

<https://doi.org/10.30853/manuscript.2019.12.2>

Башкуев Всеволод Юрьевич

МЕДИЦИНСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ И ОБСЛУЖИВАНИЕ КОРЕННЫХ МАЛОЧИСЛЕННЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА БУРЯТ-МОНГОЛЬСКОЙ АССР В КОНЦЕ 1920-Х - 1930-Х ГГ.

Статья изучает малоизвестные исторические аспекты взаимодействия советских врачей с малыми народами севера Бурят-Монгольской АССР в ходе строительства там социалистического здравоохранения. Используя материалы опубликованного медицинского отчета и неопубликованные архивные документы, автор реконструирует особенности медицинского изучения сойотов и эвенков, акцентируя внимание на врачебном восприятии их повседневной жизни и проблем здоровья. Приводится описание советским врачом традиционного быта сойотов, выделена врачебная интерпретация причин распространенности паразитарных, кожных и венерических заболеваний у сойотов. Рассмотрена структура заболеваемости у эвенков Бурятии.

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/9/2019/12/2.html

Источник

Манускрипт

Тамбов: Грамота, 2019. Том 12. Выпуск 12. С. 19-23. ISSN 2618-9690.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/9.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/9/2019/12/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: hist@gramota.net

Отечественная история

National History

УДК 94(571.54)

Дата поступления рукописи: 28.10.2019

<https://doi.org/10.30853/manuscript.2019.12.2>

Статья изучает малоизвестные исторические аспекты взаимодействия советских врачей с малыми народами севера Бурят-Монгольской АССР в ходе строительства там социалистического здравоохранения. Используя материалы опубликованного медицинского отчета и неопубликованные архивные документы, автор реконструирует особенности медицинского изучения сойотов и эвенков, акцентируя внимание на врачебном восприятии их повседневной жизни и проблем здоровья. Приводится описание советским врачом традиционного быта сойотов, выделена врачебная интерпретация причин распространенности паразитарных, кожных и венерических заболеваний у сойотов. Рассмотрена структура заболеваемости у эвенков Бурятии.

Ключевые слова и фразы: народы севера Бурятии; сойоты; эвенки; здравоохранение; экспедиции; традиционный уклад жизни.

Башкуев Всеволод Юрьевич, д.и.н.

Институт монголоведения, буддологии и тибетологии Сибирского отделения Российской академии наук, г. Улан-Удэ

vbashkuev@gmail.com

МЕДИЦИНСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ И ОБСЛУЖИВАНИЕ КОРЕННЫХ МАЛОЧИСЛЕННЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА БУРЯТ-МОНГОЛЬСКОЙ АССР В КОНЦЕ 1920-Х – 1930-Х ГГ.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-09-00630.

Строительство в Бурят-Монгольской АССР социалистической системы здравоохранения началось в августе 1923 г., вскоре после провозглашения автономии [8, д. 33, л. 44]. Большевики с вниманием относились к охране здоровья национальных меньшинств [4, с. 168]. Она являлась частью их национальной политики, индикатором и инструментом социальной трансформации. Особенно это касалось национальных автономий, стратегически расположенных для идеологического воздействия на родственные народы по ту сторону границы.

В геополитическом плане Бурят-Монголия являлась форпостом СССР на «буддийском востоке» [12]. Это означало, что процессы социальной трансформации ее считавшегося «малокультурным» автохтонного населения транслировались в монгольский мир и имели серьезное идеологическое значение как пример и ориентир. Между тем разруха и хаос послереволюционного периода обострили социальные проблемы, не решавшиеся в царское время, такие, как высокая заболеваемость автохтонов туберкулезом, сифилисом, гонореей и трахомой [7, с. 368]. Из-за этого при низкой рождаемости у них отмечалась высокая смертность, особенно младенческая и детская. Только что приступившим к «окультуриванию» национальных меньшинств большевикам пришлось срочно организовывать здравоохранение в местах, где до этого европейской медицины не было вообще. Это была сложная, многоуровневая задача, требовавшая огромных кадровых и материальных ресурсов [8, д. 33, л. 46-52].

Если строительство здравоохранения и борьба с социальными заболеваниями у бурят получили освещение в советской и российской историографии, то медицинское изучение и обслуживание малых народов севера республики долгое время находилось вне поля зрения историков [1-3; 5; 6]. **Актуальность** данного исследования обуславливается как отсутствием научных работ по истории здравоохранения на севере Бурятии, так и резко возросшим интересом к освоению Арктики и сопутствующим социально-экономическим проблемам. **Научная новизна** работы состоит в использовании ранее не вводившихся в научный оборот архивных материалов, а также малоизвестного экспедиционного медицинского отчета. **Целью** данной статьи является изучение малоизвестных аспектов истории взаимодействия советских врачей с народами севера БМАССР в период становления республиканского здравоохранения. Реконструируются не только факты, но и особенности врачебного восприятия традиционного быта сойотов и эвенков.

