

УДК 94(571.5)

БАШКУЕВ Всеволод Юрьевич — кандидат исторических наук, старший научный сотрудник отдела истории, этнологии и социологии Института монголоведения, буддологии и тибетологии СО РАН (670047, Россия, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Сахьяновой, 6; seva91@yahoo.com)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЖЕНСКИЙ ВОПРОС В БУРЯТ-МОНГОЛЬСКОЙ АССР И МОНГОЛЬСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ (КОНЕЦ 1920-х–1930-е гг.)

Аннотация. Статья посвящена важным аспектам работы советских и монгольских врачей по оздоровлению женского населения БМАССР и МНР в процессе строительства социалистического здравоохранения. Ввиду культурной близости бурят и монголов в этой деятельности медики сталкивались с похожими проблемами и использовали одни и те же методы и формы оздоровительной и санитарно-просветительной работы. Большое значение для оздоровления женщин Бурятии и Монголии имела работа женотделов, кочевых агитаторов, женских и детских консультаций, «красных юрт». В Монголии огромную роль в организации специализированной медицинской помощи женщинам сыграли медико-санитарные экспедиции Наркомздрава РСФСР. В своей работе с женским населением как в Бурятии, так и в МНР советские врачи сталкивались с активным сопротивлением шаманов и лам.

Ключевые слова: монгольские народы, женское население, социалистическое здравоохранение, акушерско-гинекологическая помощь, санитарное просвещение, «красные юрты»

Процессы государственного строительства, развернувшиеся в монгольском мире в 1920-х гг., включали создание современного здравоохранения — важнейшего социального института, отвечающего за здоровье и благополучие основного актива любого государства — его населения. Внедрение в традиционные кочевые социумы централизованной, всеохватной и базирующейся на достижениях мирового научного прогресса медицинской помощи являлось интегральным аспектом социалистической модернизации. Система здравоохранения была активным катализатором глубинных социокультурных трансформаций, мобилизуя монгольское общество на решение важных задач, таких как стимулирование рождаемости, сокращение смертности, повышение качества жизни, ликвидация социальных заболеваний, создание базовых установок здоровья как гражданской ответственности.

Внедрение современной медицины у монгольских народов СССР и зарубежья происходило практически одновременно и осуществлялось силами советских врачей из подразделений Наркомздрава РСФСР. В своих попытках запустить в ядре традиционной культуры цепную реакцию социалистической трансформации советские специалисты концентрировали усилия на социально-демографических общностях, отличавшихся большой социальной уязвимостью, — женщинах и детях.

В дореволюционной России, стране патриархальной и социально инертной, высокий общественно-политический и экономический потенциал женщин использовался неэффективно. Большевики же прагматично сделали ставку на социально-политическую и экономическую интеграцию женщин в новый социальный строй, нацеливаясь на повышение своей политической легитимности и формирование массовой базы поддержки [Тармаханов, Бадмацыренова 2010: 55].

В монгольских сообществах вопрос женской эмансипации до 1920-х гг. не поднимался. Роль и предназначение женщины определялись тысячелетним культурным укладом кочевников. На общественно-политическом уровне выше семьи и рода не происходило никакой реализации ее социальной роли.

Между тем разрешение главных проблем здравоохранения требовало масштабного охвата женщин и детей медицинской помощью, их активного вовлечения в санитарное просвещение. Несмотря на отмечавшееся многими исследователями природное здоровье кочевников [Барадин 1925: 5-6], монголы и буряты были беззащитны против венерических болезней, занесенных к ним с запада — через Россию, с востока и юга — через Китай. В Бурят-Монголии, Монголии и Туве были чрезвычайно распространены сифилис и гонорея. Они оказывали сильное негативное воздействие на репродуктивное здоровье населения [Башкуев 2016: 386].

