только на материале амбулатории, но и на дополнительных наблюдениях и полученных со стороны сведениях. Действительно, делать какие-либо далеко идущие заключения на материале 747 посещений за полу-

[605] Там же. Л. 163. *Ejaculatio praecox* (лат.) – преждевременное семяизвержение. *Impotentia coeundi* (лат. неспособность осуществить половой акт) – эректильная дисфункция.

годие без привлечения широких дополнительных данных было невозможно.

Одним из обычных случаев, когда афганские власти без какого бы то ни было смущения прибегали к помощи советских врачей, были тяжелые травмы или ранения. В середине мая 1932 г. М.И. Нахашвили срочно вызвали в Гератский госпиталь по просьбе уполномоченного афганского МИДа. Случай оказался тяжелым: мужчина 30-35 лет 10 дней тому назад был случайно ранен дробью во время охоты. Все правое предплечье в своей средней трети было обожжено порохом и буквально начинено дробинками. При инциденте раненый от неожиданности упал в канаву и загрязнил всю раневую поверхность землей. На следующий день мужчину привезли в госпиталь на попечение местных врачей. Однако на девятый день пребывания там, раненому стало совсем плохо. Тогда и было принято решение звать советского врача.

Доктору Нахашвили было достаточно одного взгляда на раненого, чтобы убедиться, что перед ним классическая картина столбняка. Весь случай он привел в бюллетене для того, чтобы показать, что врачи (по отношению к афганским коллегам он употреблял это слово в кавычках) Гератского военного госпиталя понятия не имели о столбняке и его симптомах. «Смело можно утверждать, – констатировал он, – что любой прослушавший санчасы красноармеец, увидев больного, мог бы сразу определить сущность болезни»[606].

Спасти больного было уже невозможно – введение противостолбнячной сыворотки требовалось в первые 24 часа после появления симптомов. Тем не менее врач интралюмбально ввел больному 10000 единиц противостолбнячной сыворотки. К сожалению, это не возымело действия и больной на следующее утро скончался[607].

Этот, казалось бы, обычный для врачебной практики случай был показателен и в другом аспекте. Используя его, М.И. Нахашвили на реальном примере описал, в каких условиях проходит лечение подобных больных и что при этом делают афганские

[606] Там же. Л. 190.

[607] Там же.

врачи. Натуралистичное, временами едко саркастическое описание позволяет представить, в какой ситуации оказался советский медик:

> «Упомянутый больной валялся на грязном, ничем не покрытом матраце. Раненая рука была перевязана какими-то тряпками. Когда соврач, перед производством спинномозговой пункции, попросил постелить перед больным хотя бы полотенце, то выяснилось, что такового в госпитале не имеется, не говоря уж о халате. По-видимому, желая продемонстрировать свои "познания" в асептике, один из "врачей" полил весь пол перед постелью больного какой-то жидкостью, устроив этим огромную лужу на земляном полу. Буквально, не хватало только того, чтобы кто-нибудь из них размахивал бы полотенцем перед операционным полем, как это заставлял делать с целью "разогнать микробы" один хирург в небезызвестном анекдоте. Хотя тут же следует оговориться, что и это было бы здесь невыполнимо за отсутствием… полотенец»[608].

Описанный случай дал один положительный результат. Через несколько дней М.И. Нахашвили снова вызвали в госпиталь. Временно исполнявший обязанности главврача Абду-Рахман показал ему аналогичный случай ранения и загрязнения раны. На этот раз афганец сам, под руководством Нахашвили, ввел больному внутримышечно профилактическую дозу противостолбнячной сыворотки и дал обещание, что при всех подозрительных случаях будет ее применять. Параллельно выяснилось, что на складе госпиталя имеется большое количество свежей противостолбнячной сыворотки производства компании "*Merck"*. До описанных случаев ею никто не пользовался[609].

Наркомздрав РСФСР периодически напоминал своим врачам в Афганистане о важности санитарно-просветительной работы для продвижения принципов советской медицины в афганском обществе. В феврале 1932 г. заместитель директора ОБЗСИ по работе с Востоком И.В. Залужский писал М.И. Нахашвили: «Основной задачей Вашей работы должно быть внедрение

[608] Там же. Л. 191.

[609] Там же.

принципов советской медицины через санпросвет, доклады и прочее. Этот вопрос необходимо бы поставить, как одну из задач Вашей работы»[610]. Однако в сложившейся обстановке проводить какие-либо мероприятия по санитарному просвещению было просто невозможно. «Предложение ОБЗСИ о санпросвет работе, докладах и прочем невольно вызывает улыбку», – отвечал в информационном бюллетене Нахашвили[611]. В условиях, когда обычная лечебная работа медпункта была крайне затруднена запретительными мерами афганских властей, даже элементарное обучение афганских врачей вызывало подозрения в симпатии к большевикам. Когда М.И. Нахашвили спросил Абду-Рахмана, в то время возглавлявшего всю медицинскую отрасль Гератской провинции, почему бы ему почаще не навещать советскую амбулаторию, тот дал прямой ответ: «Я бы очень хотел этого, но у меня большая семья и рисковать потерей своей службы я не могу»[612].

Советский врач предлагал два варианта санитарно-просветительной деятельности, на которые, по его мнению, могли согласиться афганские власти. Во-первых, можно было попытаться перебросить из Персии в Афганистан экспонировавшуюся в тот период выставку Наркомздрава РСФСР. Если бы афганское правительство дало разрешение на ее показ, выставку можно было провезти от Кабула по всем городам страны, включая Герат. По мнению врача, это имело бы огромное санитарно-просветительное и политическое значение.

Во-вторых, при наличии даже небольшого комплекта лабораторного оборудования можно было бы запросить разрешение у местных властей на организацию маленькой лаборатории при Гератском военном госпитале. Это дало бы повод не только регулярно посещать госпиталь, но и установить регулярное рабочее общение с местными врачами, которые учились бы обращаться с лабораторными приборами, а параллельно усваивали бы основные принципы советской медицины. Однако отправленный в Наркомздрав РСФСР еще 24 октября 1931 г. заказ на лаборатор-

[610] Там же. Л. 61.

[611] Там же. Л. 152.

[612] Там же. Л. 153.

ное оборудование выполнен не был и медпункт был вынужден обходиться без него[613].

Здесь вопрос о расширении влияния советской медицины упирался в обычную для СССР того периода действительность – крайне стесненное материальное положение советских медпунктов и их нерегулярное снабжение не только инструментами и лекарствами, но и деньгами для своевременной выплаты зарплат медработникам. М.И. Нахашвили поднял тему лаборатории не просто так, а основываясь на своем опыте работы в аравийской Джидде. Там голландцы создали отлично оснащенную бактериологическую лабораторию, где советские врачи обучали арабских коллег производить лабораторные исследования. Медицинская лаборатория вызывала живой интерес, а иногда и настоящее благоговение восточных правителей, которые даже удостаивали их высочайшими визитами (см. следующий раздел). Однако в Афганистане ситуация была иной, и не только в плане недружественного отношения местных властей. Советские медпункты страдали от кадрового голода и недостаточного снабжения.

Состояние, в котором находились работники советских консульств в Афганистане без врачей, хорошо передает выписка из письма генконсула СССР в Мазари-Шарифе Г.С. Гуляева Полномочному Представителю СССР в Афганистане Л.Н. Старку от 9 декабря 1931 г. Описанную ситуацию можно было применить к любому консульству СССР в Афганистане. Все они периодически оказывались без медработников[614].

Вот что писал Гуляев о ситуации в Мазари-Шарифе:

> «Кстати, и о лечебном деле в нашей совколонии. Врача нет нигде, лечиться приходится первобытными способами. Дети болеют, друг друга заражают, а мы здесь не располагаем никакими возможностями с этим бороться. Выбросить их в Союз вместе с семьями нельзя, потому что за исклю-

[613] Там же.

[614] 19 октября 1932 г. в ОБЗСИ из отдела кадров НКИД СССР пришло письмо, в котором говорилось об исключительно тяжелом положении Полномочного Представительства СССР в Кабуле из-за отсутствия там врача. В этот период сотрудникам дипмиссии и других советских учреждений пришлось обращаться за помощью к турецкому врачу. См.: ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 31. Л. 432.

чением одного человека никто не располагает там квартирами. Только в течение последних ноября и декабря у нас переболели 9 человек; в среднем пролежали до тех пор, пока температура упорядочилась, по 10-15 дней. В настоящий момент больных у нас 5 человек. Нужно поставить вопрос перед НКИД и Наркомздравом, чтобы сюда дали врача – это просьба всей колонии. Врача здесь нужно иметь вне зависимости, будет ли он работать у афганцев или нет»[615].

Процитированный документ дает представление не только о бедственном положении советских граждан, лишенных медпомощи в чужой стране, но и о нерешенных бытовых проблемах на родине. Единственным жильем этих людей были служебные квартиры или комнаты при месте их работы. В СССР же они были фактически бездомными. В этом единственном предложении просматривается глубинное противоречие между в целом рациональным и правильным целеполаганием советской «мягкой силы» на зарубежном Востоке и вопиющим расхождением между декларируемыми государством целями и жизненными реалиями непосредственных исполнителей внешней политики. Насаждать в странах Азии базовые советские принципы – социальное равенство, свободу, созидательный труд, социальную ответственность – посылались люди, не имевшие в СССР даже собственного жилья, оставляемые государством на произвол судьбы без медицинского обслуживания, зарплаты, стабильного снабжения самыми необходимыми для работы материалами и оборудованием. И то, что в подобных условиях советским врачам удалось создать фундамент доверия к себе и отечественной медицине, является доказательством их гражданского и профессионального подвига.

Прибывая в консульство, врач из СССР часто обнаруживал вместо медпункта неприспособленное помещение без оборудования и самых необходимых лекарств. Так произошло с врачом в Меймене Волобуевой, врачом в Мазари-Шарифе Г.Р. Исаакяном и другими советскими медиками. Например, сразу по прибытии в советское консульство, доктор Исаакян осмотрел аптечку, в которой почти не оказалось медикаментов. Микрос-

[615] Там же. Л. 113.

копа, который по полученным ранее сведениям имелся в консульстве, на самом деле не было. Помещение для амбулатории не было подготовлено. Медикаменты, которые врач привез с собой из Москвы, остались на берегу реки и их получение ожидалось со дня на день[616].

Оставляло желать лучшего даже оборудование медпункта при Генконсульстве СССР в Герате, где работал опытный М.И. Нахашвили. Прибывший ему на смену И.Я. Шимельгор описывал его помещение как две комнаты общей площадью всего 22 кв. м. Весь штат состоял из одного врача. Не было ни санитара, ни даже простого слуги. В приложенной к отчету описи имущества не было зонда для промывания желудка, гинекологических инструментов, зажимов Кохера и аппарата Боброва. «Это значит, что мы не сможем оказать должной помощи при отравлении, либо остановить кровотечение, не только хирургическое, но и женское, – сетовал доктор Шимельгор. – Не можем оказать помощи при большой кровопотере»[617].

Врачи считали бесперебойное снабжение всеми нужными материалами и медикаментами обязательным условием не только для успешной работы среди своих сограждан, но и как важный фактор расширения влияния советской медицины в Афганистане. Например, Г.Р. Исаакян на первое место ставил получение разрешений от местных властей на беспрепятственный допуск в городскую больницу и бесплатный прием населения. Следующим пунктом шло требование «… иметь достаточное количество медикаментов, для чего мои запросы должны выполняться Наркомздравом срочно и полностью». Затем врач просил микроскоп и лабораторное оборудование, а также приборы для электрокабинета: кварцевую лампу Баха, гальваническую доску с амперметром и необходимыми кабелями, лампу «Соллюкс» с четырьмя запасными горелками, аппарат для вибрационного массажа с мотором постоянного тока. Как считал доктор Исаакян, организация электрокабинета имела большое политическое значение. Его наличие дало бы советскому медпункту преимущество перед местной больницей и переманило бы оттуда часть чинов-

[616] Там же. Л. 430.

[617] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 32. Л. 303.

ничества, купечества и другой состоятельной клиентуры. Прием в электрокабинете можно было бы вести на платной основе[618].

Скромные запасы советских амбулаторий быстро таяли и потому, что основной установкой медиков было бесплатное медицинское обслуживание населения и безвозмездное предоставление лекарств малоимущим пациентам. В те редкие случаи, когда простые афганцы массово прорывались к советскому врачу, буквально вымолившему разрешение у высокопоставленного афганского чиновника после оказания качественной и бесплатной медицинской помощи, лекарства буквально исчезали на глазах. Врач в Герате И.Я. Шимельгор писал: «Великоват немного расход медикаментов, но этого требуют местные условия: иногда приходится давать медикаменты чуть ли не на улице или посылать на дом»[619]. Сам он, вылечив в Казырге местного эмира, выхлопотал у него разрешение принимать пациентов. Врачебный прием проходил в резиденции эмира, где Шимельгор за несколько дней принял 65 первичных и 50 повторных больных[620]. Конечно, с такой интенсивностью приема и бесплатной раздачи лекарств и без того скудные запасы советских медпунктов иссякали на глазах. Ждать же новой партии приходилось долго.

Для решения некоторых вопросов материального обеспечения в ОБЗСИ поступали предложения перевести оказание медицинской помощи имущим на платную основу. Весной 1932 г. с такой инициативой выступил М.И. Нахашвили, снова ссылаясь на свой опыт работы в Джидде, где с обеспеченных пациентов взималась плата за медикаменты. Подобный частичный хозрасчет мог бы помочь покрыть текущие расходы амбулатории (наем слуги, покупка дефицитных в СССР лекарств). Кроме того, как считал Нахашвили, взимание платы с имущих пациентов снимало бы с врачей подозрения в том, что у них имеется какой-то

---

[618] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 31. Л. 430 об.

[619] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 15.

[620] Там же. Л. 13. Для сравнения: за сентябрь и октябрь 1933 г. консульский медпункт в Герате, где работал тот же самый врач, принял 61 первичного и 58 повторных больных. См.: Там же. Л. 12.

скрытый политический интерес. В ОБЗСИ предложение врача не поддержали[621].

Однако в сентябре 1932 г. тот же вопрос обсуждался на Коллегии НКИД СССР. Было вынесено постановление, согласно которому:

1. Прием в советских амбулаториях оставался бесплатным для всего населения (как имущих слоев, так и бедноты), равно как и отпуск медикаментов неплатежеспособным пациентам. С имущих за лекарства взималась плата по себестоимости.

2. Вызовы на дом для бедных пациентов оставались бесплатными; для остальной части населения устанавливалась плата за вызов врача, размер которой определялся полпредством с учетом местных условий. В постановлении была сделана оговорка: врач не должен был требовать платы за визит, но имел право не отказываться от гонорара, если его предлагали.

3. Вырученные за вызовы на дом средства должны были вноситься в кассу амбулатории на личный счет врача и в конце месяца делиться на две равные части: половина шла в пользу врача как дополнительное вознаграждение к его основному окладу; другая половина расходовалась на нужды амбулатории[622].

Постановление было разослано по советским дипломатическим учреждениям в Афганистане 17 сентября 1932 г. В сопроводительном письме замнаркома иностранных дел Л.М. Карахан выразил надежду, что новое положение поможет преодолеть неразбериху в этом вопросе и будет способствовать тому, что врачей перестанут подозревать в наличии скрытой политической повестки, а также не будут больше пытаться отблагодарить их вещами, скотом и другой «натурой»[623]. Подобные случаи в практике врачей происходили довольно часто. Например, И.Я. Шимельгор писал, что ему в качестве оплаты предлагали коврик, от которого пришлось отказаться. Но предложенные в другой раз 25 афгани он взял, предварительно согласовав это с консулом. В своем отчете в ОБЗСИ И.Я. Шимельгор выразил надежду, что такой порядок сохранится, так как на вырученные

[621] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 31. Л. 152.

[622] Там же. Л. 380.

[623] Там же. Л. 381.

средства медпункт мог бы содержать дополнительного служителя. Не имея в смете на это средств, Шимельгор нанимал слугу для медпункта из собственной скромной зарплаты[624].

Каков же был размер заработной платы врача советского медпункта в Афганистане? Постановлением Наркомтруда СССР от 10 февраля 1933 г. с 1 января 1933 г был установлен максимальный оклад для врача в Афганистане в сумме 1410 афгани в месяц. Ранее, когда врачи подписывали договор с ОБЗСИ, в нем фигурировала другая сумма – 300 руб. золотом. Не зная точного курса афганской валюты к рублю на тот момент, невозможно рассчитать реальное различие между этими суммами. Однако в тот период курсы местных валют в Синьцзяне, Афганистане, Персии и странах Аравийского полуострова часто и сильно изменялись по отношению к твердым мировым валютам – доллару США и английскому фунту стерлингов. Поэтому получать оклады в ланах, афгани, реалах или дирхамах было невыгодно. Тем более, что на руки врач получал гораздо меньшую, чем указанный оклад, сумму. Так, за январь и февраль 1933 г. врач в Мазари-Шарифе Г.Р. Исаакян получил на руки лишь 738,5 афгани из причитавшихся ему 1410 афгани (201,5 афгани ушли на заем, 302,5 афгани в месяц получала жена, 167,5 афгани составили другие удержания). Впоследствии, Исаакян получал чуть большую сумму – 1057,5 афгани, но на заем уходило даже больше – 352,5 афгани, а на остальные удержания – 25% суммы оклада[625].

Если сравнить зарплату советского врача с жалованьем турецких медиков (3000-6000 афгани в месяц), становится ясно, что труд своих врачей советское правительство оценивало в тришесть раз меньше, чем афганцы платили врачам-туркам. Больше верится и в высказанное медиками предположение о том, что афганские власти подозревали бесплатных, но малоимущих советских врачей в распространении большевизма, а туркам, которым платили большие деньги, доверяли.

Однако и эта скромная по меркам иностранного специалиста зарплата часто задерживалась. Прибывший в Мазари-Шариф

[624] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 16.

[625] Там же. Л. 17.

19 августа 1932 г. врач Г.Р. Исаакян отправил 2 ноября в ОБЗСИ и I Восточный отдел НКИД СССР письмо, в котором информировал, что с момента приезда ни разу не получал причитавшейся ему зарплаты[626]. В ответ приводились маловразумительные объяснения о задержке в пути, задержке дипломатической почты, частом отсутствии валюты в Термезском отделении Госбанка СССР. В результате, зарплату за сентябрь Г.Р. Исаакян получил лишь в декабре, и только за один месяц. В связи с этим генконсул СССР в Мазари-Шарифе 24 января 1933 г. направил письмо на имя наркома здравоохранения РСФСР М.Ф. Владимирского (в документе он ошибочно назван директором ОБЗСИ), где просил дать распоряжение переводить зарплату Исаакяна телеграфным переводом в начале каждого квартала за весь квартал сразу.

О том, на какие средства врач больше трех месяцев жил, одевался и питался в чужой стране, в переписке не говорится. Однако очевидно, что при отсутствии возможности зарабатывать на жизнь, у него оставалось три варианта: жить на привезенные из СССР средства, брать в долг или всецело полагаться на добрую волю соотечественников при консульстве. В любом случае, создалась неприятная ситуация, когда работающий высококлассный специалист, чья основная задача заключалась в продвижении в афганское общество принципов советской медицины, был поставлен в крайне унизительное и уязвимое положение.

Созданная типичным советским головотяпством ситуация получила неблагополучное разрешение как для самого Г.Р. Исаакяна, так и для всего консульства СССР в Мазари-Шарифе. 7 апреля 1933 г. генконсул Козлов направил в ОБЗСИ письмо с настоятельной просьбой заменить Исаакяна другим врачом. Основной претензией оказалось то, что за время пребывания в Мазари-Шарифе тот «не принял никаких мер к тому, чтобы хотя бы элементарно научиться говорить по фарси и до сих пор работает с помощью переводчика». По словам генконсула, это обусловило крайне подозрительное отношение к нему афганцев.

Во втором аргументе против Исаакяна всплыла, наконец, тема задержки зарплаты, но в контексте, крайне невыгодном для

[626] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 31. Л. 437.

врача. Оказалось, что и поведение Исаакяна оставляло желать лучшего, так как он «до сих пор не ликвидировал своих долгов и продолжает должать на базаре купцам» и «никакие указания консула на него не действуют». При этом очевидно, что первопричина проблемы – задержка зарплаты – осталась далеко «за кадром» и не знающему контекста человеку было бы сложно понять ситуацию.

Наконец, выяснилось, что обслуживание советских работников также велось неудовлетворительно и вызывало недовольство[627]. При этом, ни слова не сказано о том, что Г.Р. Исаакян честно пытался наладить работу с афганскими врачами, посещал местный госпиталь, пока ему не запретили этого делать, жаловался в НКИД и Наркомздрав на вынужденное бездействие и систематическую невыплату зарплаты. Обслуживая дипломатических работников, он выезжал в соседний город Меймене, где из-за отсутствия врача некому было проводить оспопрививание, профилактические прививки и обычные медицинские консультации[628]. И все это время доктор Исаакян был вынужден жить в долг, причем не советскому консульству, а купцам на базаре. Последние, видимо, не преминули напомнить о долгах, возможно даже написали какую-то жалобу в консульство. Но по версии консула, виновником всего оказался именно Г.Р. Исаакян, который по совокупности стал лентяем, торгашом и плохим специалистом.

В результате, больше всего от сложившейся ситуации пострадали те самые сотрудники, которые, якобы, были недовольны врачом. Исаакяна отозвали в СССР, а медпункт консульства снова впал в запустение. Ситуация наладилась, когда в 1936 г. в Мазари-Шариф приехал опытный в зарубежной работе врач С.Т. Ильин[629].

Судя по документам ОБЗСИ, к концу 1930-х гг. ситуация с кадровым и материальным обслуживанием советских медучреждений в Афганистане не улучшилась, а, скорее, усугубилась. 22 декабря 1938 г. в Москве состоялось межведомственное сове-

[627] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 32. Л. 98.

[628] Там же. Л. 97.

[629] ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 10. Д. 44. Л. 7.

щание по вопросам медицинского обслуживания работников учреждений СССР за границей. Представитель Наркомздрава РСФСР Левенко сделал доклад, в котором акцент делался на медицинскую помощь в странах Азии, так как в Европе у советских диппредставительств не было собственных медицинских пунктов. Оказалось, что к 1938 г. в Афганистане остался лишь один советский врач при Полномочном Представительстве СССР в Кабуле. В других городах медработников из СССР не было. Представителям НКИД, Наркомфина, Наркомвнешторга, Наркоммаша и Наркомата обороны СССР Левенко озвучил следующую картину:

> «В таких маленьких колониях, как Кабул, может быть не совсем целесообразно содержать врачей. Я здесь не выступаю в качестве защитника Наркомфина, но если советская колония насчитывает 20-25 человек, то врач себя не оправдывает. Например, в Кабуле врач, обслуживающий небольшой коллектив, находится в чрезвычайно плохих материальных условиях, ибо он получает столько же, сколько шофер. Он даже не имеет возможности приобрести соответствующую экипировку, для того, чтобы посещать соответствующие приемы и банкеты, которые он должен посещать по положению. Или нужно как следует обеспечить этого врача, или его оттуда отозвать. Работники могут пользоваться ближайшей медпомощью, т. е. из Ташкента или Термеза, и это будет стоить дешевле»[630].

С мнением о возможности отзыва врача из Кабула категорически не согласились представитель Наркомата внешней торговли СССР Белов и представитель НКИД СССР Урицкий. Первый говорил, что одно оформление визы в Афганистан занимает несколько месяцев, а постоянной визы советским гражданам не дают. Поэтому посылка врача из Термеза в Кабул была нецелесообразна, а по стоимости вышла бы дороже, чем содержание постоянного медработника при Полпредстве СССР. Белов старался перевести вопрос из финансовой плоскости в кадровую, говоря, что с Наркомфином всегда можно договориться, а в случае отказа – обратиться напрямую в Совет Народных

[630] ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 10. Д. 64. Л. 198.

Комиссаров СССР. При этом, он настаивал на сохранении должности врача в Кабуле[631].

Представитель НКИД Урицкий ожидаемо акцентировал политическую роль советской медицины на Востоке. Его аргументы исходили из того, что помимо советских граждан врачи обслуживали местное население, а главное – вели большую санитарно-просветительную работу, имевшую политические значение. В качестве примеров он приводил ситуацию в иранском городе Мешхед, где американцы устроили конкуренцию с советскими врачами, организовав бесплатное обслуживание в своих медицинских учреждениях, а также благодарственные письма короля Саудовской Аравии. Ибн Сауд послал в НКИД письмо, в котором просил прислать стоматолога на период хаджа (май-ноябрь), потому что именно в этот период отмечался огромный приток паломников. «Советская медицина, таким образом, внедряется и сталкивается с религией, – говорил Урицкий. – Это колоссальный политический вопрос. Если на востоке трудно развить политическую пропаганду, то через медицину можно оказать большое влияние»[632].

В результате прений представитель Наркомздрава РСФСР получил несколько упреков в том, что его ведомство недостаточно эффективно распоряжается имеющимися средствами и плохо ведет кадровую работу. Было принято два решения: просить Наркомздрав срочно укомплектовать штаты медицинских учреждений СССР на востоке и отметить необходимость передачи ему централизованного руководства медицинским обслуживанием советских работников за рубежом[633]. Каких-то конкретных решений по улучшению финансирования медпунктов или увеличению зарплаты медработников не последовало.

Таким образом, к концу 1930-х гг. в советских медицинских пунктах в Афганистане практически не осталось врачей. В условиях, когда без медицинского обслуживания оставались сотрудники дипломатических и торговых представительств с семьями и детьми, вопрос о политическом влиянии советской

[631] Там же. Л. 205.

[632] Там же. Л. 206.

[633] Там же. Л. 216.

медицины почти исчез из официальной переписки. Небольшой экскурс в повседневную работу медучреждений показал, что к такому результату привела совокупность внешних и внутренних факторов.

Во-первых, афганское правительство так и не преодолело недоверия к советским врачам, продолжая ограничивать их доступ к местному населению и подозревая в распространении большевистской идеологии. При этом, врачи неизменно пользовались авторитетом и популярностью в правящих кругах, потому что в критической ситуации были способны оказать быструю и качественную медицинскую помощь. В этом двойственном отношении просматриваются как политические, так и обычные человеческие мотивы. Хорошо подготовленные советские врачи выглядели лучше своих индийских или афганских коллег, для обучения и развития которых правительство за большие деньги нанимало турецких профессоров-медиков. Выбравшие для развития национального здравоохранения западную модель, внедрявшуюся единоверцами-турками, афганские власти опасались того, что советские медики будут подрывать ее авторитет. Чисто политические соображения, например, боязнь распространения в обществе большевистских идей, могли иметь какое-то значение в самом начале сотрудничества. Однако в 1930-е гг., когда в Афганистане прочно обосновались турецкие медики, они, скорее всего, использовались лишь в виде предлога для ограничения доступа населения в советские медпункты.

Во-вторых, советская сторона сама создавала прецеденты, бросающие тень подозрения на медицинских работников. Одно то, что советские врачи были вынуждены влезать в долги на местных базарах, совершенно не способствовало росту их авторитета. Между тем, вопрос упирался в финансовое обеспечение врачей, которое даже в номинальных цифрах было в разы хуже, чем у турецких специалистов. Правда, проблему всегда можно было повернуть другой стороной, выставив врачей в качестве морально неустойчивых стяжателей, малокомпетентных бездельников или безответственных потребителей. Еще одним проблемным вопросом являлся хозрасчет, ввести который советское правительство не решалось. Между тем, отказ врачей

от гонорара в афганском обществе часто рассматривался как обида, а объяснения возбуждали подозрения в существовании двойной повестки.

В-третьих, советские медпункты в Афганистане представляли собой довольно скудно оборудованные и снабжавшиеся медицинские учреждения, часто пустовавшие по причине дефицита кадров. Многочисленные предложения и инициативы имеющих опыт работы на Востоке врачей об открытии электрокабинетов, лабораторий и других инфраструктурных объектов, по-видимому, так и остались на бумаге. В любом случае, для их успешной деятельности были необходимы квалифицированные кадры, но испытывавшее кадровый голод ОБЗСИ такой запрос выполнить попросту не могло.

2.3. Советские врачи и борьба с эпидемиями в Афганистане

Глава о советской медико-санитарной помощи Афганистану была бы неполной без экскурса в историю совместной борьбы с эпидемиями. Наиболее известны две холерные эпидемии, обрушившиеся на страну в 1930-х гг. Однако, помимо холеры в Афганистане возникали вспышки других инфекционных болезней и Советский Союз, командируя в пораженные районы своих врачей, не только протягивал руку помощи соседнему государству, но и обеспечивал безопасность собственных границ, а также вел эпидемиологический мониторинг афганской территории.

На юго-востоке и юге Афганистан имел протяженную границу с Британской Индией – родиной азиатской холеры. Оттуда летом 1930 г. пришла сильная холерная эпидемия. Первые сведения о холерных заболеваниях пришли из г. Джелалабад в начале июня. По поступавшей в Кабул информации, в день регистрировалось от 15 до 30 случаев холероподобного заболевания, которое вскоре как будто бы прекратилось само собой. Однако в конце июня отдельные заболевания холерой появились в кишлаках недалеко от Кабула.

Сначала отмечалось от четырех до восьми случаев заболевания холерой в день. Затем кривая заболеваемости быстро пошла

вверх. Если с 1 по 7 июля 1930 г. выявлялось 15-20 заболевших, то 15 июля было обнаружено 260 случаев холеры. Потом количество заболевших будто бы пошло вниз, но врач советского полпредства в Кабуле И.В. Виноградов в этом сомневался, связывая снижение кривой заболеваемости с торжественным молебном, совершенным в столице 19 июля. «Не связано ли официальное уменьшение холеры с ношением волоса из бороды пророка по улицам Кабула?» – саркастически спрашивал он[634].

Появление холеры в районе Кабула связывали с приходом из Джелалабада кочевников, нанимавшихся на уборку хлеба. Как только началась холерная эпидемия, кочевники бросили работу и спешно ушли обратно. Вместе с ними разбежалась по домам часть солдат столичного гарнизона.

Жители Кабула были обязаны извещать о заболевании ближайшее полицейское управление. Однако учет шел плохо, а медицинское управление пыталось скрыть реальные масштабы эпидемии. И.В. Виноградов ссылался на слова одного из министров, что официально 14 июля было 17 заболевших, а в действительности их было 170. Сведениями о заболеваемости в других провинциях в Кабуле не было. Лишь по слухам 17 июля 1930 г. в Кандагаре было четверо заболевших.

Быстрому распространению эпидемии способствовало санитарное неблагополучие афганских городов. Уборные были устроены так, что нечистоты по особому желобу или трубе сразу выводились на улицу, где их частично собирали и вывозили ассенизаторы, но значительная часть все равно попадала в реку или ближайший арык. Распространенная по всей Центральной Азии арычная система орошения предполагала их наличие везде, в том числе и на городских улицах. Вода в арыках была сильно загрязнена нечистотами. Тем не менее афганцы совершали в них обряд омовения перед молитвой, полоскали этой водой рот, пили, мыли в ней овощи и фрукты. В воздухе висели тучи мух, размножавшихся в нечистотах и мусоре. В целом, отсутствие коммунальной гигиены создавало благоприятные условия для быстрого распространения холерного вибриона. Доктор Виноградов характеризовал ситуацию так: «При известном восточном

[634] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 351. Л. 75.

фатализме санитарно-гигиенические требования оставляются без внимания, а санитарного надзора нет»[635].

Правительство предпринимало противоэпидемические меры, но по мнению И.В. Виноградова, борьба с холерой велась плохо. Был издан фирман (приказ) об обязательном извещении о случаях заболевания, о помещении в больницы, дезинфекции и сжигании одежды. На базаре несколько дней бесплатно отпускалась водопроводная вода со льдом. На улицах появились следы дезинфекции нечистот гашеной известью.

Заболевшие афганцы перевозились не на специальных повозках, а на извозчичьих двухколесных экипажах, не предназначенных для транспортировки лежачих больных. При перемещении туловище больного оказывалось на полу экипажа, ноги – на сиденье, а рвотные и каловые массы попадали на дорогу. И.В. Виноградов сомневался, проводилась ли какая-то дезинфекция повозок. Из общего количества больных, в медучреждения попадало лишь 15-20%. Холерные больные поступали в городскую больницу, расположенную рядом с советским полпредством, а также в военный госпиталь. Палаты были устроены под открытым навесом. Пол в них был земляной. В городской больнице больные лежали на полу, а в госпитале койки были поставлены только к визиту туда эмира. Медперсонал спецодежды не носил; дезинфекции после рабочего дня не проводилось; люди уходили домой в той же верхней одежде, в которой работали с больными[636].

То, что болезнь действительно являлась холерой было установлено бактериологически, но из-за отсутствия лаборатории специальных исследований воды не проводилось. Смертность оказалась значительной. Большинство больных умирало в первый день. По состоянию на 12 июля 1930 г. из 62 больных в военном госпитале умерло 34, выздоровело пять, а 22 чел. остались в том же состоянии. В одном из ближних кишлаков из 17 чел. в первый же день умерло 13.

Служащим министерств, аэродрома, части офицерского корпуса и солдат были сделаны прививки. До 12 июля во

[635] Там же. Л. 76.

[636] Там же. Л. 77.

врачебном управлении неиспользованными стояли около 5000 доз вакцины. Предложенная советским полпредством помощь в виде эпидемических отрядов была отвергнута «за отсутствием эпидемии». Однако военный министр попросил Виноградова разработать план борьбы с эпидемией, который был сразу же отправлен в министерство на рассмотрение.

По сведениям на 20 июля 1930 г. в двух кабульских больницах с начала эпидемии умерло 1750 чел. Смертность составила 83%. Это была действительно грозная эпидемия. И.В. Виноградов считал, что приведенные цифры смертности при 20-процентной госпитализации больных дают общую численность заболевших в 8000-10000 чел. При этом, речь шла не о всей стране, а только о столичном регионе. В сельской местности заболеваемость была высокой: холера охватила южные районы Чир-Дехи, Майдан, Чарсия. Вновь выросла заболеваемость в Будхаке, через который эпидемия пришла в кабульский регион из Джелалабада. По доходившим до советского полпредства сведениям, эпидемия начала охватывать северные провинции страны[637].

С 20 июля 1930 г. сведений по заболеваемости и смертности в Кабуле больше не поступало, но И.В. Виноградов отмечал, что с 20 по 28 июля в столице произошло снижение заболеваемости, а с 28 июля по 3 августа она вновь пошла вверх. В Кабуле ежедневно заболевало около 40 чел., в прилегающем сельском районе – больше. Более точные цифры поступали из Газни – 100-120 умерших в день и из Чардеги – 40 умерших в день[638].

В августе 1930 г. о ходе холерной эпидемии забеспокоился Наркомздрав РСФСР. Заведующий ОБСЗИ М.М. Эттингер разослал по городам советской Средней Азии телеграмму с требованием известить его телеграммой «молнией» о ходе противоэпидемических мер на советско-афганской границе и усилить санитарное наблюдение в связи с появлением холеры в Мазари-Шарифе, Таш-Кургане и Ханабаде[639].

---

[637] Там же. Л. 78.

[638] Там же. Л. 74.

[639] Там же. Л. 71.

В Самарканд из Наркомздрава РСФСР телеграфировали требование срочно командировать в Мазари-Шариф врача-бактериолога. 7 сентября 1930 г. в Наркомздрав Узбекской ССР пришла телеграмма за подписью наркома здравоохранения М.Ф. Владимирского, в которой он просил оказать всемерное содействие афганцам в приобретении медикаментов и оборудования, а в случае отсутствия необходимого в Узбекистане срочно телеграфировать заказ в Москву[640].

В июле 1930 г. афганское правительство обратилось к Советскому Союзу с просьбой срочно выслать самолетом партию противохолерной вакцины. Заказ был выполнен. Вскоре афганцы попросили дополнительно прислать 15000 доз вакцины, но 2 августа заказ был отменен в связи с тем, что по их сведениям, эпидемия пошла на убыль[641].

Наркомздрав УзССР направил в Мазари-Шариф крупнейшего в Средней Азии специалиста-бактериолога доктора Б.Д. Штибена. Вместе с ним на афганский берег Амударьи были отправлены 50 кг хлорной извести и 5 кг кристаллической карболки, которую с трудом получили из запаса дезинфицирующих средств прибывшего на границу эпидемиологического отряда[642]. Заказанных афганцами 90 кг марганцево-кислого калия в Термезе не нашлось и ответственный за операцию агент НКИД Неймарк сомневался, что такое количество найдется даже в Ташкенте. Доктор Штибен действительно являлся ученым-бактериологом, но лечебной работы не вел, а специализировался на бактериологических исследованиях. Свою роль он видел как помощь местному врачу-индийцу в области бактериологии, взамен чего надеялся получить возможность исследовать провинцию на предмет бактериологических очагов. Командировка Б.Д. Штибена в Мазари-Шариф должна была продлиться месяц, но при необходимости ее можно было продлить[643].

Б.Д. Штибен прибыл на афганскую сторону 7 сентября 1930 г. Вечером того же дня он был в Мазари-Шарифе, а на

[640] Там же. Л. 34.

[641] Там же. Л. 30.

[642] Там же. Л. 20.

[643] Там же. Л. 20 об.

следующий день был вызван на консилиум с местным врачом-индийцем Абдул-Маджид-Ахмедом и одним из высших чиновников местной администрации Якуб-ханом. Далее последовала обычная для Афганистана проверка врачебной компетенции – оказание медицинской помощи афганскому начальству. Потом началась обычная волокита: сначала врач-индиец уехал вместе с Якуб-ханом в г. Балх; потом он некоторое время избегал встречи со Штибеном, сказавшись больным. В результате, следующая личная беседа с Абдул-Маджид-Ахмедом состоялась только 22 сентября. Из нее Б.Д. Штибен узнал, что в Мазари-Шарифе заболеваний еще не было, а подозрительные случаи, наблюдавшиеся месяц тому назад в Мазари-Шарифе, Таш-Кургане и других ближних населенных пунктах, оказались нехолерными. Тем не менее эпидемия продолжалась в Кабуле и провинции Бамиан[644].

24 сентября 1930 г. Б.Д. Штибену разрешили осмотреть местную больницу. Ожидаемо, ее состояние советский врач описал как малопригодное. Единственное исключение составила довольно хорошо укомплектованная аптека. Пятеро больных, находившихся в тот момент в больнице, не были холерными. У одного был брюшной тиф, у двоих – осложнения после брюшного тифа. Один больной был хирургическим, а последний страдал заболеванием глаз[645].

26 сентября доктор Штибен встречался с генерал-губернатором и получил предварительное согласие на отправление материала для анализов в Термез, а также на пропуск в Мазари-Шариф врача с мобильной лабораторией в случае появления подозрительных по холере случаев. Однако на просьбу проехать вместе с местным врачом до г. Таш-Курган для обследования генерал-губернатор ответил отказом, мотивировав его так: «Если производить такого рода обследования, то нужно ехать до Кабула»[646]. Не удалось и обследовать родственников местных чиновников. Когда заболела жена одного из них, Штибен просил материал для бактериологического исследования, но контейнер

[644] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 30. Л. 362.

[645] Там же.

[646] Там же. Л. 363.

вернули пустым, объяснив, что больная поправляется и очень стесняется. Поэтому врач сомневался в реальности данных ему разрешений. Вместо этого, он решил, что местные власти предупредительно и вежливо, но совершенно намеренно, пытаются изолировать его как от народа, так и от чиновников[647].

Произведенные Б.Д. Штибеном наблюдения привели к заключению, что хотя в Мазари-Шарифе не отмечалось холерных заболеваний, их появление в провинции Балх было весьма вероятным. Для постоянного мониторинга эпидемической ситуации он предлагал командировать в Генконсульство СССР в Мазари-Шарифе врача-лечебника, знакомого с бактериологическими исследованиями. При появлении подозрительных по холере случаев, биологический материал можно было срочно отправить с дипкурьером в Термез, а оттуда на самолете – в Ташкент. Командирование врача в Мазари-Шариф позволило бы ослабить противоэпидемические меры на советско-афганской границе, оставив в ключевых точках лишь по противоэпидемической лаборатории с врачом-бактериологом и лаборантом. В случае заноса холеры в Мазари-Шариф, противоэпидемические меры вдоль границы могли бы быть снова развернуты в полной мере[648].