Медицинское обследование малых народов Бурят-Монголии началось в середине 1920-х гг. Автохтонов Окинского края и Тункинской долины изучал иркутский Комитет Севера совместно с Российским обществом Красного Креста; эвенки Баргузина были обследованы венерологическим отрядом доцента И. Н. Переводчикова. В июне 1926 г. к сойотам была направлена экспедиция под руководством этнографа Б. Э. Петри, куда входил ординатор кожно-венерологической клиники Иркутского госуниверситета С. Д. Ставиский. Его отчет содержит много интересных сведений.

Экспедиция обследовала сойотов в 12 населенных пунктах. По хозяйственному признаку Б. Э. Петри разделял их на пять групп. Первой была «оленная группа», представленная оленеводами улуса Ильчир на берегу одноименного озера, истока реки Иркут. Вторая, переходная группа была расселена по притокам реки Белой (улусы Ханчин и Ха-Модон). Третья, наиболее крупная группа скотоводов концентрировалась в долине Оки и населяла пять улусов. Четвертой группой были «беженцы», покинувшие Ильчир из-за разорения и краха оленеводческого хозяйства либо бежавшие на север Монголии во время гражданской войны. Пятую группу составляли сойоты-земледельцы Тункинской долины, проживавшие в улусе Нурай [11, с. 6].

Венеролога С. Д. Ставиского в первую очередь интересовала заболеваемость сойотов сифилисом и гонореей. Меньше всех половым инфекциям были подвержены сойоты-оленеводы. Единственная на Ильчире сифилизованная семья была заражена женой-буряткой, пришедшей в дом с активным процессом. В других оленеводческих семьях сифилиса обнаружено не было [Там же, с. 8].

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

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

У группы беженцев был обнаружен лишь один сифилитик в активной стадии. По рассказам, он недавно сошелся с девушкой-буряткой, от которой, видимо, и заразился [Там же, с. 9].

Наиболее пораженной люэсом группой были тункинские сойоты-земледельцы. Из осмотренных 96 чел. было выявлено 33 больных, что составило 34%. По этому поводу С. Д. Ставиский писал: «Оказывается, растворение среди бурят, пребывание в центре Тункинской долины связано с громадной сифилизацией, принимающей уже угрожающий характер». Далее он уточнял: «Сойоты земледельцы, пораженные сифилисом в 34%, являются до некоторой степени показателем средней сифилизации тункинских бурят, среди которых они живут, сойоты же скотоводы и пр., живущие среди окинских бурят, сифилизованы значительно менее, так как и их соседи меньше поражены сифилисом; к таким же выводам пришел и д-р И. Н. Переводчиков в отношении тунгусов Баргузинского района, указав, что сифилизация их находится в прямой зависимости от слияния тунгусов с бурятской частью населения» [Там же, с. 9-10].

Ставиский затруднился определить основные пути заражения, ссылаясь на отсутствие переводчиков и необходимость детально изучать бытовые условия каждой семьи. В 62,8% случаев причина заражения осталась невыясненной, и только при свежих случаях путем опроса и сопоставления данных анамнеза удалось выявить преобладание полового пути передачи [Там же, с. 11].

Распространенность гонореи среди сойотов имела ту же структуру, что и у сифилиса. Меньше других ей были подвержены оленеводы, переходная группа и скотоводы (17,8, 13 и 10,3% соответственно). Земледельцы показали самый высокий процент заболеваемости (21%). Хроническую гонорею у мужчин обнаружить без лабораторных исследований было сложно. У женщин осложнения от болезни приводили к воспалениям матки и придатков. Ставиский находил причину осложнений в верховой езде, употреблении алкоголя и половых эксцессах во время болезни [Там же, с. 15].

По мнению врача, половые отношения у сойотов напоминали таковые у восточных бурят. «Раннее пробуждение полового чувства, вызванное бытовой обстановкой, раннее начало половой жизни в 14-16 лет, – уточнял Ставиский, – отсутствие у молодежи нравственных преград при попытках удовлетворения половой потребности, взгляд на женщину, как на существо, не могущее отказать мужчине в его притязаниях, и, как следствие отсюда, полная беспорядочность и беспринципность половой жизни» [Там же, с. 19]. При этом браки у сойотов заключались довольно поздно – в 22-23 года. Причиной этого до революции был калым, а после – нежелание дробить хозяйство для выделения сына или терять ценного работника в лице дочери [Там же].