Советские врачи видели в венерических болезнях причину высокой детской смертности, низкой фертильности, большого числа врожденных патологий. В силу сложившихся к тому времени в медицинской науке представлений и действительно угрожающих масштабов венерических заболеваний у монгольских народов в советском медицинском сообществе сформировалась алармистская точка зрения об их дегенерации и вымирании. Она была быстро интегрирована в социально-модернизаторский дискурс большевиков, представлявших венерические болезни как «тяжкое наследие царизма», «бич коренных народов» и т.д. Охват политикой всеобщего здравоохранения многочисленной и политически аморфной социально-демографической общности — бурятских и монгольских женщин — имело как практическое значение (оздоровление, улучшение репродуктивной функции, снижение материнской и детской смертности), так и политический потенциал. Советские врачи и организаторы здравоохранения одновременно решали две задачи: боролись за улучшение женского здоровья, а значит и здоровья всей нации, и вовлекали женщин в новые общественно-политические отношения, создавая еще одну социальную и экономическую опору нового строя.

В Советской России с 1919 г. руководство работой среди женщин было возложено на женотделы. На территории Бурятии первый женотдел во главе с М. Сагадаровой был создан в марте 1922 г. при Бурят-Монгольском обкоме РКП(б). Его работа с женским населением сконцентрировалась на: 1) русских и западнобурятских работницах и крестьянках; 2) «семейских» женщинах; 3) «женщинах-восточницах» (восточные бурятки). В 1925 г. при ЦИКе БМАССР был создан Комитет содействия народностям северных окраин, в задачу которого входила и работа с женщинами Севера [Тармаханов, Бадмацыренова 2010: 56]. По постановлению Президиума ЦИК СССР от 13 февраля 1925 г. в Бурят-Монгольской АССР была создана Комиссия по улучшению быта женщин (КУБЖ). В ее компетенцию входили экономическая эмансипация женщин, правовая помощь, политико-просветительская работа среди женщин, меры по улучшению быта тружениц, санитарное просвещение¹.

Женское движение в Бурят-Монголии оказывало ощутимое влияние на формирование политики здравоохранения в том, что касалось важнейшей области — охраны материнства и младенчества. Самой распространенной формой работы среди крестьянок и работниц Бурят-Монголии стали делегатские собрания, рассматривавшиеся как основная форма партийной работы с женщинами, — по сути, средство политической мобилизации. Стать делегаткой можно было лишь один раз, что вкупе с принципом «узнал сам — передай другому» позво-

¹ Государственный архив Республики Бурятия (ГАРБ). Ф. Р-250. Оп. 2. Д. 68. Л. 4, 4(об), 5.

ляло охватить большое число беспартийных женщин республики. Однако в условиях БМАССР наиболее эффективным способом работы с женским населением все-таки являлись кочевые организаторы, ездившие по улусам. К ноябрю 1926 г. все хошунные организаторы в республике были переведены на кочевые формы работы [Тармаханов, Бадмацыренова 2010: 57].

Разъездная работа активисток женского движения в хошунах БМАССР показала, что там сложилась «тенденция к дальнейшему взбудораживанию женской бурятской массы». После каждой проведенной конференции бурятки требовали себе руководителей, учения и лечения. Так, в хошуне Жаргалантуй Верхнеудинского уезда женщины-бурятки продемонстрировали большое желание учиться, которое сдерживалось отсутствием квалифицированного учителя и литературы на бурятском языке (владевших русским было очень мало). Особенно востребованными были знания по уходу за ребенком и его воспитанию. Хошун Жаргалантуй испытывал острую нужду в медпункте и медикаментах, т.к., по информации инструктора отдела работниц Дальбюро РКП(б) Наградовой, 90% населения там страдали сифилисом¹.