Однако, помимо перехода границы через наземные пограничные пункты, с Афганистаном осуществлялось регулярное авиасообщение. Для снижения опасности заноса холерной инфекции авиапассажирами, еще 2 августа 1930 г. НКИД СССР направил афганскому МИД вербальную ноту, в которой извещал о необходимости делать противохолерную прививку всем желающим посетить СССР не менее, чем за шесть дней до отправления из Кабула. Прививку необходимо было сделать в медпункте Полномочного Представительства СССР и там же получить специальное удостоверение. Прививка и выдача удостоверения производились бесплатно[649].

С наступлением холодов холерная эпидемия 1930 г. пошла на убыль и постепенно закончилась. Однако, через восемь лет холера вернулась в Афганистан с новой силой. Эпидемия 1938 г.

---

[647] Там же.

[648] Там же. Л. 363-364.

[649] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 351. Л. 23.

опять пришла из Индии и распространилась по схожим с 1930-м годом маршрутам. Сначала с кочевниками-пуштунами она распространилась по Южной провинции. Потом через г. Джелалабад холерная эпидемия ушла на восток страны.

К августу 1938 г. болезнь распространилась и в северных провинциях Афганистана, пограничных с СССР. К 20 августа 1938 г. холера свирепствовала во всей Каттагано-Бадахшанской провинции, угрожая перекинуться на территорию советской Средней Азии. Смертность от холеры в Кабуле составила 60-70%, ежедневно заболевало от 12 до 45 чел., из которых 12-16 чел. умирали.

Советские специалисты забили тревогу. С течением притоков рек Амударья и Пяндж холера могла попасть на территорию СССР. Предлагалось срочно ввести карантин на контрольно-пропускных пунктах и профилактические меры среди пограничного населения, особенно на участке от г. Хорог до г. Керки[650].

В сентябре 1938 г. секретарь военного атташе А. Белошкурский совершил поездку по северу страны с целью изучить масштабы эпидемии и маршруты ее распространения. Оказалось, что холерой поражены населенные пункты Пул-и-Хумри, Дани-Гури в районе Баглана, Айбак (Гайбак), Ханабад с близлежащими кишлаками и Кундуз. Первые случаи заболевания холерой на севере Афганистана (Пул-и-Хумри и Ханабад) были отмечены в середине июля 1938 г. К 10 сентября общее количество умерших в северных регионах составило 1075 чел. Наибольшее количество умерших было зарегистрировано в Таш-Кургане (свыше 300 чел.) и Айбаке (Гайбаке) – 300 чел. В Ханабаде и Кундузе умерло 200 чел., в районе Дани-Гури и Баглана – 250 чел., а в Пул-и-Хумри – 25 чел.[651]

Афганское правительство боролось с холерой с помощью противоэпидемических отрядов, карантинных кордонов и прививок. На севере кордоны были установлены на перевале Рабатак, в Айбаке (Гайбаке), Хезрет-и-Султане, кишлаках Сан-Гачи

---

[650] Башкуев В.Ю. Медицина и советская политика «мягкой силы» в Центральной Азии (1930-1940-е гг.) // Проблемы социально-экономического развития Сибири. 2016. № 1(23). С. 82.

[651] ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 10. Д. 38. Л. 58.

и Наиб-Бабад в 10 км к западу от г. Таш-Курган. Посланный из Кабула медицинский отряд проводил вакцинирование населения во всех населенных пунктах, пораженных холерой. По сведениям А. Белошкурского, к 11 сентября 1938 г. эпидемия на севере пошла на убыль[652].

Эпидемии холеры в Афганистане в 1930-е гг. воочию продемонстрировали эпидемиологическую опасность, которую представляла соседняя страна для союзных республик Средней Азии. Действия по санитарной охране границ, с одной стороны, показали способность СССР быстро организовать противоэпидемические меры. С другой стороны, обнаружилось, что в приграничных советских городах отсутствовали даже элементарные средства дезинфекции, собирать которые пришлось по всей Средней Азии. Также оказалось, что командирование даже одного врача-бактериолога в Афганистан связано как с организационным, так и с вполне политическими проблемами. Власти соседней страны продолжали недоверчиво относиться к советским медикам, даже зная, что перед ними специалисты, без которых противохолерные меры были невозможны.

Холера была не единственной эпидемиологической проблемой Афганистана. В августе 1931 г. в Герате вспыхнула эпидемия натуральной оспы. Недавно прибывший туда врач М.И. Нахашвили узнал от заведующего Гератским военным госпиталем Абду-Рахмана о том, что по своим масштабам эпидемия превышала все предыдущие. Смертность в городе была высока: к 21 августа 1931 г. умерло более 200 детей. Болезнь быстро распространялась по Гератской провинции.

Уполномоченный афганского МИДа связался с советским консульством, чтобы узнать, имеется ли в амбулатории оспенный детрит. Консульство ответило, что весь имеющийся детрит будет предоставлен в распоряжение Гератского госпиталя, а если его окажется недостаточно, из СССР будет запрошена дополнительная партия. Однако было и обязательное условие: требовалось широкое оповещение гератского населения об эпидемии и пользе оспопрививания. Советская сторона также потребовала, чтобы прививки были бесплатными. Под давлением обстоятельств

[652] Там же. Л. 59-60.

гератские власти выполнили условия: через два дня по городу были расклеены объявления о возможности бесплатно привить детей от оспы с указанием места и времени вакцинации[653].

Меры против оспы были приняты и в советском консульстве. Из Кушки был выписан дополнительный детрит в количестве 2200 доз. 28 августа 1931 г. среди членов советской колонии была проведена вакцинация[654].

В апреле 1940 г. в кабульской газете «Ислах» сообщалось, что в области Дайзенах, расположенной в 170-180 км к северо-западу от Кабула продолжается эпидемия брюшного тифа («мукрукэ»), и что такая же эпидемия началась в районе Дайкунди в 200 км от столицы. В той же газете сообщалось, что брюшным тифом охвачен г. Фаррах с прилегающими кишлаками.

Врач Полпредства СССР в Кабуле Журенко поделился с руководителем Группы международных санитарных конвенций при наркоме здравоохранения СССР (бывшее ОБЗСИ) Левенко своими опасениями того, что эти вспышки могли быть холерными. В качестве аргумента он привел информацию о том, что в Гератской провинции в начале апреля была зафиксирована вспышка сыпного тифа, но вслед за ней афганскими властями была проведена противохолерная иммунизация. Подозрения усиливал тот факт, что в тот год зима в Герате была очень теплой. Кроме того, «не было еще такого явления, чтобы афганцы без наличия данных проводили бы профилактические мероприятия среди населения (в виде двукратных уколов)». Поэтому, доктор Журенко считал, что это мог быть не сыпной тиф, а вернувшаяся холера. Распространение эпидемии шло по тому же маршруту, что и более ранние эпидемии холеры: из Индии через Газни, Хазареджад, Пул-и-Хумри и Ханабад. Именно в таком направлении происходила сезонная миграция кочевников[655].

Таким образом, в 1930-е гг. в Афганистане произошло несколько эпидемий, две из которых представляли особую опасность. Советский Союз оказывал помощь афганскому народу, направляя в страну противохолерную вакцину и специалистов-

[653] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 417. Л. 12.

[654] Там же. Л. 13.

[655] ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 10. Д. 82. Л. 282.

медиков. Однако афганское правительство, просившее СССР о помощи вакцинами, продолжало подозрительно относиться к обследовательской деятельности советских врачей. Запрашиваемые поездки по регионам не получали разрешения, намеченные маршруты не утверждались губернаторами провинций, врачи были вынуждены по крупицам собирать сведения, сидя в вынужденной изоляции в крупных городах. Тем не менее при ухудшении эпидемической обстановки приходилось использовать советскую помощь, как это произошло во время эпидемии оспы в Герате летом 1931 г. Таким образом, даже в условиях активного противодействия афганских властей, советским врачам удавалось оказать населению посильную помощь, хотя при должном содействии ее масштабы и эффект могли бы быть гораздо больше.

***

В межвоенный период Афганистан являлся важным с точки зрения внешней политики СССР государством. Большевики рассматривали его как потенциальный трамплин для идеологической экспансии в Центральную Азию, за пределами которой лежал главный актив Британской империи – Индия с огромным и все сильнее тяготившимся колониальной зависимостью населением. Кроме того, Афганистан исторически представлял собой плацдарм незримой борьбы между соперниками по «Большой игре», которая велась дипломатическими средствами, шпионажем, скрытой пропагандой, многослойными повестками и планами внутри планов. Страна долгое время являлась не субъектом, а объектом политики Великих держав, и это не могло не сказаться на желании афганцев освободиться и вести собственную независимую внешнюю и внутреннюю политику. Афганистан желал сам выбирать себе союзников и партнеров, а не выступать безвольной пешкой в играх колониальных держав.

Все это не только осложняло международную ситуацию в уязвимом центральноазиатском «подбрюшье» Советской России, но и настраивало афганцев как против англичан, так и против северного соседа. Но если британцы были давним заклятым врагом Афганистана, с которым страна воевала трижды,

то Советская Россия представляла собой новый политический субъект, громко осуждавший колониальное прошлое Российской империи, но, вместе с тем, отрицавший и религию, занимавшую центральное место в жизни каждого афганца. Для восточного эмирата, в глубинных основах которого лежали единоначалие и шариат, заявления и посулы большевиков, хоть и носившие максимально сглаженную, отредактированную форму, могли звучать по меньшей мере непривычно, по большей – неприемлемо, и в любом случае – подозрительно.

Медико-санитарная помощь СССР Афганистану началась с консульских медпунктов, основной задачей которых было медицинское обслуживание советских дипломатов, торговых работников и их семей. Однако в эту типичную для любого заграничного представительства повестку был встроен важный элемент – оказание медицинской помощи местному населению. В Центральной Азии он являлся краеугольным камнем успеха политической миссии советских врачей, заключавшейся в продвижении принципов советской медицины, а в идеальных условиях и советской идеологии, в массы обслуживаемого населения.

В этом отношении, афганский опыт оказался достаточно трудным. Правительство Афганистана в полной мере так и не смогло преодолеть недоверия к советским врачам, в которых оно видело потенциальных носителей подрывной идеологии, способных оказать нежелательное воздействие на простой народ. Поэтому на протяжении всего изучаемого периода доступ медиков из СССР к афганскому населению строго ограничивался. Это лишало врачей их главного козыря – возможности через квалифицированную и бесплатную помощь наименее социально защищенным подданным афганского эмира создавать у них положительный образ Советского Союза как державы, действительно стремящейся к благополучию трудящихся.

Тем не менее советские медики в Афганистане имели высокую профессиональную репутацию, о чем убедительно свидетельствует тот факт, что ни одно официальное представление нового врача генерал-губернатору провинции, местному уполномоченному Министерства иностранных дел или уважаемому религиозному деятелю не обходилось без оказания той или иной

медицинской помощи. Иногда это была мелкая хирургическая операция, вроде удаления нарыва с глаза, но чаще – достаточно серьезное лечение, при котором советские врачи не только безвозмездно консультировали и лечили больных, но и предоставляли все необходимые медикаменты. Такое взаимодействие было выгодно афганским властям, но далеко не всегда заканчивалось формированием взаимовыгодных для советских медиков связей. Высокие афганские чины цветисто выражали свою признательность за лечение, иногда пытались одарить медработников деньгами или вещами, но разрешений на расширение взаимодействия с простым населением не давали, или не держали своих обещаний. Поэтому многие инициативы советских врачей, имевшие очевидную пользу для афганского общества – оспопрививание, популяризация электролечения, самая простая и ненавязчивая санитарная пропаганда – оставались либо на стадии предложения, либо не имели большого эффекта.

Необходимо также признать, что свою пагубную роль сыграли неотъемлемые черты советского снабжения – дефицит многих лекарств, медицинских инструментов и оборудования, их несвоевременная доставка, не всегда приемлемое качество, плохая упаковка и проблемная логистика. Врачи сетовали на скудное снабжение советских медпунктов, их недостаточно современное и эффективное оснащение, отсутствие медицинской литературы и периодики. В условиях фактической изоляции с такими активами было сложно обслуживать даже население советских учреждений, не говоря уж о медицинской помощи афганскому населению. Между тем, Наркомздрав РСФСР и, особенно, НКИД СССР настаивали на выполнении обычной программы по бесплатному обслуживанию местных жителей, не считаясь с бедственным положением самих советских медпунктов.

Даже финансовое обеспечение сравнительно небольшого контингента медработников происходило с большими перебоями. Месяцами не получавшим заработной платы врачам приходилось питаться в долг, но работать как в амбулаториях, так и на вызовах или экстренных выездах в другие города и провинции. При этом, даже самые элементарные формы хозрасчета либо отвергались совсем, либо вводились в ограниченном виде,

не способные заметным образом улучшить ситуацию с материальным снабжением медпунктов и врачей.

Афганское же правительство в конце концов открыто сделало ставку на строительство здравоохранения не по советской, а по западной модели, доверив эту важную задачу своим европеизированным и просвещенным единоверцам-туркам. По сравнению с советскими коллегами, турецкие медики в Афганистане находились в привилегированном положении. Им платили в три-шесть раз больше, чем советским врачам, а новые госпитали и больницы оборудовались аппаратурой и инструментарием германского производства. Конечно, турецкие идеи исламского просвещения были ближе афганцам, чем большевистская риторика, которой они в собственной стране просто не допускали. С другой стороны, привлечение специалистов-турок отражало политическое поведение страны, исторически зажатой между двумя могучими соседями. В случае Афганистана это были СССР и Британская империя. Выбирая турецкую помощь, афганское правительство, по сути, склонялось к собственной форме политики «третьего соседа». При этом, несмотря на агрессивно провозглашаемую светскость, кемалистская Турция была гораздо более приемлемым «культуртрегером», чем идеологически и цивилизационно чуждый Советский Союз.

Это обстоятельство во многом повлияло на фактический провал «мягкой силы» советской медицины в Афганистане. Несмотря на то, что врачи из СССР принимали участие в ликвидации эпидемий, оказывали всю возможную помощь представителям афганской власти и, вопреки многочисленным препонам, все-таки обслуживали бедноту, их влияние в афганском обществе так и не выросло до той степени, когда о медиках можно было говорить, как о проводниках советской идеологии. Другими словами, Афганистан так и не удалось превратить в успешный кейс советской медико-санитарной помощи в Центральной Азии. С этим связано постепенное угасание интереса Наркомздрава и хронический недостаток медработников, наиболее сильно ощущавшийся там в начале 1940-х гг. В отличие от Монголии, Тувы и Синьцзяна, Афганистан так и не стал для врачей местом, где открывались возможности для научного и профессионального роста.

***

Подводя итоги второго раздела нашего исследования, необходимо еще раз кратко пройтись по сходствам и различиям в реализации «мягкой силы» советской медицины в Центральной Азии. Начать следует с того, что выйдя за пределы зоны безоговорочного идеологического влияния СССР, советские врачи-интернационалисты утратили возможность воплощать в реальность идеи глубинной социокультурной трансформации традиционных сообществ. Под пристальным контролем синьцзянской администрации и правительства афганского эмира они были вынуждены изымать из своей деятельности, будь то лечебная работа или санитарное просвещение, идеологический аспект, неизменно присутствовавший в МНР и ТНР. Вместо этого в Синьцзяне врачам предписывалось добиваться авторитета образцовой организацией лечебно-профилактических учреждений, безупречно качественным лечением, развитием отсутствующих в провинции отраслей медицины – оперативной хирургии, акушерства и гинекологии, венерологии. В Афганистане же советских медиков старались вообще не допускать к простому народу, вводя массу ограничений на посещение медпунктов. При этом, сами афганские власти ценили советскую медицинскую помощь за качество, оперативность и бесплатность, никогда не упуская случая полечиться у врача из СССР. В таких условиях реализовывать политическую повестку советской медицины было практически невозможно.

В изучаемый период Синьцзян представлял собой гораздо более турбулентное и опасное место работы, чем Афганистан. Об этом свидетельствуют потери, понесенные там Наркомздравом РСФСР в 1930-е гг. Советские врачи рисковали жизнью, уезжая в отдаленные районы, обследуя чумные и оспенные очаги, ухаживая за заразными больными или просто находясь в раздираемой междоусобной войной провинции. Однако, зачастую случалось так, что наиболее полному и наглядному раскрытию потенциала советской медицины способствовали самые опасные, ежеминутно грозящие смертью ситуации.

В экстраординарных обстоятельствах контроль со стороны китайской администрации временно прекращался, позволяя

врачам оказывать помощь там, где они считали необходимым и тогда, когда она требовалась больше всего. Опыт Урумчинской и Кашгарской амбулаторий, продолжавших работу даже во время кровопролитных боев, показал не только советскому, но и провинциальному синьцзянскому правительству необходимость всегда иметь в распоряжении квалифицированных медиков и медицинскую инфраструктуру. Просьбы о содействии в строительстве национального здравоохранения начались вскоре после подавления мусульманского восстания 1931-1934 гг. Вопреки устоявшейся в зарубежной Азии политике целевого обслуживания малоимущего местного населения, Наркомздрав и НКИД СССР стали требовать от врачей переносить прием синьцзянцев в китайские медицинские учреждения, переходить туда на работу и даже передавать им объекты медицинской инфраструктуры. Конечно, за этим крылись и другие мотивы, например, желание снять с себя часть финансовых расходов на их содержание, но отрицать того, что китайцы наглядно убедились в высоком профессионализме советских врачей и захотели развивать у себя подобные медучреждения мы не можем.

В Афганистане же, несмотря на гражданскую войну 1928-1929 гг. и сильные эпидемии холеры, ситуация оказалась намного спокойнее. Но при этом советским медикам препятствовали даже в изучении региональной эпидемической обстановки, не говоря уж о масштабном лечении инфекционных больных. Чрезвычайные обстоятельства не снизили подозрительности афганских властей, продолжавших держать врачей в вынужденной изоляции от народа даже во время эпидемий. При этом, правительство Афганистана несколько раз просило Москву прислать в страну вакцины, оплачивая заказы в твердой валюте. Лишь в редких случаях региональные власти принимали от врачей оспенный детрит и другие вакцины бесплатно. Судя по всему, афганцы считали, что оплаченные товары не накладывают на них никаких моральных обязательств, в то время как бесплатное медицинское обслуживание населения, раздача лекарств и вакцин привязывает местное население к советским медпунктам, создавая определенную зависимость. В этом афганцы проявили не только упрямое стремление к независимости, но и определенную

дальновидность. Они стремились сами определять, кому доверять лечение населения, строительство здравоохранения и лекарственное снабжение. В результате, если в Синьцзяне советские врачи наглядно убедили местное правительство в целесообразности и желательности своего прямого участия в создании собственного здравоохранения, в Афганистане эмир предпочел воспользоваться платной и достаточно дорогой помощью турецких медиков.

При внешнем сходстве многих параметров, кейс Синьцзяна политически оказался гораздо ближе к примерам Монгольской и Тувинской народных республик, чем опыт Афганистана. Несмотря на точечные успехи советской медицины, в целом она так и не смогла развить даже свой гуманитарный потенциал, не говоря уж о каком-то политическом влиянии. В истории применения «мягкой силы» советской медицины кейс Афганистана оказался провальным, в то время как в Синьцзяне советским врачам удалось достичь политических целей, выразившихся в строительстве китайских медучреждений по планам и под контролем советских врачей. Конечно, огромное значение имела экономическая зависимость от СССР, но из истории советско-синьцзянских отношений мы знаем, что как только военный губернатор (а по сути – диктатор) Синьцзяна Шэн Шицай усомнился в победе СССР в войне против Германии, вся его политика тотчас изменила полярность и к 1944 г. практически все советские учреждения были ликвидированы.

Однако политические перипетии не снижали того огромного значения, которое советская медико-санитарная помощь имела для населения как Синьцзяна, так и Афганистана. Свой основной долг – стоять на страже жизни, невзирая на обстоятельства, медики из СССР выполнили до конца, оставив заметный след в истории советско-синьцзянских и советско-афганских отношений. Изучение вклада советских медиков в историю Китая и Афганистана особенно актуально сегодня, когда во всем центральноазиатском регионе снова растет политическая и военная напряженность.

Раздел III. Советская медицина в государствах Аравийского полуострова (1920-е – 1940-е гг.)

Советское медицинское присутствие в странах Аравийского полуострова образует индивидуальный кейс, имеющий важное значение для понимания модусов и механизмов воздействия «мягкой силой» медицины на специфические в цивилизационном и социокультурном плане арабские сообщества. Геополитическое стремление СССР в этом направлении в своей основе имело как идеи экспорта революции на восток, так и нереализованные амбиции имперской России по покровительству над единоверцами во владениях бывшей Османской империи, в том числе и на Ближнем Востоке. К тому же последняя фаза экспансии Российской империи в Среднюю Азию в разы увеличила мусульманское население страны, а ее границы вплотную приблизила к наиболее турбулентным регионам исламского мира. Наличие около 30 млн. советских мусульман с одной стороны актуализировало вопрос прямых контактов с колыбелью ислама – аравийским королевством Хиджаз (с 1932 г. – Королевство Саудовская Аравия), с другой – дало в руки большевиков не только плацдарм, но и незаменимый инструмент для экспорта идеологии в исламский мир. Целый корпус выросших в мусульманских обществах, лингвистически и культурно подготовленных агентов влияния из числа сочувствующих большевикам казахов, узбеков, таджиков, туркменов и татар работал на НКИД СССР, продвигая советские интересы на Среднем и Ближнем Востоке.

Данный раздел погружает читателя в удивительный мир Аравийского полуострова в один из самых драматических моментов его истории, когда на обломках османских вилайетов возникали новые государства, исповедовавшие либо идеологию национального объединения арабов, либо глубокий религиозный традиционализм, либо стремившиеся сохранить клиентские отношения с европейскими державами. Именно период 1920-х – 1930-х гг. столкнул в Аравии интересы главных протагонистов мировой политики – колониальных империй Европы и нарождавшейся идеологической гегемонии Советского Союза. На фоне причудливых сочетаний политических интриг, торгово-эконо-

мических соглашений, международных санитарных конвенций, экономических блокад в регионе разворачивалась драматическая история становления советского влияния на Ближнем Востоке.

Огромное значение имел набравший особую силу после Первой мировой войны фактор паломничества мусульман мира в Священные города Мекку и Медину, находящиеся в исторической области Хиджаз, ныне сердце Королевства Саудовская Аравия. Со второй половины XIX в. хадж превратился в один из центральных объектов внимания международных санитарных конференций из-за растущей опасности пандемии особо опасных инфекций, прежде всего, холеры. Поэтому экскурс в историю советских медицинских учреждений в Аравии в межвоенный период открывает глава о паломничестве, его международном санитарном значении и роли в политической истории русской и советской медицины.

Вопрос о роли хаджа в советской политике на Аравийском полуострове неотделим от истории развития отношений СССР с Саудовской Аравией. Медицина сыграла здесь особую роль – для Советского Союза небольшое королевство Хиджаз, впоследствии ставшее одной из богатейших стран мира – Королевством Саудовская Аравия, было как точкой приложения дипломатических усилий и ареной исторического соперничества с Великобританией, так и идеальным местом для изучения тропических и эпидемических болезней. Ежегодное столпотворение паломников в Священных городах давало советским врачам уникальный материал, прекрасно применимый и на собственном мусульманском востоке. Перспективы изучения эпидемических процессов на естественном перекрестке международных паломнических трасс подогревали интерес советских медиков. Вхождение же в полное международной конкуренции поле медицинского обслуживания населения региона ставило СССР на одну доску со старыми колониальными империями – Великобританией, Францией и Голландией, повышая престиж Советского государства в глазах местных правителей и европейских конкурентов. Глава о медицинском взаимодействии СССР и королевства Ибн Сауда раскроет ранее неизвестные факты о деятельности советских врачей в самом сердце исламской цивили-

зации, опишет их взаимодействие с высшими слоями саудовской аристократии и королевской семьей, а также с простым народом Хиджаза, высветит уникальные аспекты сотрудничества и введет данный сюжет в историю «мягкой силы» советской медицины в зарубежной Азии.

Особый интерес представляет история советского медицинского присутствия в южной части Аравийского полуострова – Йемене. Если история медицинского взаимодействия СССР с Королевством Неджда и Хиджаза – это история осторожного выстраивания советско-саудовских отношений в области медицины и охраны здоровья в условиях быстро модернизирующегося, знакомого с европейской медициной и основными благами этой цивилизации режима Ибн Сауда, то Йемен – более изолированный, но при этом наиболее типичный для всей темы нашего проекта кейс воздействия «мягкой силой» советской медицины сверху. Именно на примере Йемена видно, насколько важен был аспект взаимодействия советских врачей с королевскими домами зарубежной Азии. История советско-йеменского сотрудничества в области медицины раскрывается в заключительной главе данного раздела.

Глава 1. Караваном, поездом, пароходом: транспортировка мусульманских паломников через территорию СССР как политическая и медико-санитарная проблема (1926-1930 гг.)

1.1. Хадж как глобальная миграционная проблема в конце XIX – начале XX в.

В истории человечества сухопутные и водные пути всегда играли особую роль. Сам биологический вид *homo sapiens* расселился по планете в ходе растянувшихся на тысячелетия миграций, а большинство созданных человечеством идей и технологий своим распространением обязаны либо караванным и водным торговым путям, либо дорогам войны. Но с развитием мировых религий особое значение приобрел другой вид перемещения, обусловленный духовными исканиями человека – паломничество.

В отличие от торговцев и воинов, паломники не были первопроходцами, но именно они придавали привычному для человека процессу перемещения в пространстве совершенно особый, религиозный смысл. Пилигримы, передвигавшиеся из страны в страну, были движимы не жаждой приключений, наживы или крови; их мотивация была глубже, сильнее, а главное, гораздо постояннее, чем переменчивые мотивы купцов или завоевателей. Менялись товарные рынки, возникали и уходили в небытие государства, но маршруты паломников оставались неизменными, пока существовали манившие их святыни. При этом сами пилигримы являлись постоянным и значимым источником дохода для правителей территорий, по которым проходили их основные маршруты, и где располагались святые места. Поэтому паломников старались защищать, их желание узреть религиозные святыни – стимулировать, а сами святые места содержать в порядке и безопасности.

Хадж – священная обязанность мусульман посетить в течение жизни Мекку и ее окрестности (гору Арафат, долины Муздалифа и Мина) – представляет собой пример паломничества, обладающего большим геополитическим значением для стран

Евразии и мира. Глобальный характер, массовость, постоянство и непосредственная сопряженность с аспектами международной безопасности, от обеспечения защиты до медицинского обслуживания и эпидемиологического скрининга паломников, делают хадж важнейшим из ныне существующих типов маятниковой миграции. На протяжении XIX и XX вв. его масштаб и значение экспоненциально росли, вовлекая во взаимодействие главных геополитических акторов того периода – колониальные империи – через их заморские доминионы и азиатские владения.

Исторически, маршруты хаджа пролегали по древним караванным путям через Сирию (Дамаск) и Египет (Каир). В 1517 г. власть над двумя Священными городами отвоевал у мамлюков турецкий султан Селим I. Османы установили не только политический контроль над большей частью арабского исламского мира, но и прибавили к уже имевшемуся у них титулу халифов статус слуг Двух Священных Мечетей. Этим они продекларировали свою обязанность охранять святыни ислама, финансово содержать Мекку, Медину, их жителей, и прибывающих на хадж паломников. В Османской империи бюджет хаджа ежегодно рассчитывался министром финансов, получал одобрение визиря и спускался для исполнения губернаторам. Дамасский караван собирал паломников со всего Аравийского полуострова, из Персии и Средней Азии, с Кавказа. Каирский караван обслуживал многочисленных паломников из Северной и Западной Африки. Оба каравана находились под охраной османских султанов, но на пути все же лежали неимоверные трудности, от невыносимой жары безводной пустыни, до болезней и нападений бедуинов. Соответственно, стоимость паломничества в денежном выражении была высокой: в XVIII в. путь в Священные города и обратно требовал около 200 пиастров на человека, что было сравнимо с ценой большого дома в Дамаске. В 1812 г. швейцарский путешественник Иоганн Людвиг Буркхардт (1784-1817) подсчитал стоимость хаджа для паломника, и по самым скромным оценкам она оказалась равной 2500 пиастров или 125 фунтам стерлингов. Это были огромные для того времени суммы[656].

[656] Peters F.E. The Hajj. The Muslim Pilgrimage to Mecca and the Holy Places. Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1994. P. 146-159.

Пароходное сообщение через Суэцкий канал (открыт для судоходства в 1869 г.) и железные дороги эпохи Второй промышленной революции значительно сократили время, уровень опасности и расходы паломников в Мекку. Но они же создали серьезные проблемы как для Европы, так и для исламского мира. Приток паломников многократно возрос за счет Восточной Азии (Голландской Ост-Индии), а также получивших возможность относительно быстрого и недорогого путешествия индийских мусульман. Беднее чем другие паломники, индонезийцы и индийцы зачастую не могли оплатить свое возвращение домой. Заполоняя города Хиджаза, они создавали серьезные проблемы местной администрации, а также правительствам Британской империи и Голландии, чьими подданными являлись[657].

Перемещение огромных масс людей требовало улучшения инфраструктуры для их обслуживания – открытия новых консульств, гостиниц, санитарно-пропускных пунктов, изоляторов и больниц. Эта задача приобрела государственное значение, ведь обустраивая путь своих мусульманских подданных в Мекку, европейские правительства декларировали не только политику религиозной толерантности, но и заботу об их безопасности и здоровье. Комфортные условия передвижения паломников по собственной территории снижали количество неучтенных тайных мигрантов, не только подвергавшихся опасностям по пути, но и способных по возвращении принести с собой эпидемию.

Именно эпидемическая угроза в последней трети XIX в. сделала вопрос паломничества в Мекку своеобразным предвестником глобализации. В 1865 г. разразившаяся во время хаджа холера приобрела характер пандемии, в ходе которой в крупных городах мира умерло более 200 тыс. чел.[658]. С 1871 по 1893 г. Мекка пережила не менее восьми холерных эпидемий, а эпидемия 1893 г. стоила жизни десяткам тысяч паломников. Поэтому вопрос санитарного надзора за паломничеством в Священный

[657] Ibid. P. 274-275.

[658] Kane E. Russian Hajj. Empire and the Pilgrimage to Mecca. Ithaca and London: Cornell University Press, 2015. P. 55.

город стал главным на Девятой международной санитарной конференции в Париже в 1894 г.[659].

Проблема обеспечения эпидемиологической безопасности во время хаджа объединила интересы сразу нескольких колониальных держав. Число мусульман, подданных Британской империи, достигало 60 млн. чел. Нидерланды имели множество мусульманских подданных в Голландской Ост-Индии, Франция – в Алжире, Россия – в своих азиатских районах (Крым, Кавказ, Туркестан, Поволжье и Урал), а Австро-Венгрия – в Боснии-Герцеговине. Подписанная 13 из 16 участников Парижской конференции Международная санитарная конвенция 1894 г. была целиком посвящена санитарными правилам в связи с паломничеством в Мекку. Разработанные тогда меры санитарного контроля в неизменном виде просуществовали до 1956 г.[660]. Таким образом, державы, много лет являвшиеся антагонистами в мировой политике, были вынуждены прийти к консенсусу, а объединяющим контекстом стали хадж и санитарная гигиена.

1.2. Создание и развитие паломнического транзита через территорию Российской империи (конец XIX в. – 1914 г.)

Россия вошла в число стран-участниц Международной санитарной конвенции 1894 г. благодаря своим недавним завоеваниям в Центральной Азии. Покорение Туркестана расширило на юг и юго-запад и без того огромную империю. В геополитическом смысле это означало не столько укрепление южного рубежа, сколько интеграцию населенных мусульманами территорий в единый пояс, протянувшийся от границ Синьцзяна, Афганистана и Персии до Урала и Западной Сибири. Образовался «ятаган», глубоко входивший в тело империи Романовых и пугавший значительную часть российского истеблишмента призраками панисламизма и пантюркизма. Более пяти миллионов мусульман, подчиненных напрямую или посредством

[659] Говард-Джонс Н. Международные санитарные конвенции, 1851-1938 гг. Научные и исторические аспекты. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1976. С. 84–85; Kane E. Russian Hajj: Empire and the Pilgrimage to Mecca. P. 75.

[660] Говард-Джонс Н. Международные санитарные конвенции. С. 86.

русского протектората над Хивой и Бухарой, суфийские ордена (например, Накшбандия), развитая религиозная мысль, тесные связи с исламскими организациями Османской империи – такая картина не могла не вызывать подозрений в Санкт-Петербурге. Однако туркестанский генерал-губернатор К.П. фон Кауфман (1818-1892) был убежден в том, что «фанатизм» мусульман можно нейтрализовать лишь политикой относительной толерантности в соответствии с екатерининским указом о веротерпимости от 17 июня 1773 г.

В 1870 г. фон Кауфман издал указ, разрешающий всем туркестанским мусульманам паломничество в Мекку. В 1872 г., когда Министерство внутренних дел в Санкт-Петербурге попыталось запретить паломничество, туркестанский генерал-губернатор не подчинился. Он был убежден в том, что «никакая эпидемия, будь то холера или даже чума, не искоренит в фанатике непреодолимое желание молиться у могилы Мухаммеда», а запретительные меры лишь поднимут градус религиозного фанатизма. Убежденность и политический вес К.П. фон Кауфмана вынудили МВД отступить, и российские власти перестали чинить мусульманским паломникам препятствия[661].

История политики Российской империи по отношению к хаджу получила подробное освещение в работах историков Дэниела Брауэра и Айлин Кейн. Вышедшая в 2015 г. монография Кейн *"Russian Hajj. Empire and the Pilgrimage to Mecca"* переведена на русский язык и опубликована издательством «Новое литературное обозрение» в 2021 г.[662]. В нашем контексте особый интерес представляет то, что в конце XIX – начале XX в. русские власти сумели взять на себя управление потоками паломников-мусульман, дав возможность не только собственным подданным, но и паломникам из Афганистана, Синьцзяна и Персии сокращать путь в Мекку и Медину через территорию империи по железным дорогам и водным путям. Причем, как отмечает Айлин Кейн, идея создания инфраструктуры для обслуживания

[661] Brower D. Russian Roads to Mecca: Religious Tolerance and Muslim Pilgrimage in the Russian Empire // Slavic Review. 1996. Vol. 55. № 3. P. 569-570.

[662] Кейн А. Российский хадж. Империя и паломничество в Мекку / пер. с англ. Р. Ибатуллин. – М.: «Новое литературное обозрение», 2021. – 296 с.

хаджа исходила не из высоких кабинетов в Санкт-Петербурге, а являлась результатом непосредственного взаимодействия русских официальных лиц и мусульман как внутри империи, так и за ее пределами, а также низовой инициативы самих паломников, требовавших помощи в проведении хаджа[663].

Необходимость подведения под государственный контроль всего процесса паломничества исходила как из опасения занести в Российскую империю очередную эпидемию, так и из беспокойства по поводу возможной политической нелояльности российских мусульман. Айлин Кейн по этому поводу пишет:

> «Русские чиновники, как и их европейские коллеги в иных колониальных контекстах, сильно беспокоились по поводу потенциально подрывного воздействия хаджа на мусульман. В частности, многие были обеспокоены тем, что в качестве места встречи мусульман со всех уголков мира, хадж будет способствовать росту у паломников, как части мирового исламского сообщества (уммы), чувства мусульманской солидарности и тем самым подорвет усилия по культивированию имперских идентичностей и лояльностей. Ряд ученых высказывали возражения, что на самом деле происходило обратное: что массовый хадж впервые ставил мусульман перед разнообразием их сообщества и во многих случаях усиливал их чувство локальности и национальной идентичности. Тем не менее опасение, что хадж представляет политическую угрозу был широко распространен среди европейских колониальных чиновников и в большой степени обусловил усилия России по приведению его под контроль правительства»[664].

В феврале 1891 г. с разрешения османского правительства Россия открыла в Джидде консульство. К тому времени там уже работали британское, французское, шведское, австро-венгерское, греческое, голландское и испанское консульства, что демонстрировало рост вовлеченности европейских держав в вопросы хаджа. Первым консулом был назначен Шахимардан Ибрагимов, татарин по национальности, опытный правительственный

[663] Kane E. Russian Hajj. P. 3-4.

[664] Ibid. P. 68.

чиновник, переводчик, редактор официальной туркестанской газеты *"Turkistan wilayatining gazeti"*, уважаемый мусульманами посредник. К сожалению, вскоре он стал жертвой разразившейся в Хиджазе в 1892 г. холерной эпидемии[665], которая еще раз продемонстрировала всю опасность осложненной эпидемической ситуации в регионе. Кроме того, Ибрагимов был первым и последним российским консулом-мусульманином в Джидде.

Следующим консулом в Аравии стал А.Д. Левицкий. При нем деятельность по привлечению мусульманских паломников активизировалась. Консул хотел забрать в русское владение разветвленную сеть домов гостиничного типа, называвшихся «текке», которую среднеазиатские суфии устроили в Османской империи. Пять таких домов имелись и в Джидде. Левицкий считал, что их необходимо подвергать регулярной санитарной инспекции для предотвращения эпидемических вспышек. Однако этот вопрос был обоюдоострым: во-первых, в Аравии существовала бухарская община, большинство членов которой было подданными султана; во-вторых, османская администрация расценивала такие шаги как попытку подорвать свое влияние среди паломников. Турки издавна управляли инфраструктурой хаджа и не желали вмешательства европейских держав, особенно своего давнего антагониста – Российской империи[666]. Трения вокруг подобных вопросов демонстрируют геополитическое значение хаджа как явления, создающего (либо наоборот, подрывающего) престиж державы как у собственных подданных-мусульман, так и на международной арене.

При первых российских консулах также усилилась информационная работа среди мусульман. Первые статьи в *"Turkistan wilayatining gazeti"* появились в марте 1892 г. в разгар подготовки туркестанских мусульман к совершению паломничества. Среди опубликованных материалов был «Путеводитель по русским консульствам в Турции для российских граждан, совершающих паломничество в Мекку». Другие статьи рассказывали о возможностях, предоставляемых паломникам российским консульством в Джидде: услуга хранения ценностей и денег, предлагаемая за

[665] Ibid. P. 70.

[666] Ibid. P. 74-77.

символическую плату в пять копеек; помощь в возвращении законным наследникам имущества и средств умерших паломников, и т.д. Параллельно с распространением информации в исламских общинах, консульства занимались сбором разведывательных данных о путях движения паломников, логистике, существующих у мусульман сетях взаимопомощи. Все это использовалось российской властью для выработки политики по отношению к хаджу[667].

В 1890 г. император Николай II дал приказ МВД создать правительственную монополию на осуществление хаджа. Характеризуя цели и задачи России в вопросе управления паломничеством, А. Кейн пишет:

> «Цели России были амбициозны. Она намеревалась перенаправить движение паломников с тайных, непрослеживаемых наземных путей на разрешенный государством маршрут, которого они должны были придерживаться и избегать многих популярных остановочных пунктов, включая Константинополь, который царские чиновники воспринимали как центр панисламской активности. Правительство хотело, чтобы паломники регистрировались в русских консульствах в Джидде и других узловых пунктах за границей. При поддержке русских железнодорожных и пароходных чиновников, царские официальные лица рассчитывали быстро доставлять мусульманских паломников через русские земли в черноморские порты, а оттуда напрямую в Аравию и обратно» [668].

В 1896 г. МВД представило подробный «Отчет о хадже, его значении и мерах по его организации». Документ содержал выкладки о санитарной угрозе и подчеркивал экономическую выгоду от организации хаджа. Планируемая прибыль оценивалась в громадную сумму от трех до пяти миллионов рублей ежегодно[669]. Главный вдохновитель отчета А.Д. Левицкий верно расставил акценты – план хорошо укладывался в политику министра финансов С.Ю. Витте, предполагавшую максимально

[667] Ibid. P. 77-81.

[668] Ibid. P. 86.

[669] Ibid. P. 89.

эффективное развитие транспортной сети: железнодорожного и пароходного сообщения[670]. А. Кейн в своей книге обращает внимание на лоббирование Витте плана по созданию прямого пароходного сообщения между Одессой и портами Персидского залива. В 1901 г. Русское общество пароходства и торговли (РОПиТ) запустило «Персидскую линию» по указанному маршруту, что позволило открыть новые русские консульства в Басре и Бушере. Кейн делает вывод о том, что политика Витте по расширению транспортной сети не ограничивалась пределами империи, и что он видел в инородцах России ресурс для экономического развития. Несмотря на отсутствие доказательств того, что Витте был каким-либо образом причастен к созданию отчета Левицкого, можно с уверенностью предположить, что план был им поддержан[671].

Дэниел Брауэр высказывает несколько иную точку зрения. Совпадая во мнении с Айлин Кейн о том, что экономическая программа Витте возможно способствовала политике религиозной толерантности, он указывает на то, что победа сторонников государственного управления паломничеством над его оппонентами была во многом результатом давления европейских держав на царское правительство. Основным аргументом выступала необходимость обеспечить санитарную безопасность хаджа. Как мы уже знаем, это привело к разработке Международной санитарной конвенции 1894 г. Давление было настолько сильным, что к 1902 г. даже министр внутренних дел официально признал, что «запрещение паломничества не только не устраняет опасных последствий в санитарном отношении, но даже увеличивает опасность распространения эпидемической болезни»[672]. В 1903 г. Комочум разработал «Временные правила мусульманского паломничества», в которых указывалось, что паломникам необходимо оказывать всю возможную помощь. В зависимости от обстоятельств, сюда входило выделение специальных железнодорожных вагонов, паломнических пароходов, защита от нечестных агентов-посредников, и организованное медицинское

[670] Ibid. P. 91.

[671] Ibid. P. 92.

[672] Brower D. Russian Roads to Mecca. P. 576-579.

обслуживание. Упростилась процедура выдачи паспортов паломников. Их предоставляли в обмен на доказательства наличия средств на обратный путь. Были определены каспийские и черноморские порты, ставшие морскими воротами российского хаджа, где паломники проходили обязательную санитарную инспекцию. По словам Брауэра: «Официально царизм стал покровителем паломников»[673].

Однако декларировать свое покровительство над паломниками было гораздо проще, чем создать удобный, а главное, безальтернативный маршрут через Российскую империю. Помимо конкуренции со стороны других держав, прежде всего, Османской империи и Великобритании, существовало огромное поле тайных маршрутов. Неофициальные проводники (каву) знали все ходы и лазейки через границы, умели быстро изменять маршруты и могли обходить практически любые государственные запреты. В то же время полностью блокировать их деятельность, как предлагало МВД, было вряд ли возможно, и грозило возмущением среди мусульман. Против такого подхода активно выступало Министерство иностранных дел[674].

Второй путь привлечения паломников к маршруту через русские черноморские порты подразумевал создание комфортных условий во время путешествия поездом и пароходом. Царское правительство выбрало именно этот вариант. «Аквизицией» паломников занималось Русское общество пароходства и торговли (РОПиТ), создавшее сеть агентств в Османской империи. РОПиТ нанимал на работу активных и хорошо сведущих в вопросе хаджа мусульман, широко рекламировал свои услуги, представлял паломничество через русскую территорию увлекательным и комфортным путешествием. В реальности, конечно, РОПиТ не мог контролировать качество услуг по всей длине маршрута, и оно было ниже декларируемого.

Передвижение паломников, многие из которых не знали русского языка, по российским железным дорогам было сопряжено с трудностями и общим дискомфортом. На Транскавказской железной дороге путникам сильно досаждали воры; Транс-

[673] Ibid. P. 578.

[674] Kane E. Russian Hajj. P. 92-93.

каспийская (Среднеазиатская) железная дорога, построенная и контролировавшаяся военными, также производила удручающее впечатление. Поезда задерживались, вагоны не были приспособлены для нужд мусульман (отсутствовали молельные места, места для омовения, ватерклозеты), сторожевые казаки вели себя грубо, а подчас и жестоко. В черноморских портах особую проблему вызывал санитарный осмотр: тысячи паломников выстаивали огромные очереди, а перегруженные работой врачи физически не могли осмотреть такую массу ожидающих посадки на пароход людей. Вся процедура часто ограничивалась вопросом: «Хорошо ли вы себя чувствуете?». Зная, что любая жалоба на самочувствие приведет к водворению на карантин, паломники боялись врачей и в случае болезни тщательно скрывали симптомы. Естественно, в таких условиях транзит через Россию просто не мог был популярным и билеты продавались плохо. В период с 1899 по 1901 гг. РОПиТ продавал лишь около двух тысяч билетов в год[675].

Проблемы с организацией эффективного паломнического транзита беспокоили русское правительство. В 1907 г. П.А. Столыпин, российский премьер-министр и министр внутренних дел, координировал создание новых правил транспортировки мусульман на хадж через территорию Российской империи. Правила, принятые Сенатом в том же году, требовали от пароходных компаний бесперебойного снабжения паломников чистой питьевой водой, доступа в раздельные туалетные комнаты (по крайней мере одной на каждые 100 пассажиров), наличия на борту медпункта и дезинфекционной камеры, а также минимум 1,5 кв. м пространства в пассажирских отсеках для каждого паломника. Важным нововведением была жесткая привязка к определенным портам отправления на Черном море, названия которых должны были публиковаться в российских газетах за полгода до начала хаджа, чтобы паломники могли заранее планировать свои маршруты[676].

Другой инициативой П.А. Столыпина было создание должности единого управляющего российским хаджем и назначение

[675] Ibid. P. 99.

[676] Ibid. P. 117-119.

на нее мусульманина – выходца из Ташкента Саида Гани Саидазимбаева. Именно он разработал и в начале 1908 г. представил премьер-министру комплексный план по радикальному улучшению российского паломнического транзита. План Саидазимбаева не был единственным или первым документом такого рода, но он, безусловно, являлся самым амбициозным. Его автор предложил организовать весь маршрут вдоль недавно открытой железнодорожной магистрали Ташкент-Оренбург-Одесса, сделав Одесский порт единственным портом отправления паломнических пароходов. Чтобы уберечь паломников от многочисленных опасностей на пути, С.Г. Саидазимбаев планировал создание инфраструктуры из гостиниц для паломников с особым питанием и размещением, медицинскими пунктами, надежными администраторами и гидами. Большое внимание уделялось медицинскому обслуживанию паломников и их комфортному размещению в поездах, гостиницах и на пароходах. Так, железнодорожной администрации он предложил ввести специальные вагоны с раздельным размещением мужчин и женщин, необходимыми санитарными условиями и помещениями для молитвы[677].

В основе плана С.Г. Саидазимбаева лежала изобретенная Томасом Куком в конце XIX в. схема туристического пакета (совр. пакетный тур). Он предлагал продавать единые билеты для паломников на хадж на железнодорожных станциях Российской империи, включавшие транспортировку и дополнительные услуги в оба конца. В отличие от оригинальной концепции Томаса Кука, пакет Саидазимбаева включал в себя медицинское обслуживание и тщательную санитарную обработку паломников, а также существенный благотворительный элемент для поддержки бедных единоверцев, составлявших значительную часть паломнического контингента. Для них было предусмотрено бесплатное размещение, а также некоторое количество бесплатных билетов на пароход. Поддержка малоимущих паломников делала план Саидазимбаева похожим на османскую систему паломнического транзита, демонстрировавшую щедрость и добрую волю султана[678].

[677] Ibid. P. 123-125.

[678] Ibid. P. 126.

Несмотря на то, что план С.Г. Саидазимбаева вызывал значительные нарекания со стороны мусульман, а сам его автор вскоре лишился должности управляющего российским хаджем, правительство продолжало развивать его начинания, в особенности, в отношении медико-санитарного обслуживания. Однако жесткая привязка к Одесскому порту была отменена. В 1910 г. в качестве портов отправления паломникам предлагались Севастополь и Феодосия (со следованием в Бейрут на пароходах РОПиТ) и Одесса (в Бейрут, Джидду и Ямбо на судах «Доброфлота»). В Одессе продолжал работать открытый Саидазимбаевым комплекс для паломников с дезинфекционной камерой и медицинским обслуживанием. Мусульмане, следовавшие через черноморские порты, продолжали жаловаться на плохое обслуживание и условия транспортировки, но русские пароходы доставляли их в Аравию быстрее, чем альтернативные, хотя и более дешевые, маршруты. Даже не достигнув высокой эффективности, русский паломнический транзит был функциональным и относительно безопасным маршрутом. Более того, в ходе его развития Россия укрепила свою транспортно-логистическую инфраструктуру в Средней Азии, а также сумела расширить свое политическое и культурное влияние в Османской империи, на Аравийском полуострове и Ближнем Востоке[679]. В 1920-е гг. этими наработками успешно воспользовались большевики.

1.3. Глобализация по-большевистски: советский паломнический транзит (1926-1930 гг.)

Начавшаяся в августе 1914 г. Первая мировая война положила конец дореволюционной истории российского хаджа. Нарушение транспортных коммуникаций вызвало глобальный спад паломнической активности и приток мусульман в Священные города на время почти прекратился. В феврале 1917 г. исчезла с карты мира империя Романовых. Большевистский переворот октября 1917 г. поставил точку в судьбе старой России и вывел на мировую арену новый тип государства – Советскую Россию, построенную на идеологическом принципе

[679] Ibid. P. 154-156.

диктатуры пролетариата. 30 декабря 1922 г. образовался Союз Советских Социалистических Республик (СССР). Казалось бы, продекларировавшие полный разрыв с религией и враждебно относившиеся к любому духовенству большевики никак не могли способствовать развитию движения паломников через советскую территорию. Однако именно СССР возродил российский паломнический маршрут, пусть и на краткий период (1926-1930 гг.). Вот как это произошло.

По мнению А. Кейн, советская политика по отношению к хаджу была построена по дореволюционной модели и базировалась на созданной еще тогда инфраструктуре. Существовало лишь одно отличие, но именно оно было главным и принципиальным. Большевики создавали свой маршрут исключительно для транзита мусульман-иностранцев из Синьцзяна, Афганистана и Ирана. Советским же мусульманам хадж был воспрещен, а их общение с транзитными паломниками исключалось. Кейн считает, что разрешение паломнического транзита было обусловлено желанием продемонстрировать иностранным подданным «чудеса советской культуры, промышленности и общества, и таким образом разнести семена революции по Азии»[680]. С этим утверждением трудно не согласиться.

Геополитическое заигрывание большевиков с исламским миром имело вполне рациональные причины. К 1920 г. политика экспорта пролетарской революции в Европу потерпела крах. В Венгрии была разгромлена Венгерская советская республика, существовавшая с марта по август 1918 г. В январе 1919 г. произошли попытки коммунистического переворота в Германии, окончившиеся кровавым разгромом и гибелью коммунистических лидеров К. Либкнехта и Р. Люксембург. Советско-польская война 1919-1920 гг. также закончилась неудачей. Этих поражений было достаточно для того, чтобы В.И. Ленин и РКП(б) перенесли основное внимание на зарубежный восток. Декларируя солидарность с национально-освободительным движением народов Азии, большевики стремились подорвать сырьевую базу колониальных держав, вывести «полуколонии» Китай, Афганис-

[680] Ibid. P. 158-159.

тан, Турцию и Иран из сферы влияния западных империалистов, а затем насадить там коммунистическую идеологию[681].

Как элемент этой политики, под эгидой Коминтерна организовывались международные мероприятия. Первый Съезд народов Востока прошел в г. Баку с 1 по 8 сентября 1920 г. Проводились региональные и локальные собрания, например I Всетуркестанский съезд уйгурских трудящихся (Ташкент, май 1921 г.), и Первое совещание уйгурских революционеров Алтышара и Джунгарии (Синьцзян, 13-15 августа 1923 г.)[682]. В странах и регионах Востока активно работала агентура Коминтерна[683] и зарубежная резидентура Иностранного отдела (ИНО) ГПУ[684].

Демонстрация зарубежным паломникам достижений СССР, безусловно, являлась аспектом «мягкой силы». Однако у паломнического транзита была и другая, вполне материальная цель. Советское правительство остро нуждалось в свободно конвертируемой валюте, а дореволюционный опыт свидетельствовал, что транспортировка паломников – высокодоходное предприятие при условии соответствующего качества услуг. «Поскольку паломническое движение имеет большое экономическое значение, так как благодаря транзитному паломничеству создается приток валюты, – говорится в документе секретного отдела Наркомздрава РСФСР, – и поскольку установление рейсов в Красное море интересно с политической точки зрения (сообщение Наркоминдела) Совторгфлот еще в 1925 году поднял вопрос об осуществлении паломнических рейсов»[685].

---

[681] Fowkes B. and Gökay B. Unholy Alliance: Muslims and Communists – An Introduction // Journal of Communist Studies and Transition Politics. Vol. 25. № 1. 2009. – P. 6-8.

[682] Ibid. P. 9; также см.: РГАСПИ. Ф. 62. Оп. 2. Д. 64. Л. 40-41; Бармин В.А. К вопросу о причинах провала деятельности Коминтерна по созданию революционной партии в Синьцзяне в 20-х гг. XX в. // Востоковедные исследования на Алтае. 2015. № 9. С. 32

[683] Башкуев В.Ю. Миссия С.А. Нацова в Синьцзяне. Часть I. Историко-политический контекст // Вестник Бурятского научного центра Сибирского отделения Российской академии наук. 2021. № 3(43). С. 36-43.

[684] Густерин П.В. У истоков советской разведки на Востоке // Азия и Африка сегодня. 2012. № 3. С. 56-57.

[685] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 27. Л. 111.

Как считает А. Кейн, в тот момент вопрос паломничества в Мекку выступил важным политическим фактором в возобновившейся между Советской Россией и Великобританией «тихой войне» в Центральной Азии. Наркомат по иностранным делам СССР был заинтересован в проникновении в самое сердце мусульманского мира. В Мекке советские дипломаты видели потенциальный центр антиколониального движения. На важность отношений между Советами и центром арабского национально-освободительного движения указывали и их иностранные визави. Например, Тахир-бей, один из турецких представителей в Москве, в разговоре с советским дипломатом С.К. Пастуховым отмечал перспективы использования исламистских идей объединения в антиколониальной борьбе. Впоследствии, НКИД присматривался к халифатской идее[686]. Первый хиджазский посланник в Москве эмир Хабиб Лутфалла говорил своему советскому коллеге К.А. Хакимову, что Хиджаз в тот период имел огромное значение как центр притяжения политических сил всего мусульманского мира[687].

Нарком иностранных дел СССР Г.В. Чичерин рассчитывал на то, что Хиджаз, в тот момент самое слаборазвитое из аравийских государств, станет для СССР воротами в арабский мир. Британцы, не оправдавшие надежд тогдашнего хиджазского короля Хусейна создать независимое арабское государство в Машрике в обмен на союзничество в Первой мировой войне, собственноручно развернули его в сторону СССР. Важным аспектом взаимодействия было продвижение на аравийские рынки советских товаров, в первую очередь, нефтепродуктов. Приоритизации отношений с Хиджазом не помешала даже политическая турбулентность в регионе. Когда в декабре 1925 г. султан независимого Неджда Абдель Азиз бин Сауд окончательно захватил Хиджаз и провозгласил себя новым королем, СССР был первым государством в мире, признавшим саудовское королевство[688].

[686] Наумкин В.В. Несостоявшееся партнерство. Советская дипломатия в Саудовской Аравии между мировыми войнами. М.: «Аспект Пресс», 2018. С. 76, 104.

[687] Там же. С. 94

[688] Наумкин В.В. Торговый прорыв СССР в Аравию: нереализованные возможности // Экономическая история. 2018. Т. 14. № 1. С. 61-63.

Еще одним фактором, обусловившим возобновление паломнических маршрутов, были многочисленные прошения от зарубежных мусульман, начавшиеся сразу после открытия в 1924 г. советского консульства в Джидде. Особенно много обращений поступало от синьцзянских паломников, для которых путь в Мекку в условиях нарушенных коммуникаций и продолжавшейся в Аравийской пустыне войны был связан с огромными трудностями. В 1925 г. консул К.А. Хакимов обратился к Г.В. Чичерину с предложением открыть транзитный маршрут через СССР и упростить разрешительные процедуры для паломников из Синьцзяна, Афганистана и Ирана. Нарком же направил план в Политбюро ЦК ВКП(б), добавив в него предложение НКИД использовать хадж в качестве спецоперации для внедрения в Аравию советских агентов под личиной обычных паломников. Несмотря на противодействие со стороны ОГПУ, план был принят и в 1926 г. СССР приступил к «расконсервации» паломнического маршрута[689].

Архивные документы свидетельствуют о том, что Совторгфлот поднимал вопрос об открытии маршрута еще в 1925 г. Но тогда в Хиджазе шла война между Хусейном и Ибн Саудом. К серьезному обсуждению проблемы в Москве приступили лишь в конце 1926 г. Состоявшееся 10 ноября в Наркомате иностранных дел СССР межведомственное заседание позволило принять основные постановления, утвержденные Коллегией НКИД 22 ноября:

1) По линии НКИД соответствующим консулам давались указания о беспрепятственном визировании национальных паспортов паломников, следующих транзитом через СССР при условии предъявления проездного билета Совторгфлота.

2) Отправление паломников должно было осуществляться по разработанной Совторгфлотом схеме:

- паломники из Кашгара (Синьцзян) прибывают на пограничный пункт Иркиштам, откуда направляются караваном до станции Джелалабад, а оттуда поездом через Ташкент, Самару, Пензу и Харьков – в Одессу;

[689] Kane E. Russian Hajj. P. 161-163.

- паломники из Кульджи (Синьцзян) прибывают на пограничный пункт Хоргос, откуда караваном направляются до станции Пишпек (Фрунзе), а затем поездом через Арыс, Самару, Пензу и Харьков перевозятся в Одессу;

- паломники из Чугучака (Синьцзян) прибывают на пограничный пункт Бахты, откуда караваном направляются до станции Семипалатинск, а оттуда поездом через Омск, Челябинск, Самару, Пензу и Харьков – в Одессу;

- паломники из Герата (Афганистан) направляются на пограничный пункт Кушка, а оттуда поездом через Мерв, Ташкент, Самару, Пензу и Харьков следуют в Одессу;

- паломники из Мазари-Шарифа (Афганистан) через пограничный пункт Термез направляются на поезде через Ташкент, Самару, Пензу и Харьков в Одессу;

- паломники из Мешхеда (Иран) прибывают через пограничный пункт Гауданы, откуда перевозятся на станцию Полторацк и следуют поездом через Ташкент, Самару, Пензу и Харьков в Одессу[690].

Из-за позднего начала обсуждений, маршруты предполагалось открыть только в 1927 г. Численность транзитных паломников оценивалась очень приблизительно. Из Кашгара ожидали от нескольких сотен до 5000 чел. Из Кульджи – до 2000 чел.; из Чугучака до 300 чел.; из Герата и Мазари-Шарифа по 500 чел. Из Мешхеда ожидалось до 2000 паломников.

Из Одессы предусматривалось прямое пароходное сообщение с Джиддой. По мере развития маршрута предполагалось расширить количество черноморских портов за счет Феодосии. Однако на 1927 г. прогнозировался скромный поток паломников и дорогостоящее переоборудование двух портов представлялось затруднительным. Для сокращения расходов предлагалось оборудовать врачебно-контрольные пункты только на железнодорожных станциях с потенциально большим наплывом паломников – Джелалабад, Андижан, Пишпек (Фрунзе) и Полторацк. В Одессе Совторгфлот организовал специальный постоялый двор для паломников – хаджи-ханэ[691].

[690] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 27. Л. 111-112.

[691] Там же. Л. 112.

25 ноября 1926 г. в Наркомздраве РСФСР состоялось межведомственное заседание по вопросу хаджа. После доклада представителя Совторгфлота Розенберга обсуждались основные вопросы организации санитарного контроля и медицинского обслуживания паломников. По решению совещания, врачебно-контрольные пункты должны были оборудоваться в Андижане, Джелалабаде, Фрунзе, Полторацке, Термезе, Кушке и Семипалатинске. Из-за серьезности вопроса для эпидемиологической безопасности границ СССР, с особым вниманием предлагалось отнестись к врачебно-санитарному наблюдению, организации оспенных и холерных прививок, организации быстрых лабораторных исследований, оборудованию больниц (до 10 коек) для изоляции острозаразных больных, душевых комнат и бань, а также дезинсекцию и дезинфекцию одежды[692].

Из-за нехватки времени (до сезона хаджа оставалось лишь несколько месяцев) и средств предлагалось особое внимание уделить организации врачебно-контрольных пунктов в Андижане, Полторацке и Фрунзе, так как через них ожидался наиболее активный приток паломников. Развертывание пунктов в Кушке, Термезе и Семипалатинске отдавалось в ведение наркомздравов союзных республик по соглашению с Совторгфлотом. Врачебно-санитарное наблюдение во время транзита должно было проводиться силами медицинских организаций на транспорте. В Одессе перед посадкой на суда паломникам предстояло пройти процедуру дезинфекции и дезинсекции по требованиям Международных санитарных конвенций 1912 и 1926 гг. Финансовая сторона организации хаджи-ханэ ложилась на Совторгфлот, а медицинская – на Наркомат здравоохранения УССР[693].

Согласно «Постановлению о мусульманах-паломниках» весь их путь по территории СССР строго регламентировался указанным в проездных документах маршрутом Совторгфлота. Отметки о прохождении врачебно-санитарного контроля ставились в заграничный паспорт при отбытии из Одессы и по возвращении из Мекки. После проставления даты контроля при въезде, паломник попадал под постоянное медицинское наблюдение до

[692] Там же. Л. 55.

[693] Там же. Л. 56.

пересечения советской границы. Если человек уклонялся от прохождения врачебного контроля, он подлежал уголовному преследованию за незаконный въезд и выезд с территории СССР[694].

Особые требования предъявлялись к судам, перевозящим паломников. Паломническими считались пароходы, перевозившие более одного паломника на каждые 100 пассажиров. Осмотр судна для признания годным в качестве перевозчика производился портовыми паломническими комиссиями из представителей Наркомата путей сообщения СССР и наркомздравов союзных республик. После первоначального осмотра выдавался акт со списком необходимого дооборудования. Затем после второго осмотра и признания корабля годным для транспортировки паломников его капитану выдавалось государственное свидетельство. На каждом советском паломническом судне обязательно присутствовал врач, назначенный соответствующим наркомздравом, а в случае если количество пассажиров превышало 1000 чел. – дополнительный младший врач. Правила требовали назначения советского врача на любое судно под иностранным флагом, перевозившее паломников через советские порты[695].

Условия содержания паломников на корабле были весьма скромными по современным стандартам. Перевозить людей разрешалось только в межпалубном пространстве. Каждому паломнику предоставлялось место длиной не менее 1,5 и шириной не менее 0,7 м. Высота межпалубного пространства – минимум 1,8 м. Предписывалось размечать пассажирские палубы парохода масляной краской на пронумерованные квадраты с проходами между ними. Номера указывались в проездных документах. Как видно, об отдельных каютах речи вообще не велось[696].

В пути паломникам не предоставлялось бесплатного питания. Для приготовления пищи на корабле должно было быть не менее двух специально оборудованных очагами помещений. Разведение костров на палубах строго запрещалось. На судне предусматривались раздельные ватерклозеты с унитазами (не менее

[694] Там же. Л. 153.

[695] Там же. Л. 155-156.

[696] Там же. Л. 157.

одного на 50 чел.), причем туалеты эти предназначались только для паломников. По обеим сторонам судна устраивались особые комнаты для омовений с ручным насосом для забортной воды, раздельные для мужчин и женщин. Для информирования паломников капитан был обязан вывешивать на судне объявления на русском, татарском, сартском (узбекском) и киргизском (казахском) языках, в которых указывались места назначения судна, стоимость проезда в один конец, размер входящих в стоимость санитарных пошлин, объем ежедневно предоставляемой бесплатной воды и цены на продукты питания, установленные портовой паломнической комиссией в порту отправления. Там же помещались правила поведения для паломников[697].

Для медицинского обслуживания предусматривались медицинская каюта для амбулаторного приема больных, оборудованная всеми нужными лекарствами и средствами дезинфекции, небольшая бактериологическая лаборатория с микроскопом, изолятор для лежачих больных. К судовому врачу приставлялся медицинский персонал: не менее двух фельдшеров и двух лазаретных служителей, а в случае привлечения младшего врача, количество среднего и младшего медперсонала удваивалось. Медицинское обслуживание и питание больных осуществлялось бесплатно за счет судовладельца. Медицинский персонал размещался отдельно от паломников и питался на общих основаниях с экипажем[698].

Помимо оказания медицинской помощи паломникам, судовой врач был обязан контролировать качество продуктов, продаваемых на борту, а также следить за качеством пищи, приготовляемой паломниками самостоятельно. Большое внимание уделялось количеству и качеству воды на судне. Врач должен был контролировать чистоту в помещениях корабля, вовремя организовывать их очистку и дезинфекцию. На борту велся специальный журнал санитарных происшествий, выдаваемый в порту отбытия и сдаваемый по прибытии во врачебно-контрольный пункт принимающего порта. В случае заболевания паломников чумой или холерой, только у представителей

[697] Там же. Л. 159.

[698] Там же. Л. 157-158.

медицинского персонала было право ухаживать за ними. При этом, такие лица изолировались от остального экипажа и пассажиров. В случае смерти пассажира, труп освидетельствовался судовым врачом, в списке пассажиров фиксировалась причина смерти. Если причиной смерти была инфекционная болезнь, тело, завернутое в пропитанную дезинфекционным составом ткань либо спускалось за борт, либо, если корабль был вблизи порта, сдавалось местным санитарным властям для освидетельствования и погребения[699].

Внушительно смотревшиеся на бумаге и во время совещаний приготовления советских ведомств к сезону 1927 г., в реальной жизни быстро начали давать сбои. Уже 29 декабря 1926 г. Совторгфлот в секретной записке в ОБЗСИ предупреждал, что не успеет известить наркомздравы союзных республик о необходимости подготовки к приему паломников. Заведующий пассажирской частью Совторгфлота Бергман просил срочно собрать совещание с представителями заинтересованных ведомств, чтобы заранее изыскать средства и определить методы решения возникающих вопросов. При этом он отмечал, что Совторгфлот уже подготовил в Одессе «хаджи-ханэ» для размещения паломников[700].

Как и предупреждал Бергман, наркомздравы союзных республик скоро забили тревогу по поводу организации врачебно-контрольных пунктов на своей территории. Так, в апреле 1927 г. Наркомздрав Казахской ССР обратился в Совторгфлот с жалобой на слишком крупные финансовые издержки и нехватку времени. Особо отмечая опасность заноса эпидемии, казахские врачи выразили свой протест против транзита паломников через Казахстан в 1927 г.[701]

Однако к этому времени остановить хадж через территорию СССР было уже нельзя. Несмотря на проблемы с аквизицией паломников в Синьцзяне, Афганистане и Иране, определенная часть билетов была продана и Совторгфлоту пришлось выполнять свои обязанности. По данным А. Кейн, всего за 1927 г.

[699] Там же. Л. 164.

[700] Там же. Л. 187.

[701] Kane E. Russian Hajj. P. 169-170.

советским транзитом воспользовалось 1200 паломников, главным образом, из Синьцзяна. В фонде Министерства здравоохранения РСФСР в ГАРФ сохранились документы о медицинском обслуживании первых паломников, прибывших в Одессу из Западного Китая. К счастью, до нас дошли и небольшие по объему, но очень важные в контексте данной главы воспоминания П.Е. Заблудовского, работавшего судовым врачом на пароходе «Крым» во время паломнического рейса в Джидду в 1928 г. Благодаря этим материалам, современные историки могут воссоздать основные аспекты советского паломнического транзита.

20 апреля 1927 г. в 5:30 утра в Одесский порт к Соляной рампе прибыл первый эшелон с паломниками в количестве 197 чел. (187 мужчин и 10 женщин). Людей перевозили в очень грязных вагонах-теплушках, что было отмечено в рапорте начальника карантинно-санитарного управления А.М. Кригера. Паломников встретили заведующий «хаджи-ханэ» доктор М.А. Минчин и дежурный медперсонал.

Подготовленный на средства Совторгфлота «хаджи-ханэ» располагался по адресу: Приморский бульвар, 65. Это было изолированное здание, удобно расположенное над Одесским морским портом. Чтобы попасть в место посадки на пароход, нужно было лишь спуститься по знаменитой Потемкинской лестнице. Совторгфлот потратил десятки тысяч рублей для ремонта здания, оборудовав его паровым отоплением, душевыми, ватерклозетами, дезинфекционной камерой, и заменив крышу[702].

Перед приемом первого эшелона с паломниками, карантинно-санитарным управлением были проведены санитарные мероприятия. Железнодорожные пакгаузы у Соляной рампы подверглись санитарной обработке и были подготовлены к временному размещению людей. Там на несколько часов изолировали прибывших 20 апреля паломников и провели среди них предварительный медицинский осмотр с выборочным термометрированием подозрительно выглядевших. Затем людей группами по 40-50 чел. отправляли в находившийся в 50 метрах от изолятора «хаджи-ханэ». Там все паломники прошли через душевые, а все

[702] Ibid. P. 167.

их вещи, кроме продовольствия, были подвергнуты дезобработке в пароформалиновой камере.

В «хаджи-ханэ» все прибывшие подверглись персональному медицинскому осмотру. В Одессу паломники прибыли уже снабженные индивидуальными свидетельствами о состоянии здоровья, выданными при отправке. Однако врачи дополнительно обнаружили один случай рецидивного вторичного сифилиса, два случая трахомы, несколько случаев фурункулеза и чесотки и четыре случая резко выраженного эндемического зоба. Других заболеваний обнаружено не было[703].

Медицинский персонал дежурил в «хаджи-ханэ» круглосуточно. Вода и продукты подвергались лабораторному исследованию. Врачи с помощью муллы и уважаемых в своей среде паломников проводили санитарно-просветительные мероприятия, убеждая мусульман в необходимости медицинских осмотров и вакцинаций. Среди намеченных до отъезда паломников мер были: 1. Поголовная оспенная вакцинация; 2. Пероральная дивакцинация от холеры и дизентерии; 3. Обследование на зараженность глистами; 4. Повторная дезинфекционная и дезинсекционная обработка паломников (душевые и бани) и их багажа.

Возраст паломников, прибывших в Одессу, в основном составлял от 45 до 60 лет. По роду занятий многие были скотоводами, крестьянами или купцами. Возраст, условия жизни и труда на родине обусловили преобладание в их среде таких заболеваний, как ревматизм, фурункулез, чесотка, различные простуды, трахома и эндемический зоб[704].

15 мая 1927 г. в 16:00 из одесского порта в Хиджаз отправился пароход «Теодор Нетте» с 314 паломниками на борту. Среди них было 303 паломника из Синьцзяна и 11 – из СССР. Количество мужчин составляло 290, женщин – 19. Среди паломников было пять детей. Все люди прошли вакцинацию и ревакцинацию в Одессе, и путь до Джидды прошел относительно легко[705].

---

[703] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 217. Л. 43.

[704] Там же. Л. 53.

[705] Там же. Л. 42, 28.

Обратно паломники возвратились в июле 1927 г. Из Одессы эшелон с 453 паломниками отбыл 9 июля по маршруту Харьков – Самара – Ташкент. По-видимому, либо в Джидде, либо уже в Одессе к выехавшей в мае 1927 г. группе присоединились другие паломники. По территории Украины состав сопровождал лекпом. Потом эшелон телеграфно запросил медицинское сопровождение, так как от станции Валуйки следовал без врача. Среди паломников стала расти заболеваемость. Они жаловались на постоянные задержки и медленное продвижение. 16 июля из Саратова пришла телеграмма, что эшелон паломников проследовал через Балашов на Ртищево. В Балашове было обслужено четверо больных энтеритом, один был снят с поезда. Обнаружился один паломник с гуммозным сифилисом в плохом состоянии[706].

К сожалению, не обошлось без несчастных случаев. 18 июля 1927 г. на ст. Кряж Самаро-Златоустовской железной дороги при входе в вагон под колеса попал 60-летний паломник Садыр Хаджи Ислам Ходжа. Ему отрезало обе ноги выше ступней. Потерпевшему была оказана срочная медицинская помощь, но по пути в больницу он скончался[707].

В целом, паломнический сезон 1927 г. оказался для Совторгфлота убыточным. При ожидавшихся 5000 паломниках компания обслужила лишь 1200. По данным главы Совторгфлота Иванова убыток составил 34 руб. на каждого паломника. За возмещением убытков пришлось обратиться в Наркомат финансов[708].

Причины неудачи, постигшей советского перевозчика в сезон 1927 г. были комплексными. Во-первых, цена проезда для небогатых паломников из Западного Китая и Афганистана оказалась слишком высокой. К тому же, Совторгфлот не предлагал им других вариантов маршрута кроме проезда «туда и обратно», в то время как многие паломники хотели на обратном пути посетить другие мусульманские святыни, например, в Стамбуле. Кампания по аквизиции паломников, требовавшая больших затрат по найму агентов в Синьцзяне, Афганистане и Иране, встретила как сопротивление со стороны местных властей, так и мощную

[706] Там же. Л. 9.

[707] Там же. Л. 5.

[708] Kane E. Russian Hajj. P. 174.

конкуренцию со стороны британцев, продвигавших свой маршрут через Индию[709].

Антирекламой для рейсов Совторгфлота послужило откровенно низкое качество транспортировки и предлагавшихся в дороге услуг. Условия перевозки по железным дорогам СССР были тяжелыми, а иногда и смертельно опасными. Вместо обещанных вагонов второго класса, паломников загружали в теплушки без плацкарт и посадочных мест: люди были вынуждены размещаться вповалку на полу[710]. Как мы уже убедились, вместо кают паломникам на советских пароходах предоставлялось место на полу в расчерченном квадрате 1,5 на 0,7 м. Судя по архивным документам, медицинское сопровождение по дороге на хадж не представляло проблем, однако на обратном пути эшелоны телеграфировали об отсутствии сопровождающего врача и требовали срочно его предоставить. Очевидно, что при очень сжатом подготовительном периоде распределение обязанностей среди множества региональных ведомств привело к невыполнению обязательств и, как следствие, к низкому качеству обслуживания.

Советское правительство могло бы отказаться от идеи паломнического транзита уже после неудачного сезона 1927 г., но поступило совершенно иначе. Видимо, ожидания валютной выручки перевешивали другие доводы. Приближалось время сталинских социальных экспериментов, а для индустриализации страны твердая валюта была нужнее всего. Поэтому в апреле 1928 г. СНК СССР принял постановление «О перевозке морем паломников-мусульман из портов СССР в порты Геджаса и обратно». Совторгфлот получил из резервного фонда Совнаркома субсидию в 330000 руб. для покрытия своих убытков в связи с перевозкой мусульман на хадж. В 1928 г. НКИД расширил консульскую поддержку паломникам-мусульманам в Хиджазе. При новом советском консуле в Джидде Н.Т. Тюрякулове для паломников был открыт советский медицинский пункт[711].

[709] Ibid. P. 172.
[710] Ibid. P. 175.
[711] Ibid. P. 177.

В 1928 г. на одном из кораблей Совторгфлота – теплоходе «Крым» – в качестве судового врача паломнического рейса в Джидду отбыл П.Е. Заблудовский. В его рассказе паломники упоминаются лишь вскользь, в качестве экзотического фона, а основное повествование – собственные впечатления от путешествия. Тем не менее из воспоминаний можно почерпнуть хотя бы то, что рейс прошел без особых проблем и чрезвычайных ситуаций.

«Крым» был новым судном, спущенным на воду в Германии лишь годом ранее. То, что для хаджа 1928 г. Совторгфлот предоставил совершенно новый теплоход, говорит о серьезности намерений улучшить качество перевозки. Единственным беспокойством, которое паломники доставляли капитану и команде, было их стремление готовить пищу на костре. Заблудовский объясняет это тем, что среди синьцзянских паломников, составивших большинство пассажиров судна, были кочевники, считавшие, что на оборудованной кухне нельзя приготовить правильное блюдо. Для пресечения попыток разводить костры капитану пришлось организовать специальные вахты в разных частях корабля, следившие за порядком на палубе. «И все же такие попытки, угрожавшие пожаром, имели место, – вспоминает Заблудовский. – Капитан облегченно вздохнул, когда последние паломники оставили судно»[712].

Заблудовский много внимания уделил тому, как английские власти в Египте изолировали советский корабль на обратном пути из Джидды. В Александрии, куда теплоход зашел за грузом хлопка, место стоянки было взято под вооруженную охрану, на судне отключена радиосвязь, а команде строго запретили сход на берег. Стража состояла из белоэмигрантов – бывших деникинцев или врангелевцев, переодетых в египтян. Им было запрещено разговаривать с советскими матросами, но иногда запрет нарушался. Командовал солдатами бывший деникинский контрразведчик ротмистр Кравченко, которого некоторые матросы знали лично по Одессе. Вопреки распространенному в советской

[712] Заблудовский П.Е. На разных широтах (из записок судового врача дальнего плавания) // Из истории медицины. История медицины, врачебного дела и здравоохранения Прибалтики. Сб. ст. Вып. XVII. Рига: Рижский медицинский институт, 1987. С. 176.

литературе сюжету о встрече в иностранном порту с бывшими белогвардейскими «палачами» и достойных ответах моряков на их выходки, диалог с Кравченко был взаимно вежливым, хотя и провокационным. На реплику матроса о том, что в Одессе ОГПУ с нетерпением ожидает встречи с бывшим белогвардейцем, тот ответил, что сам не теряет надежды на встречу со многими. На этом разговор и завершился[713].

Совершенно в ином свете в рассказе П.Е. Заблудовского предстает республиканская Турция. По пути в Одессу «Крым» заходил сначала в Измир, затем в Стамбул. Врач рассказывает о советской помощи Турции в области здравоохранения и двух больницах Советского Красного Креста, одна из которых работала в Измире и пользовалась большой популярностью. Реформы Мустафы Кемаля Ататюрка также вызвали его одобрение. Врач характеризует новые школы, которые удалось посетить в Измире как образцовые по санитарному состоянию, с обязательным преподаванием санитарной гигиены, запретом на преподавание религии, совместным обучением мальчиков и девочек в младших классах. Во время недельной остановки в Стамбуле, Заблудовский посетил Стамбульский гигиенический музей и побеседовал с «турецким пироговцем» психиатром Масхар Осман-беем. Из-за этой встречи советский врач даже опоздал на «Крым» и был вынужден сначала провести время на депортационной барже на стамбульском рейде, а затем перенести опасное путешествие в Одессу на маленьком катере «Гарпун»[714].

Возможность схода на берег в Турции говорит о том, что в 1928 г. советский паломнический транзит осуществлялся легче, чем в 1926-27 гг. 17 апреля 1926 г. Санитарное управление границ и побережья Турецкой Республики издало циркуляр № 28, по которому пароходы с паломниками, идущие транзитом из черноморских портов ни в коем случае не допускались к сообщению с берегом в турецких портах и были обязаны следовать через проливы без остановки. То же относилось к паломническим судам из СССР, совершавшим обратный рейс.

---

[713] Там же. С. 178.

[714] Там же. С. 179, 183-191.

Мелкие партии паломников, прибывающие из благополучных советских портов, могли пересаживаться на другие пароходы только в пункте Каваки и в лазаретах под санитарным контролем. Паломников предписывалось допускать к сообщению с берегом лишь при наличии двух отрицательных анализов на особо опасные инфекции. При этом, никакой дискриминации транзитных паломников из СССР не было: турецкие власти применяли циркуляр и к собственным гражданам, отправлявшимся в хадж[715].

Транспортировка паломников-мусульман через СССР продолжилась в 1929 г. Сезон 1928 г. прошел сравнительно удачно и Совторгфлот получил очередную субсидию для расширения услуг. Поток иностранных паломников постоянно рос: заметно оживилось движение с иранской стороны. Однако условия транспортировки улучшились не намного. В 1929 г. произошел ряд инцидентов с иностранными чиновниками, оскорбленными бестактным отношением экипажей советских паломнических пароходов. Такие случаи вскрылись благодаря тому, что Совторгфлот послал начальника своего пассажирского отделения в Батуми по фамилии Тараян в паломнический рейс[716].

К 1929 г. вокруг хаджа начала накаляться политическая обстановка. Поддержка паломнического транзита в условиях роста транспортного потока начинала выглядеть как поощрение религиозной деятельности мусульман. НКИД СССР выступил против размещения религиозных символов на рекламных листовках Совторгфлота и потребовал прекратить наем религиозных деятелей в качестве торговых агентов. Также компании было рекомендовано откорректировать рекламные тексты, указывая, что привлекаются все потенциальные пассажиры, а не только паломники. В 1928 г. ОГПУ зафиксировало рост запросов разрешения на хадж от мусульман со всего СССР и выдало им 60 заграничных паспортов[717].

---

[715] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 217. Л. 57.

[716] Kane E. Russian Hajj. P. 180.

[717] Ibid. P. 181.