Бурженотдел тесно сотрудничал с республиканским Советом по борьбе с проституцией, организованным в рамках исходившей из Москвы программы Центрального совета по борьбе с проституцией, в составе наркома здравоохранения РСФСР, заведующего венерологической секцией НКЗ РСФСР, заместителя наркома НКВД, представителей ВЦСПС и женотдела ЦК ВКП(б)². Для социальной реабилитации проституток и одиноких женщин в трудной жизненной ситуации в Верхнеудинске была открыта школа кройки и шитья на 30 чел., которую Бурнаркомздрав рассчитывал со временем расширить³.

Высокую эффективность продемонстрировали и мобильные «красные юрты», начавшие работу в 1927 г. Их штат состоял из заведующей и патронажной сестры. При каждой юрте имелась медицинская консультация. Средняя продолжительность работы «красной юрты» на одном месте составляла 2,5 месяца. Всего в БМАССР насчитывалось более десятка «красных юрт», организовывавших занятия по охране материнства и младенчества, обучению грамоте, основам ведения хозяйства и санитарно-гигиеническим правилам. Деятельность «красных юрт» в отдаленных аймаках с кочевым бурятским населением и северных районах БМАССР, где компактно проживали эвенки, позволила принести акушерско-гинекологическую помощь туда, вообще не было медицинских учреждений.

Постепенно бурятские и эвенкийские женщины проникались доверием к советской медицине. Состоявшийся в сентябре 1927 г. республиканский съезд женщин – членов сельсоветов БМАССР констатировал, что «красные юрты» завоевали авторитет среди населения [Афанасова 2013: 23]. В конце 1927 г. одна из лучших «красных юрт» БМАССР – Агинская – была преобразована в Дом бурятки [Афанасова 2012: 6].

Как и многие другие модернизаторские инициативы большевиков на национальной периферии, работа «красных юрт» тормозилась инерцией традиционного общества и активным противодействием шаманов и лам. Даже в начале 1930-х гг. отмечались случаи, когда они перехватывали инициативу, и посещения женщинами «красных юрт» прекращалось. В таких ситуациях проводились обходы дворов и индивидуально-групповая агитация, помогавшие изменить ситуацию.

¹ Российский государственный архив социально-политической истории (РГАСПИ). Ф. 372. Оп. 1. Ед. хр. 1153. Л. 32.

² ГАРБ. Ф. Р-250. Оп. 2. Д. 68. Л. 14(об).

³ ГАРБ. Ф. Р-665. Оп. 1 б. Д. 1. Л. 184(об).

В городах большое значение имела работа женских и детских консультаций. Советские врачи старались привлечь туда как можно больше женщин коренных национальностей. Если в апреле–мае 1926 г. женскую консультацию в Верхнеудинске посетили всего 2 бурятских и 130 русских женщин, то в 1927 г. число посещений выросло до 1 630 чел., а в 1928 г. — до 2 280 чел. Рост посещаемости обнажил еще один болезненный для всего здравоохранения республики вопрос — дефицит кадров [Афанасова 2013: 22].

Историко-культурная и религиозная общность монгольского суперэтноса обуславливала типологическое сходство проблем охраны женского здоровья в Бурят-Монгольской АССР и Монголии. Статья 10 принятой 26 ноября 1924 г. Конституции МНР уравнила женщин в правах с мужчинами [Цыпилова 2013: 64], однако борьба за реальную эмансипацию не прекращалась на протяжении всего социалистического периода и продолжается по сей день. Важный аспект работы с женским населением Монголии составляло санитарное просвещение, проводившееся параллельно с оказанием общей медицинской и акушерско-гинекологической помощи.

Важным источником, проливающим свет на медицинскую работу с монгольскими женщинами, являются отчеты медико-санитарных и научно-исследовательских экспедиций Наркомздрава РСФСР в МНР в конце 1920-х — 1930-х гг. Первая медико-санитарная экспедиция работала в Монголии в 1926 г. и собрала необходимую для последующих экспедиций информацию о проблемах здоровья и состоянии здравоохранения. Советские врачи констатировали в Монголии высокую детскую смертность. По словам участника экспедиции доктора Г.В. Ивицкого, около 50% детей умирали в грудном возрасте. Высока была и материнская смертность (13,2% в одной из выборок). В качестве причин этого советские медики отмечали сифилис, культурную отсталость населения, отсутствие квалифицированного родовспоможения, службы охраны материнства и младенчества, детских яслей. В конечном итоге все сводилось к отсутствию правильно организованного здравоохранения¹.