***

Тем не менее эти нежелательные для советской власти аспекты не стали причиной закрытия транзитного маршрута через СССР. Разразилась Великая депрессия и глобальные потоки паломников иссякли. С ними прекратилась и кампания Совторгфлота. Позже, советский транзит в подобной форме уже никогда не возрождался. По мнению А. Кейн, этот короткий эпизод в истории СССР межвоенного периода показывает, что попытки глобального продвижения советского социализма начались не после 1945 г. с коллапсом мировой колониальной системы, а еще за десятилетие до Второй мировой войны. В конкурентной борьбе за паломнические потоки Советский Союз успешно использовал созданную еще в царской России транзитную систему[718], продемонстрировав живучесть этой модели и способность использовать ее как инструмент «мягкой силы» на зарубежном Востоке.

[718] Ibid. P. 182.

Глава 2. Советские медицинские учреждения в Хиджазе (с 1932 г. – Королевство Саудовская Аравия)

Небольшое аравийское королевство Хиджаз (с 1932 г. – Королевство Саудовская Аравия) стало первым арабским государством, установившим дипломатические отношения с СССР в августе 1924 г. До этого момента у Советского Союза не было шансов завязать прочные межгосударственные связи на арабском востоке. Большая часть Аравийского полуострова находилась в колониальной зависимости от Великобритании или Франции, опасавшихся советского идеологического влияния и подрывной деятельности Коминтерна. Однако правивший тогда в Хиджазе хашимитский шериф Хусейн был враждебно настроен к Англии из-за нарушенного ею обещания поддержать создание независимого арабского государства в обмен на вооруженное выступление против Османской империи в годы Первой мировой войны. В декабре 1922 г. на Лозаннской конференции представитель Хиджаза Наджи аль-Асыль несколько раз встречался с советским наркомом иностранных дел Г.В. Чичериным и полпредом РСФСР в Италии В.В. Воровским. Через своего дипломата король Хусейн указывал на необходимость срочного установления дипломатических отношений между Хиджазом и СССР[719].

Чем маленькое и слаборазвитое аравийское королевство могло заинтересовать молодое, стремящееся к идеологической экспансии Советское государство? В.В. Наумкин выделяет четыре задачи, которые Москва решала, устанавливая отношения с Хиджазом. Во-первых, Советскому Союзу были необходимы отношения в арабском мире. В Хиджазе находятся Мекка и Медина – святыни исламского мира, ежегодно привлекающие миллионы паломников. Еще в царский период Россия видела там центр притяжения политических сил мусульманского востока и, как многие европейские державы, имела в Джидде свое консульство, а значит и дипломатическую базу. Отсюда исходила вторая задача – активизация политической работы в исламском

[719] Наумкин В.В. Несостоявшееся партнерство. Советская дипломатия в Саудовской Аравии между мировыми войнами. М.: «Аспект Пресс», 2018. С. 71.

мире, что имело большое значение для внутренней (значительное число мусульман среди населения СССР) и внешней политики (привлечение населения мусульманских государств на свою сторону). В-третьих, было необходимо найти на Ближнем Востоке рынок сбыта для советских товаров. В-четвертых, дипломатическое представительство в Хиджазе позволило бы противодействовать враждебной Москве деятельности Великобритании, попытаться ослабить ее позиции на арабском востоке[720].

О советском медицинском присутствии в Аравии НКИД СССР в лице Г.В. Чичерина заговорил одновременно с поиском кандидатуры на должность консула. Нарком иностранных дел считал желательным, чтобы советский дипломат одновременно был врачом, что дало бы «возможность королю объяснить его присутствие необходимостью паспортного и санитарного надзора за паломниками из СССР», а также мусульманином, чтобы поселиться в Мекке, в непосредственной близости от короля[721]. Врачебная специальность в условиях постоянной эпидемической опасности в Священных городах во время хаджа была как рациональной необходимостью, так и хорошим прикрытием. Мусульманское же происхождение позволяло консулу обойти массу запретов и ограничений для неверных.

2.1. Система здравоохранения и медико-санитарная обстановка в Хиджазе глазами советских врачей в конце 1920-х – начале 1930-х гг.

Амбулатория при полномочном представительстве СССР в Джидде открылась 5 декабря 1927 г. Основным контингентом являлись советские граждане, работавшие в Хиджазе, однако параллельно врачи вели прием местного населения. В архивном фонде ОБЗСИ в ГАРФ (ф. А-482, оп. 35) сохранились врачебные отчеты, содержащие ценные сведения о системе здравоохранения королевства Хиджаз в конце 1920-х – начале 1930-х гг., а также медико-санитарные характеристики мусульманских святынь во время хаджа. Что же рассказывают нам эти документы

[720] Там же. С. 72-73.

[721] Там же. С. 81.

о жизни в Аравии и советской медицинской помощи местному населению в изучаемый период?

Большую часть 1920-х гг. Хиджаз провел в состоянии войны с соседним аравийским государством Неджд. В 1925 г. султан Неджда Абдель-Азиз бин Сауд захватил почти всю страну, в январе 1926 г. короновался королем Хиджаза, и в том же году Советский Союз официально признал новое саудовское государство. В мае 1927 г. под названием «Королевство Неджда и Хиджаза» его признала Великобритания, а в 1931 г. – Соединенные Штаты Америки.

Советские врачи считали, что местная санитарная организация слаба и не владеет информацией о том, что происходит за пределами нескольких крупных городов. Однако благодаря тому, что со второй половины XIX в. из-за увеличившихся потоков паломников к Хиджазу были прикованы взоры медицинской общественности Европы, основы здравоохранения там все же существовали.

Медицинское дело находилось в ведении дирекции здравоохранения, входившей в состав Министерства внутренних дел. Вопрос об улучшении санитарного состояния Священных городов был одним из первых в рабочей повестке созванного Ибн Саудом в Мекке I Всемусульманского конгресса (июнь 1926 г.). На конгрессе были приняты постановления об организации правительством при международной поддержке постоянных больниц и мобильных медицинских отрядов для борьбы с эпидемическими болезнями. Удалось наметить мероприятия по улучшению водоснабжения, целевому приглашению правительством иностранных врачей-специалистов и отправке мусульманскими странами медицинских миссий в Хиджаз на время хаджа.

Главой здравоохранения был врач-отоларинголог доктор Махмуд Хамуде. До этого назначения он преподавал в медицинской школе в Дамаске, но в 1922 г. был выслан французскими властями из Сирии. По мнению советских врачей, это был энергичный и высококвалифицированный организатор здравоохранения. Доктор Махмуд Хамуде был официальным представителем Хиджаза на международной санитарной конференции 1926 г. В качестве главы дирекции здравоохранения он успешно провел

восстановление и переоборудование бывших турецких больниц в Мекке, Джидде и других городах. В своей политике Хамуде не был изоляционистом: приглашал в страну иностранных врачей, поддерживал тесные отношения с французскими и сирийскими коллегами. При нем за границу для изучения бактериологии и рентгенологии были отправлены два хиджазских врача[722].

В изучаемый период дирекция здравоохранения находилась в сложном положении. С одной стороны, имелась насущная необходимость создания эффективной системы здравоохранения. Без современных больниц, квалифицированных медицинских кадров, точной медицинской статистики и постоянного санитарного мониторинга вряд ли удалось бы улучшить санитарное состояние Мекки и Медины. С другой стороны, ссылаясь на голландские источники, советские врачи утверждали, что правительство сознательно приуменьшает данные о заболеваемости в стране, чтобы сохранить высокий престиж среди паломников. Как бы то ни было, для СССР изучение медико-санитарной обстановки в Королевстве Неджда и Хиджаза имело большое значение. «…Характерные климат и орография, фауна и флора, своеобразные экономика и быт примитивных воинственных кочевников пустыни с одной стороны, и городских жителей, развращенных паразитическим существованием за счет паломников с другой, – писал врач Ш.Д. Мошковский в 1930 г., – заржавевшие доспехи мусульманской регламентации жизни…, периодические нашествия десятков и сотен тысяч паломников из разных стран земного шара – все эти обстоятельства обуславливают большую сложность эпидемиологических отношений, требующих длительного изучения, большого знания страны, языка и местных нравов, и свободы передвижения, возможной только для правоверных»[723].

Сложности к изучению медико-санитарной обстановки в королевстве добавляли разноголосица в терминологии и отсутствие надежных медицинских данных. Поскольку до 1916 г. эта область являлась вилайетом Османской империи, часть болезней имела турецкие названия, употреблявшиеся в документах наряду

[722] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 45-46.

[723] Там же. Л. 40.

с арабскими (почти совпадавшими по смыслу) и французскими терминами. Поставленные диагнозы редко основывались на лабораторных исследованиях. Сведения о движении инфекционных болезней, публиковавшиеся в центральной газете, собирались лишь в четырех крупнейших городах королевства – Мекке, Медине, Джидде и Таифе[724]. Остальная территория в медицинском плане фактически оставалась *terra incognita*.

Официальная статистика признавала в стране существование оспы, дизентерии, брюшного тифа, паратифа, лихорадки денге и менингита. Однако ни голландские, ни советские врачи за время своей практики не видели клинически убедительных случаев брюшного тифа. Подозрительные случаи, как правило, давали отрицательный лабораторный результат и доктора склонялись к тому, что за симптомы брюшного тифа принимались проявления других заболеваний, например, тропической малярии. Указанная в отчетах лихорадка Денге тоже не давала типичной клинической картины, несмотря на то, что ее переносчик комар *Aedes argenteus* в огромных количествах обитал в Мекке и Джидде. По мнению Мошковского, множество случаев этой болезни можно было отнести к денгеподобным лихорадкам без сыпи. То же самое относилось к менингиту, под которым вряд ли имелся в виду эпидемический цереброспинальный менингит[725].

Малярия, напротив, занимала в официальной статистике скромное место, в то время как в реальной жизни встречалась повсеместно. Ш.Д. Мошковский обнаружил у больных все три известных тогда вида малярийного плазмодия. Особенно тяжелым было течение тропической формы малярии с молниеносными и коматозными формами, быстро приводящими к смерти. При них наблюдались энтеритические и холероподобные явления. Мошковский не проводил исследования по Мекке и полагался на сведения голландцев, что малярийного комара там нет, но в Джидде он собственноручно обнаружил анофелес[726].

Оспа, отмечавшаяся в официальной статистике, была не завозной, а местной. Она издревле встречалась в пустыне, где

[724] Там же. Л. 42.

[725] Там же. Л. 43.

[726] Там же. Л. 44.

бедуины по слухам разработали собственный способ приготовления вакцины, закапывая оспенную лимфу в песок. В конце 1920-х гг. они уже самостоятельно обращались к врачам с просьбой привить оспу[727]. Количество официально зарегистрированных случаев социальных болезней (сифилис, гонорея, туберкулез), по мнению советского врача, занижалось. Между тем, сифилис и гонорея были широко распространены. Частым осложнением гонореи была слепота на один или оба глаза в результате бленнореи. Другой причиной слепоты являлась распространенная в стране трахома[728]. В общем, в конце 1920-х гг. в Королевстве Неджда и Хиджаза помимо тропических и эпидемических заболеваний, встречался весь спектр социальных болезней, характерный для традиционных кочевых сообществ Евразии (Монголия, Тува, Синьцзян, Афганистан).

Из детских заболеваний в Аравии были распространены корь, ветряная оспа, коклюш и эпидемический паротит, часто поражавший и взрослое население. Встречались единичные случаи скарлатины и дифтерии.

Осмотр лечебно-профилактических учреждений дал представление о состоянии медицинской сети страны. Больница в Джидде была переоборудована из бывшего турецкого госпиталя. В ней работало два доктора – главный врач и врач-специалист. Помещение больницы находилось в запущенном состоянии. Больные лежали на грязном белье и матрацах, а операционная была совершенно заброшена. Ржавый хирургический инструментарий хранился в пыльном шкафу. Автоклав не работал. Во дворе имелись два барака – изолятор на четыре койки и оспенный покой на 10 коек. В этих помещениях мужчины и женщины не разделялись: все больные лежали вповалку.

Осмотров и исследований терапевтических больных практически не производилось. Когда русский врач спросил коллегу о результатах перкуссии пациента, лежавшего там уже три недели, последовал следующий ответ: «…он слишком грязен, чтобы его можно было выслушать, к тому же от него плохо

[727] Там же.

[728] Там же. Л. 43.

пахнет»[729]. При этом лабораторные средства диагностики в больнице имелись. В 1927 г. голландский врач ван дер Гох оборудовал там современную бактериологическую лабораторию, но после его отъезда она некоторое время стояла в запустении, пока местные врачи не пригласили туда Ш.Д. Мошковского, чтобы тот показал им некоторые элементы бактериологической диагностики. Лабораторию расконсервировали в холерный период[730].

Снабжение больницы в Джидде было регулярным и осуществлялось со склада в Мекке. Поставлялись, в основном, патентованные европейские медикаменты. Для населения в городе работала аптека, связанная с больницей. Также имелся аптечный склад, продававший патентованные лекарства для инъекций. Местное население очень верило в уколы: от любой хвори больной прежде всего просил сделать ему «ширингу» (искаж. фр. *syringe*).

Помимо больничных медиков, в Джидде имелось еще два карантинных врача. Все врачи в городе, включая больничных, активно занимались частной практикой. Некоторое время в Джидде работала женщина-врач, гречанка по национальности. Она была известна тем, что сбивала установленные цены на врачебный визит. Поэтому против нее интриговали другие врачи, чиня всевозможные препятствия. В конце концов доктору-гречанке пришлось прекратить практику и покинуть город[731].

Больница в Мекке была устроена намного лучше, чем в Джидде. Там имелось шесть небольших и одна большая палата. В общей сложности в больнице было около 200 коек. Четыре койки занимал изолятор. Все койки были выкрашены, застелены чистыми матрасами и бельем, оборудованы пологами. Возле мечети размещался отдельный барак для острозаразных больных и сумасшедших.

В больнице имелась прекрасно оснащенная операционная, надежно защищенная от пыли и грязи двойными рамами, с мраморными полами и облицовкой стен. Было и хирургическое отделение на 12 коек. Также при больнице имелась оборудованная

[729] Там же. Л. 46.

[730] Там же.

[731] Там же. Л. 47.

рентгенологическая лаборатория, производившая большое впечатление на короля и членов правительства. Однако к моменту описания (лето 1930 г.) из-за отсутствия хирурга и рентгенолога операционная и рентгенкабинет не работали[732].

Помимо больничных врачей, в Мекке работал зубной врач (или техник) и две государственные аптеки, торговавшие патентованными европейскими медикаментами. Правительственные врачи были и в других городах королевства – Медине, Таифе, Ямбо и Асире.

В странах, где имелись собственные медицинские работники, советские медики пристально присматривались к местному врачебному сообществу, скрупулезно фиксируя имеющиеся недостатки, а иногда и достоинства. Главным недостатком саудовского медицинского сообщества Ш.Д. Мошковский считал неприкрытое стремление к наживе при довольно низком профессиональном уровне. Приведем краткую характеристику, данную им хиджасским врачам:

> «Общее впечатление от врачей, которых мне пришлось перевидать более десятка, весьма безотрадное. Многие не в состоянии изъясняться ни на одном европейском языке, медицинские познания у большинства ничтожные, а то и вовсе фантастические. Некоторые не скрывают того, что единственной целью их пребывания в Геджасе является нажива. Такса за визит установлена прочно и врачей, снижающих ее, выживают. Больных всячески шантажируют. Подавляющее большинство врачей – арабы-сирийцы: дирздрав подбирает земляков. По словам голландского консула, все врачи, состоящие на государственной службе, отчисляют в пользу дирздрава определенный процент своего жалования. Из некоторых слов врачей можно было заключить, что это утверждение соответствует действительности… Вся клика врачей висит на дирздраве, а его все усилия направлены к тому, чтобы удержаться на хлебном месте, отсюда заботы о показной стороне дела, заискивание перед королем и устранение всех, кто может подорвать его авторитет…»[733].

[732] Там же.

[733] Там же. Л. 48.

Советский врач предполагал, что подобные «отчисления» делаются и из более чем скромного годового бюджета здравоохранения (в 1928 г. он составлял всего 12000 фунтов). В пользу этого свидетельствовали следующие факты: приобретение необходимого для больницы в Джидде реактива, стоимостью дватри реала (2-3 руб.) становилось для дирекции здравоохранения неразрешимой проблемой. Однако даже при таком уровне коррупции, правительству удалось добиться некоторых успехов. Прежде всего, удалось улучшить санитарные условия на священной горе Арафат[734].

В подобных условиях настроения советских и европейских врачей, как правило, совпадали. Мошковский резюмировал, что «пока во главе дела здравоохранения будут стоять лица, органически с данной страной не связанные, преследующие исключительно цели личного характера, вряд ли можно надеяться на серьезный прогресс в данной области»[735]. Проблемы здравоохранения в Хиджазе время от времени выливались и на страницы местной печати. Так, в июле 1927 г. газета «Ас-Сиас» сетовала на то, что ведомство здравоохранения состоит из иностранцев, оно безжалостно выкачивает средства страны, оторвано от населения. На ненормальное развитие здравоохранения указывал и голландский врач ван дер Гох, в 1928 г.вынужденный оставить работу в Хиджазе[736].

Особый интерес представляет изучение контингента иностранных врачей неарабов, работавших в королевстве в конце 1920-х гг. Их Мошковский разделил на несколько категорий. Сначала он охарактеризовал консульских врачей, работавших в амбулаториях при диппредставительствах. Советских врачей при консульской амбулатории в Джидде было двое. Также там имелась небольшая бактериологическая лаборатория. Лучше была обустроена амбулатория при голландском консульстве. Здание нидерландской дипломатической миссии было новым; в амбулатории имелась отлично оборудованная операционная с плиточными полами, пыленепроницаемыми окнами, автокла-

[734] Там же.

[735] Там же. Л. 49.

[736] Там же.

вами, богатым инструментарием, микроскопом, специальным рационом питания. При амбулатории имелась хорошо укомплектованная аптека. Помещения и оборудование содержались в образцовом порядке двумя высококвалифицированными лекпомами, исполнявшими всю регистрационную, аптечную и медико-техническую работу. Врачом амбулатории был молодой яванец, хорошо владевший хирургической техникой и успешно производивший даже глазные операции.

Амбулаторией при английском консульстве заведовал врач-индиец. По мнению Мошковского, работа там была устроена несколько хуже, чем в голландском медучреждении[737].

Врачей-неарабов, приглашенных правительством Ибн Сауда, советский врач выделил в отдельную категорию. Для проведения в жизнь постановлений Всемусульманского конгресса 1926 г. в Мекке, король сначала обратился к нидерландскому правительству с просьбой порекомендовать бактериолога для работы в Аравии. На призыв откликнулся доктор ван дер Гох, прибывший в Джидду в сентябре 1927 г. с полным комплектом оборудования для бактериологической лаборатории. В короткое время голландец оборудовал специальное помещение, развернул лабораторию, наладил производство оспенной лимфы и приступил к массовому изготовлению бактериальных вакцин. Ван дер Гох был настолько заинтересован работой, что даже пошел на смену вероисповедания – принял ислам. Это дало ему единственную возможность доступа вглубь страны. По-видимому, доктор оказался человеком честным и профессионально бескомпромиссным. Он начал яростно критиковать местных врачей и дирекцию здравоохранения, что быстро привело к сворачиванию деятельности и отбытию ван дер Гоха из Аравии. Перед окончанием службы, голландец собрал все компрометирующие материалы и отправил их королю. Не будучи уверен, что его расследование попадет в нужные руки, он уже с нового места службы написал другое письмо. Его голландский консул лично передал Ибн Сауду весной 1930 г.[738].

[737] Там же. Л 49-50.

[738] Там же.

Параллельно с запросом о бактериологе, правительство обратилось к Голландии с просьбой направить к ним двух врачей-яванцев из Голландской Ост-Индии. Однако дефицит таких врачей и сравнительно небольшая сумма, предлагавшаяся хиджазским правительством (40-45 английских фунтов стерлингов в мес.), не позволили нанять яванцев. Вместо этого у аравийцев работали британские врачи-индийцы: один в Мекке в бараке для заразных больных; другой был лейб-медиком короля Ибн Сауда. К сожалению, сирийская клика в дирекции здравоохранения быстро «съела» и лейб-медика, который бросил королевскую службу через полтора года из-за постоянных нападок и нерегулярной выплаты жалования. По этому поводу голландский консульский врач писал, что «счастливо отделалось голландское правительство, что направление врачей из Голландской Индии не состоялось…, оно непременно окончилось бы фиаско»[739].

Помимо приглашенных врачей, в Хиджазе функционировали египетские медицинские учреждения, содержавшиеся на вакуфные средства[740]. Эти амбулатории обслуживали паломников в Мекке и Медине при гостевых домах. Их посещаемость как египтянами, так и арабами была высока – до 100 чел. в день при одном враче, двух фельдшерах, двух аптекарях и двух служителях[741]. По достигнутым на конгрессе 1926 г. договоренностям, Египет также отправлял в Мекку и Медину медицинские миссии для сопровождения своих контингентов паломников. В 1930 г. подобных групп в составе врача, дезинфектора, до трех фельдшеров и одного служителя в Хиджаз прибыло пять[742].

Политические трения между правительствами Королевства Неджда и Хиджаза и Египта сказывались на отношении к медицинским миссиям. Так, в 1930 г. хиджазцы отказались допустить в страну египетский санитарный автомобиль; в 1928 г. египетс-

[739] Там же. Л. 51.

[740] Вакуф (вакф) – в мусульманском праве имущество, переданное государством или отдельным лицом на религиозные или благотворительные цели. Это может быть как недвижимое, так и движимое неотчуждаемое имущество, но лишь приносящее доход и не растрачиваемое. Таким образом, в вакуф не могут быть переданы деньги, но может быть передана больница и медицинское оборудование.

[741] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 51.

[742] Там же. Л. 53.

кие медикаменты, присланные в вакуфные медучреждения были обложены таможенной пошлиной[743]. Тем не менее это не останавливало Египет в исполнении взятых на себя обязательств по медико-санитарной помощи во время хаджа.

Особый интерес вызывают отношения между советскими врачами и их иностранными коллегами. О них в документах говорится не много, но отдельными пунктами, что облегчает работу исследователя. Так как же развивались связи между медиками в непростых политических и социокультурных условиях саудовского королевства?

Местные врачи часто звали советских коллег для консультаций, консилиумов и совместных исследований. По-видимому, профессиональная квалификация консульских медиков была заметно выше, и в важных делах как доктора, так и официальные лица полагались на их помощь. «Личные отношения были весьма хороши, – писал Ш.Д. Мошковский, – но чувствовалась значительная настороженность, опасения, как бы тесные отношения с советскими врачами не испортили репутации. Эти опасения были вполне уместны, так как со стороны дирздрава и других властей чувствовалась значительная подозрительность»[744]. Обращаясь за помощью, официальные лица боялись, что их могут объявить большевиками. Даже массовые обследования, которые иногда по просьбе местных чиновников проводили советские медики, обставлялись так, чтобы минимизировать круг ответственных за это лиц. Так, когда в 1931 г. консульские врачи обследовали солдат и офицеров гарнизона Джидды, вся операция сводилась лишь к гарнизонному врачу, который, якобы, один знал об этом исследовании[745].

Таким образом, в плане здравоохранения и санитарной обстановки, Королевство Неджда и Хиджаза к началу 1930-х гг. представляло собой сложную, но все же развивающуюся среду, в которой значительную роль играли европейские врачи. Болезни, распространенные в стране, по большей части относились к тропическим инфекциям. С одной стороны, их изучение

[743] Там же. Л. 52. См. также: Наумкин В.В. Несостоявшееся партнерство. С. 317.

[744] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 417. Л. 84.

[745] Там же.

требовало особой квалификации, наличия качественного лабораторного оборудования, бесперебойного снабжения реактивами и соответствующими медикаментами. С другой стороны, Хиджаз представлял собой редчайший случай плотной концентрации людей различного происхождения из всех частей земного шара, связанных единой религией и стремлением совершить хадж. Изучение подобного контингента, тем более в редких условиях международной солидарности по вопросам санитарной безопасности хаджа, предоставляло уникальные возможности как в научном, так и в практическом плане. Советский Союз не был страной отправления паломников, но с 30-миллионной массой мусульман он просто не мог оставаться в стороне от этого поистине мирового явления. Изучая санитарные характеристики хаджа, советские врачи не только создавали собственную базу научных знаний о нем, но и демонстрировали готовность участвовать в его медицинском обслуживании на правах европейской державы. Это повышало международный престиж СССР, ставя его в одну когорту с Великобританией и Нидерландами, чьи огромные колониальные империи давали наибольшее количество паломников.

2.2. Санитарные характеристики и описания хаджа в материалах советского консульского медпункта в Джидде

Хадж привлекал к себе особое внимание советских врачей. «Основой всей жизни и существования Геджаса является паломничество, – этими словами открывается глава отчета, посвященная санитарным аспектам хаджа. – Все городское население и значительная часть кочевников владельцев верблюдов существует за счет денег, всеми способами выкачиваемых у паломников, регулярные сборы с которых составляют основу госбюджета»[746]. Перед советскими медиками стояла сложная, но чрезвычайно важная задача – изучить медико-санитарные особенности хаджа *in situ*, самостоятельно провести необходимые исследования и прийти к независимым выводам об эпидемиологических аспектах паломничества.

[746] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 53.

Хадж – пятый и последний из основных столпов ислама. Он представляет собой форму поклонения Единому Богу. Хадж совершается в начале двенадцатого месяца мусульманского лунного календаря («зу-ль-хиджжа») и длится несколько дней. В это время паломник отрешается от обычного образа жизни и благ цивилизации, и под палящим солнцем выполняет необходимые ритуалы. Сюда входят «аль-ихрам» – оглашение намерения и переодевание в специальную одежду паломника, «таваф аз-зияра» – семикратный обход вокруг Каабы в мечети аль-Харам, «вукуф би-Арафа» – стояние на горе Арафат, «сай байна ас-Сафа ва аль-Марва» – бег между двумя холмами ас-Сафа и аль-Марва.

Из-за особенностей мусульманского лунного календаря день хаджа не является фиксированным. Каждый последующий год он приходится на 11 дней раньше, чем в предыдущем году. Таким образом, совершается 33-летний цикл по которому хадж с летних месяцев передвигается на весну, зиму, осень и снова лето. Особенно торжественен день хаджа, выпадающий на пятницу. В таком году значительно вырастает количество паломников («хадж акбар»). Сегодня в Мекку и Медину ежегодно приезжают около четырех миллионов паломников со всей планеты.

В конце 1920-х гг. врачи советского консульства собрали данные по основным аспектам хаджа, начиная с паломнических маршрутов. Прибывающих морем они разделили на три группы: 1) с юга через Баб-эль-Мандебский пролив из Голландской Ост-Индии, Стрейтс-Сетлментс (брит. колония на п-ове Малакка), Британской Индии, Афганистана, Персии, Ирака, Китая; 2) из стран бассейна Красного моря – Египта, Судана, Эритреи, а также транзитные из Центральной и Западной Африки; 3) с севера – из Турции, Сирии, Палестины, с Балканского полуострова. Также были отмечены старые караванные пути из Египта, Дамаска, Багдада, Неджда, Асира и Санаа. Однако в начале 1930-х гг. пароходное сообщение и железные дороги почти вытеснили эти маршруты[747].

[747] Обычно путь дамасского каравана (от 5000 до 10000 паломников) занимал около 40 дней по безводной пустыне. Особенно тяжелым был путь обратно после всех испытаний в Хиджазе. Значительно облегчила транспортную ситуацию Хиджазская железная дорога, сократившая путь от Дамаска до Медины до трех дней. Ее разрушение

Самые многочисленные контингенты паломников прибывали из Голландской Ост-Индии (33% прибывающих морским путем и до четверти от общего количества паломников). Паломники из Британской Индии (вместе со Стрейтс Сетлментс) составляли вторую по численности группу. За ними следовали паломники из Египта. При этом паломники из голландских колоний прибывали в Хиджаз раньше всех, примерно за четыре-пять месяцев до даты хаджа. Самое короткое время в стране проводили египтяне (обычно около одной-двух недель)[748].

Пароходные компании, обслуживавшие паломников, придерживались правил перевозки в соответствии с международной санитарной конвенцией. На голландских судах воспрещалось самостоятельное приготовление пищи. В рис из общего котла добавлялся порошок витамина B_1 (тиамин) для профилактики заболевания бери-бери. Запрет на самостоятельное приготовление пищи не нравился паломникам. Из-за него многие предпочитали перемещаться на сингапурских пароходах, где каждый питался по своему усмотрению.

Санитарные условия на паломнических судах не всегда отвечали международным требованиям. Самыми грязными были бомбейские пароходы, на что из Камарана в Бомбей поступали жалобы. На сингапурских судах разрешалось брать с собой больше багажа и верхняя палуба была завалена вещами паломников и засорена кухонными отбросами. Некоторые пароходы принимали больше пассажиров, чем указывалось в нормативах. Бывали случаи обнаружения просроченных свидетельств о дератизации, или их отсутствия вообще.

Данные о заболеваемости на паломнических судах имелись только по пароходам из Британской Индии. Наиболее распространенными заболеваниями на борту являлись бронхит, пнев-

---

привело к почти полному параличу сухопутного передвижения между этими городами, но в конце 1920-х гг. правительство Ибн Сауда начало развивать автомобильное движение. Сын короля, эмир Сауд, совершил первую поездку в 1929 г., преодолев путь от Газы до Мекки (974 мили) за 60 часов. В период, описываемый врачами, путь от Джидды до Медины на автомобиле занимал 16 часов, что значительно увеличило число паломников, посещающих гроб пророка Мухаммеда. ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 55-56.

[748] Там же. Л. 54.

мония и малярия. Встречались единичные случаи дизентерии и бери-бери. Пневмония обычно имела летальный исход. Иногда встречавшаяся ветряная оспа поражала и взрослых, напоминая нагноившимися пустулами натуральную оспу. Советские врачи указывали, что еще в начале 1920-х гг. смертность на некоторых голландских судах достигала 16,3 и даже 29,53%, но с улучшением санитарного обслуживания она упала до 3-6,5% (по пути в Хиджаз)[749].

Советские врачи собрали интересные сведения о санитарном состоянии аравийских городов. Джидда – морские ворота Хиджаза – в тот период не имел обустроенного морского порта. Из-за крупных рифов и плохой освещенности пароходы могли останавливаться лишь на внешнем рейде, и только в дневное время. На берег паломников доставляли многочисленные лодки-самбуки. Город был окружен сплошной каменной стеной и, в европейском понимании, не имел улиц. Многоэтажные ветхие дома в арабском стиле громоздились, создавая лабиринт узких проходов и проездов, в которых ночью спали, а днем укрывались от солнца люди. В домах имелась примитивная канализация, состоявшая из системы труб, подведенных к туалетным помещениям с дырами в цементированном полу, и уходивших в выгребные ямы на улице.

Сбор драгоценной в пустыне воды производился несколькими способами. Дождевая вода во время ливней собиралась в цистерны под домами. За городом имелись устройства для улавливания воды двух типов. «Хуфра» представляла собой огромную яму; на самых низких участках дна были выкопаны глубокие колодцы, в которых вода оставалась даже когда пересыхал основной бассейн. «Сахридж» представлял собой искусно устроенные закрытые цементированные цистерны. В Джидде имелись колодцы, но копать их было не выгодно, так как вода в них очень быстро становилась соленой. Продажа воды в Джидде являлась доходным бизнесом, а почти все устройства и колодцы принадлежали частным лицам. Эти люди не только выступали против строительства в городе водопровода, но и несколько раз разрушали его. Поэтому для добычи воды

[749] Там же. Л. 57-58.

в Джидде пришлось установить дистиллятор, который вместе с дополнительными установками давал до 300 тонн воды в сутки. Баки с опресненной водой держались открытыми и в них оседала пыль, постоянно стоявшая над городом. Забор воды в опреснители тоже производился без соблюдения санитарных норм: трубы были проложены вблизи от берега и цветущая вода лагуны, содержащая множество органических загрязнителей, попадала в установку. При доставке воды на дом загрязнение происходило через насосный рукав и поверхность заливного отверстия, которое не обрабатывалось и затыкалось грязной пробкой. В общем, проблема водоснабжения в Джидде стояла остро и серьезно беспокоила врачей[750].

Климат Джидды отличался высокой средней температурой и почти стопроцентной влажностью. В середине лета иногда случались самумы, во время которых температура воздуха поднималась до +50 ºС и выше. При этом в Джидде водились огромные тучи мух, комаров и москитов. На находившемся в центре города базаре тучи мух покрывали продукты питания, сладости, фрукты.

Цены на продукты в Джидде были очень высоки. Поэтому паломники старались привезти с собой сушеную и консервированную пищу. В Хиджазе пересекались кулинарные традиции всего мусульманского мира и это тоже вызывало проблемы. Индонезийцы, например, почти не ели мяса (баранина была им отвратительна, а говядина – слишком жирна), а овощи и фрукты стоили очень дорого. Практически весь продававшийся рис был полированным – толченый рис в богатой витаминами оболочке в местном климате быстро портился. Это способствовало развитию различных авитаминозов[751].

Климат и скученность Джидды заставляла паломников быстрее двигаться по направлению к Мекке. Два города разделяло расстояние в 80 км. Переход осуществлялся либо на верблюдах, либо на автомобиле. На полпути к Мекке, в селении Бахра, два столба отмечали запретную для немусульман зону. Обычно в Бахре паломники отдыхали в многочисленных кафе. Автомо-

[750] Там же. Л. 60-61.

[751] Там же. Л. 61.

бильная дорога до Бахры шла параллельно караванному пути, а после нее обе дороги сливались. Путь от Джидды до Мекки на автомобиле занимал всего три часа; на верблюде – 14 часов. Стоимость автомобильного проезда составляла один фунт стерлингов и еще 0,4 фунта оплачивалось в пользу правительства. В 1928 г. на этом участке работало 600 автомобилей, в 1929 г. – уже 750 машин. Путь на автомобиле был намного быстрее, но вряд ли существенно безопаснее. По мнению советских врачей «автомобилизация хаджа является причиной еще одного источника страдания паломников: травматической эпидемии»[752].

В описаниях Мекки преобладают характеристики водных источников и водоснабжения. Климат Священного города, расположенного выше Джидды над уровнем моря, гораздо более сухой и жаркий, но из-за низкой влажности переносится намного легче. В описываемый период в Мекке насчитывалось около 50 колодцев и 12 подземных резервуаров, питавшихся водоотводами от акведука айн-Зараафа и водопровода айн-Зубейда. Избыток воды уходил в специальный бассейн за городской чертой.

Во дворе мечети аль-Харам, рядом с Каабой, находится священный колодец Зам-Зам. Его вода считается целебной. Паломники набирают ее в бутылки и увозят на родину. Получив образцы священной воды, советские врачи подвергли ее микроскопическому исследованию, обнаружив множество микроорганизмов, но их идентификацию по какой-то причине провести не смогли. Однако пытливый врачебный взгляд искал расхождения с гигиенической нормой даже в святая святых ислама, и медики, ссылаясь на представителя Александрийского совета доктора М. Салеха, писали о том, что паломники набирают даже ту воду, которой только что обмыли стены храма[753].

Движение на священную гору Арафат представляло собой сложное испытание. Многие паломники отправлялись туда за неделю до начала ритуалов, потому что ближе к торжественному дню Мекка пустела, но стоимость верблюда многократно возрастала. Те, кто не мог нанять верблюда, шли в долину Арафата пешком, иногда в больном состоянии. По словам врачей,

[752] Там же. Л. 63.

[753] Там же. Л. 64.

никто не обращал внимания ни на еле передвигавшихся по краю дороги пеших паломников, ни на тех, кто упал без сил. Двенадцатикилометровый путь на Арафат паломники проделывали одетыми в специальную одежду «ихрам», состоявшую из двух кусков белой материи, оставлявшей открытыми голову, шею, руку с плечом и часть груди. Раскаленный до +50 ºС воздух Арафата, смерчи и горячие самумы, толчея людей и верховых животных в узкой долине приводили к большому количеству солнечных и тепловых ударов. Врачи приводили данные 1929 г., когда за четыре дня ритуалов на Арафате погиб 241 паломник, из которых 145 чел. умерли от солнечного удара. В 1930 г. для предотвращения гибели людей из-за обезвоживания (спекулятивные цены доходили до двух руб. за ведро), правительство стало регулировать стоимость воды и обеспечивать ее достаточное количество[754].

На обратном пути из хаджа часть паломников оставалась на отдых в Мекке, а часть направлялась к гробу пророка в Медину. Паломники из Британской Индии и Голландской Ост-Индии обычно успевали посетить Медину до хаджа, а паломники с севера после Мекки отправлялись в Медину, а затем садились на пароход в Ямбо. Этот порт долгое время страдал от отсутствия хорошей питьевой воды: единственный колодец находился в семи часах пути от города, а вода в цистернах была загрязнена трупами животных. Для снабжения города и порта в 1929 г. там был установлен дистиллятор, производивший до 100 тонн воды в сутки[755].

В отличие от прибытия, которое иногда растягивалось до нескольких месяцев, отбытие паломников проходило в более сжатые сроки. Это вело к значительному ухудшению санитарной обстановки. В 1928 г., когда правительство было занято военными действиями и не приняло мер по организации отъезда паломников, Джидда пережила санитарный кризис. В переполненных домах не хватало уборных; люди ночевали на улицах среди узлов и ящиков со скарбом; на городских площадях

[754] Там же. Л. 66.

[755] Там же. Л. 67.

устраивались целые лагеря бедных паломников. После этого город просто утопал в мусоре и нечистотах.

Погрузка паломников на пароходы также была сложной и нервной процедурой. Сначала доставлялся и загружался крупногабаритный багаж. Многие паломники ночевали там же в лодках-самбуках. Измученные перенесенными тяготами и климатом Джидды люди иногда умирали в самбуках, так и не дождавшись посадки. По словам врачей, раньше при перевозке к судам случались инциденты, и с переполненных лодок и судовых трапов люди падали в воду. Однако в описываемый период посадка на пароходы происходила более или менее организованно и благополучно[756].

Оценивая эпидемическую опасность в время хаджа, советские врачи фиксировали внимание на следующих аспектах:

1. Условия и вероятность заноса той или иной эпидемической болезни в Хиджаз.

2. Условия ее распространения среди паломников и местного населения.

3. Возможность оседания данной болезни в Хиджазе.

4. Возможность распространения среди паломников той или иной эпидемической болезни, свойственной Хиджазу.

5. Условия и вероятность разноса болезней из Хиджаза[757].

Судя по расстановке приоритетов, в области эпидемиологии главной задачей советских врачей было обеспечение безопасности находившихся в Хиджазе советских граждан и местного населения, а не страшившая европейские державы возможность завоза эпидемии с возвращающимися паломниками. Это объясняется тем, что в 1927-1930 гг. паломников из СССР практически не было. Однако в эти годы советское правительство вновь запустило паломнический транзит через свою территорию. Услугами Совторгфлота пользовались, в основном, соседи по Центральной Азии – паломники из Синьцзяна и Афганистана. Поэтому, не сбрасывая со счетов изучение возможности заноса особо опасных инфекций из Аравии, консульские врачи поставили ее на последнее место в списке приоритетов.

[756] Там же. Л. 68.

[757] Там же. Л. 69.

Основной эпидемиологической угрозой во время хаджа была холера. Значительная часть паломников прибывала в Хиджаз из ее основного эндемического очага – Британской Индии, а также из неблагополучных Ирака, Персии и Афганистана. Холерные эпидемии часто сопровождали хадж, но в самой Аравии природные условия (сухость, высокая температура, палящее солнце) не способствовали распространению этой болезни. Главной опасностью врачи считали плохо устроенный водопровод айн-Зубейда в Мекке и возможность загрязнения священного колодца Зам-Зам[758].

История холерных эпидемий в Аравии показывала, что они начинались с прибытием паломников, следовали за их перемещениями и прекращались при отъезде[759]. Однако обнаружение в 1905 г. у возвращавшихся паломников на карантинном пункте Эль Тор схожих с холерными вибрионов (при отсутствии в тот год холерной вспышки в Хиджазе) обеспокоило мировое медицинское сообщество[760]. К моменту написания отчета, патогенность штамма Эль Тор не была подтверждена. Его принимали то за симбиоз микроба с бактериофагом, то за выродившийся в природных условиях Хиджаза обычный холерный вибрион. Советские врачи призывали к активному изучению патогенности штамма Эль Тор, считая эту проблему жизненно важной для хаджа как мирового явления. «Если и в нехолерные годы у возвращающихся паломников обнаруживаются агглютинирующиеся вибрионы, – указано в отчете, – то объявление хаджа зараженным холерой возможно всегда, даже при отсутствии всякого подозрительного заболевания в стране»[761].

О возможности возникновения чумы в Хиджазе врачи писали очень сдержанно. В пределах мусульманского мира имелось достаточно эндемических очагов чумы: Месопотамия,

[758] Там же. Л. 71.

[759] Морским путем холера из Хиджаза заносилась в Египет в 1865 и 1902 гг. Во время эпидемий 1908, 1910, 1911 и 1912 гг. холера продолжала свирепствовать на паломнических пароходах из Хиджаза. См.: ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 75.

[760] Беспокойство оказалось вполне оправданным. Штамм Эль Тор оказался не просто патогенным, а более стойким, чем обычный холерный вибрион. С 1961 г. в мире идет седьмая пандемия холеры, вызванная вибрионом Эль Тор.

[761] Там же. Л. 74.

Бомбей, Синьцзян, Юньнань, англо-египетский Судан. Небольшие вспышки фиксировались и в городах Аравии – в Асире в 1889 г., Джидде в 1897, Ямбо в 1900 г. В 1897 г. было зарегистрировано 66 случаев чумы, в 1898 – 43 случая, в 1899 – 146 и в 1900 – 115 случаев. Однако ни в Мекку, ни в Медину чума не попала, несмотря на то, что паломнические караваны формировались в Асире и других пораженных местах. Советские врачи призывали особенно внимательно изучить район Асира, где природные условия способствовали возникновению эпизоотий среди грызунов пустыни[762].

Необходимость изучения желтой лихорадки связывалась с двумя факторами: наличием в Хиджазе большого количества комаров и москитов и возможностью заноса инфицированных комаров из Сенегала, Лагоса, Аккры, Того и Бельгийского Конго на современных средствах передвижения, включая аэропланы. Также опасность могли представлять люди – носители вируса, или больные с очень легкой формой желтой лихорадки. Другие инфекционные заболевания – брюшной тиф и паратифы, оспа и бациллярная дизентерия особого интереса для изучения не представляли. Однако советские врачи обращали внимание на необходимость выяснить точную природу брюшного тифа, а также изучить дизентерийные бациллы, чтобы иметь возможность производить вакцины[763].

Настоящей эпидемической проблемой советские врачи считали малярию. Ее способность маскироваться под симптомы других заболеваний и отсутствие микроскопических исследований вели к тому, что множество смертей от солнечных ударов, падения с верховых животных и других подозрительных причин могли в реальности быть вызваны малярией. Советские врачи призывали не столько бороться с проникновением малярии в Хиджаз (при огромном количестве паломников из тропических

[762] Там же. Л. 77.

[763] Там же. Л. 77-79. По данным врачей, дизентерия составляла одну из основных причин смерти паломников. В 1914 г. голландский врач ван Логем присутствовал при вскрытии 14 тел паломников в Эль Торе; в 13 случаях причиной смерти была бациллярная дизентерия. В 1927 г. за три месяца максимального скопления паломников в Хиджазе было зарегистрировано 319 случаев дизентерии со 101 летальным исходом. См.: Там же. Л. 83.

регионов и существовании комара-анофелес в самой Аравии это было затруднительно), сколько проводить профилактическую хинизацию, пропагандировать хининотерапию среди паломников, проводить клинические и микроскопические обследования на малярию и подвергать лечению хронических маляриков в стадии обострения[764].

Консульские врачи старались отслеживать доступную статистику по смертности среди паломников во время хаджа. Точных данных по Хиджазу не имелось. По английским данным, смертность паломников из Индии и британских колоний в 1928 г. составляла 6%. В 1912 г. голландцы зафиксировали среди паломников из Голландской Ост-Индии 14% смертности (из-за холерной эпидемии), в 1913 г. – 12%, а в 1920-е гг. этот показатель колебался от 11 до 7%. Основным контингентом, пополнявшим статистику смертности были старики, дети и грудные младенцы. Главными причинами смерти на пароходах, следующих в Сингапур и Голландскую Ост-Индию, были истощение, дизентерия и бери-бери. Смертность среди паломников, возвращавшихся из хаджа, была намного выше, чем у направлявшихся туда. Так, в 1928 г. смертность на 1000 чел. на голландском судне «Нидерландия» в рейсе на хадж составила 2,99%; в 1929 г. – 2,7%. На обратном пути на том же пароходе смертность составила 17,9% на 1000 чел. в 1928 г. и 13,2% в 1929 г.[765].

Большое внимание уделялось изучению противоэпидемических и карантинных мероприятий во время хаджа. Европейские мероприятия по вакцинации паломников оценивались как достаточные: с 1912 г. холерной вакцинации при отбытии подвергались паломники из Голландской Ост-Индии; с 1929 г. прививки от холеры стали делаться в порту Калькутты, а в 1930 г. почти все паломники из Британской Индии, Северной Африки и восточного Средиземноморья прибывали привитыми. Паломники из Алжира, Туниса и Марокко также получали прививки и от чумы. На пароходах людей сопровождали врачи-мусульмане и жандармы, следившие за санитарным состоянием во время рейса[766].

[764] Там же. Л. 83-84.

[765] Там же. Л. 85.

[766] Там же. Л. 87.

Интерес врачей вызывали меры по санитарной охране паломников, предпринимавшиеся правительством Королевства Неджда и Хиджаза. В этой области фиксировались ежегодные достижения. «Санитарные условия, в особенности по отношению к торжествам на Арафате, в последние годы много лучше, чем когда бы то ни было», – писал Мошковский. В Джидде и Мекке правительство приобрело специальные повозки для уборки и вывоза мусора; с помощью автомобилей производилась поливка главных улиц. На мекканском водопроводе велись ремонтные работы. Проводилась работа по надзору за размещением паломников, а также строгий контроль их заболеваемости. Каждый шейх паломников был обязан под угрозой штрафа сообщать о любом заболевании своих подопечных; больной немедленно препровождался в госпиталь для обследования и анализов[767].

Правительство уделяло много внимания благоустройству зоны у священной горы Арафат, где в жертву приносилось множество животных. В 1927 г. для убоя жертвенных животных отводились специальные места, оборудованные ямами, которые регулярно засыпали известью. В 1928 г. было приобретено 20 санитарных повозок для перевозки больных и умерших в Мине, на Арафате и в Мекке. За всем ритуалом постоянно следили врачи. Они обходили группы паломников, наблюдая за чистотой, а прикомандированные солдаты уносили на носилках больных. В Мина было устроено четыре амбулаторных пункта для оказания помощи пострадавшим от солнечного удара, а также два барака с 20 койками и аптека. В 1929 г. на дороге Мекка-Мина было установлено электрическое освещение, через каждые три километра построены навесы от солнца, дорожное полотно обрабатывалось раствором креолина, большой навес был устроен над местом для жертвоприношений. В тот год на медицинское обслуживание хаджа прибыл почти весь медперсонал королевства: около 20 врачей, пять санитарных автомобилей, семь автобусов и один мотоцикл[768].

[767] Там же. Л. 95.

[768] Там же. Л. 96.

В сезон 1930 г. медико-санитарные мероприятия были проведены в еще большем объеме. Мусульманская пресса в других странах публиковала выражения благодарности от паломников. В 1929 г. индийская газета «Таухид» напечатала постановление центрального совета общества «Ахль-уль-хадис» в Пенджабе, в котором выражалась благодарность за заботы о благополучии паломников[769].

Особый интерес советских медиков вызывала система карантинных пунктов вокруг Хиджаза, а действенность карантинных мер подвергалась серьезному критическому анализу. Основная карантинная станция в Эль Торе располагалась в трех днях пути от Джидды и в двух – от порта Ямбо. Там все паломники, следовавшие из хаджа в средиземноморские порты, высаживались и подвергались выборочному обследованию. Исследовались биоматериалы первой тысячи (или двух тысяч) паломников, и если холерных вибрионов в них не обнаруживалось, хадж признавался свободным от холеры. При обнаружении возбудителей холеры в действие вступали правила Международной санитарной конвенции 1912 или 1926 г. Вариативность применения объяснялась тем, что интерпретировавший результаты биологических исследований Египетский морской и карантинный совет находился в юрисдикции страны, не ратифицировавшей санитарную конвенцию 1926 г. Паломники всеми силами старались избежать карантина на станции Эль Тор и часто выбирали тайные пути через Красное море на самбуках, а затем вдоль Нила через небольшие карантинные пункты Коссэйр и Кенэ. Однако англо-египетские власти внимательно следили за секретными бедуинскими тропами, для чего на Синайском полуострове были выставлены военные патрули, доносы местного населения на тайно переходящие границу группы материально стимулировались, а в эль-Арише и зоне Суэцкого канала – в Суэце, Ферри-пост и Исмаилии – были устроены бактериологическая лаборатория и обсервационные пункты[770].

Вторая крупная карантинная станция на Камаране принимала гораздо меньше паломников, возвращающихся из хаджа.

[769] Там же. Л. 96-97.

[770] Там же. Л. 98.

В 1928 г. таких было всего 105, а в 1929 г. – 934 чел. Соглашение о заходе судов в Камаран предусматривалось как Международной санитарной конвенцией 1926 г., так и англо-голландским соглашением, но лишь в случае объявления хаджа неблагополучным по холере. Обычно голландские суда, следовавшие в Юго-Восточную Азию, проходили карантин на собственных карантинных островах Онр-эст-Куйпер и Рубия.

Паломники, следовавшие через Бейрут, подвергались 48-часовому карантинному осмотру, несмотря на заход в Эль Тор. Выбравшие сухопутный маршрут для возвращения выдерживались в карантине трое суток в Дараа возле Дамаска. Посты для отлова и дезинфекции возвращающихся паломников были устроены в Палестине и Трансиордании. В Северной Африке пилигримы подвергались карантинному осмотру в Триполи и Киренаике, а если хадж был признан зараженным, их направляли на пятидневный карантин в морскую санитарную станцию в Триполи. Миновать систему карантинных пунктов по пути в Хиджаз или обратно могли лишь небольшие группы паломников из Южной и Восточной Африки, Йемена, Асира и Хадрамаута[771].

Таким образом, благодаря действиям европейских держав и их полуколониальных администраций в регионе, весь район вокруг Королевства Неджда и Хиджаза находился в зоне действия международных санитарных конвенций, и к соблюдению карантинов там относились очень серьезно. Однако советские врачи видели в этой системе не столько эффективный санитарный кордон против особо опасных инфекций, сколько средство унижения и экономической эксплуатации паломников.

По трем основным пунктам – охвату паломников, степени их изоляции и эффективности дезинфекционных мероприятий – станции Эль Тор и Камаран, а также более мелкие карантинные пункты, оценивались советскими врачами критически. Сомнение вызывала вообще необходимость промежуточной остановки в Эль Торе. Вместо нее врачи предлагали подвергать всех паломников обсервации в Александрии, Суэце или Бейруте. Выборочное обследование первой тысячи не снимало проблемы

[771] Там же. Л. 100.

бациллоносительства. Сам метод борьбы с бациллоносительством путем помещения в карантин также вызывал критические замечания. Дезинфекция личных вещей при пропуске без досмотра крупного багажа, а также недостаточно эффективная обработка, после которой в вещах паломников все равно оставались насекомые, не позволяла говорить о качественном барьере против инфекции.

Но самым главным поводом для критики была постоянная необходимость платить за осмотры, пребывание в карантинах, питание. Карантинная система представлялась им механизмом обирания паломников. Для убедительности, советские врачи собирали и приводили свидетельства иностранных наблюдателей и самих хаджи. Те писали, что «другой цели, кроме обирательской, карантинная система не преследует», что она была внешне адаптирована турецкими властями для соответствия формальным требованиям европейских держав, но остается насквозь коррумпированной, и что с карантинного острова Камаран паломники часто вывозят лихорадку. Малайцы в Мекке даже называли ее «камаранная болезнь». Участник недавнего хаджа писал о египетской карантинной администрации, что та пронизана взяточничеством, а ее представители говорят «вы находитесь на божьем пути, значит можете отдать последнее»[772].

Многие недостатки карантинной системы приписывались Египетскому санитарному морскому и карантинному совету в Александрии, который являлся основным блюстителем международных санитарных соглашений по хаджу. Этот орган управлял четырьмя санитарными станциями первого класса в Александрии, Порт-Саиде, Суэце и Эль Торе, станциями второго класса в Суак Фуаким, Дамьет и Розет, бактериологическими станциями в Александрии и Порт-Саиде, карантинными пунктами в Исмаилии, Рашиде, Кантаре, эль-Кассире, Абикие эль-Бурилес, Сафарге, Хургаде, Абу-Зуниме. Статьи международных санитарных соглашений, предъявлявших максимально возможные требования к противоэпидемическим мерам, Александрийский совет рассматривал как минимум, к которым всегда стремился прибавить свои требования. Так, несмотря на то, что

[772] Там же. Л. 102.

хадж 1929 года был свободным от холеры, совет требовал от всех направляющихся в Хиджаз или оттуда пятидневного пребывания на карантине в Суэце[773].

Советские медики давали рекомендации по реформированию карантинной системы. Скорее всего, дальше НКИД СССР и Наркомздрава РСФСР эти советы не шли, но они ценны тем, что позволяют хотя бы косвенным образом нащупать основные стратегические направления советской медицины в Аравии. «Действующее положение вещей представляет собой уродливое сочетание ряда исторических пережитков, скрытых политических целей, экономических соревнований, – писали врачи, – за которыми пропадает основной смысл карантинных мероприятий, превращающихся в источник мытарств для паломников и наживы для ряда лиц и учреждений»[774]. Для улучшения ситуации советские медики считали необходимым реализовать следующие действия:

1. Усиление профилактических мероприятий по отношению к паломникам в странах – источниках паломничества как один из наиболее существенных факторов в борьбе с распространением заразных болезней.

2. Построение карантинных мероприятий с расчетом на освобождение паломников от лишних пересадок, перегрузок и т. д. Отмена промежуточных карантинных станций.

3. Проведение систематических, поголовно-выборочных исследований паломников на вибриосительство в странах отправления, имеющих очаги холеры, и в Джидде по прибытии паломников и при их отправлении.

4. Организация подвижных бактериологических лабораторий в Хиджазе во время хаджа для систематического контроля источников водоснабжения[775].

Второй пункт рекомендаций подразумевал открытие полноценной карантинной станции в Джидде, причем на берегу, а не на островах. Такой проект был возможен и уже имел предварительную смету на 30000 фунтов стерлингов. Однако, по мнению

[773] Там же. Л. 108-110.

[774] Там же. Л. 112.

[775] Там же. Л. 113.

советских специалистов, основной проблемой была даже не высокая стоимость, а отсутствие высококвалифицированных, а главное, бескорыстных врачей. Для реализации третьего и четвертого пунктов рекомендаций были необходимы небольшие группы опытных бактериологов и крупные инвестиции в покупку современного оборудования, на которое у королевского правительства не было денег.

Советские рекомендации заканчиваются ожидаемым пассажем: «Само собой разумеется, что одной из главнейших мер по оздоровлению хаджа является коренное переустройство санорганизации Геджаса в целом и улучшение общего его санитарного состояния, на что вряд ли можно надеяться в ближайшем будущем»[776]. Конечно, скромное положение советской консульской амбулатории в самом сердце паломнических путей в Мекку никак не напоминало медицинское присутствие в Монголии или Туве, где СССР создавал копии собственной системы здравоохранения. Однако заявки о необходимости глубокого реформирования существующей санитарной структуры Хиджаза очевидны. В них усматривается не столько целеполагание советского правительства, сколько общая для советских врачей установка на заведомую неправильность построения медико-санитарного дела в странах Азии. Под определенным углом зрения такая позиция могла вызывать понимание в НКИД СССР, запустить некую цепную реакцию и реализоваться в большей поддержке советской медицины в Аравии. В любом случае, советская медицинская аналитика, неизменно дававшая критическую картину состояния медицины на зарубежном Востоке, была индикатором активной деятельности, а нахождение созвучных партии и правительству тональностей – залогом дальнейшего финансирования советских медпунктов на Аравийском полуострове.

[776] Там же. Л. 114.

2.3. Медицинские будни советского консульского медпункта в Джидде: болезни, обследования, исследования, политические интриги, кадровый состав

Амбулатория при дипломатическом представительстве СССР обслуживала как советских подданных, так и местное население. Для этой категории приемы и консультации были бесплатными, но рецептурные лекарства в аптеке отпускались за плату. Правда, беднейшие пациенты от нее освобождались. Такой формат работы советские врачи использовали и в других странах Азии.

Медпункт пользовался большой популярностью. «…Обычная амбулаторная работа наша уже налажена, – писал в ОБЗСИ врач М.И. Нахашвили, – и номерки на прием (принимаем не больше 15 человек) расхватываются буквально с боя уже с раннего утра»[777]. Амбулаторный прием проводился во все дни, кроме пятницы, которая в мусульманских странах является выходным. Врачи принимали больных раздельно, с 9:00 утра до 13:00 дня. Четыре раза в неделю (вторник, среда, суббота и воскресенье) принимались исключительно мужчины. Женщины приходили на прием в понедельник и четверг. Об обычных для амбулатории цифрах приема свидетельствует отчет за январь – сентябрь 1930 г. За этот период через амбулаторию прошли 3144 чел. (по-видимому, здесь учитывались только местные жители). Среди мужчин основным контингентом были люди физического труда (грузчики, лодочники, рабочие-строители, водоносы), составлявшие 38% всех пациентов. Торговцы составляли 26%, а чиновники – 23% больных. Остальные 13% приходились на ремесленников[778].

По заболеваемости на первом месте стояла малярия. За девять месяцев 1930 г. в амбулатории зарегистрировано 174 случая малярии всех трех форм. На вызовах было обнаружено еще несколько случаев коматозной формы малярии с летальным исходом. Для лечения использовалась хининотерапия, причем не в популярной у местного населения форме инъекций, а в форме

[777] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 351. Л. 116.

[778] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 125.

пероральной хинизации. При этом, необходимо было объяснять и демонстрировать людям, что прием порошка хинина так же эффективен, как и его инъекция. По-видимому, стремление хиджазцев во что бы то ни стало получить укол стимулировалось местными врачами, устанавливавшими баснословные цены за инъекции препарата. Так, один больной прошел курс лечения, где за два-три месяца принял 57 уколов хинина, за каждый из которых он заплатил примерно один фунт стерлингов. С такими расценками многие неимущие «малярики» либо не лечились вообще, либо ставили один-два укола и этим ограничивались[779].

Другой распространенной болезнью была дизентерия. Из 24 случаев, установленных клинически, 18 относились к хроническим, рецидивирующим формам с продолжительностью болезни от одного месяца до трех лет. Для терапии использовалась обычная ятрено-эметиновая терапия (ятрен перорально, эметин – подкожно), сопровождавшаяся строгой диетой. Случаи дизентерии после лечения дали три рецидива, успешно вылеченные советскими врачами.

Большую группу представляли венерические болезни (сифилис – 46 случаев, гонорея – 56 случаев и два случая мягкого шанкра). Особенно распространенным заболеванием была гонорея. Советские врачи провели исследование 150 мужчин в возрасте старше 20 лет, у которых вне зависимости от диагноза обследовалась селезенка и простата. Увеличение селезенки наблюдалось в 92 случаях (61,4%), а гипертрофия и/или болезненность предстательной железы – в 137 случаях (91,3%). Распространенность гонореи врачи объясняли медицинским невежеством населения, ранней сексуальной активностью, распространенностью половых извращений. В пример приводился случай больного гонореей 29-летнего чиновника, который, заразившись вне дома, пришел на лечение в амбулаторию. Будучи предупрежден о запрете половых связей на время лечения, он через две недели привел на прием двух своих жен с острым уретритом, а на упрек врача «мило» ответил «ведь все равно можно вылечить»[780].

[779] Там же. Л. 128.

[780] Там же. Л. 129-130.

Сифилис советские врачи диагностировали у 46 пациентов, но считали, что эта цифра занижена, так как диагноз ставился только при явных проявлениях болезни. Серологического исследования крови не проводилось[781].

Врачи консульского медпункта отмечали еще одну особенность, связанную с половой жизнью аравийцев – частые жалобы мужчин на половую слабость или полную импотенцию. Причем, пациенты были в цветущем возрасте (30-40 лет). Среди женщин нередким явлением был климакс в 30-35 лет. Советские медики объясняли это чрезвычайно ранним началом половой жизни, сексуальной распущенностью и распространенностью венерических заболеваний[782].

Среди пациентов медпункта было выявлено много больных туберкулезом (74 случая за девять месяцев 1930 г.). По какой-то причине особенно сильно он был распространен среди чернокожего населения. Также много случаев латентного туберкулеза было диагностировано среди детей. Врач М.И. Нахашвили писал, что ему ни в амбулатории, ни вне ее не удалось увидеть хотя бы пару местных детей без тех или иных проявлений рахита, недоразвитости, детских патологий. «Губительный особенно для растущего организма климат, полное невежество матерей в вопросах кормления детей, отсутствие какого-либо присмотра за ними, жуткие антигигиенические условия жизни, – рассуждал он, – являются несомненными причинами этого обстоятельства»[783]. При этом, из детских болезней в амбулатории было отмечено лишь несколько случаев ветряной оспы, кори, краснухи и коклюша. Из необычных явлений Нахашвили отметил небольшую вспышку эпидемического паротита, причем двое больных были взрослыми мужчинами и получили характерные осложнения – орхиты. «Все остальные наблюдения представляют обычный, банальный материал, характерный для всякого амбулаторного пункта», – резюмировал он[784].

---

[781] Там же. Л. 130.

[782] Там же. Л. 131.

[783] Там же.

[784] Там же.

В период с октября 1930 по май 1931 г. в советской амбулатории работал лишь один врач. Поэтому количество первичных больных, прошедших через консульский медпункт, было меньше, чем полугодием раньше – 650 чел. Снова верхнюю строчку по заболеваемости заняла малярия (185 случаев). На втором месте по частоте стояли желудочно-кишечные заболевания – 75 случаев. Болезни легких составили 50 случаев, кожные болезни – 38, а глазные – 32 случая. Больных гонореей было 27, сифилисом – 19 чел. Травмы, абсцессы, острая задержка мочи, нервные расстройства вместе составили 160 случаев. Было выявлено, подтверждено клинически и микроскопически два случая заболевания проказой[785].

Иностранные врачи часто приглашали советских на совместные консультации, консилиумы, клинические осмотры. Поэтому у сотрудников амбулатории был доступ к высшим представителям королевской фамилии и главным шейхам страны. Такие случаи в отчетах шли особой строкой. Среди пациентов советских врачей в этот период оказался сын короля эмир Фейсал. Также интересный случай произошел при обследовании шейха шейхов, главного мутауифа (лицо, возвещающее о начале хаджа) Абдаллы Завачи. Его долгое время лечили от сифилиса, но советский врач обнаружил у больного очевидные симптомы нервно-пятнистой формы проказы. Шейха специально привезли из Мекки для консультации советского врача по просьбе короля и министра финансов. В присутствии последнего и проходило обследование. Из-за близости шейха к королю, советский полпред сразу же сообщил руководству здравоохранения о необходимых мерах предосторожности[786].

Доступ к высшему руководству облегчал врачам проведение массовых осмотров. Подобные мероприятия вызывали сопротивление правительственных чиновников даже в сателлитной Монгольской Народной Республике. Однако Мошковский указывал, что ему удалось обследовать офицеров и солдат гарнизона Джидды, а также учеников школы беспроводного телеграфа. Вот что он писал:

---

[785] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 417. Л. 77.

[786] Там же. Л. 78.

«Знакомство с этими больными позволило получить более точные представления о плачевном положении некоторых сторон организации здравоохранения Геджаса. Санитарное состояние гарнизона г. Джидды ниже всякой критики. Обследование крови 90 солдат (однократное в толстой капле) установило 30% тропической и 12% трехдневной малярии; фактический процент пораженных малярией много выше. Никаких мероприятий по борьбе с малярией не проводится, пренебрежение к здоровью солдат доходит до того, что больные, у которых мною при обследовании была обнаружена малярия, о чем немедленно сообщалось гарнизонному врачу, оставались без надлежащего лечения, а один из них вскоре умер от коматозной малярии. Не лучше состоит дело охраны здоровья молодых людей, набираемых из разных городов страны телеграфных чиновников, механиков и т.п. В Джидде они попадают в весьма неблагоприятные санитарные условия, быстро заболевают малярией, дизентерией, туберкулезом»[787].

Интересно, что советский консульский медпункт активно обслуживал представителей других дипломатических миссий. По словам Мошковского, турецкое и итальянское диппредставительства обслуживались «начиная от главы учреждения, кончая членами семей самого последнего из слуг» как в амбулатории, так и на дому. Много помощи оказывалось и многочисленному штату голландского дипломатического представительства. Даже глава английского представительства Филби пользовался услугами советских медиков, несмотря на наличие собственного врача[788].

Предшественница Ш.Д. Мошковского и М.И. Нахашвили доктор Л.П. Тийвель пользовалась в Джидде большим уважением как оперирующий гинеколог. Высоко оценивая результаты ее работы, доктор Мошковский описал случай, когда Тийвель принимала осложненные роды у жены сотрудника голландского консульства. Мануальное отделение плаценты, наложение швов и другие операции она выполнила безупречно, с огромным

[787] Там же.

[788] Там же. Л. 79.

присутствием духа. «Случай протек блестяще», – резюмировал Ш.Д. Мошковский[789].

Советская лаборатория произвела более двух тысяч исследований крови, мочи, мокроты, кала и секрета уретры. При содействии дирекции здравоохранения и одного из врачей больницы в Джидде было проведено исследование крови 300 арабов на гемагглютинацию. Был даже проведен ночной забор крови на филяриоз у 130 жителей Джидды, обнаруживший 10-процентную пораженность этой болезнью[790].

На основе проделанной за год работы, врач Ш.Д. Мошковский сделал вывод о том, что диагнозы, поставленные в медпункте, отнюдь не отражают истинной картины заболеваемости в Хиджазе. Амбулаторию посещали слишком небольшие группы населения, чтобы говорить о какой-либо репрезентативности. В основном, люди испытывали страх, что после консультации советского врача их самих объявят большевиками. Исключение составляли лишь индивидуальные кейсы, как описанный выше случай с шейхом, но там многое значила личная вовлеченность короля и высших министров.

По мнению Мошковского, для работы в амбулатории требовался врач участкового типа с большим стажем, опытом лабораторных исследований, знакомый с основами тропической медицины. На период хаджа желательным было бы усиление медпункта опытным бактериологом с походной лабораторией[791].

В будущих задачах советской амбулатории особо выделялось поддержание престижа советского полпредства добросовестной, качественной работой и завоевание симпатий местного населения. При этом, Мошковский прагматично отмечал, что особое внимание следует уделить чиновникам, а также грузчикам, поскольку «от настроения последних зависит нередко судьба наших товаров»[792]. Комментарий важен для понимания исторического контекста работы советских медиков в Хиджазе: при скромном политическом влиянии и невозможности вести какую-

[789] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 351. Л. 118.

[790] Там же.

[791] Там же. Л. 80.

[792] Там же.

либо пропаганду, рационально использовались все методы. То, что предлагал Ш.Д. Мошковский, представляло собой обычное для СССР явление – «блат» – но в условиях Аравии начала 1930-х гг. это было действенное средство. Используя привычные для востока уловки, врачи максимизировали репутационную выгоду без угрозы поставить себя в уязвимое положение. Приверженцы постколониальной исторической методологии, несомненно, увидят здесь колониальное восприятие аравийских реалий. Однако на мой взгляд, такие пассажи во врачебных отчетах свидетельствуют лишь о высокой адаптивности советских врачей в условиях повышенной подозрительности местного правительства и дипломатической конкуренции со стороны Великобритании и других держав.

Как и везде в обширной зарубежной Азии, советские врачи в Хиджазе работали на износ в очень тяжелых условиях. Джидда была нездоровым портовым городом с влажным и жарким тропическим климатом, обилием кровососущих насекомых и паразитов, проблемами перенаселенности, плохим водоснабжением. «Ходим весь день с мокрыми от пота лицами и промокшими рубашками», – описывал врачебные будни Ш.Д. Мошковский.

Болезням были подвержены как сами врачи, так и члены их семей. В переписке с заведующим ОБЗСИ М.М. Эттингером летом 1930 г. Мошковский рассказывал, что он сам неделю лежал с температурой 39,6° и слабостью, так и не сумев диагностировать свой недуг. Затем с тропической малярией слегла его жена. Вслед за ними болезнью, схожей по симптомам с лихорадкой денге, заболел доктор М.И. Нахашвили[793].

В письмах М.М. Эттингеру Мошковский описывал свою работу как беспрерывный цикл исследований, обследований, «полудипломатических» встреч с врачами и сотрудниками иностранных консульств по вопросу холеры, официальных аудиенций с королем и других важных мероприятий. Перегруженность работой объяснялась просто. Во-первых, у доктора явно имелись профессиональные амбиции и он охотно брался за сложные задания, чтобы доказать свою квалификацию и повысить престиж советской медицины. Например, в письме он указывал, что

[793] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 364. Л. 6, 6 об.

собирался поднять вопрос об организации в Хиджазе медицинского общества. Во-вторых, в тот период он фактически стал самым востребованным врачом широкого профиля, с которым консультировались все проживавшие в Джидде медики. Как утверждал сам Ш.Д. Мошковский: «Я оказался здесь единственным бактериологом во всей стране»[794]. Его слова вскоре нашли практическое подтверждение.

27 мая 1930 г. на итальянском пароходе «Сассари», среди пассажиров которого было 13 паломников, был обнаружен больной в тяжелой стадии схожего с холерой заболевания. Примерно через час после обнаружения паломник скончался. Во взятых у него образцах был обнаружен холерный вибрион. Анализы остальных паломников оказались отрицательными[795]. Это известие грозило правительству Хиджаза крупными неприятностями. И без того громоздкая и дискриминирующая система санитарной безопасности при приведении в полную готовность могла бы блокировать внешние связи с портами страны. Поэтому к Ш.Д. Мошковскому в сопровождении целой свиты врачей явился глава дирекции здравоохранения и попросил его провести бактериологические исследования по холере. Советскому врачу была предоставлена оборудованная голландцем ван дер Гохом бактериологическая лаборатория больницы в Джидде и он с головой погрузился в работу[796].

Судя по всему, перед Ш.Д. Мошковским стояла задача бактериологически доказать, что смерть от холеры на «Сассари» была единичным случаем, а не свидетельством эпидемии в Хиджазе. Работа оказалась изнуряющей. «Трачу на нее много сил, – писал он Эттингеру в Москву, – приходится вставать и ночью – ездить в лабораторию смотреть культуры или брать материал – пока что вибриона мне не удалось еще обнаружить, но работаю вовсю»[797]. Дирекция здравоохранения дала ему в помощники местного химика-бактериолога, главного специалиста из Мекки.

[794] Там же. Л. 7.

[795] Там же. Л. 19.

[796] Там же. Л. 7 об.

[797] Там же.

Впоследствии, эта «помощь» привела к инциденту, который Мошковскому пришлось разбирать на международном уровне.

Дело в том, что результаты бактериологического исследования советский врач передал в виде отчета директору здравоохранения Хиджаза. Одновременно, отчет подал и помощник Мошковского, специалист из Мекки. По-видимому, желая показать, что у них имеются собственные специалисты, дирекция здравоохранения отдала в печать в газету «Ум-аль-Кура» скомпилированный материал, частично содержавший данные, полученные советским врачом, но под авторством хиджазского «химика-бактериолога». Статья вышла 27 июня 1930 г. Вполне ожидаемо, «автор» переврал данные, смешав в непрофессиональную «белиберду» собственные суждения и результаты бактериологического исследования, проведенного Мошковским. При этом были выдернуты из контекста и перепутаны медицинские термины, список болезней из одного приложения оказался совсем в другом документе и так далее. Ш.Д. Мошковскому пришлось направить в дирекцию здравоохранения письмо с просьбой опубликовать в газете его письмо, дезавуирующее допущенные в публикации ошибки[798].

Газета «Ум-аль-Кура» вместо письма советского врача опубликовала поправки только к двум указанным Мошковским в качестве примера пунктам. Получилось, что в докладе «химика-бактериолога» по вине редакции появилось лишнее слово «желатин», и что понятие, выраженное арабским термином «фиксация комплемента», следует понимать как агглютинацию. «Исправлением этих ошибок, указанных мною в письме только для примера, как бы подчеркивается правильность доклада ‘химика’ в остальных совершенно безграмотных его деталях, – сетовал Ш.Д. Мошковский в письме В.В. Асаткиной[799]. – Этим самым (не говоря уже об ущербе для престижа Геджаса) усугубляется представление неблагоприятное о работе советского врача, в ‘сотрудничестве’ с которым эти нелепые

[798] Там же. Л. 17-17 об.

[799] В те годы В.В. Асаткина возглавляла ОБЗСИ, через которое осуществлялась связь советского правительства с Международным бюро общественной гигиены (МБОГ) в Париже.

исследования будто бы выполнены». Проблема была в том, что в отчете хиджазского «специалиста» присутствовали и вибрион, и агглютинация, что указывало на обнаружение холерного или холероподобного вибриона, которого Мошковский найти как раз не смог. К моменту переписки, документы были уже направлены в Международное бюро общественной гигиены (МБОГ) в Париже, и там их могли расценить как фальсификацию исследования. Поэтому Ш.Д. Мошковский просил В.В. Асаткину как можно скорее обсудить проблему в соответствующих инстанциях и уже из Москвы переправить в МБОГ его письмо[800].

Щекотливая ситуация, сложившаяся вокруг отчета советского врача, может интерпретироваться двояко. С одной стороны, случившееся – безусловное подтверждение высокого медицинского авторитета Ш.Д. Мошковского в местном врачебном сообществе. Судя по тому, как в Хиджазе обращались с иностранными врачами, особой боязни испортить отношения с командировавшими их державами у короля и его правительства не было. Зато Мошковский, чьей сильной стороной был интерес к медицинской науке, знание бактериологии и владение методологией бактериологического исследования, неизменно вызывал к себе интерес коронованной семьи. Например, когда по просьбе главы здравоохранения врач расконсервировал лабораторию ван дер Гоха при больнице Джидды, туда приехал наследник короля эмир Сауд, которому Ш.Д. Мошковский показал в микроскопе культуры микробов[801]. Как и описанный выше инцидент, этот визит можно интерпретировать как знак особого доверия.

С другой стороны, правительство Хиджаза вряд ли не догадывалось о возможных последствиях публикации в «Ум-аль-Кура». Здесь свою роль сыграло либо все перевесившее желание представить себя в выгодном свете, присвоив, хоть и совершенно безграмотно, результаты исследования Мошковского, либо осознание того, что советский врач и его репутация – расходный материал, которым можно рискнуть. На кону в 1930 г. стоял пересмотр условий Международной санитарной конвенции 1926 г., так и не ратифицированной Хиджазом, а именно –

[800] Там же. Л. 13, 13 об.

[801] Там же. Л. 7 об.

отмена обязательного захода пароходов в Эль Тор, если хадж признан свободным от холеры[802].

Благодаря активной переписке Ш.Д. Мошковского с ОБЗСИ, довольно отчетливо вырисовывается его личностный и профессиональный портрет. Содействуют исследованию и сохранившиеся в ГАРФ кадровые документы врачей советского медпункта в Джидде. Серьезно подходившее к оценке профессиональной компетенции медиков, правительство Ибн Сауда затребовало у консульства копии их дипломов, и мы можем восстановить профессиональный путь Ш.Д. Мошковского и М.И. Нахашвили до командировки в Аравию.

Шабсай Давидович Мошковский (1895-1982) был известным советским инфекционистом и эпидемиологом, член-корреспондентом АМН СССР, экспертом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Он родился 11 (23) июля 1895 г. в г. Пинск в Белоруссии. В 1915 г. он был зачислен на медицинский факультет I Московского государственного университета. После сдачи всех квалификационных экзаменов, 1 февраля 1919 г. Народный комиссариат просвещения РСФСР своим постановлением предоставил ему право медицинской практики на территории Советской России[803]. В 1919-1921 гг. он служил в рядах Красной Армии, а в 1921 г. пришел на работу в Тропический институт (с 1934 г. – Институт медицинской паразитологии им. Е.И. Марциновского). Там прошла значительная часть его трудовой деятельности. В 1935-1950 гг. он был заместителем директора института по науке, а в 1936-1960 гг. руководил там же отделом протозоологии[804]. Таким образом, интерес Ш.Д. Мошковского к паразитам Аравии имел под собой серьезные основания, как и его умение проводить бактериологические исследования.

Второй врач советского медпункта в Джидде, Михаил Иванович Нахапетов (Нахашвили) родился 13 (25) августа 1902 г. в Тифлисе. В 1923 г. он поступил на медицинский факультет

[802] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 97-98.

[803] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 364. Л. 11.

[804] Лернер П.М. Шабсай Давидович Мошковский. URL: http://world.lib.ru/l/lerner_p_m/shabsajdawidowichmoshkowskij.shtml (дата обращения 20.05.2021).

II Московского государственного университета. После сдачи квалификационных экзаменов в октябре-ноябре 1927 г. он получил диплом врача от 3 декабря 1927 г. Проблема состояла в том, что в дипломе его фамилия указывалась как Нахапетов, а во всех документах ОБЗСИ он упоминается как Нахашвили и виза Хиджаза была оформлена на это же имя. По-видимому, в конце концов эту проблему удалось уладить, но переживания по ее поводу отчетливо видны в переписке врача с ОБЗСИ.

Таким образом, оба врача в Джидде были молодыми специалистами, получившими медицинское образование уже в советское время. По-видимому, главным в группе был Шабсай Давидович, а М.И. Нахашвили, в основном, занимался амбулаторной работой. Его личные письма М.М. Эттингеру в ОБЗСИ позволяют сказать, что сначала молодой врач не находил в Хиджазе ничего интересного для себя в научном плане. «…Дело с нашими научными изысканиями обстоит очень неважно; целый ряд заболеваний, которыми мы интересуемся, является здесь большей, чем в СССР редкостью и состав наших больных самый банальный (tbc, гонорея, малярия и т.д.), – сетовал Нахашвили в феврале 1930 г. – Лично я очень пессимистично гляжу на это обстоятельство, хотя и д-р Мошковский другого мнения»[805].

Как мы знаем, Ш.Д. Мошковский в то время изучал кровососущих насекомых и паразитическую фауну Хиджаза, брал анализы крови у людей и животных, собирал гербарий и энтомологические образцы для Тропического института. Он тоже активно переписывался с ОБЗСИ в Москве, но на бедность местного научного материала никогда не жаловался.

Негативная реакция М.И. Нахашвили могла быть вызвана и более прозаическим обстоятельством – недофинансированием советского медучреждения в Джидде. По-видимому, в ОБЗСИ были сомнения, посылать ли в Аравию сразу двух врачей в один медпункт. «ОБЗСИ следует серьезно призадуматься над вопросом о моем дальнейшем пребывании в Джидде, – писал он Эттингеру, – мне кажется, что при нашей валютной бедности наличие двух врачей в одном посольстве – большая роскошь»[806]. Далее

[805] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 351. Л. 116.

[806] Там же.

выяснилось, что получаемых 12-ти фунтов стерлингов не хватает даже на питание самого врача. «Принужден полуголодно содержать семью в Москве и все это за бессодержательную, ничего мне не дающую обычную амбулаторную работу», – продолжал сетования доктор[807]. Скорее всего, он делился своим возмущением с руководством полпредства и полпред Н.Т. Тюрякулов сказал, что его отъезд невозможен, учитывая, сколько средств и времени было вложено в получение въездных виз, а также какой урон это нанесет престижу СССР в Хиджазе[808].

Проблема недофинансирования состояла даже не в «валютной бедности» Наркомздрава РСФСР, а в затрудненном сообщении с Джиддой. Русские суда заходили туда не часто. Поэтому советское полпредство подолгу сидело без валютных средств и не могло выплатить М.И. Нахашвили зарплату ни за февраль-апрель, ни до конца 1930 г. ОБЗСИ бомбардировал наркомат финансов требованиями перевести 960 руб. английскими фунтами стерлингов финотделу НКИД СССР[809]. Наркомат переводил деньги частями – сначала 600 руб., потом еще 360. Лучшее решение вопроса сам М.И. Нахашвили обговорил с полпредом Н.Т. Тюрякуловым: от НКИД СССР требовалось взять врача на свой баланс и спокойно платить ему, не переводя денег из одной кассы в другую. Но в СССР валютные дела быстро не решались, а поступление денег все равно зависело от времени прибытия в Джидду советского парохода. Поэтому, некоторое время М.И. Нахашвили пришлось бедствовать и даже питаться в долг.