Первая советская экспедиция начала организацию медицинских учреждений в аймаках Монголии (Цэцэрлэгская амбулатория в хошуне Дзаин-Шаби). 2-я и 3-я медико-санитарные экспедиции (1927–1931 гг.) расширили сеть медицинских учреждений, открыв амбулатории в Улан-Баторе, Сан-Бэйсэ, Ундэрхане, Улясутае и южных аймаках МНР.

Первые шаги по организации охраны материнства и младенчества в Монголии были начаты в столице страны Улан-Баторе. При городской больнице там была открыта консультация матери и ребенка, обслуживавшая беременных женщин и детей в возрасте до 4 лет. Беременные женщины, обратившиеся в консультацию, получали советы врача и необходимое лечение и к моменту родов либо направлялись в родильное отделение городской больницы, либо, по желанию, помощь им оказывалась на дому. Все женщины, поставленные на учет в консультации, сдавали обязательный анализ крови на сифилис и в случае положительного результата проходили лечение у венеролога².

В лагере советской экспедиции в Ундэрхане было две юрты для отдельного обследования. В одной принимались женщины и дети, в другой — мужчины. В юрте, где проводился прием женщин, была устроена выставка с муляжом младенца (*хухэн*) и материалами на монгольском языке. Выставка производила на монголов большое впечатление. За два месяца работы были осмотрены более 300 женщин. Основные результаты подтвердили сделанные ранее на матери-

¹ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. А-482. Оп. 35. Д. 239. Л. 107-108.

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 239. Л. 103.

але Улан-Батора выводы: монгольские женщины чрезвычайно рано начинали половую жизнь (в 11–13 лет), что напрямую влияло на их способность к деторождению и способствовало распространению венерических заболеваний.

Медицинские экспедиции Наркомздрава РСФСР проводили огромную работу по организации специализированных видов медицинской помощи, главным образом хирургической, венерологической и акушерско-гинекологической. Министерство здравоохранения МНР, организованное в 1930 г. на основе бывшего Главного управления здравоохранения при МВД, также вело работу по расширению и совершенствованию медицинской сети. Пятилетний план развития монгольского здравоохранения был принят весной 1930 г. и отражал всю структуру проблем здравоохранения Монголии на тот период¹.

Министерство здравоохранения МНР считало необходимым постепенный переход к созданию в Монголии собственного национального кадрового резерва и с этой целью направляло на учебу в советские медтехникумы и вузы прошедшую специальный отбор монгольскую молодежь. В 1930 г. в вузы были командированы 6 чел., в медтехникумы – 30 чел. В 1932 г. было намечено командировать 4 чел. в вузы и 22 чел. – в медтехникумы. Из-за больших финансовых затрат на приглашение среднего медицинского персонала из СССР в 1929 г. Минздрав МНР организовал школу медицинских сестер, которая позднее была реорганизована в медицинский техникум, где преподавание вели экспедиционные врачи². Перед медицинским техникумом стояла задача подготовки квалифицированных акушерок, медицинских сестер и сестер охматмлада (охраны материнства и младенчества). В 1930 г. в нем обучались 85 студентов, и были выпущены 12 медсестер. В 1931 г. число студентов выросло до 100; были выпущены 17 сестер охматмлада. В 1932–1933 гг. был запланирован рост числа студентов до 120 чел.; ожидался выпуск 20 сестер охматмлада и 35 медицинских сестер. В аймаках при всех медицинских стационарах велась подготовка практиканток из числа местной аратской молодежи, которые получали за учебу стипендию.