Зато на фоне своего коллеги молодой врач выгодно выделялся лингвистическими навыками. В письме М.М. Эттингеру он писал: «Кстати, сообщаю Вам, что несмотря на краткий срок пребывания, я уже довольно свободно изъясняюсь и понимаю больных, так как, как это ни странно, в арабском языке есть много слов, схожих с грузинскими и татарскими»[810]. Врач надеялся, что из-за активной работы по амбулаторному приему через несколько месяцев он будет разговаривать по-арабски

[807] Там же. Л. 116 об.

[808] Там же.

[809] Там же. Л. 112, 113.

[810] Там же. Л. 117 об.

не хуже работников полпредства. Лингвистические навыки и медицинский опыт Хиджаза не остался невостребованным. После Аравии М.И. Нахашвили еще долго работал в зарубежной Азии: в середине 1930-х гг. мы видим его врачом в Афганистане.

***

Изучение текущих документов советского медпункта в Джидде показывает, что работа проходила в сложных климатических, финансовых и социокультурных условиях, но среди врачей не было ни взаимного недоверия, ни склоки, обычных для более крупных медицинских миссий (МНР, ТНР, Синьцзян). Ш.Д. Мошковский высоко оценивал работу своей предшественницы Л.П. Тийвель. М.И. Нахашвили, даже выражая недовольство условиями работы и задержкой законной зарплаты, уважительно отзывался о Ш.Д. Мошковском и его активной исследовательской деятельности. Спокойно развивались отношения и с руководством полпредства. В материалах советского медпункта в Аравии нет жалоб, докладных записок, скандальных заявлений. Это значит, что в конце 1920-х – начале 1930-х гг. в стратегически важном советском медицинском учреждении в аравийской Джидде работа осуществлялась ровно, спокойно и без характерного для многих советских медицинских сообществ за рубежом латентного внутреннего конфликта.

Глава 3. Советское медицинское присутствие в Йемене (1929-1940 гг.)

Йемен являлся еще одним вектором внешней политики СССР на Аравийском полуострове в межвоенный период. Первое независимое арабское государство на Ближнем Востоке, Йеменское Мутаваккилийское королевство на территории Северного Йемена было провозглашено 30 октября 1918 г. Правителем, объявившим о независимости, был зейдитский имам Яхья бен Мухаммед Хамид ад-Дин, с 1904 г. бунтовавший против Османской империи. Зейдиты – приверженцы одного из умеренных шиитских течений в исламе – избирали своего лидера, основываясь на его религиозных качествах. Имам выбирался из числа потомков Мухаммеда (сейидов) советом шейхов (тоже сейидов), и должен был своими характеристиками напоминать зятя пророка Али и его сыновей аль-Хасана и аль-Хусейна[811].

Исторические и социокультурные особенности Йемена во многом сформированы его необычной природной средой. Неширокая (50-70 км) прибрежная полоса вдоль Красного моря – Тихама – простирается на 425 км от северной до южной границы страны. Климат там засушливый, но при этом влажность воздуха достигает 85% из-за близости Красного моря. В главном городе-порте Тихамы Ходейде среднегодовая температура составляет +32,5 ºС. Жара и влажность делают тропический климат Тихамы трудно переносимым. В регионе распространена тропическая малярия и другие опасные заболевания[812].

Две трети территории страны занимает Джебель – область чередующихся горных массивов и долин с Центральным плато на востоке. Там расположена столица Йемена Сана (Санаа). Климат в Джебеле континентальный. Среднегодовая температура в Сане составляет + 18,5 ºС. Летом там нет духоты и изнуряющего зноя, а в декабре-феврале бывают заморозки. В Джебеле, особенно к югу от 16-й параллели, выпадает много осадков

[811] Orkaby A. Yemen. What Everyone Needs to Know. Oxford: Oxford University Press, 2021. P. 38.

[812] Генин И.А. Йемен. М.: Государственное издательство географической литературы, 1953. С. 5.

(более 1000, а иногда до 2000 мм в год). Это наиболее плодородная, населенная и земледельчески освоенная часть страны. Еще римляне называли ее *Arabia Felix* или «Счастливая Аравия»: после выжженных солнцем аравийских пустынь гористая, насыщенная растительностью и влагой местность воспринималась путешественниками как чудо природы[813].

Дальше на восток Центральное плато постепенно понижается, переходя в Шарки – равнинную степь с отдельными оазисами. По мере удаления от моря осадки резко убывают, растительность становится скудной, а местность все больше напоминает пустыню. На крайнем востоке загорная область Шарки переходит в пустыню Руб-эль-Хали («Пустая четверть»), сливающуюся за пределами страны с обширными пустынями Саудовской Аравии и Омана[814].

Сложная география «Счастливой Аравии» обусловила ее раздробленность: долины населяли племена со своими выборными (а на деле – наследственными) шейхами. Избирая правителя-имама, они исходили как из религиозных установлений, так и из собственных интересов. Племена (как правило, зейдиты) противопоставляли себя малочисленным, разъединенным на сословия купцов, ремесленников, слуг и рабов горожанам, которые к тому же являлись суннитами шафиитского направления[815].

Легитимность имаму обеспечивала улема – совет старейшин, интерпретировавший племенное право, следивший за соблюдением общественной морали, выступавший как корпус профессиональных администраторов и государственных чиновников. При отсутствии права наследования высшей должности имама, шейхи-зейдиты могли бороться за смену одной правящей семьи на другую. Такая система имела столь многовековую историю, что когда после очередной войны эмиссары короля Ибн Сауда прибыли к имаму Йемена Яхье для переговоров по

[813] Orkaby A. Yemen. P. 27. Само же название страны скорее всего происходит от ее географического положения на Аравийском полуострове – *al-Yaman* по-арабски означает «юг».

[814] Orkaby A. Yemen. P. 28; Генин И.А. Йемен. С. 9.

[815] История Востока: в 6 т. / редкол.: Р.Б. Рыбаков, Л.Б. Алаев, В.Я. Белокреницкий и др. Т. 5: Восток в новейшее время : 1914-1945 гг. / отв. ред. Р.Г. Ланда. М.: Вост. лит., 2006. С. 138.

демаркации границы, тот громко воскликнул: «Кто этот бедуин, что пришел бросить вызов 900-летнему правлению моей семьи?»[816].

Имам-король Йемена Яхья бен Мухаммед Хамид ад-Дин пришел к власти в 1904 г. на волне националистической борьбы против османского владычества. Он умело использовал тактику «разделяй и властвуй», играя на мусульманском традиционализме племен, но при этом держа по сыну от каждой семьи шейхов в качестве заложника в Сане. Желая сохранить верховную власть в руках семьи Хамид ад-Дин, Яхья провозгласил своего сына Ахмада кронпринцем. Всего на троне Йемена побывало три имама из рода Хамид ад-Динов – Яхья (1904-1948), Ахмед (1948-1962) и Мухаммед аль-Бадр (1962-1970). Ультраконсерватизм Яхьи, его ставка на внутреннюю политическую поддержку и сохранение феодальных порядков в конечном итоге сыграли против него и семьи. Потерпев ряд поражений от стремительно модернизирующейся Саудовской Аравии, Яхья создал из тщательно отобранных учеников небольшой корпус обученных за рубежом военных и госслужащих (*Famous Forty*). Впоследствии, именно они составили ядро сил, совершивших в 1962 г. государственный переворот и поставивших точку в истории имамата[817].

Советско-йеменские отношения начались в 1928 г. с торговых вопросов, под которыми маскировались политические планы. К тому времени Великобритания, контролировавшая ключевые порты на пути из Европы и США в Азию, почти полностью блокировала внешнюю торговлю Йемена[818]. В 1927 г. через третьи руки советскому консулу в Джидде К.А. Хакимову было передано письмо имама Яхьи с предложением установить между Йеменом и СССР торговые связи. Формально, основным товаром, в котором нуждалось йеменское правительство, были нефтепродукты. Как и в Хиджазе, в тот период в Йемене развивался автомобильный транспорт, но ставить себя в зависимость от колониальных держав Яхья не хотел. Опытный

[816] Orkaby A. Yemen. P. 37.

[817] Ibid. P. 46.

[818] Никонов О.А. СССР-Йемен: из истории становления торгово-дипломатических отношений // Вестник Рязанского государственного университета им. С.А. Есенина. 2017. № 2 (55). С. 57.

в восточной политике заместитель наркома иностранных дел СССР Л.М. Карахан писал в Наркомат внешней торговли (НКВТ) СССР, что положение «политически не заинтересованного в Аравии государства» толкает арабские страны к нефтяному соглашению с Советским Союзом[819].

На деле имам Яхья не был таким уж принципиальным противником контактов с империалистическими державами. В 1926 г. в Сане он заключил договор с фашистской Италией. С 1918 г. Яхья продолжал тайно воевать против англичан на юге и против соседнего эмирата Асир – на севере. Договор с итальянцами был нужен, чтобы сбалансировать давление со стороны Великобритании. Как раз в 1928 г. британское правительство предъявило Яхье ультиматум с требованием отдать спорную территорию на границе с протекторатом Аден (Южный Йемен). В ответ на отказ английские самолеты начали бомбардировку йеменских городов и селений[820]. Пребывавший в средневековье Йемен ничего не мог противопоставить британской воздушной армаде.

СССР же рассматривал Йемен как звено в цепи восточных государств, противостоящих западным державам. В июне-июле 1928 г. в Сане работала первая советская делегация под руководством сотрудника НКИД СССР Г.А. Астахова. Проводились переговоры по подготовке первого текста советско-йеменского договора. Договор о дружбе и торговле между СССР и Йеменским Королевством был окончательно подписан 1 ноября 1928 г. в Сане. Во время переговоров с имамом Яхьей 3 ноября 1928 г. было выяснено, что тот интересуется возможностями ослабить влияние Великобритании в регионе, хочет содействия в установлении связей с Афганистаном, Ираном и Германией, а также просит прислать в Йемен советских врачей и инженеров, думает о приобретении советского парохода с командой, а пока просит о заходе в порт Ходейда всех советских судов в Красном море[821].

---

[819] Густерин П.В. Заключение первого советско-йеменского договора // Новая и новейшая история. 2016. № 2. С. 190.

[820] Генин И.А. Йемен. С. 13.

[821] Густерин П.В. Заключение первого советско-йеменского договора. С. 192.

Советские дипломаты считали договор с Йеменом важным с правовой точки зрения, ведь как первый торговый договор с арабскими странами, он свидетельствовал о доверии и дружбе арабов. Однако основным вопросом были все-таки не нефтепродукты и не товары народного потребления, а советское вооружение. Йеменская сторона просила в первую очередь зенитные орудия, чтобы противостоять налетам английской авиации из Адена. В случае их поставок йеменцы выразили готовность принять советских военных инструкторов, а также «координировать свои действия с СССР», а во время предполагавшейся между СССР и Великобританией войны «сделать диверсии на Аден и Баб-эль-Мандеб»[822].

Несмотря на необходимость политических и экономических связей с СССР, имам Яхья оглядывался на западные державы и опасался разрешить открытие в Сане полноценного советского дипломатического представительства. Поэтому первый посланник в Йемене К.А. Хакимов работал в Сане под прикрытием мандата Востгосторга. В полном объеме дипломатические отношения между СССР и Йеменом были установлены лишь 31 октября 1955 г.[823].

Создание торгового представительства и медицинской миссии СССР в Сане считается основным достижением в советско-йеменских отношениях в межвоенный период[824]. Как же развивалась история советского медицинского присутствия в Йемене? Какое оно имело значение и чем отличалось от советской медицинской помощи саудовскому королевству?

3.1. Советские врачи и медучреждения в Йемене (конец 1920-х – 1930-е гг.)

Открывшееся в Сане в июне 1929 г. советское представительство работало под прикрытием одной из контор Наркомата внешней торговли СССР – Востгосторга. Для лечения работни-

[822] Там же. С. 193.

[823] Там же. С. 194-195.

[824] Bissell Richard E. Soviet Use of Proxies in the Third World: The Case of Yemen // Soviet Studies. 1978. Vol. 30. № 1. P. 90.

ков советской миссии, а также в целях оказания медицинской помощи местному населению при представительстве была организована амбулатория. 8 июня 1928 г. пароходом в порт Ходейда прибыл первый советский медик, доктор В.Б. Бабаджан[825]. Он и стал главным врачом советской амбулатории в Сане.

При открытии медучреждения доктор Бабаджан сделал заявление, что амбулатория прислана специально для оказания помощи йеменскому населению. Как и в Джидде, амбулатория в Сане работала по принципу «имущие платят, бедные обслуживаются бесплатно». Не имея в Йемене возможности не только вести пропаганду, но даже открыто работать как дипломатическое представительство, советская миссия использовала такой способ воздействия на целевые группы «обездоленных» представителей местного общества.

К сожалению, в фонде Наркомздрава РСФСР сохранилось мало документов, иллюстрирующих деятельность советских врачей в Йемене. Однако и того, что имеется в распоряжении историков достаточно, чтобы в целом воссоздать картину работы амбулатории при торгпредстве Востгосторга в Сане. При этом очень важной является, пожалуй, единственная научная статья на эту тему, опубликованная в 1988 г. в журнале «Советское здравоохранение»[826]. Статья фундирована теми же документами описи 35 «Общесоюзное бюро заграничной санитарной информации» фонда 482 «Министерство здравоохранения РСФСР», что и данное исследование. Однако в силу идеологических установок того периода, ее автор М.Л. Гавлин умалчивает о ряде важных аспектов, нуждающихся в освещении. В целом, работа информативна, несмотря на типично советское бравурное звучание и акцент на интернационализм.

Амбулатория представительства Востгосторга с самого начала пользовалась большой популярностью у местного населения. По данным М.Л. Гавлина, с июня 1929 по февраль 1930 г. медучреждение посетило 4530 пациентов всех возрас-

[825] Гавлин М.Л. Первые советские врачи в Йемене // Советское здравоохранение. 1988. № 12. С. 52.

[826] Гавлин М.Л. Первые советские врачи в Йемене // Советское здравоохранение. 1988. № 12. С. 52-55.

тов (в среднем 25 чел. в день). Большим спросом пользовалось оспопрививание. До 600 чел. получили прививку от натуральной оспы[827]. Популярность советской амбулатории объяснялась тем, что до нее ведущее положение в стране занимали итальянские врачи, работавшие в государственных учреждениях по итало-йеменскому договору 1926 г. Однако их услуги были платными и достаточно дорогими[828]. Советское медучреждение предлагало гораздо более доступную (а для бедноты – бесплатную) альтернативу.

При всей идеологической важности лечения простого йеменского народа, огромное (если не решающее) значение имело обслуживание короля, его семьи, придворных и членов правительства. При Г.В. Чичерине *Realpolitik* в НКИД СССР рассматривался серьезно и связи при арабских дворах высоко ценились. Как главный врач амбулатории, В.Б. Бабаджан был вхож во королевский дворец, лечил сыновей имама, спас почти безнадежно больного пневмонией сына крупного вельможи Саид Абдалла Везира[829]. Подробных описаний визитов доктора Бабаджана во дворец мне обнаружить не удалось, но они почти наверняка существуют среди тысяч документов ОБЗСИ. Зато сохранились детальные отчеты другого советского врача – доктора Донского – лично лечившего двух сыновей имама Яхьи, соперничавшего в этом деле с итальянскими врачами, снискавшего большое уважение йеменского монарха, признание и дружбу принцев. Эти материалы будут рассмотрены немного позже.

Репутация В.Б. Бабаджана в Йемене была настолько высокой, что когда в мае 1930 г. он отправился в отпуск в СССР, правительственная газета «Эль Иман» сразу же опубликовала статью под заголовком «Отъезд русского доктора». В ней отмечалось, что доктор Бабаджан заслужил глубокую благодарность йеменского народа за 12 месяцев своей работы по лечению местного населения, оказывая услуги многим, посещавшим его госпиталь и никому не отказывая в выездах на дом[830].

[827] Там же. С. 53.

[828] Там же.

[829] Там же.

[830] Там же.

Публикации, посвященные врачам, являлись важным элементом взаимодействия между аравийскими правительствами, советскими дипломатическими представительствами и Кремлем. В них в традиционной для востока витиевато-красочной манере выражалась признательность за помощь, а еще глубже помещался основной смысл послания. Правильно дешифровать такое послание можно было лишь хорошо зная весь контекст взаимодействия на определенный момент времени.

Йемен – мусульманская страна, а значит доступ врача-мужчины не только на женскую половину дворца, но и к любой пациентке-женщине очень затруднен. Поэтому приезд в Сану в октябре 1930 г. врача-гинеколога С.С. Слиозберг имело огромное значение как для дальнейшего расширения деятельности советских врачей в Йемене, так и для местного населения. Йеменские женщины были лишены квалифицированной акушерско-гинекологической помощи и роды принимались медицински невежественными повивальными бабками, часто с плачевными результатами. Поэтому появление в русской амбулатории женщины-врача сразу же вызвало ажиотажный приток больных. В первые 42 дня пребывания в Йемене С.С. Слиозберг приняла 1600 человек с разнообразными заболеваниями, сделала 14 операций и 372 перевязки. Работать приходилось по 12 часов в сутки: врач выходила из дома в 08:00 и возвращалась в 20:00. Врачебный прием С.С. Слиозберг иногда доходил до 50 пациентов в день. Кроме дневной работы были срочные вызовы на дом, иногда посреди ночи. Неудивительно, что уже через три месяца такой работы доктор чувствовала себя переутомленной[831].

Этот врачебный подвиг, осуществлявшийся с максимальной отдачей при минимальном уровне комфорта и помощи со стороны (санитар-араб), еще и весьма скромно оплачивался. До лета 1932 г. врачи в Аравии (Хиджаз и Йемен) состояли на окладе НКИД СССР, но впоследствии все лечебное дело на Востоке было передано в Наркомздрав РСФСР[832].

[831] Там же.

[832] Врачи, средний и младший медперсонал получали зарплату через НКИД СССР, так как занимались медобслуживанием советских дипломатических и торговых представительств. Однако другой целью их работы было лечение местного населения, беднейшим представителям которого лекарства из аптеки отпускались совершенно

Согласно документу НКИД СССР от 7 июля 1931 г. оклад врача С.С. Слиозберг в Сане составлял всего 150 долл. США в месяц. Немного выше был оклад главного врача амбулатории доктора Е.И. Донского – 190 долл. США. В Джидде врач консульской амбулатории Б.Ф. Виленский получал уже больше – 225 долл. США в месяц[833]. Однако здесь речь идет об окладах в американской валюте, обсуждавшихся в межведомственной переписке. На деле, как мы помним, второй врач консульской больницы в Джидде М.И. Нахашвили в 1930 г. некоторое время получал вообще всего 12 английских фунтов стерлингов в месяц, чего не хватало даже на еду. Многое зависело от логистики: медикаменты, медицинский инструментарий, литература, корреспонденция и даже деньги доставлялись в Ходейду и Джидду советскими пароходами, редко заходившими в Красное море.

Кроме того, проблемой являлось то, что «…фактическая выплата зарплаты врачам производится не эффективными амдолларами, а в местной валюте, с переводом амдолларового оклада на местную валюту…»[834]. Это означало, что покупательная способность зарплаты врача напрямую зависела от стабильности местной валюты, а это была чрезвычайно волатильная переменная. К примеру, курс урумчинского лана (денежная единица в Синьцзяне в 1930-х гг.) по отношению к американскому доллару мог за две недели упасть в три раза[835].

Даже в такой сложной финансовой ситуации Москва строго ограничивала врачей в получении вознаграждения за медицинскую помощь. С.С. Слиозберг пришлось писать на имя нового генерального представителя СССР в Йемене А.Б. Дубсона объяснительную записку. В ней врач поясняла, что по приезду в Сану

бесплатно. Эти медикаменты, а также медицинское оборудование и другие припасы обеспечивал Наркомздрав РСФСР в виде «дотации натурой медикаментами и медоборудованием». На эти цели Наркомздрав РСФСР испрашивал у советского правительства кредит в червонном и валютном исчислении. Например, в 1929 г. сумма испрашиваемого кредита составила 9900 руб., из них в валюте 3850 руб., а в червонцах – 6050 руб. Средства планировалось истратить на открытие бактериологической лаборатории в Хиджазе, оплату труда лаборанта, а также на приобретение микроскопа для амбулатории в Сане (Йемен). См.: ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 34. Л. 71, 71 об.

[833] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 34.

[834] Там же.

[835] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 31. Л. 425.

бывший глава советского представительства К.А. Хакимов договорился с ней по поводу вызовов на дом. По-видимому, генпред хотел оградить ее от лишних вызовов и сам давал ей инструкции, выезжать ли к больному платно или бесплатно. Когда Слиозберг вызвали в Таиз к влиятельному вельможе Сеид Али Везиру, Хакимов предупредил, что тот обязательно захочет вознаградить ее за помощь. «Возьмите все, что предложит, верблюда ли, коня ли, осла ли, только денег не берите», – напутствовал врача глава советской миссии. После консультации Сеид Али Везир предложил Слиозберг денежное вознаграждение, которое та не взяла, и мешок кофе. Врач специально подчеркнула, что ни за одну командировку денег от пациентов она не получала, несмотря на частоту таких вызовов. «Сведения, которые имеются у т. Дубсона относительно вознаграждения меня собаками, чашками, плошками и проч. – гнусный вымысел лиц, заинтересованных в том, чтобы дискредитировать меня, – писала С.С. Слиозберг и предупреждала. – В настоящий момент не имею возможности привлечь их к ответственности за клевету, но по возвращении в Москву я это сделаю»[836].

В декабре 1932 г. вышло постановление Наркомата труда СССР о введении с 1 января 1933 г. твердых должностных окладов для сотрудников ОБЗСИ за рубежом. Согласно этому документу, оклады врачей в Джидде, Сане и Ходейде были выровнены и составили 190 долл. США в месяц. Примечательно, что в валюте оклады обозначены лишь у представителя ОБЗСИ в Германии (800 марок) и врачей советских медпунктов на Аравийском полуострове. Все остальные указаны в местных валютах (персидские реалы, афганские афгани, урумчинские ланы, монгольские тугрики). В рублях указаны оклады сотрудников тувинской медико-санитарной экспедиции[837].

В материалах советской амбулатории в Сане сохранились данные о количестве пациентов, принятых доктором В.Б. Бабаджаном и С.С. Слиозберг с 15 марта по 15 июня 1931 г. В таблице эти данные выглядят следующим образом:

[836] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 426. Л. 27.

[837] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 32. Л. 7-9.

Классификация посещений по роду заболеваний с 15 марта по 15 июня 1931 г.

Д-р Бабаджан			Д-р Слиозберг		
1.	Внутренние болезни	1578	1.	Внутренние болезни	870
2.	Детские болезни	294	2.	Детские болезни	-
3.	Хирургические болезни	419	3.	Хирургические болезни	446
4.	Кожные и волос	471	4.	Кожные и волос	307
5.	Мочеполовые и венерические	680	5.	Мочеполовые и венерические	79
6.	Ухо, горла, носа	430	6.	Ухо, горла, носа	239
7.	Глазные	552	7.	Глазные	469
8.	Нервные	112	8.	Нервные	39
9.	Гинекологические	-	9.	Гинекологические	480
10.	Оспопрививание	206	10.	Оспопрививание	-
11.	Вызовы на роды	-	11.	Вызовы на роды	7
Примечание: посещений больных на дому врачами произведено 215					

Источник: ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 417. Л. 62.

Из таблицы видно, что В.Б. Бабаджан принял почти вдвое больше больных со внутренними болезнями, всех пациентов-детей, большую часть урологических и венерических больных, а также произвел все оспопрививания. Однако С.С. Слиозберг, гинеколог-хирург по специальности, взяла на себя всех гинекологических больных, большую часть хирургических манипуляций, все вызовы на роды и значительное количество пациентов с внутренними и глазными заболеваниями. Таблица наглядно демонстрирует огромный объем работы, проведенный обоими советскими врачами в Сане всего за три месяца 1931 г.

В статье М.Л. Гавлина приводится отрывок из письма короля Яхьи председателю ЦИК СССР М.И. Калинину от 25 февраля 1931 г., с просьбой продлить пребывание С.С. Слиозберг в Йемене. «Имею честь сообщить Вашему Превосходительству, что назначение доктора Слиозберг в столицу нашего королевства представляет для нас пример искреннего и серьезного отношения к нам со стороны великого Союза Советских

республик, – обращался к номинальному главе советского государства йеменский монарх. – Своими способностями и искусством медицинской практики она снискала всеобщую любовь и уважение»[838]. Подчеркивая справедливость высоких слов монаршей благодарности, необходимо заметить, что за письмом имама М.И. Калинину стояли несколько иные соображения, чем просто выражение признательности. Об этом нам рассказывает сама Софья Савельевна Слиозберг в письме заведующему ОБЗСИ М.М. Эттингеру от 20 апреля 1931 г.

В отличие от амбулатории в Джидде, между советскими врачами в Сане вскоре образовалось непонимание, переросшее во взаимную неприязнь. «С первого дня нашего сотрудничества я стала чувствовать недоверчивое, пренебрежительное, даже наплевательское отношение к моей работе как таковой, – писала доктор Слиозберг, – и несмотря на то, что я всячески старалась не обострять их, все же при настоящих взаимоотношениях, которые стали вредно отражаться на деле, не считаю возможным в дальнейшем оставаться здесь и прошу об откомандировании меня…»[839]. По мнению Софьи Савельевны, главный врач В.Б. Бабаджан надеялся, что в лице женщины-врача он получит во всем послушную помощницу. «При этом я не оправдала его надежд ни с какой стороны: ему нужна была женщина-врач, раба, как подсобный работник, которая убирала бы за ним в аптеке грязную посуду, на которую он мог бы покрикивать время от времени, которой он мог бы распоряжаться по своему желанию», – возмущалась доктор Слиозберг[840]. Не привыкшая к такому отношению, Софья Савельевна решительно пресекла попытки поставить себя под полный контроль. В результате, отношения между ней и В.Б. Бабаджаном совершенно испортились.

О своем решении покинуть Сану и переехать на другое место работы С.С. Слиозберг неоднократно заявляла генеральному представителю СССР в Йемене К.А. Хакимову. К тому же в феврале 1931 г. Москва одобрила перевод. Но когда Хакимов рассказал об этом в королевском дворце, по словам Слиозберг

[838] Гавлин М.Л. Первые советские врачи в Йемене. С. 53-54.

[839] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 417. Л. 57.

[840] Там же. Л. 57 об.

«здесь подняли рев и имам тотчас же написал письмо тов. Калинину с настоятельной просьбой меня оставить»[841]. Из Москвы Хакимову сообщили, что врача нужно оставить в Сане. «Главврач же, узнавши о таких обстоятельствах пришел в ярость. Он никак не может смириться с мыслью, что с моим пребыванием здесь он отошел на задний план, что за время его отсутствия я завоевала любовь и доверие всех слоев населения, что за это время так освоилась и вошла в работу, что не приходится обращаться к нему за советом как в каких случаях поступать», – писала Софья Савельевна[842]. В письме указывается, что главврач Бабаджан тоже стал просить о возвращении в СССР, но получил от К.А. Хакимова решительный отказ.

Судя по всему, конфликт между медиками начался на почве банальной должностной субординации и профессиональной ревности. Учитывая актуальнейшую для Аравии специальность хирурга-гинеколога, приезд доктора Слиозберг действительно произвел фурор среди женской половины власть имущего класса, страдавшей от отсутствия женщины-врача. Когда в результате склоки из Москвы все же поступило решение заменить С.С. Слиозберг женщиной-терапевтом, сменивший В.Б. Бабаджана доктор Е.И. Донской резко высказался против. «Присылка врача-терапевта на место врача-гинеколога свидетельствует об абсолютной недооценке нашей работы, – писал он в 1-й Восточный отдел НКИД СССР. – Не касаясь целого ряда чрезвычайно положительных данных в работе д-ра Слиозберг как врача, завязавшего огромные нужные нам связи в придворных кругах, не касаясь большой информационной и политработы, проводимой д-ром Слиозберг, я …еще раз хочу подчеркнуть, что в Санаа ни одного хирурга нет, что работа (медицинская) д-ра Слиозберг исключительно проходит по линии акушерства, гинекологии и женской урологии»[843].

Более того, главврач Е.И. Донской отводил С.С. Слиозберг ведущую роль в конкурентной борьбе, которую советские врачи вели с иностранными коллегами в Йемене. Присылку терапевта

[841] Там же. Л. 57.

[842] Там же. Л. 57, 57 об.

[843] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 31. Л. 248.

он считал бессмысленной. «Возьмите пример: сейчас Слиозберг должна делать аборт дочери имама, – писал он. – Думаю, что не надо объяснять, что ни я, ни приезжающий второй терапевт не смогли бы это сделать, ибо несмотря на то, что приезжает врач-женщина, помимо половых подходящих свойств надо иметь нужную специальность и мне, сумевшему быстро 'ликвидировать' англичанина-терапевта, навряд ли удалось бы 'ликвидировать' англичанку-гинеколога»[844]. Учитывая особенности политической ситуации вокруг Йемена, становится понятно, что советским медикам приходилось буквально завоевывать своим профессионализмом авторитет в высших кругах королевства. Оставлять же уже занятые позиции представлялось, по меньшей мере, неразумным.

Быстрый рост авторитета и независимая позиция С.С. Слиозберг также объяснялись ее обширным опытом работы на востоке. Софья Савельевна закончила медицинский факультет Саратовского университета в 1919 г. До 1920 г. работала в системе Красного Креста, а затем была переведена в военное ведомство. В 1920-1921 гг. она работала главврачом госпиталя Отдельного эскадрона ТурЦИКа в Ташкенте, а по совместительству – врачом ТурЦИКа, Совнаркома и Туркомиссии. После демобилизации в 1921 г. доктор Слиозберг некоторое время была ассистентом хирургического отделения больницы Медсантруда в Москве; с 1924 г. – хирургом в различных московских амбулаториях и больницах[845]. С 1927 г. подавала заявления на работу в качестве хирурга-гинеколога медико-санитарной экспедиции Наркомздрава РСФСР в Монголии[846]. Однако ОБЗСИ нашло ей более актуальное применение – с июля 1928 г. Слиозберг работала врачом советского консульства в Кабуле[847]. Поэтому к началу своей работы в Йемене Софья Савельевна была полностью сформированным высококвалифицированным специалистом с обширным восточным опытом. Ей приходилось работать как с красными кавалеристами в Туркестане, так и в амбулатории

[844] Там же.

[845] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 292. Л. 29.

[846] Там же. Л. 26.

[847] Там же. Л. 25.

при дворе афганского короля. Не случайно попытка В.Б. Бабаджана взять ее под свой контроль провалилась, вызвав острый конфликт.

Вышедшая из кулуаров йеменской амбулатории склока между врачами, помимо репутационного и кадрового ущерба выявила серьезные противоречия в отношениях между медиками и дипломатическими работниками. С.С. Слиозберг жаловалась М.М. Эттингеру на то, что главврач Бабаджан «считает возможным дискредитировать меня перед больными, пользоваться агентурными сведениями, и это в представительстве, где имеется раз-два сотрудника и обчелся»[848]. В архиве имеется и другое письмо, обращающее внимание на проблему взаимодействия врачей с работниками НКИД СССР. Его в июле 1932 г. написал директору ОБЗСИ врач консульства в Джидде Б.Ф. Виленский. «В общем работа проведена большая, но к сожалению, обстановка недопустимая, гнусная и я по истечении 10 месяцев… моего пребывания в Джедде потребую отпуска, а затем сообщу Вам в НКЗ в какие гнусные условия попадают врачи в связи с нашими НКИДеловскими работниками, которым место в камерах уголовного розыска», – возмущенно писал он. Сути конфликтной ситуации Виленский не раскрывает, но пишет, что «…для свежего человека, чуждого этих дрязг, склок, мелочного ‘полпредского’ чванства, ханжества, провокаций и т.п. (чем занимаются секретари полпредства) обстановка становится в замкнутом…кругу жизни тропиков – невозможной». При этом он обращает внимание Залужского на то, что «…тов. Слиозберг, работавшая в Санаа, проездом через Джедду кое-что мне рассказала и мне понятна обстановка в Санаа» и просит его: «Выслушай Слиозберг»[849].

В этом контексте новые краски приобретают форма и суть публикаций в правительственной «Эль Иман», письмо имама Яхьи М.И. Калинину и другие исходившие из королевской канцелярии документы. Даже в замкнутом мирке советской колонии в Йемене эти материалы порождали острую конкуренцию между врачами. Также возможно, что они вызывали у дипломатических

[848] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 417. Л. 57 об.

[849] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 31. Л. 352.

работников неприязнь к медикам, ведь те могли одним удачным визитом к больному сыну короля, одной из его жен или дочерей, вызвать волну монаршей благодарности, которой было сложно добиться годами дипломатической работы.

Судя по всему, профессионалы НКИД чичеринского поколения понимали всю важность медицинского аспекта работы в Аравии. Так, 25 ноября 1932 г. замнаркома иностранных дел Л.М. Карахан в письме члену коллегии Наркомфина СССР Рейхелю писал о чрезвычайной важности утверждения сметы расходов на медицинскую работу в Йемене. Особый смысл имеет фраза «обмен писем по этому вопросу рассматривается йеменцами как своего рода двухстороннее соглашение, что делает для нас весьма затруднительным его нарушение без длительной подготовки и без риска вызвать, учитывая специфичность местной обстановки, серьезные осложнения»[850]. Хвалебные письма в адрес советских врачей и просьбы оставить того или иного специалиста изначально несли скрытый дипломатический смысл. Через признание необходимости в советских врачах король Йемена выказывал лояльность советской стороне, но одновременно пытался манипулировать ею, добиваясь максимального режима благоприятствования для своей семьи и страны. Высшие советские дипломаты того времени умели читать и расшифровывать подобные послания, но исполнители на местах, включая врачей, вероятно не улавливали всех нюансов.

3.2. «Мягкая сила» советской медицины при дворе йеменского короля-имама Яхьи бен Мухаммед Хамид ад-Дина

Чем же были так важны советские врачи при дворе йеменского короля-имама? Благодаря Е.И. Донскому современные историки имеют в распоряжении документы, проливающие свет на внутренние особенности обслуживания монарших семей зарубежного Востока. Эта тема имеет прямое отношение к «мягкой силе» советской медицины, в случае Аравии и других мусульманских регионов реализовывавшейся «сверху» и имевшей не массовую (как в Монголии и Туве) целевую группу, а точечное,

[850] Там же. Л. 447.

но очень эффективное в случаях абсолютных монархий исламского мира, воздействие.

Сменивший В.Б. Бабаджана на посту заведующего амбулатории в Сане врач Е.И. Донской прибыл в Ходейду в начале января 1932 г. после 22-дневного путешествия. Медпункт в местном представительстве Востгосторга произвел на него тягостное впечатление. Кроме нескольких заржавленных медицинских инструментов и просроченных медикаментов там не было ничего для лечебной работы. За несколько проведенных в Ходейде дней Донской обследовал всех членов местной совколонии, а также несколько иностранцев. Советские граждане оказались здоровы, а у инвалида-инспектора йеменских войск доктор снял мерки и слепки с руки и поручил отправить их в объединение протезных предприятий для изготовления протеза[851].

Путь в Сану верхом занял пять дней. За это время врач, его дочь, дипломатический работник Дубсон и его жена переболели лихорадкой денге. После выздоровления последовало представление королю. Имам Яхья сразу же обратился к Е.И. Донскому с просьбой осмотреть его сына, принца Сеида Али. Юноша ранее лечился у итальянского врача, который заявлял о неизлечимости его болезни в условиях Саны и о необходимости переезда в Италию. Любимец короля, сильный и развитый молодой принц живо интересовался техникой, разбирался в двигателях внутреннего сгорания, имел собственный мотоцикл и очень желал вырваться из Йемена, чтобы посмотреть мир. При медицинском осмотре у него обнаружилась хроническая малярия, активный туберкулезный процесс с бронхоаденитом, анемия и неврастения. В последующей полуторачасовой беседе Донской убеждал Сеида Али в том, что его болезни вполне излечимы в условиях Саны, что лечение нужно начинать немедленно, а поездки за границу совершаются для закрепления его результатов. Врач также подбросил принцу идею о замене поездки в Италию, где воздух более влажен, а атмосферное давление значительно выше, чем в Сане, путешествием в СССР[852].

[851] Там же. Л. 204.

[852] Там же. Л. 205.

В ходе приема во дворце по случаю национального праздника, имам Яхья высказал пожелание устроить консилиум советского и итальянского врачей по поводу диагноза и методов лечения принца Сеида Али. Также он попросил Е.И. Донского осмотреть его второго сына Сеида Хасана, министра обороны королевства. Принц Сеид Хасан оказался болен анемией, органическим пороком сердца и страдал увеличением паховых желез из-за травмы. На женской половине дворца в тот же период болели две жены короля: у одной, судя по всему, был брюшной тиф, у другой – истероидная неврастения с дисгармонией вегетативной нервной системы[853].

Консилиум состоялся 7 марта 1932 г. в присутствии итальянских лечащих врачей принца Сеида Али Ансальди и Венерони, имама Яхьи и йеменского премьер-министра Кади Абдаллы Амри. Е.И. Донской сумел выйти из сложного положения без потерь. Итальянцам он сказал, что не знал о том, что они назначили поездку в Италию в качестве основной терапии, добавив, что имаму и премьер-министру рекомендовал немедленный курс лечения для Сеида Али. Якобы, чтобы выйти из сложившегося неудобного положения, Донской попросил доктора Ансальди оказать ему коллегиальную помощь. Итальянцы согласились помочь советскому врачу и изменили статус поездки в Италию с единственного способа лечения до «укрепляющего увеселительного путешествия». Более того, по просьбе доктора Донского итальянцы добавили, что поездку в Италию можно заменить поездкой в СССР.

Чтобы сохранить отношения с разочарованным принцем, мечтавшим выехать из Йемена, Е.И. Донской оказал ему «целый ряд услуг», а также успешно провел курс лечения. Благодаря этому Сеид Али окреп, состояние нервной системы значительно улучшилось, и он стал просить помочь ему с поездкой в СССР, на что Донской охотно согласился. Параллельно, доктор лечил принца Сеида Хасана, который в тот период удачно сделал небольшую операцию. Медицинская помощь была также оказана тетке принцев, страдавшей эпилептическими припадками, и другим высшим лицам королевства – принцу Ибрагиму,

[853] Там же. Л. 206.

шерифу Ибн Абдалле, Сеиду Зейду, Сеиду Ахмету и шейху Шайх Зехру[854].

Однако не все случаи советского медицинского вмешательства имели счастливое разрешение. Одна из жен имама, долго болевшая брюшным тифом, скончалась. По-видимому, это не вызвало острой негативной реакции со стороны монарха, смирившегося с судьбой. Во всяком случае, по словам Е.И. Донского, лечившая жену имама С.С. Слиозберг сделала все возможное для ее спасения, но осложненный лихорадкой брюшной тиф оказался смертельным[855].

Весной 1932 г. произошло еще несколько событий, напрямую касавшихся йеменской королевской семьи и советских врачей. 14 апреля доктор Донской срочно выехал в Ходейду – серьезно заболел сотрудник представительства Линков. Неделю врач лечил его от тяжелой формы тропической малярии, добившись выздоровления. Параллельно он снова осмотрел всех членов советской колонии в Ходейде, провел несколько курсов инъекций и вылечил заболевших один за другим детей и жен сотрудников представительства. Затем произошло трагическое событие, возможно изменившее дальнейший ход развития Йемена.

В один из апрельских вечеров в советскую амбулаторию прибежал взволнованный местный чиновник Омар Мисгаджи и попросил Е.И. Донского проехать с ним к шейх-уль-ислам Мухаммеду, наместнику Тихамы, которому якобы очень плохо. Лишь в дороге врач узнал о том, что наместник, он же кронпринц Йемена Мухаммед, утонул во время купания с группой приближенных. Трагедия произошла в 11 часов того же дня. Принц Мухаммед и 18 его приближенных купались в море. Вдруг один из людей начал тонуть. Принц бросился к нему на помощь и оба погибли. Около 7 часов вечера поисковая группа нашла тело первого погибшего, а в 10 вечера обнаружили тело кронпринца Мухаммеда[856].