В 1930-е гг. в Монголии развивалась работа «красных юрт» охматмлада, являвшихся мобильными женскими и детскими консультациями. В 1932 г. по аймакам Монголии кочевали 14 таких юрт. Заведующими «красными юртами» охматмлада были монголки – выпускницы Монгольского медицинского техникума. Каждая юрта была снабжена выставкой и кочевала по аймам внутри определенного аймака. Как было отмечено еще педиатрами 2-й медико-санитарной экспедиции НКЗ РСФСР в 1927–1928 гг., такие учреждения с выставками привлекали множество араток, желавших учиться правильному уходу за младенцами.

Меньшей популярностью пользовались детские дома и ясли. Это объяснялось тем, что в монгольском социуме отсутствовала практика подкидывания детей, а демографические проблемы и высокая младенческая смертность объясняли бережное отношение к каждому ребенку. Малое вовлечение женщин в социальную жизнь и трудовые процессы, а также кочевой образ жизни объясняли малый спрос на такие учреждения вне пределов крупных населенных пунктов. Поэтому перед Минздравом стояла задача развить сеть детских учреждений, прежде всего в административных центрах, где они носили бы показательный характер и обучали бы матерей-араток правильному уходу за ребенком³.

К середине 1940-х гг. в МНР была построена лечебно-профилактическая сеть, управлявшаяся городским здравотделом Улан-Батора и 18 аймачными здравотделами. В каждом аймаке имелись больница, амбулатория, а в ряде аймаков –

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 465. Л. 177.

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 629. Л. 161.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 629. Л. 188.

женская и детская консультации, венпункт и детские ясли. В каждом сомоне был медицинский пункт, возглавляемый медицинской сестрой с незаконченным средним образованием или фельдшером с законченным средним медицинским образованием. При фельдшерском пункте располагался стационар на четыре-пять коек. Каждый медицинский пункт обслуживал население в радиусе 45–60 км, в то время как в 1938 г. этот радиус составлял 200–300 км. Все это значительно приблизило медпомощь к аратскому населению¹.

Таким образом, в 1920-х – 1930-х гг. женский вопрос являлся одним из наиболее актуальных в государственной политике здравоохранения как в Бурят-Монгольской АССР, так и в Монгольской Народной Республике. Системы здравоохранения там строились при непосредственном участии специалистов Наркомздрава РСФСР, которые внесли неоценимый вклад в дело охраны здоровья женщин и детей. Сталкиваясь с серьезными вызовами экономического и культурного характера, типологически схожими в БМАССР и МНР вследствие близости кочевых культур бурят и монголов, медики постепенно вовлекали женщин в оздоровительные мероприятия и санитарное просвещение, стимулируя их на сознательную, основанную на мировых медицинских практиках заботу о здоровье себя и своих детей. В процессе приобщения женщин монгольских народов к современному здравоохранению использовались схожие методы, обусловленные однородностью культурной среды в Бурятии и МНР. Тем не менее медикализация повседневной жизни происходила в разном темпе, что обуславливалось сильным русским влиянием в Бурятии и более глубоким залеганием традиционной кочевой культуры в Монголии.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект «Европейская медицина в контексте социалистической трансформации монгольских народов: конфликт и взаимодействие (1920-е – 1970-е гг.)» № 16-01-00284.

Список литературы

Афанасова Е.Н. 2012. Организация медико-социальной помощи в женских и детских консультациях на территории Забайкальской губернии и БМАССР во второй половине 1920-х гг. — *Вестник Забайкальского государственного университета*. № 12(91). С. 3–8.

Афанасова Е.Н. 2013. Становление и развитие системы оказания акушерско-гинекологической помощи в Восточной Сибири во второй половине 1920-х гг. — *Гуманитарные исследования в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке*. № 4. С. 21–26.

Барадин Б.Б. 1925. Очерки Монголии. Быт и народное здравоохранение в Монголии. — *Жизнь Бурятии*. № 1–2. С. 3–8.

Башкуев В.Ю. 2016. *Российская медицина и монгольский мир: исторический опыт взаимодействия (конец XIX – первая половина XX вв.)*. Иркутск: Оттиск. 436 с.

Тармаханов Е.Е., Бадмацыренова Е.Л. 2010. Институциональные аспекты государственной политики по вовлечению женщин в общественно-политическую деятельность в условиях национального региона (на примере Бурят-Монгольской АССР). — *Гуманитарный вектор*. № 3(23). С. 54–58.

Цыпилова С.С. 2013. Положение женщины в монгольском обществе (советский период). — *Гуманитарный вектор*. № 3(35). С. 64–68.

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 629. Л. 52.

BASHKUEV Vsevolod Yur'evich, Cand.Sci.(Hist.), Senior Researcher of the Department of History, Ethnology and Sociology, Institute of Mongolian, Buddhist and Tibetan Studies, Siberian branch of Russian Academy of Sciences (6 Sakh'yanovoj St, Ulan-Ude, Republic of Buryatia, Russia, 670047; seva91@yahoo.com)

STATE HEALTHCARE POLICY AND WOMEN'S QUESTION IN THE BURYAT-MONGOLIAN ASSR AND THE MONGOLIAN PEOPLE'S REPUBLIC (LATE 1920s – 1930s)

Abstract. The article highlights important aspects of the activity of Soviet and Mongolian physicians aimed at health improvement of female population of the BMASSR and the Mongolian People's Republic in the course of shaping socialist healthcare system. Due to cultural affinity of Buryats and Mongols, the doctors faced similar problems and resorted to similar methods and forms of health improvement and sanitary education. An important role in female health improvement belonged to women's sections, roaming propagandists, maternity and child welfare centers and so called red yurts. In Mongolia medical and sanitary expeditions of the People's Commissariat of Health of the RSFSR played a great role in the organization of specialized medical assistance for women. In their work with female population in both Buryatia and Mongolia, Soviet physicians faced active resistance of shamans and lamas.

Keywords: Mongolian peoples, female population, socialist healthcare system, obstetric-gynecologic assistance, sanitary education, red yurts

УДК 347.99 (470) (091)

КУРАС Татьяна Леонидовна – кандидат исторических наук, доцент кафедры судебного права Юридического института Иркутского государственного университета (664082, Россия, г. Иркутск, ул. Улан-Баторская, 10; tanya_kuras@mail.ru)

ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯВШИЕСЯ К ЧЛЕНАМ СУДЕБНЫХ ПАЛАТ В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ

Аннотация. Власть при подборе кадрового состава в судебные органы пореформенной России второй половины XIX в. весьма серьезно относилась к соблюдению формальных требований к лицам, назначаемым на должности членов судебных палат. Однако наличию необходимых нравственных качеств у кандидатов на судебные должности не уделялось должного внимания. Несмотря на это, большинство представителей судебной системы добросовестно относились к своим обязанностям, достойно служили своему обществу, поддерживая авторитет судебной власти. Однако из-за попустительской политики властей было и немало судей, формально относившихся к своим обязанностям, пришедших в судебную систему случайно, для строительства карьеры, для которых судьбы людей были пустым звуком.

Ключевые слова: судебные палаты, требования к судьям, судебская этика

В Российской Федерации долгое время вопрос о наличии у лиц, назначаемых на должности судей, необходимых личностных характеристик, не был решен должным образом. Только с 2009 г. по всей стране было введено обязательное психологическое тестирование лиц, претендующих на назначение на должности судей, стало уделяться серьезное внимание их психологическим качествам. Это правило представляется весьма важным, поскольку позволяет избежать ошибок, характерных, в частности, для подбора кадров в пореформенной России второй половины XIX в.

Судебная реформа 1864 г. создала новый тип судебной системы и закрепила новую систему судов: мировые суды и общие судебные установления, к кото-