В тот же вечер в Ходейду из Хаджжи прибыл принц Ахмет, брат погибшего кронпринца. Он забрал тело, чтобы похоронить,

[854] Там же. Л. 318.

[855] Там же.

[856] Там же. Л. 319.

затем снова вернулся в Ходейду. Трагедия имела решающее значение для наследования: кронпринц Мухаммед был известен своим либерализмом, его поддерживали прогрессивные йеменские феодалы и купечество. Смерть наиболее вероятного из наследников имама Яхьи поразила итальянских врачей Ансальди и Венерони, а также всю проанглийскую группировку, поставив под вопрос сдачу в концессию части прибрежной территории Тихамы для строительства нового морского порта[857].

Принц Ахмет, ставший кронпринцем после гибели брата, по словам Донского «представляет собой исключительно яркую, полную энергии и железной воли фигуру, не только известную в прошлом победой над зарариками, но действительно, благодаря наличию целого ряда ярких индивидуальных черт фигуру, олицетворяющую стимул полнейшей национальной независимости Йемена»[858]. Советскому врачу пришлось долго и тесно общаться с принцем в качестве лечащего врача. «Циркулирующие об Ахмете слухи, граничащие с легендами о его жестокости, дикости, о его полнейшем отрицании культуры и каких-либо нововведений оказались, в большинстве, несостоятельными», – писал Е.И. Донской.

Вскоре принц Ахмет, оставшийся в Ходейде, вызвал советского врача по причине острого воспаления придатков яичка. Осмотрев больного, доктор Донской диагностировал у него осложненную воспалением придатка гонорею, предложил курс лечения и отправился к себе готовить лекарства, так как необходимых медикаментов в советском торгпредстве не оказалось. Вернувшись с набором лекарств, он не был принят, так как принц «беседовал с женщинами». Пришлось положиться на итальянца Венерони, который за два года работы лейб-медиком по итало-йеменскому договору 1926 г. установил доверительные отношения с Ахметом.

Ранним утром 30 апреля 1932 г. Е.И. Донской получил от Венерони записку, в которой тот просил русского врача срочно прислать ему какой-нибудь сильный наркотик. Оказалось, что кронпринц уже 12 часов мучается беспрерывной рвотой и про-

[857] Там же.

[858] Там же.

должительной икотой. И здесь Донской пошел на хитрость: приказал слуге передать, что хозяин спит и не велит себя будить. Расчет оказался верным. Через час из дворца примчался автомобиль и врачу передали просьбу кронпринца немедленно приехать. Осмотр больного позволил диагностировать вторичный сифилис, осложненную гонорею и гемоглобинурийную лихорадку. Доктора Венерони он застал почти что в панике: тот уже ввел больному 14 кубиков различных наркотиков (героин, морфий, адреналин, анестал и гедонал) и не знал, что делать дальше, так как рвота не прекращалась. Пришлось договориться с ним о дежурствах у постели больного и отправить итальянца домой. После этого Е.И. Донской дал Ахмету смесь экстракта *Cannabis indica* с валерианой, так как она блокирует у человека рвотные центры и ослабляет желудочно-кишечные неврозы. Через 20 минут рвота и икота полностью прекратились, а на кронпринца и нового наместника Тихамы принца Хусейна это произвело сильное впечатление. Хусейн срочно информировал имама и через два дня по его приказу передал Донскому в изысканно-любезных выражениях глубокую признательность и благодарность монарха[859].

Однако этим история отнюдь не закончилась. Еще до консультации Е.И. Донского доктор Венерони использовал хининотерапию, чтобы вылечить проявления малярии. Зная, что гемоглобинурийная лихорадка является осложнением злокачественной малярии, и лишь усугубляется от приема хинина, Донской строго запретил хининотерапию. Вместо нее он назначил неосальварсановую терапию люэса, которым страдал кронпринц. Но через два дня Венерони возобновил хининотерапию, что быстро привело к серьезному ухудшению состояния больного. У принца Ахмета снова началась рвота, он стал бредить, начались нервные подергивания. На этом фоне англофильская группа при дворе тайно вызвала в резиденцию принца врача-индийца (мусульманина), который даже не счел нужным поздороваться с Е.И. Донским. Зато, пренебрегая всеми медицинскими правилами и без консультации с лечащими врачами, он сразу же попытался дать больному какие-то лекарства из своего саквояжа.

[859] Там же. Л. 320.

В ответ, Донской обратился к принцу Хусейну и сказал, что если врач-индиец даст Ахмету хоть одно лекарство без его или Венерони ведома, он не ручается за жизнь больного и немедленно покинет дворец. Требования русского врача были беспрекословно выполнены. Индиец начал заискивать перед Е.И. Донским, а после беседы выяснилось, что он оказался малосведущим в терапии, так как при угрозе инсульта попытался дать кронпринцу глицерин.

Борьба врачей за жизнь наследника продолжалась еще три недели. Хининотерапия была отменена, вливания неосальварсана – продолжены. Состояние кронпринца улучшалось с каждым днем. Каждый день имаму Яхье в Сану посылались телеграфные бюллетени о состоянии здоровья Ахмета[860]. Однако интриги вокруг болезни принца еще не завершились.

Англофильская группа в Ходейде через английского резидента Сали-Джафара склонила слабовольного наместника Хусейна к тому, чтобы без ведома больного по телеграфу вызвать из Адена британских врачей. На следующий день в пять часов вечера военный врач майор Пэйли в сопровождении секретаря прибыл на автомобиле из Адена в Ходейду. Возмущенный Ахмет несколько часов отказывался их видеть, но в результате все равно принял.

Следующим утром за доктором Донским был прислан автомобиль с просьбой присутствовать на врачебном консилиуме. Его открыл доктор Венерони, изложивший весь ход лечения болезни. Итальянец очень нервничал, а после его выступления Е.И. Донской задал вопрос о цели совещания – является ли оно контролем за ходом лечения или это обычный врачебный консилиум? При этом, он отметил, что сможет принимать участие лишь если совещание является консилиумом. Майор Пэйли сразу же заверил его в том, что это обычный консилиум. Оказалось, что накануне вечером врач-индиец уже проинформировал англичан о ходе лечения и Пэйли хотел посоветоваться с коллегами, главным образом, с русским доктором[861].

[860] Там же. Л. 321.

[861] Там же. Л. 322.

В своем высказывании Е.И. Донской поддержал диагноз, высказанный Венерони, несколько углубив и расширив его, а также назначенное лечение, внеся в него свои коррективы. Консилиум закончился через час и англичане покинули дворец. По просьбе кронпринца Донской остался с ним и объяснил, что его трехдневное отсутствие во дворце объяснялось тем, что кто-то не хочет его присутствия и не присылает за ним машину. Ахмет взял с советского врача обещание чаще навещать его.

Англичане покинули Ходейду на следующее утро, оставив коммюнике, содержание которого искренне удивило Е.И. Донского. Пэйли подчеркивал, что считает диагноз Венерони неполным, а его терапию решительным образом осуждает. Также он высказал сожаление, что Донской недостаточно решительно и быстро изменил назначенную Венерони терапию. Однако, в самом конце коммюнике майор Пэйли указал, что вследствие значительного улучшения состояния больного, а также учитывая наличие русского врача, он считает свое пребывание во дворце излишним и настаивает на обязательном присутствие Донского до полного излечения кронпринца[862].

Вклад советского врача в излечение наследника не остался незамеченным. Он получил благодарственную телеграмму от имама, премьер-министра Кади Абдалла Амри, три телеграммы (одна личная и две по приказу имама) от министра иностранных дел Кади Рагиб-бея. Из многочисленных витиевато-изысканных арабских слов благодарности он выделил фразу: «Ваша наилучшая помощь не будет забыта никогда и память об этом в умах нашего правительства и особенно Его Величества». Также важной он считал фразу: «Вы оказали помощь не только кронпринцу, но и всему королевству Йемена»[863].

За полтора месяца, проведенные в постоянном контакте с больным кронпринцем, доктор установил с ним доверительные, даже дружеские отношения. «Меньше всего собираясь отнести это на свой счет, я должен подчеркнуть, что в последнее время отношение к нам резко улучшилось, – писал Е.И. Донской. – Целый ряд распоряжений Ахмета (таможне, порту и др.), появ-

[862] Там же.

[863] Там же. Л. 323.

ление крупнейшего купечества и шейхов из ранее недоступных нам районов, открыто высказываемые Ахметом планы предстоящей работы с нами, тенденция передать нам всю монополию торговли, неоднократное подчеркивание своей горячей симпатии… наконец, его открытая тенденция к расширению ПОКА [*sic – В.Б.*] экономических связей с нами (подчеркиваю ПОКА, ибо близкие ему люди намекали, что это начало и новых политических отношений), все это в достаточной мере убедительно»[864].

В своей характеристике кронпринца доктор Донской отмечает его лидерские, волевые качества:

> «На основании целого ряда бесед с Ахметом, бесед, происходивших в разных, подчас необычных условиях за эти полтора месяца я решительно утверждаю, что существующее мнение об Ахмете как о яром ретрограде, … враге всякой культуры и нововведений – абсолютно неверно. Ахмет ненавидит англичан, очень мало симпатизирует прочим, но НЕ НАМ [*sic – В.Б.*]. Ахмет намечает открытие фабрик, школ, опытных участков и пр. Ахмет – крупный государственный деятель. С колоссальной волей, умеющий дисциплинировать племена, которые будут выполнять и уже выполняют все его распоряжения, одни – боготворя Ахмета, другие – боясь. Проводя аналогию между его покойным братом Мухаммедом и Ахметом, можно сказать, что если первый хотел многих нововведений, много об этом говорил и очень мало сделал, то кронпринц Ахмет наоборот – мало говорит, строит серьезные планы и уже начинает их осуществлять»[865].

Следует отметить, что принц Ахмет, как и его отец имам Яхья, имел репутацию ярого традиционалиста и ретрограда, но, будучи губернатором Таиза, окружал себя реформаторами. После своего полного насилия воцарения в 1948 г. (подавив переворот, в котором погиб король Яхья с тремя сыновьями, а наследник чудом спасся от смерти), имам Ахмед бин Яхья Хамид-ад-Дин действительно развивал связи с СССР, КНР и Египтом. Поэтому, Е.И. Донской не ошибся, предсказав хорошие политические

[864] Там же.

[865] Там же.

и экономические взаимоотношения между Советским Союзом и Йеменом. Однако в период, описываемый врачом, до воцарения Ахмеда оставалось еще 16 лет. В стремительном темпе XX столетия это целая эпоха.

История, почерпнутая из отчета Е.И. Донского, показывает, насколько важным был фактор личного общения врача с коронованными особами Аравийского полуострова. Особая форма государственного устройства мусульманских абсолютных монархий – Саудовской Аравии, Йемена, Ирана и Афганистана – накладывала особый отпечаток на формы, которые «мягкая сила» советской медицины принимала в этих странах. Учитывая нелегкую судьбу иностранных лекарей в российской истории, а также их значительное влияние на развитие русской медицины, можно понять огромный груз ответственности, ложившийся на плечи советских врачей. История, рассказанная Е.И. Донским, показывает, в какой сложной обстановке развивались отношения врачей с аравийскими монархами и их семьями. Окруженные дворцовыми интриганами, различными местными и иностранными недоброжелателями, они честно выполнили свой долг, сумев в сложную минуту взять ситуацию под контроль. Несмотря на витиеватость переведенных с арабского слов признательности, в них чувствуется искренность. Спасение наследника престола в описанных Е.И. Донским обстоятельствах действительно напоминало чудо, о чем свидетельствует реакция королевского двора в Сане.

Приблизительно через год после излечения кронпринца, советскому врачу пришлось срочно выехать в зону йеменско-саудовского вооруженного конфликта в Неджране для лечения принца Мудаахера. Тот был болен малярией и гриппом. Вылечив принца, Донской по просьбе кронпринца Ахмета собрал ему фронтовую аптечку, а затем получил от него два благодарственных письма – одно на имя генерального представителя СССР А.Б. Дубсона, другое – на имя самого Донского[866].

Вскоре врачу представилась самая серьезная возможность закрепить свое положение при дворе. Вернувшись в Сану, он был тотчас вызван во дворец. Оказалось, что имам тяжело заболел.

[866] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 182.

У него была повышенная температура, в моче обнаружились цилиндры, эритроциты и белок, наблюдалась резкая анурия, замедленный пульс и доводящая до полубессознательного состояния головная боль. Имам страдал целым рядом серьезных хронических заболеваний: декомпенсированный миокардит, диабет, подагра, хронический гломерулонефрит. Донской диагностировал начинавшуюся уремию. Состояние монарха было чрезвычайно тяжелым и доктор решил вызвать полиурию, чтобы вывести токсины и воздействовать на сердце. Приняв в 22 часа все прописанные врачом лекарства, утром имам почувствовал себя лучше. Продолжая назначенное медикаментозное лечение, определив режим и диету, Е.И. Донскому удалось за две недели поставить имама на ноги. После улучшения имам выехал на загородную дачу, где предпринял шестичасовую прогулку, после которой ему снова стало хуже.

Донской приказал срочно отвезти монарха обратно во дворец. «Снова пришлось приступить к труднейшему лечению, – писал он в ОБСЗИ. – С колоссальными трудностями, буквально диктаторски удалось создать для больного нужную обстановку для проведения лечения». В результате состояние короля улучшилось, жжение при мочеиспускании прекратилось, анализ мочи стал удовлетворительным. Советский врач взял с имама обещание исполнять абсолютно все требования по режиму и диете. В свою очередь, имам Яхья в самых теплых выражениях неоднократно заявил Е.И. Донскому, что обязан ему своей жизнью, знает, что его спас от смерти русский врач, и что он никогда этого не забудет[867].

Однако существовали факторы, способные существенно испортить картину активно налаживавшихся между йеменским двором и советской миссией отношений. Вышеописанные дрязги между советскими врачами могли восприниматься при йеменском дворе как вполне обычное явление, тем более, что, по-видимому, здесь не обошлось без восточных хитростей. Но на фоне высококвалифицированной, с полной самоотдачей, работы советских врачей постоянные перебои в снабжении советских медпунктов самым необходимым выглядели как серьезный

[867] Там же. Л. 183.

недочет. Будучи традиционалистами, йеменцы большое значение уделяли техническому взаимодействию с СССР, в котором они видели современную, стремительно развивающуюся державу, колыбель высокой науки, искусной медицины, технического прогресса. Имам Яхья имел личный итальянский микроскоп, который он никогда не давал в руки лейб-медиков, ценя как зеницу ока. Его сын Сеид Али настолько интересовался техникой, что во время лечения и бесед с Е.И. Донским взял с него слово, что ему разрешат часто бывать в электрокабинете и лаборатории, покажут все аппараты и научат обращаться с микроскопом. Он же задал врачу вопрос: «А не будет ли аппарата, которым можно видеть насквозь?» Донской расценил это как знак того, что даже в Йемен проникла информация о рентгене[868].

Именно вопрос снабжения мог серьезно подвести советских врачей. В мае 1932 г. Е.И. Донской писал, что отправленный им 15 февраля заказ на медикаменты и перевязочные материалы не был выполнен Госмедторгпромом. «Отсутствие большинства нужных медикаментов наносит серьезнейший ущерб нашей работе, – писал он в Наркомздрав РСФСР, – а отсутствие жизненно необходимых медикаментов (нет камфары, морфия, кофеина, адреналина, дигалена, нет шприцев, нет даже ваты, бинтов и компрессной бумаги) – помимо компрометации нас в глазах больных, ставит под угрозу здоровье и жизнь членов нашей колонии»[869]. Перед отъездом из Москвы, Донской лично отобрал полный комплект электрокабинета, необходимые реактивы и посуду для лаборатории. Однако в мае 1932 г. ничего из этого еще не было доставлено. При этом на месте уже обозначились проблемы: присланная из Ангоры электростанция оказалась непригодной и требовалась доставка из СССР мобильного электрогенератора, что дополнительно осложняло ситуацию. По линии лаборатории и стационара дело тоже не продвигалось, хотя микроскоп у Донского имелся. Других же необходимых материалов не было. Поэтому врач в конце отчета резюмировал: «Пора от слов перейти к делу, или же поставить нас в известность об отмене ранее намеченных планов, дабы можно было бы найти

[868] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 31. Л. 208.

[869] Там же. Л. 324.

наиболее удобную форму для выхода из создавшегося весьма неудобного положения в глазах ИМАМА [*sic – В.Б.*] в связи со столь длительной задержкой реализации наших планов, широко декларированных (согласно полученных инструкций) при вручении верительных грамот и письма А.С. Енукидзе»[870].

29 июня 1932 г. Е.И. Донской снова направил в ОБЗСИ письмо, в котором сообщал, что из-за катастрофического положения с медикаментами в амбулатории он вынужден тратить валюту, приобретая необходимое в Азмаре или Адене. Главврач еще раз просил выслать все медикаменты, согласно заказам от 15 февраля и 29 июня, а также добавить 50 флаконов маскрина, 50 флаконов орхикрина и 50 флаконов орхикрина по Крабкову[871].

Долгожданные медикаменты были доставлены в Сану 15 сентября 1932 г. При приемке груза в амбулатории был составлен акт, согласно которому большая часть упакованных в три ящика медикаментов и материалов оказалась непригодна к употреблению. Некоторые лекарства находились в немаркированных пакетах весом от 2,5 кг. до 100 г., которые порвались, намокли или разложились. То же случилось с пятикилограммовыми упаковками английской соли, очищенной соды и других сыпучих веществ. Из двух стеклянных почкообразных тазиков один был разбит. В бутылочках с летучей мазью содержимое в прямом смысле улетучилось. Геморроидальные свечи оказались переломаны и негодны к употреблению. Полбанки борного вазелина вытекло. Из пяти коробок с камфарным маслом в ампулах две были разбиты. У шприцев «Рекорд» не имелось ни одной иглы. В общем, из всех материалов более или менее пригодными были кружки Эсмарха, резиновые перчатки, глазные пипетки. Даже гигроскопическая вата была разорвана и вываляна в грязи[872].

Документ производит впечатление полного развала логистики, что на фоне острого дефицита медикаментов и материалов выглядит просто издевательски. После получения по большей части испорченного груза, Е.И. Донскому пришлось

[870] Там же.

[871] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 426. Л. 21.

[872] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 531. Л. 61.

снова писать в ОБЗСИ с просьбой тщательно упаковывать медикаменты и материалы[873].

В декабре 1932 г. между НКИД СССР и Наркомздравом РСФСР завязалась переписка по вопросу возможного приглашения способных молодых людей из восточных стран на учебу в медицинские ВУЗы Советского Союза. Нарком здравоохранения М.Ф. Владимирский обратился в НКИД с предложением использовать достижения советского здравоохранения – выросшие в ЗСФСР, Туркменской ССР, Узбекской ССР и Таджикской ССР тропические и санитарно-бактериологические институты, медицинские факультеты для обучения врачебных групп из Турции, Персии и Афганистана[874]. Нарком писал:

> «Народный комиссариат здравоохранения мог бы организовать курсы для восточных врачей на территории СССР с тем, чтобы за время курсов врачи могли бы ознакомиться с основами советской медицины и здравоохранения, с постановкой дела борьбы с эпидемическими и тропическими заболеваниями и с нашими научными медицинскими учреждениями.
>
> Это позволило бы в ближайшие годы организовать посылку небольших групп наших медицинских специалистов, а также экспедиции в указанные выше страны для прочтения докладов о постановке медицинского дела и образования в СССР, для консультации в постановке дела здравоохранения в восточных странах»[875].

29 декабря 1932 г. заместитель наркома иностранных дел СССР Л.М. Карахан направил в Наркомздрав РСФСР письмо, в котором информировал М.Ф. Владимирского о поступившем от йеменского правительства предложении организовать медицинские курсы, и о готовности выделить для этого группу учащихся одной из государственных школ. Однако проблема заключалась в том, что в Йемене в тот момент не хватало советских врачей.

[873] Там же. Л. 60.

[874] В мае-июне 1930 г. в СССР побывала делегация Министерства здравоохранения Турции, а в ноябре того же года намечалась к проведению советско-турецкая конференция по подписанию двухсторонней санитарной конвенции. См.: ГАРФ. Ф. А-482. Д. 351. Л. 388, 367, 345, 270.

[875] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 55. Д. 31. Л. 506.

С.С. Слиозберг уехала в августе 1932 г., отработав свой контракт. Из Джидды тоже в спешке и со скандалом уехал врач Б.Ф. Виленский. «Штаты нашего медицинского пункта в Йемене в настоящее время не заполнены и мы не имеем возможности должным образом реагировать на начинания йеменского правительства, хотя политическая наша заинтересованность в этом деле несомненна, – писал Л.М. Карахан. – Мне представляется, что наше содействие йеменскому правительству в деле подготовки медицинских кадров нашими врачами должно быть увязано с перспективой завершения медицинского образования в СССР наиболее способными из слушателей»[876].

31 декабря 1932 г. замнаркома иностранных дел направил похожее письмо А.С. Енукидзе, на тот момент председателю исполкома Союза Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. В нем Л.М. Карахан снова подчеркнул политическую важность организации медицинских курсов в Сане. «Именно по этой линии лежат широкие возможности закрепления нашего культурного влияния в странах Востока, где наша медицинская работа является серьезнейшим подспорьем для нашей политической деятельности, – писал он. – В этой связи обращение к нам правительства дружественной восточной страны с просьбой организовать медицинские курсы под руководством советских врачей заслуживает самого серьезного внимания»[877].

Фельдшерские курсы для йеменской молодежи открылись при советском представительстве в начале 1933 г. Из Наркомздрава РСФСР поступили учебные программы по различным общеобразовательным и медицинским дисциплинам. Однако к тому времени Е.И. Донской уже разработал самостоятельно часть программ и начал преподавание. Занятия он проводил самостоятельно, на арабском языке без переводчика. Поэтому учебный процесс был специфическим: из-за сложности перевода на арабский язык таких терминов как «геологический разрез», «геологическая хронология», «атмосфера», «осадочные породы» курс естествознания пришлось исключить, но по настоянию имама сделать акцент на таких дисциплинах как фармакология

[876] Там же. Л. 514.

[877] Там же. Л. 515.

и эпидемиология. По-видимому, для того, чтобы выработать определенный *lingua franca*, пришлось форсированным темпом преподавать латинский язык.

Преподавание велось следующим образом. Каждый день Е.И. Донской читал лекции на арабском языке, а после них в течение двух-трех часов вел практические занятия: демонстрировал больных, разбирал интересные случаи, отрабатывал основные манипуляции (инъекции, перевязки, банки). На занятиях отмечалась 100-процентная посещаемость и отсутствие какого-либо отсева учащихся[878].

В мае 1933 г. в йеменской амбулатории произошло знаменательное событие. Впервые советское медучреждение посетил сам имам Яхья бен Мухаммед Хамид ад-Дин. Монарх в сопровождении свиты прибыл в амбулаторию и провел там около трех часов. Он подробнейшим образом расспросил Е.И. Донского о работе, осмотрел медицинское оборудование и аптеку, и особенно интересовался фельдшерскими курсами. Имам прослушал лекцию, затем проэкзаменовал учащихся и детально ознакомился с учебной программой. «Как это ни странно, имам, конечно, своеобразно глубоко образованный человек, – писал Е.И. Донской. – Он просил меня расширить программу, особенно обращая мое внимание на курсы «Основы эпидемиологии» и фармакологию»[879].

Работа курсов произвела на короля Йемена огромное впечатление. Благодаря Донского за работу, имам высказал пожелание в скором времени открыть такие же курсы для детей аристократии, чтобы подготовить корпус медиков для двора, кронпринца, принцев, визиря. Он объяснил, что нынешний набор полностью предназначен для армии. Вскоре после королевского визита в правительственной газете была напечатана статья с фотографиями, посвященная работе Е.И. Донского. Разговорами о посещении амбулатории на некоторое время наполнился весь город[880]. К отчету врач приложил номер газеты с фотографиями, но к сожалению в архивном деле он не сохранился.

---

[878] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 415. Л. 183; Д. 531. Л. 15.

[879] Там же. Д. 415. Л. 183.

[880] Там же.

Обзор деятельности советских врачей в Йемене в 1930-е гг. был бы неполным без упоминания работы стоматолога. 25 декабря 1930 г. в Йемен прибыл зубной врач А.М. Гендельштейн. Следующим пароходом был доставлен посланный Советским обществом Красного Креста и Красного Полумесяца в дар Йемену зубоврачебный кабинет с необходимыми материалами и медикаментами. Еще в Ходейде стоматолог получил огромное количество просьб о лечении[881].

В период с декабря 1930 по март 1932 г. А.М. Гендельштейн принял в зубоврачебном кабинете 1304 чел. Было положено 435 пломб, экстрагировано 697 зубов, сделано 48 золотых зубов и 103 золотые коронки и 758 зубов на каучуке. Среди пациентов доктора Гендельштейна были губернатор Саны (установка коронок), главнокомандующий войсками (два зубных протеза), министр почты и телеграфа (удаление зуба и золотой мостик), министр иностранных дел (два зубных протеза)[882]. Через два месяца после начала работы последовал вызов в королевский дворец.

После осмотра короля выяснилось, что ему необходимо удалить 14 зубов. Услышав об этом, премьер-министр предложил имаму Яхье услуги своего дантиста-араба, который, якобы, был очень искусен в экстракции зубов. По профессии этот «искусник» оказался парикмахером. Король раздраженно ответил, что ему не нужна такая помощь, а русский врач пусть делает то, что считает нужным. Гендельштейну пришлось посещать дворец 28 раз. За восемь дней он удалил королю 14 зубов и сделал два временных протеза, чему тот был очень доволен. После этого стоматолог удалил зуб и сделал два зубных протеза кронпринцу, пломбировал зубы младшим сыновьям короля, а из дам лечил супругу кронпринца и еще одну принцессу[883].

Среди пациентов доктора А.М. Гендельштейна женщины составляли около 35%. По мнению советского врача, они чаще мужчин имели проблемы с зубами (соотношение: 60% женщин и 40% мужчин), однако вследствие своего положения в исламском обществе не имели возможности лечиться. Когда зубной

[881] Гавлин М.Л. Первые советские врачи в Йемене. С. 54.

[882] ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 462. Л. 68-69.

[883] Там же. Л. 69.

кабинет посещали арабские женщины, Гендельштейну приходилось выгонять всех мужчин, даже учеников. Без этого посетительницы отказывались открывать лицо.

Конкуренции советскому стоматологу в Сане практически не было. Два человека именовали себя зубными врачами, но никакого медицинского образования не имели, а учились у какого-то турка. А.М. Гендельштейн отмечал: «Работа их исключительно техническая и, надо сказать, очень плохая»[884]. После открытия при советской амбулатории зубного кабинета они фактически лишились заработка, несмотря на то, что предлагали на свои услуги очень низкие цены.

После успешных визитов стоматолога во дворец, имам предложил А.М. Гендельштейну взять двух учеников, араба и еврея, которых премьер-министр тотчас же прислал в распоряжение врача. Вот как он описал свое взаимодействие с учениками:

> «Ученики приходили утром в кабинет на прием, а после обеда в техническую, но ввиду их лени и моей перегруженности работой, из-за которой я не мог уделять им много времени, результат получился не очень удовлетворительный.
>
> Конечно, если бы они очень хотели учиться, они больше бы успели, но психология араба такова: быстро научиться, чтобы скорее начать деньги зашибать, а качество работы и аккуратность исполнения их не очень интересует.
>
> Но все же я думаю, если продолжать с ними занятия, они в дальнейшем смогут работать»[885].

По словам Гендельштейна, до его приезда мало кто в Йемене знал, что зубы можно лечить и пломбировать. Однако он не отрицал существования у йеменцев определенной гигиены полости рта. На улицах Саны часто можно было увидеть арабов, представителей высшего сословия, у которых в чалму была воткнута небольшая размоченная палочка. Ею они чистили зубы, даже когда встречали кого-то и останавливались для разговора[886].

А.М. Гендельштейн также отмечал, что если в Сане он смог удовлетворить небольшой процент спроса на стоматологические

[884] Там же. Л. 70.

[885] Там же. Л. 71.

[886] Там же. Л. 72.

услуги, в Ходейде, где концентрировалась вся йеменско-советская торговля и куда приезжали многие важные купцы, множество страждущих оставалось без лечения. «В Ходейде мне совершенно не удалось ничего сделать, так как я рассчитывал начать работу там с декабря месяца, а бедные ходейдцы ждали меня с большим нетерпением», – резюмировал он свой отчет[887].

***

Таким образом, работа советских врачей в Йемене проходила сразу на нескольких уровнях. Во-первых, врачи оказывали помощь сотрудникам советского генерального представительства и их семьям, но этот аспект в их отчетах остается в тени. О лечении советских граждан можно лишь догадываться по отрывочным сведениям о периодических командировках в Ходейду, где советская колония в 14 чел. с женщинами и детьми обходилась без постоянного медработника. Между тем, русские были еще больше подвержены тропическим болезням, чем местное население, и здоровье советских сотрудников всегда находилось под угрозой.

Второй уровень составляли простые йеменцы, которых врачи принимали в амбулатории. Среди них было много известных купцов, чиновников, богатых и влиятельных людей. Они оставались довольны квалифицированной и действенной медицинской помощью, хвалили врачей и распространяли о них молву во всех уголках страны. Это способствовало популяризации советской медицины в йеменском обществе, создавало ей прочный фундамент доверия, наделяло врачей особым значением в этой южноаравийской стране. Необходимо отметить, что на протяжении почти столетия после описываемых событий в Йемене работали советские, а затем и российские медики, что свидетельствует о высокой репутации и уважении к ним со стороны йеменского правительства и общества.

Третий, и самый важный уровень, составляли король и члены его семьи. Необходимо отметить, что с самого начала советско-йеменского сближения отношение монарха и его двора к русским врачам было дружественным и доверительным.

[887] Там же.

Столетия пребывания на престоле Йемена выработали в имамах из династии Рассидов (к которой принадлежала ветвь Хамид ад-Динов) строгую приверженность традициям, недоверие ко всему новому, нелюбовь, а иногда и ненависть к иностранцам. Однако советские врачи делом доказали свой профессионализм, заставив даже такого ярого ретрограда и консерватора как имам Яхья признать полезность русской медицинской миссии и содействовать расширению влияния советской медицины в своем государстве. Можно сказать, что благодаря им в Йемене создалось «пространство советской медицины», сложившееся из сочетания высокой репутации советских врачей и вполне заслуженного ими благоволения йеменского короля, который сам охотно пользовался услугами русских медиков и не допускал запретительных или дискриминирующих мер в отношении их деятельности. В сравнимом положении находились, пожалуй, лишь советские врачи в Монголии и Туве, но там господствовала коммунистическая идеология, а сателлитное положение этих стран к 1940-м гг. не оставляло им иного выбора.

На фоне этого режима максимального благоприятствования особенно досадно выглядят глубокие недоработки в кадровом обеспечении и, особенно, материальном снабжении амбулатории в Йемене, от репутации которой зависело все положение советской медицины в королевстве. Заместитель наркома иностранных дел, специалист по восточной политике Л.М. Карахан хорошо понимал это, когда настаивал на предоставлении йеменской амбулатории всех необходимых кредитов и бесперебойном кадровом и материальном обеспечении. То, над чем дипломаты могли трудиться годами и десятилетиями, врачам удавалось сделать за одну удачную операцию или неделю, проведенную во дворце у постели больного короля. В специфических социокультурных условиях Йемена они играли значительную роль, осуществляя не только высокую миссию лечения, но и служа своеобразными посредниками в диалоге разных эпох и цивилизаций, приводя межличностные и межгосударственные отношения к единому гуманитарному знаменателю.

Эта благородная цель достигалась неимоверными усилиями, бессонными ночами и высочайшим уровнем нервного напря-

жения, ведь зачастую в руках врачей оказывалась жизнь короля и наследника йеменского престола. На этом фоне еще более мрачно выглядит проникшая и в без того сложную обстановку Йемена 1930-х гг. советская практика дискредитации коллег, наушничества и доносительства. К сожалению, даже в закрытых и изолированных сообществах советских специалистов постепенно развивались все синдромы «большой земли», где борьба с любой инаковостью, будь то успешность в работе или слишком большой талант, приобрела ко второй половине 1930-х гг. катастрофические масштабы.

***

Охватив лишь небольшую часть истории взаимодействия СССР со странами Аравийского полуострова в области медицины и охраны здоровья (конец 1920-х – 1930-е гг.), я старался не только наметить некоторые «реперные точки» этого обширного исследовательского поля, но и выпукло обрисовать основные тенденции, позволяющие выделить данный сюжет в самостоятельный кейс внутри нашего научного проекта. Суммируя изложенный выше исследовательский материал, можно выделить несколько основных особенностей, отличающих историю советской медицинской помощи Саудовской Аравии и Йемену от внешне похожих, но внутренне совершенно отличных от нее кейсов Монголии, Тувы, Синьцзяна и Афганистана.

Наиболее явным отличием представляется наличие в регионе неповторимого по своему религиозному и культурному значению перекрестка мировых паломнических маршрутов – мусульманских святынь Мекки и Медины. В первую очередь, благодаря этому фактору к Аравийскому полуострову были прикованы взгляды медицинской общественности и политической власти европейских колониальных держав. Активизация миграционных потоков хаджа во второй половине XIX в. из-за многократно ускорившихся перемещений по железнодорожным магистралям и пароходным линиям привела к повышенной опасности переноса особо опасных патогенов, в особенности холерного вибриона. Россия, много раз страдавшая от холеры в XIX в., не могла оставить в стороне этот важный узел между-

народной напряженности, тем более, что миллионы российских мусульман тоже желали совершить хадж и потенциально подвергнуться угрозе занести в эпидемию в пределы империи.

Пытаясь совместить внешнеполитические интересы, внутриполитические опасения и возможность монетизировать паломническое движение, Россия разработала на удивление удачный вариант вовлечения себя в международные отношения вокруг хаджа – транзитный путь для паломников из Центральной Азии по своим железным дорогам к черноморским и каспийским портам, а оттуда пароходами в Джидду. Это был редкий случай того, как империя, веками лелеявшая глубинные амбиции по обладанию Ближним Востоком, опробовала совершенно мирный способ войти во взаимодействие как с извечным врагом в Малой Азии – Османской империей, так и с соперником по «Большой игре» Великобританией, обладательницей одной из крупнейших мусульманских колоний Голландией, и сюзереном обширных мусульманских владений в Африке Францией. Геополитическое продвижение России в Азии везде реализовывалось либо на грани военного конфликта, либо с последующим кровопролитием, но вариант с паломническим транзитом оказался не только мирным и успешным, но и имел неожиданное продолжение в стране с совершенно иными идеологическими основаниями – Советском Союзе.

Необходимо признать, что Айлин Кейн права – сам факт возрождения формата паломнического транзита через советскую территорию в 1927 г. свидетельствовал о том, что активное продвижение СССР в мировое пространство началось задолго до установления ялтинско-потсдамского миропорядка в 1945 г. При этом кремлевское руководство продемонстрировало противоречивую тактическую уловку – разрешило транзит иностранным паломникам, но оставило миллионы советских мусульман без возможности совершить хадж, а значит и без общения с единоверцами из других частей света. Однако параллельно Кремль реализовывал другую свою стратагему – демонстрировал паломникам из Центральной Азии достижения советского строя. Правда, эксцессы исполнителей часто превращали потенциально сильный положительный эффект в совершенно обратные восхи-

щению эмоции, но сам прецедент являлся уникальным в истории СССР. Это отчасти объясняет и уникальность кейса медицинского взаимодействия с аравийскими королевствами – без фактора хаджа оно вряд ли носило бы такой настойчивый, а в случае Йемена чрезвычайно длительный характер.

В Саудовской Аравии советские врачи оказались вовлечены в грандиозную по масштабу схему глобальных миграций. Находясь в самом ее центре, они получили редкую возможность изучить не только механизмы распространения особо опасных инфекций *in situ*, но и глубинно исследовать систему международных и местных карантинных мероприятий, проанализировать ее сильные и слабые стороны, создать значительный задел знаний по тропической медицине и эпидемиологии. Кроме того, в отличие от стран, где приходилось создавать медицинскую инфраструктуру «с нуля», в Хиджазе имелись и органы управления здравоохранением, и лаборатории, и значительное количество иностранных медиков. Постоянная конкуренция с западными врачами задавала высокий стандарт работы, а также предоставляла советским врачам то, чего они были лишены в Монголии и Туве – референтные профессиональные группы, равные или превосходящие советских врачей по знаниям и квалификации. Это обстоятельство также делает данный сюжет взаимодействия уникальным, а деятельность советских врачей – более значимой с точки зрения международной медицинской кооперации.

Наконец, как в Саудовской Аравии, так и в Йемене огромное значение имело воздействие «мягкой силой» через ключевых политических лиц региона – короля Ибн Сауда с семьей и двором и короля-имама Яхьи бен Мухаммед Хамид ад-Дина. История взаимодействия советских медиков с королевским дворцом в Сане раскрывает уникальную ситуацию, когда врачи напрямую влияли на отношение монарха к Советскому Союзу. Вряд ли в какой-либо стране в зарубежной Азии проект советского влияния реализовывался через настолько необычный для большевиков канал. Возможно, гораздо больший традиционализм и замкнутость йеменского монарха повлияли на то, что значение советской медицины в этой стране оставалось высоким и после падения СССР. Определенную роль сыграло

и счастливое стечение обстоятельств – в Сане в тот момент находились очень высококвалифицированные медики, которые в острой конкурентной борьбе с итальянскими и английскими коллегами одержали победу и сумели создать себе долгую и безупречную репутацию. В Йемене семья Хамид ад-Дин находилась у власти вплоть до 1970 г., а правящие монархи Яхья и Ахмед были лично обязаны жизнью советским врачам, о чем они не раз заявляли вслух и о чем, судя по всему, действительно не забыли.

Заключение

Наше исследование истории советской медицинской помощи странам и народам огромного ареала вдоль азиатских границ СССР почти завершено. Архивные материалы из фондов ГАРФ и РГАСПИ позволили погрузиться в эпоху, когда Советская Россия, недавно прошедшая горнило революции и Гражданской войны, всеми силами пыталась преодолеть международную изоляцию. Однако, если в Европе советское руководство сначала искало помощи в борьбе с последствиями голода и эпидемий, а затем источник технологий и специалистов для ускоренной внутренней модернизации, на востоке дело обстояло иначе. Там СССР намечал себе зоны идеологического и геополитического влияния, пытался раздуть антиимпериалистические настроения, заявлял о себе как о первом в мире государстве, оказывающем бескорыстную помощь в национальном освобождении «угнетенных народов Азии». Параллельно, большевики смотрели на зарубежный восток как на очередной фронт борьбы с мировым капитализмом, колониализмом и империализмом. Под лозунгами о равенстве наций, их праве на самоопределение и собственный путь развития скрывалось желание максимально досадить традиционным геополитическим соперникам, главным образом, Великобритании. Еще чаще интерес к региону или стране исходил из ее буферного положения по отношению к СССР и его потенциальным противникам в этой части света.

В результате исследования были изучены как общие тенденции, так и специфические особенности советской медико-санитарной помощи в географически протяженном, цивилизационно и культурно разнообразном ареале. Исторические изыскания провели нас от юго-восточных границ Советского Союза через Монголию и Туву к центральноазиатским соседям – китайской провинции Синьцзян и Афганистану. Затем, удаляясь от зоны непосредственного геополитического влияния СССР, исследовательский фокус переместился на Аравийский полуостров, где советская дипломатия создавала форпосты на самом важном перекрестке мусульманского мира – в Королевстве Хиджаза

и Неджда (Саудовской Аравии) вблизи от Священных городов Мекки и Медины, а также в Йемене.

Логика исследования была задана как географическим фактором, определявшим геополитическую значимость страны для СССР, так и местной внутриполитической ситуацией. Эта важнейшая переменная во многом зависела от цивилизационной и культурной принадлежности. Так, разделявшие ключевое геополитическое положение по отношению к СССР Монголия и Тува, принадлежат к одной историко-культурной общности – монгольскому миру. Там пришлось столкнуться не только с общим культурным укладом кочевых сообществ, но и с похожими социальными институтами, единой религиозной традицией, и тибетской медициной в качестве конкурирующей медицинской системы. В Синьцзяне внутриполитическая ситуация была уже совершенно другой, и она во многом определялась противостоянием между мусульманским населением провинции, китайцами и монгольскими анклавами, принимавшими то ту, то другую сторону. Если влияние ислама сильно ощущалось в Синьцзяне, в Афганистане и странах Аравийского полуострова именно мусульманская религия была как политической, так и культурной доминантой, оказывая определяющее воздействие на выбор стратегий взаимодействия в области медицины и охраны здоровья.

Объединение рассмотренных сюжетов в крупные разделы позволило выявить как общие тенденции в реализации программы медицинского содействия в гетерогенных политических и культурных средах, так и специфические аспекты, характерные для каждого отдельного примера. Конечно, можно сопоставлять исторический опыт взаимодействия СССР и Монголии в изучаемой сфере с подобным опытом в Афганистане. Однако в этом случае явных различий будет гораздо больше. На таком фоне многие черты сходства либо потеряются совсем, либо покажутся слишком общими. Сравнение же типологически близких сюжетов в рамках одного раздела дает возможность определить даже небольшие нюансы в реализации политики медицинского взаимодействия, объяснить их внутри единого

политического контекста и получить гораздо более системную и рельефную картину взаимодействия.

Так что же представляла собой «мягкая сила» советской медицины в рассмотренных в этой книге сюжетах? Уместно ли вообще рассуждать о «мягкой силе» в случае, когда страна-реципиент уже находится в зоне идеологического и геополитического доминирования страны-патрона? Примеры Монголии и Тувы свидетельствуют, что советская медицина проявила себя там как «мягкая сила», несмотря то, что много ключевых решений в отрасли здравоохранения было продавлено политическим путем и сопровождалось репрессиями. Это парадоксальное сочетание стало возможным благодаря тому, что внутри медицинского сообщества в МНР и ТНР главенство политической повестки над медицинским и гуманитарным аспектами взаимодействия признавалось не всеми врачами. Врачей-проводников идеологии было гораздо меньше, чем врачей-культуртрегеров, хорошо понимавших приоритет культурного и гуманитарного воздействия советской медицины над лишним идеологическим наполнением.

Советская медико-санитарная помощь Монголии началась не с экспедиций, а с врачей дореволюционной школы, направленных Наркомздравом РСФСР для содействия в организации элементарной медицинской помощи. Иркутский хирург П.Н. Шастин, профессионально сформировавшийся в Российской империи, был командирован в МНР с конкретной целью конверсии бывшего военного госпиталя в гражданскую больницу. Его вряд ли можно представить как идеолога, проповедующего советские принципы в перерывах между операциями или уколами. Всецело преданный медицине, П.Н. Шастин своим авторитетом у коллег создал вокруг себя зародыш врачебного сообщества, профессионально нацеленного на оказание лечебной помощи местному населению. В начале 1920-х гг. Монголия больше всего нуждалась именно в этом.

Активизация советской медико-санитарной помощи в 1926 г. была скорее вынужденным, срочно организованным ответом на геополитический вызов, чем заранее разработанной, обсужденной со всеми акторами взаимодействия страте-

гией. Отчасти, катализатором послужил сам Шастин, узнавший от молодого немецкого профессора-патолога Макса Кучински о планах экспедиции в Монголию, и категорично заявивший о том, что современную медицину монголы должны получить именно из русских рук. Сегодня в реальность такой экспедиции верится с трудом. Сам Кучински под впечатлением от своей исследовательской поездки в Казахскую степь разрабатывал новое направление, которое назвал «этнопатологией». Он искал место, где население жило бы многовековым традиционным укладом с минимумом внешних влияний. Похоже, Монголия приглянулась ему именно с этой стороны. Однако информация, возможно случайно оброненная им в разговоре с коллегами, упала на благодатную почву советской подозрительности. Результатом стала цепная реакция: встревоженный полпред П.М. Никифоров информировал НКИД, оттуда информация была оперативно передана в Наркомздрав и СНК СССР. Срочные ответные действия большевистского руководства свидетельствовали о четком понимании геополитических приоритетов в «азиатском подбрюшье» страны. Первым импульсом Москвы было стремление не дать Германии опередить себя в деле создания здравоохранения в Монголии.

Именно экспедиционный формат позволил ввести в медицинскую повестку идеологический компонент. Мобильные, подчиняющиеся напрямую Наркомздраву РСФСР экспедиции возглавляли врачи-большевики, нацеленные на распространение «принципов советской медицины», а на деле, советской идеологии в широком смысле. Г.В. Ивицкий, обладавший административным талантом и амбициями политического лидера, был антагонистом П.Н. Шастина, которого не замедлил назвать «антисоветским врачом» и против кого начал скрытую политическую борьбу. Однако и он понимал, что в условиях Монголии политическую повестку советской медицины можно реализовать лишь через продвижение качественной, доступной и бесплатной медицинской помощи. В отчетах он регулярно описывал проявления «мягкой силы» медицины, от трогательной реакции тяжелобольных монголов, поставленных на ноги вливаниями неосальварсана, до уважительных высказываний конкурентов

советских врачей в Монголии – эмчи-лам. При этом сам Ивицкий любил действовать не убеждением, а наскоком. Он не испытывал особого уважения к членам монгольского правительства и совершенно никакого – к ламам. Георгия Васильевича вряд ли можно назвать символом «мягкой силы» в Монголии, а вот работа его экспедиции не только задала магистральное направление развитию советской медицинской помощи, но и создала много примеров воздействия «мягкой силой». Первые случаи называния монгольских младенцев именами советских врачей были описаны врачами из команды Г.В. Ивицкого (Ангур – по имени акушера-гинеколога А.И. Гуриной; Магри – по имени санитарного врача Г.В. Макаренкова).

Настоящим символом «мягкой силы» советской медицины в МНР стала чумолог Л.С. Соболева. История спасения обреченного на смерть от чумы мальчика Увгун-Бургута обошла весь мир, благодаря документальному фильму Ю. Занина «Девять дней и вся жизнь» (1979). Сама кинолента, безусловно, является пусть тонким и изящным, но средством пропаганды, однако история в ее основе была квинтэссенцией советско-монгольской дружбы, проявившейся не в материальном аспекте, а в реальной опасности, на которую врачи шли, выполняя профессиональный долг. Совсем недавно эта история снова появилась в новостях в связи с решением законодательного собрания Улан-Батора о названии именем Л.С. Соболевой улицы в столичной префектуре Баянзурх[888]. Эта новость – дальнее, но отчетливое эхо «мягкой силы» советской медицины, проявившей себя 76 лет назад в отдаленном урочище Цагаан-Сайр на западе МНР.

В условиях идеологического доминирования СССР в Монголии с «мягкой силой» советской медицины произошла неожиданная метаморфоза. Коллективная память монгольского народа сама отделила благородный труд советских врачей от политического подтекста, втиснутого в повестку медицинского сотрудничества. Сегодня воспоминания о советских врачах

[888] В Улан-Баторе одну из улиц назвали в честь советского врача. URL: http://www.mongolnow.com/v-ulan-batore-odnu-iz-ulits-nazvali-v-chest-sovetskogo-vracha/ (дата обращения 25.11.2021).

вызывают в памяти престарелых монголов «красный укол»[889] и «красную юрту», а не репрессивные постановления, по которым уничтожались носители тибетской медицины.

В Тувинской Народной Республике воздействие «мягкой силой» советской медицины происходило несколько иначе, чем в Монголии. К моменту прибытия первых экспедиций тувинцы уже знали об эффективности европейской медицины. Благодаря этому, они меньше боялись советских врачей и больше доверяли им, чем монголы в самом начале взаимодействия. Даже с местными лекарями тибетской медицины у врачей возникло более доверительное отношение, чем с монгольскими эмчи. Здесь тоже сыграла роль психологическая подготовленность тувинцев к внедрению европейской медицины.

Помощь тувинскому здравоохранению началась с работы экспедиций. Наркомздрав РСФСР учел опыт первой медико-санитарной экспедиции в МНР и направил в Туву более компактный, собранный для решения конкретных задач отряд. Входившие в его состав венерологи И.Г. Мисежников и А.И. Николаенко быстро установили контакт с местными сообществами, начав с самого сложного – обитателей тувинских буддийских монастырей.

Личность начальника экспедиции играла большое значение как в Монголии, так и в Туве. Молодой выдвиженец М.С. Арутюнян оказался волевым и жестким администратором, создавшим в Кызыле не только надежную базу для экспедиции, но и прообраз медицинского ведомства – Тувинский отдел здравоохранения (Тувздрав). Впоследствии, был разработан схожий с Монголией процесс кадрового наполнения тувинского здравоохранения. После службы в медико-санитарных экспедициях часть врачей оставалась на работу по договору. Однако, в отличие от МНР, где экспедиционные врачи пополняли кадровый резерв Министерства здравоохранения, в Туве они подпитывали образовавшийся вокруг первой медико-санитарной экспедиции Тувздрав, что позволило на некоторое время сохранить самостоятельность в решениях и действиях.

[889] Stolpe I. Display and Performance. P. 62.

Задача развивать «мягкую силу» давалась врачам непосредственно в Наркомздраве РСФСР. При заключении рабочего контракта каждый из них получал установку на всемерное содействие созданию и развитию 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.

В целом, объединенный кейс Монголии и Тувы представляет собой гибридный пример реализации «мягкой силы» советской медицины. В обеих странах важнейшие решения проводились в жизнь политическим путем, медицинская сфера была высоко политизированной, а врачам ставилась задача всемерно способствовать продвижению в традиционные сообщества принципов советской медицины. Тем не менее нельзя утверждать, что политическая ситуация всегда благоволила медикам. Случалось так, что власти чинили врачами препоны, перегружали их работой, относились как к обслуживающему персоналу. В Монголии сильнее чем в Туве проявилось занесенное из СССР негативное явление, так называемое «спецеедство». «Спецеедом» был начальник второй экспедиции Г.В. Ивицкий. Позже ими стали монгольские чиновники, научившиеся у «старших братьев» писать доносы на советских врачей.

В таких непростых условиях медикам удавалось хотя бы отчасти реализовать как политическую повестку, так и «мягкую силу». Они пропагандировали популистские принципы советской медицины, занимались санитарным просвещением, исполняли рутинные советские практики, заводили себе

идеологических оппонентов и временами доносили друг на друга. В целом, советское медицинское сообщество в Монголии и Туве реплицировало все основные практики выживания в тоталитарном СССР. Однако при этом врачи продолжали спасать жизни, готовить национальные кадры и взаимодействовать с монгольским обществом, не отдаляясь от него. В благодарность монголы до сих пор сохранили о советских врачах добрую память. Сегодня медицинское сотрудничество с СССР является одним из немногих аспектов социалистического периода, не подвергшихся кардинальному переосмыслению.

Таким образом, в МНР и ТНР советская медицина выступала в качестве геополитического инструмента, проводника коммунистической идеологии, канала передачи новых знаний, технологий, организационных моделей, а также «мягкой силы», формировавшей имидж Страны Советов как великой культурной и научной державы. Ниша, созданная и занятая советской медициной в Монголии в 1920-х гг., остается заполненной ее осовремененным модернизирующимся вариантом, но полной замены в ближайшем будущем не предвидится. Тувинская же система здравоохранения благополучно влилась в советское здравоохранение после вхождения ТНР в состав РСФСР в 1944 г.

Объединенные в один раздел синьцзянский и афганский сюжеты демонстрируют то, как совершенно иная политическая реальность определяла пути и методы реализации комплексной повестки советской медико-санитарной помощи в Центральной Азии. В Синьцзяне постоянная политическая турбулентность создавала ситуацию непредсказуемости. Смена руководства провинции влекла за собой кардинальное изменение политической обстановки, а за период советского медицинского содействия там произошли два переворота и одна смена общественной формации (1949). Поэтому советские врачи в Синьцзяне испытали на себе весь возможный спектр политических изменений, от мелочной подозрительности китайских властей и запретов на прием местного населения до признания и официального приглашения в качестве организаторов национальной системы здравоохранения. В 1930-х – 1940-х гг. им пришлось пережить эпидемии, кровопролитные бои мусульманского восстания, осаду

синьцзянских городов, послевоенную разруху, поучаствовать в восстановлении сети медучреждений и создании китайских амбулаторий и больниц. В такой напряженной обстановке компонент «мягкой силы» реализовывался гораздо активнее, чем политическая повестка.

Основным препятствием на пути имплементации политической повестки были запреты синьцзянского правительства обслуживать основную целевую группу – местное население. Немаловажным обстоятельством, осложнявшим не только политическую, но и лечебную работу советских врачей, было наличие в Синьцзяне крупного и враждебно настроенного к СССР контингента белоэмигрантов. Глубже интегрированные в местное общество, представители русской эмиграции вели активную контрпропаганду, выполняя в Западном Китае ту же функцию антагонистов, что и эмчи-ламы в Монголии. Обычная стратегия советских врачей-культуртрегеров в Азии – через медицинскую практику продвигать советские идеологические принципы – в Синьцзяне спотыкалась о массу препон, чинившихся местными властями, зачастую с подачи белоэмигрантов.

Парадоксально, но политическая турбулентность и непредсказуемость сыграла положительную роль в создании авторитета советских врачей. Оказавшись в разделенном религиозными и этническими различиями обществе, они использовали большевистский эгалитаризм во благо, оказывая медицинскую помощь всем национальностям и социальным группам. На это обстоятельство в благодарственных письмах указывали представители синьцзянских национальных меньшинств – родовые старшины казахов, солонов и калмыков. Тот факт, что советские врачи не покидали своих медпунктов даже под артобстрелами, стойко переносили тяготы войны и продолжали лечить беспрерывно поступавших раненых и больных не мог не вызвать уважения. В Синьцзяне авторитет советских врачей был в прямом смысле испытан огнем и кровью, завоеван в постоянной борьбе со смертью на глазах у местного населения. В этом отношении синьцзянский сюжет представляет собой уникальный пример «мягкой силы», реализованной в самых жестких, подчас неимоверно опасных условиях.

«Мягкая сила» советской медицины в Синьцзяне проявилась и в том, что провинциальное правительство само попросило советское руководство о помощи в создании собственной системы здравоохранения. Это был классический случай трансфера знаний, технологий и организационных моделей. От примеров Монголии и Тувы он отличался тем, что в Синьцзяне воспроизводилась лишь внешняя оболочка советских медучреждений, а ее внутреннее наполнение должны были создавать готовившиеся там же местные кадры. Судя по архивным документам, медицинское сотрудничество с Синьцзяном рассчитывалось как долгосрочное, и ему не помешала даже смена политических полюсов, произошедшая в середине 1940-х гг. в разгар Второй мировой войны. Прервало взаимодействие лишь общее охлаждение отношений с КНР в конце 1950-х гг.

Афганский сюжет представляет собой своеобразный рубеж, маркирующий переход советской медико-санитарной помощи в совершенно иную политическую и культурную реальность. Культурной доминантой там выступал ислам, а геополитической константой – давняя вражда Афганистана и Великобритании. Я не случайно предлагал сравнить Афганистан с Монголией, ведь в своем геополитическом положении по отношению к СССР они очень похожи. Афганистан являлся буфером, отделявшим Россию от Британской Индии. Противостояние России и Великобритании в Центральной Азии носило гораздо более напряженный характер, чем отношения с Цинской империей. Поэтому афганский вопрос в русской геополитической повестке стоял острее, чем монгольский вопрос.

Именно Афганистан стал первым в мире государством, признавшим Советскую Россию в 1921 г. Однако интерес советского правительства к этой стране был исключительно утилитарным. Заданием самой первой дипломатической миссии было втягивание Афганистана в войну против Великобритании, а впоследствии его планировали использовать как плацдарм для экспорта революции в Индию. Сами афганцы тоже осознавали, что исторический момент позволяет им диктовать Советской России условия сотрудничества. «Подстилающая среда» взаимодействия

была выстлана не альтруистическими идеями пролетарской солидарности, а вполне меркантильными соображениями.

На этом фоне бескорыстное оказание медико-санитарной помощи имевшимися в распоряжении Наркомздрава средствами понималось афганским руководством двояко. С одной стороны, правящий афганский класс ценил медицинский профессионализм советских врачей и охотно пользовался их услугами. С другой стороны, принципиальная установка на бесплатную помощь местному населению и раздачу и без того дефицитных медикаментов малоимущим вызывала подозрения в том, что врачи ведут скрытую большевистскую пропаганду. Результатом было строгое ограничение советской медицинской помощи населению и различные препоны, ставившиеся перед врачами даже в период холерных эпидемий.

Одной из черт сходства между Монголией и Афганистаном было желание обрести «третьего соседа». Зажатые между империями, эти страны были вынуждены постоянно ориентироваться на них в любом серьезном внешне- или внутриполитическом вопросе. Но если в Монголию модернизационные идеи проникали преимущественно из России, в Афганистане ситуация была иной. Там основным полюсом тяготения была Британская Индия, о чем свидетельствует большое количество афгано-индийских врачей, подготовленных в индийских медицинских колледжах. Через них в страну проникла и начала приживаться западная модель здравоохранения.

В отличие от Монголии 1920-х гг., у Афганистана имелся европеизированный и быстро развивающийся «третий сосед», веками влиявший на весь мусульманский мир. Им была кемалистская Турция, заявившая о разрыве с оттоманским колониальным наследством, но в реальности продолжавшая поддерживать как пантюркистскую, так и панисламистскую идеологию. Подобно Великобритании, Турция была историческим антагонистом России, но среди мусульман Средней Азии и Афганистана ее влияние оставалось высоким. Если Монголия предпринимала лишь робкие попытки выйти из многовековой культурной изоляции и завязать контакты с другими странами Европы, Афганистан был гораздо независимее в принятии

внешнеполитических решений и, в конце концов, предпочел получить современную медицину не из русских рук, а через европеизированных и просвещенных единоверцев-турок.

Необходимо отметить, что советская сторона не предпринимала достаточных усилий для конкуренции с Турцией в деле создания афганского здравоохранения. Врачи советских медпунктов были обязаны принимать население бесплатно, отказываться от оплаты и подарков, выезжать на вызовы в любое время суток, а сами в это время по нескольку месяцев сидели без зарплаты и влезали в долги на местных базарах. Те доктора, кто регулярно посещал резиденции афганских губернаторов или правительства, находились в стесненных материальных условиях, не имея даже положенной по протоколу парадной одежды. Советское головотяпство сыграло самую отрицательную роль в Афганистане, разрушая доверие к врачам и вызывая необоснованные подозрения у афганских властей.

В целом, анализ афганского сюжета позволяет говорить о полном провале политической повестки и частичном провале «мягкой силы» советской медицины в Афганистане в 1920-е – 1940-е гг. К началу 1940-х гг. из нескольких консульских медпунктов, откуда начиналась советская медико-санитарная помощь, остался лишь один кабульский. Там работал единственный врач, обслуживавший всю совколонию. Очевидно, что к тому времени Афганистан уже не представлял для советских медиков большого интереса. Тем не менее некоторые элементы «мягкой силы» все же были реализованы. Они воплотились в благодарностях афганского правительства, правительственных наградах советским врачам, но в гораздо большей степени во взаимодействии советских врачей с местным населением. В те редкие случаи, когда медики получали доступ к простому народу, реакция на их появление была не менее радостная, чем в Монголии, Туве или Синьцзяне.

Таким образом, во втором разделе монографии объединены сюжеты, демонстрирующие как политическая реальность формировала особенности реализации «мягкой силы» советской медицины в Центральной Азии. Их частично объединяет исламская культурная доминанта и находившееся в постоянном

напряжении политическое поле. Синьцзянский и афганский кейсы одновременно оттеняют и дополняют друг друга, создавая целостную панораму работы советских медиков в условиях идеологического противостояния и постоянной политической турбулентности.

Географические рамки третьего раздела вынесены далеко за пределы зоны непосредственного геополитического влияния СССР. Однако, именно эта часть монографии придает целостность картине советского взаимодействия со странами и народами Азии в области медицины. История русского и советского паломнического транзита раскрывает два интереснейших аспекта международного взаимодействия. Первый – влияние эпидемиологических факторов на формирование геополитической повестки России и СССР в регионе, расположенном в тысячах километров от нашей страны. Второй – оригинальный способ реализации «мягкой силы» через ознакомление паломников с достижениями советского строя.

Сюжет о медико-санитарной помощи Королевству Хиджаза и Неджда органично развивает тему хаджа как глобального миграционного феномена, связывая заинтересованность СССР в контактах с королевством Ибн Сауда с необходимостью выработки как внешней политики по отношению к исламским государствам, так и внутренней политики для многочисленных советских мусульман. История советской медицинской помощи Йемену позволяет увидеть, как в необычной для большевиков среде йеменского королевского двора реализовывалась «мягкая сила» советской медицины. Этот пример уникален тем, что воздействие «мягкой силой» шло не привычным путем взаимодействия с массами, а осуществлялось «сверху», через самую высокую инстанцию в стране.

Необходимо отметить, что все три сюжета проводят нас через историю успешной реализации «мягкой силы» советской медицины на Аравийском полуострове. Можно сказать, что на большом расстоянии от родины, в условиях идеологической изоляции влияние советских врачей осуществлялось полнее и результативнее, чем, например, в Афганистане. В Аравии существовал ряд уникальных факторов, оказывавших прямое

влияние на организацию и результативность работы медиков из СССР.

Одним из них является присутствие референтной профессиональной группы, как минимум, равной по подготовке советским врачам. Это были врачи европейских медицинских учреждений, работавшие как в аравийской Джидде, так и в крупных городах полуострова, куда иноверцам не ограничивался доступ. Английские, голландские и итальянские врачи составляли советским коллегам серьезную конкуренцию. Они нередко ставили врачей из СССР в сложное положение, стимулируя принятие быстрых решений, способствуя профессиональному развитию и повышению авторитета советских медиков в местных сообществах. Особенно важной и ответственной была работа с представителями королевских семей, обращавшихся к врачам из СССР в тех случаях, когда иностранные лейб-медики разводили руками или впадали в панику. Излечивая хронические болезни арабских монархов, советские врачи создавали надежный репутационный капитал, один из важнейших компонентов «мягкой силы». Помимо быстрых дивидендов в виде беспрепятственного доступа к народным массам и официальных благодарностей, обязательно отправлявшихся в Наркомздрав и НКИД СССР, репутационный капитал имел долгий жизненный цикл. Одно из доказательств этого – продолжение медицинского сотрудничества России с Йеменской Республикой в 1990-е и 2000-е гг.

Другим фактором является наличие на Аравийском полуострове европейских медицинских учреждений. Развивать там современную медицину начали еще турки в заключительный период османского владычества, а европейские врачи смогли расширить и усовершенствовать медицинскую сеть. Такие объекты, как бактериологическая лаборатория голландского доктора ван дер Гоха не только облегчали работу советских врачей, которым разрешалось пользоваться всем оборудованием, но и задавали определенный стандарт для оснащения консульских медицинских пунктов.

Наконец, совершенно уникальным фактором являлись сами Священные города и ежегодно проходящий хадж. Огромная

концентрация паломников, прибывающих из всех уголков земного шара, создавала не только эпидемические риски, но и возможность исследовать различные тропические болезни *in situ*. Поэтому подбор врачей в аравийские медпункты происходил более взвешенно и точно. Первыми советскими врачами в Хиджазе и Йемене были сотрудники Тропического института в Москве, подготовленные к проведению бактериологических и научных исследований. В поддержку им в Аравию командировались и другие необходимые там специалисты – женщины-гинекологи с опытом хирургической работы и стоматологи, пользовавшиеся огромным спросом. Обслуживая не только местное население, но и паломников, советские врачи брали на себя часть общеевропейской медицинской задачи – не допустить распространения опасных инфекций с Аравийского полуострова по всему миру. В этом тоже содержится компонент «мягкой силы», но уже не в региональном, а в глобальном измерении.

Красочный калейдоскоп исторических сюжетов, представленный в этой книге, пронизан общей закономерностью, присущей международной деятельности Наркомздрава РСФСР/СССР в межвоенный период. Если в Европе и Америке советские организаторы здравоохранения старались воздействовать на медицинские круги и широкую публику популистскими социалистическими нововведениями и с помощью идеологии продвигать свою модель здравоохранения, то в Азии процесс проходил в обратном направлении. Основной установкой, отчетливо видимой между строк наркомздравовских положений и приказов, являлось продвижение советских принципов через образцово организованную, качественную и доступную медицинскую практику. Глубина реализации этой установки варьировалась в зависимости от страны, где осуществлялась советская медико-санитарная помощь. И все же один компонент этой схемы в большей или меньшей степени реализовался в каждом из разобранных нами кейсов. Это была «мягкая сила» советской медицины, позволившая СССР распространить модель Семашко по всему земному шару в период биполярного мира. Однако это – тема совсем другого исследования.

Список использованных источников и литературы

Архивные источники

Государственный архив Российской Федерации

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. 11. Общесоюзное бюро заграничной санитарной информации (группа по международным и санитарным конвенциям). 1931-1941 гг. Личные дела. Оп. 34. Управление внешних сношений.

Ф. А-482. Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). Оп. 35. Общесоюзное бюро заграничной санитарной информации. 1921–1937 гг. Оп. 55. Секретные документы Наркомздрава РСФСР. 1921-1933 гг. Оп. 41. Управление кадров. Группа руководящих кадров. 1918–1940 гг.

Российский государственный архив социально-политической истории

Ф. 495. Исполком Коминтерна. Оп. 152. Монгольская народно-революционная партия (МНРП). Оп. 154 Восточный секретариат ИККИ. Оп. 62. Среднеазиатское бюро ЦК ВКП(б) (Средазбюро) (1922-1934).

Материалы личного происхождения

На немецком языке

Wilmanns K. Lues, Lamas, Leninisten. Tagebuch einer Reise durch Ruβland in die Burjatische Republik im Sommer 1926; [Herausgeber W.U. Eckart]. – Pfaffenweiler: Centaurus-Verl., 1995. – 313 p.

Литература

На русском языке

1. Абдуллаев К.Н. От Синьцзяня до Хорасана. Из истории среднеазиатской эмиграции XX века / К.Н. Абдуллаев. – Душанбе: «Ирфон», 2009. – 572 с.

2. Алпысбес М., Ергалиева Д. Военно-политическое положение синьцзянских монголов в 1910-х – начале 1920-х гг. / М. Алпысбес, Д. Ергалиева // Алтаистика, тюркология, монголистика. – 2018. – № 2. – С. 89-96.

3. 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).

4. Афганистан и безопасность Центральной Азии. Вып. 4 / Под ред. А.А. Князева. – Бишкек, 2010. – 251 с.

5. Барадин Б.Б. Очерки Монголии. Быт и народное здравоохранение в Монголии // Жизнь Бурятии. – 1925. – № 1-2. – С. 3-8.

6. Бармин В.А., Дмитриев С.В., Шматов В.Г. Синьцзян: очерк истории региона / В.А. Бармин, С.В. Дмитриев, В.Г. Шматов // Общество и государство в Китае. – 2016. – Т. 46. – № 21-2. – С. 209-244.

7. Басин Я. Черная смерть в Москве 1939 года / Я. Басин. – URL: https://jewishfreedom.jimdo.com (дата обращения 20.11.2017).

8. Батунаев Э.В. Борьба за независимость монгольского государства (1911-1921 гг.) / Э.В. Батунаев; отв. ред. Б.В. Базаров. – Улан-Удэ: Изд-во БГУ, 2015. – 160 с.

9. Башкуев В.Ю. Бурятия 1920-х гг. в путевом дневнике немецкого врача Карла Вильманса / В.Ю. Башкуев // Oriental Studies. – 2020. – Т. 13. – № 5. – С. 1256-1270.

10. Башкуев В.Ю. Миссия С.А. Нацова в Синьцзяне (1923 г.). Ч.I. Историко-политический контекст / В.Ю. Башкуев // Вестник Бурятского научного центра СО РАН. – 2021. – № 3 (43). – С. 36-44.

11. Башкуев В.Ю. Вклад советников Минздрава Монгольской Народной Республики в развитие здравоохранения (1920-е – 1940-е гг.) / В.Ю. Башкуев // Дальневосточный медицинский журнал. – 2020. – № 4. – С. 48.

12. 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.

13. Башкуев В.Ю. Организационные формы советско-монгольского сотрудничества в области медицины и здравоохранения в 1920-х – 1930-х гг. Часть I. Формирование двух подходов / В.Ю. Башкуев, П.Э. Ратманов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – № 5. – С. 1027-1032.

14. 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.

15. Башкуев В.Ю. Советская медико-санитарная помощь Афганистану в 1920-х – 1930-х гг. / В.Ю. Башкуев // Дальневосточный медицинский журнал. – 2021. – № 3. – С. 81.

16. Башкуев В.Ю. Советская медико-санитарная помощь Монголии и Центральной Азии в 1930-е гг. / В.Ю. Башкуев // Вестник Бурятского научного центра СО РАН. – 2011. – № 3. – С. 38.

17. Беленький С.Ю. Курортные богатства МНР / С.Ю. Беленький // Современная Монголия. – 1935. – № 4(11). – С. 48-62.

18. Беленький С.Ю. Проблемы здравоохранения в МНР / С.Ю. Беленький // Современная Монголия. – 1935. – № 2 (9). – С. 48-75.

19. Берлин А.Л. О тибетской медицине / А.Л. Берлин // Современная Монголия. – 1934. – № 4 (7). – С. 47-58.

20. Васильев К.К. «Модель Семашко». К воспоминаниям профессора Самуила Борисовича Дубровинского (1885-1975) об организаторе здравоохранения и социальном гигиенисте Н.А. Семашко и его соратниках – З.П. Соловьеве и А.Н. Сысине /

К.К. Васильев // Сумський історико-архівний журнал. – 2011. – № XIV-XV. – С. 43-52.

21. Гавлин М.Л. Первые советские врачи в Йемене / М.Л. Гавлин // Советское здравоохранение. – 1988. – № 12. – С. 52-55.

22. Генин И.А. Йемен / И.А. Генин. – М.: Государственное издательство географической литературы, 1953. – 48 с.

23. Говард-Джонс Н. Международные санитарные конвенции, 1851-1938 гг. Научные и исторические аспекты / Н. Говард-Джонс. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1976. – 123 с.

24. Гуань Ю.П. Штрихи к политическому портрету Шэн Шицая / Гуань Ю.П. URL: http://new.hist.asu.ru/biblio/vost/13.pdf (дата обращения: 02.02.2017).

25. Густерин П.В. У истоков советской разведки на Востоке / П.В. Густерин // Азия и Африка сегодня. – 2012. – № 3. – С. 56-57.

26. Заблудовский П.Е. На разных широтах (из записок судового врача дальнего плавания) / П.Е. Заблудовский // Из истории медицины. История медицины, врачебного дела и здравоохранения Прибалтики. Сб. ст. Вып. XVII. – Рига: Рижский медицинский институт, 1987. – С. 174-192.

27. Ибрагимов М.А. Очерки по истории развития здравоохранения Монгольской Народной Республики / М.А. Ибрагимов, Б. Дэмбэрэл. – М.: «Медицина», 1977. – 264 с.

28. Иоффе А.Е. Международные связи советской науки, техники и культуры 1917-1932 / А.Е. Иоффе. – М.: «Наука», 1975. – 429 с.

29. История Монголии. XX век. М.: Ин-т востоковедения РАН, 2007. – 448 с.

30. Кузьмин Ю.В. Военное монголоведение России на рубеже XIX-XX веков / Ю.В. Кузьмин, А.П. Суходолов, М.П. Рачков // Известия Иркутской государственной экономической академии. – 2016. – Т. 26. – № 3. – С. 367-373.

31. Кузьмин Ю.В. История Монголии и русско-монгольские отношения в работах Н.П. Шастиной (1898-1980) / Ю.В. Кузь-

мин // Россия и Монголия: новый взгляд на историю (дипломатия, экономика, культура). – Улан-Батор – Иркутск: Байкальский государственный университет, 2015. – С. 267-276.

32. 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).

33. 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.

34. Массон В.М. История Афганистана. Том II. Афганистан в новое время / В.М. Массон, В.А. Ромодин. – М.: «Наука», 1965. – 551 с.

35. Михалев А.В. Советские специалисты в Монголии: колониальный опыт эпохи застоя / А.В. Михалев // Известия Иркутского государственного университета. Серия: История. – 2015. – Т. 13. – С. 101-111.

36. Най Д.С. Будущее власти: как стратегия умной силы меняет XXI век: Серия «Политика» / Д.С. Най. – М.: АСТ, 2014. – 551 с.

37. Наумкин В.В. Торговый прорыв СССР в Аравию: нереализованные возможности / В.В. Наумкин // Экономическая история. – 2018. – Т. 14. – № 1. – С. 59-72.

38. Наумкин В.В. Несостоявшееся партнерство. Советская дипломатия в Саудовской Аравии между мировыми войнами / В.В. Наумкин. – М.: «Аспект Пресс», 2018. – 455 с.

39. Немой А.С. Советские медики в Монгольской Народной Республике / А.С. Немой // М.: «Медицина», 1978. – 120 с.

40. 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.

41. Панин С.Б. Советская Россия и Афганистан. 1919-1929 / С.Б. Панин. – М.; Иркутск: Изд-во Иркут. гос. пед. ун-та, 1998. – 259 с.

42. Поддубный М.В. Профессор Г. Цейсс (1888-1945) и история медицины в России (к 70-летию одной статьи) / М.В. Поддубный // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1998. – № 2. – С. 60-61

43. Рапопорт Н.Я. Встреча с «императрицей смерти» / Н.Я. Рапопорт // ВикиЧтение. – URL: https://biography.wikireading.ru/135467 (дата обращения 18.02.2017).

44. Рапопорт Н.Я. То ли быль, то ли небыль / Н.Я. Рапопорт. – 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).

45. Ратманов П.Э. История врачебно-санитарной службы Китайской Восточной железной дороги (1897-1935 гг.) / П.Э. Ратманов. – Хабаровск: Изд-во ГОУ ВМО ДВГМУ, 2009. – 144 с.

46. Родионов В.А. «Мягкая» сила в современных российско-монгольских отношениях / В.А. Родионов // Вестник Бурятского государственного университета. – 2009. – № 8. – С. 255-260.

47. Сизова А.А. Консульская служба России в Монголии / А.А. Сизова; [отв. ред. С.Г. Лузянин]. – М.: Наука-Восточная литература, 2015. – 295 с.

48. Смертин Ю.Г. Маньчжурская чума 1910-1911 гг.: эпидемия с китайской спецификой / Ю.Г. Смертин // Манускрипт. – 2021. – Т. 14. – Вып. 1. – С. 98-104.

49. Соколов В.В. Секретная миссия В.Г. Деканозова в Урумчи (Синьцзян) в 1942 году // Новая и новейшая история. – 2011. – № 3. – С. 162-180.

50. Супотницкий М.В. Очерки истории чумы. Очерк XXXI. Эпидемия легочной чумы в Маньчжурии и Забайкалье (1910-1911) [Электронный ресурс] / М.В. Супотницкий, Н.С. Супотницкая. – URL: http://supotnitskiy.ru/book/book3-31.htm (02.09.2016).

51. Суходолов А.П. Монголия и русско-монгольские отношения первой половины XX века: проблемы истории

и историографии / А.П. Суходолов, Ю.В. Кузьмин; [науч. ред. М.П. Рачков]. – Иркутск: Изд-во Байкальского университета, 2016. – 316 с.

52. 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.

53. Фирсова Д. Формула жизни удалась / Д. Фирсова // Советский экран. – 1981. – № 1. – С. 9.

54. Шабаев, М.Г. Очерки истории здравоохранения Тувы / М.Г. Шабаев. – Кызыл: Тувинское книжное издательство, 1975. – 195 с.

55. Шаров, А. Жизнь побеждает / А. Шаров. – М.-Л.: Детгиз, 1953. – 192 с.

56. Шишкин, В. А. К вопросу о «спецеедстве» и общественном положении медицинских работников Советской России во второй половине 1920-х гг. / В.А. Шишкин // Медицина России в годы войны и мира: Новые документы и исследования; отв. ред. и сост. Л.А. Булгакова. – СПб.: Нестор-История, 2011. – С. 417-432.

На английском языке

1. Andrews R.C. The New Conquest of Central Asia: A Narrative of the Explorations of the Central Asian Expeditions in Mongolia and China, 1921-1930 / R.C. Andrews. – New York: The American Museum of Natural History, 1932. – 678 p.

2. Bissell R.E. Soviet Use of Proxies in the Third World: The Case of Yemen / R.E. Bissell // Soviet Studies. – 1978. – Vol. 30. – № 1. – P. 87-106.

3. 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. – 350 p.

4. Doing Medicine Together: Germany and Russia between the Wars; [ed. S.G. Solomon]. – Toronto: University of Toronto Press, 2006. – 416 p.

5. Forbes A.D.W. Warlords and Muslims in Chinese Central Asia: A Political History of Republican Sinkiang, 1911-1949 / A.D., Forbes. – Cambridge: Cambridge University Press, 1986. – 376 p.

6. Fowkes B. and Gökay B. Unholy Alliance: Muslims and Communists – An Introduction / D. Fowkes, B. Gökay // Journal of Communist Studies and Transition Politics. – 2009. – Vol. 25. – № 1. – P. 1-31.

7. Isono F. Soviet Russia and the Mongolian Revolution of 1921 / F. Isono // The History of Mongolia. Vol. III. The Qing Period. Twentieth Century Mongolia. Ed. by D. Sneath and C. Kaplonski. – Global Oriental, 2010. – P. 910-929.

8. Kane E. Russian Hajj. Empire and the Pilgrimage to Mecca / E. Kane. – Ithaca and London: Cornell University Press, 2015. – 256 p.

9. Lee J.L. Afghanistan. A History from 1260 to the Present. – London: Reaktion Books, 2018. – 788 p.

10. Millward J.A. Eurasian Crossroads: A History of Xinjiang / J.A. Millward. – New York: Columbia University Press, 2007. – 352 p.

11. Nye J.S. China's Soft Power Deficit: Opinion // Wall Street Journal. 2012. 8 May.

12. Nye J.S. Soft Power / J.S. Nye // Foreign Policy. – 1990. – № 80. – P. 153-171.

13. Nye J.S. Think Again: Soft Power [Электронный ресурс] / J.S. Nye // Foreign Policy. – URL: http://foreignpolicy.com/2006/02/23/think-again-soft-power (01.11.2016).

14. Orkaby A. Yemen. What Everyone Needs to Know / A. Orkaby. – Oxford: Oxford University Press, 2021. – 256 p.

15. Peters F.E. The Hajj. The Muslim Pilgrimage to Mecca and the Holy Places / F.E. Peters. – Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1994. – 430 p.

16. Rupen R.A. The Buriat Intelligentsia / R.A. Rupen // The Far Eastern Quarterly. – 1956. – Vol. 15. – № 3. – P. 383-398.

17. Solomon S.G. Foreign Expertise on Russian Terrain: Max Kuczinski on the Kirghiz Steppe, 1923-24 / S.G. Solomon // Soviet Medicine: Culture, Practice, and Science; ed. by Frances L. Bernstein,

Christopher Burton and Dan Healey. – DeKalb, Illinois: Northern Illinois University Press, 2010. – P. 71-91.

18. 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.

19. 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.

20. Terbish B. Mongolian Sexuality: A Short History of the Flirtation of Power with Sex / B. Terbish // Inner Asia. – 2013. – № 15. – P. 243-271.

21. Think Again: Soft Power // Foreign Policy. URL: http://foreignpolicy.com/2006/02/23/think-again-soft-power (дата обращения: 01.11.2016).

22. Wiemer C. The Economy of Xinjiang / C. Wiemer // Xinjiang: China's Muslim Borderland. – Armonk, New York, and London: M.E. Sharpe, 2004. – P. 165-189.

Справочные издания

Encyclopedia of plague and pestilence: from ancient times to the present : 3rd ed.; [ed. G.C. Kohn]. – New York: Infobase Publishing, 2007. – 529 p.

Научное издание

В.Ю. Башкуев

«МЯГКАЯ СИЛА» СОВЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ НА ЗАРУБЕЖНОМ ВОСТОКЕ. 1920-Е – 1940-Е ГГ.

Компьютерная верстка и дизайн обложки *Назаренко Ю.В.*
Корректор *Додонова А.А.*

Подписано в печать 27.12.2021. Формат 60×841/16.
Усл. печ. л. 29,17. Уч. изд. л. 24,42. Тираж 300 экз.

Издательство Дальневосточного государственного
медицинского университета
680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35.

Отдел оперативной полиграфии издательства
Дальневосточного государственного медицинского университета
680000, г. Хабаровск, ул. Пушкина, 31.