В связи с распространенностью венерических болезней врача интересовали демографические данные. Была отмечена высокая смертность детей до года (от 33 до 41,9% в зависимости от группы), но после одного года показатель смертности был невелик (15-16%). На примере наиболее проблемного в отношении сифилиса улуса Нурай С. Д. Ставиский проанализировал влияние болезни на детскую смертность. Он полагал, что в семьях сифилитиков происходила природная компенсация нежизнеспособности в виде повышенной по сравнению со здоровыми семьями рождаемости. Также врач констатировал парадоксальный факт – поздние формы сифилиса, будто бы, не влияли на рождаемость. При этом он оговаривал, что методов наружного обследования было недостаточно, а возможности провести тест *RW* не было [Там же, с. 12-13].

Причины детской смертности С. Д. Ставиский видел, главным образом, в особенностях традиционного быта. Например, описывая родовспоможение и ранний уход за младенцами, он отмечал, что в 90% случаев повитухами выступали старухи-соседки, а в 10% сойотки рожали самостоятельно. Сами роды проходили в антисанитарных условиях; приемы ухода за новорожденными были примитивными, специальная одежда и питание

для младенцев отсутствовали. «Так как, с одной стороны, детьми очень дорожат, вследствие их большой смертности, – писал Ставиский, – а с другой стороны – сильны предрассудки, – введен целый ряд “охранений” от “дурного глаза”, от черта, кикиморы и т.д. Наивные в своей простоте и невежестве, сойоты ищут причину зла в этом, не понимая, что они часто сами своим “уходом” и заботами вызывают гибель детей» [Там же, с. 13].

Традиционный уклад жизни сойотов представлялся врачу антисанитарным. Как и его коллеги, изучавшие заболеваемость социальными болезнями у бурят, Ставиский интерпретировал традиционный быт сойотов как один из факторов их распространения [5, с. 175; 6, с. 127]. «Уход за телом, конечно, отсутствует, летом сойоты изредка купаются в реке, зимой же совершенно не моются, лицо и руки моют, правда, ежедневно, плеская воду изо рта и вытирая потом полой халата, – описывал он гигиенические привычки автохтонов. – Полотенец, как правило, мы не встречали, только в некоторых случаях (в Сороке у сойота-ламы, на Бурунголе) они имеются, тело всегда покрыто слоем грязи. Как влияние культурного запада (Аларский аймак) отмечу на Бурунголе одну встреченную халупку-баню, устроенную по типу “черной бани”, но в ней надо умудриться вымыться, чтобы не замерзнуть... и не вымазаться в сажу, густо облепившей стены и потолок». О нижнем белье и верхней одежде сойотов Ставиский писал: «Смен белья не имеют; по укоренившемуся обычаю рубашка и штаны, сверх которых надевается обыкновенно халат, носятся, пока не приходят в полную негодность и не разваливаются, только потом обновляются; у Бурунгольских и Нурайских сойотов мы наблюдали уже стирку белья, но всегда без мыла, которое, как ценность, привешено в юрте за веревочку к потолку и употребляется в исключительных случаях» [11, с. 15].

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

Еще одно социальное заболевание – туберкулез – среди сойотов встречалось относительно редко. Сойоты оленеводческой, переходной и скотоводческой групп, обитавшие в суровой окружающей среде высокогорья, производили впечатление физически крепких людей. Ставиский описывал их так: «Это люди с широкой грудной клеткой, крепкой мускулатурой, с средним развитием подкожно-жирового слоя, подвижные – питаются они достаточно, получая и белки, много жиров и углеводы... Проводят много времени под открытым небом, во время промысла целые месяцы проводят в тайге, их дети также хорошо сложены, упитаны и среди этих групп туберкулеза не много – от 4-8%» [Там же, с. 16].

У земледельцев Тункинской долины, живших в скученности и питавшихся скудными плодами земледелия, туберкулез встречался чаще – до 10,4%, хотя при лабораторном исследовании процент был бы выше. Самая высокая заболеваемость (13%) была отмечена у «беженцев», но их было обследовано очень мало [Там же, с. 17].

В целом обследование сойотов показало, что социальные болезни были наиболее распространены в Тункинской долине, где саянские автохтоны проживали рядом с бурятами и русскими. Именно земледельческая группа являлась самой неблагополучной как в экономическом, так и в медико-санитарном отношении. При этом сифилис у сойотов-земледельцев указывал на большую распространенность болезни в Тункинском аймаке, который следовало тщательно обследовать. Что же касается высокогорных групп сойотов, то, по мнению С. Д. Ставиского, они имели все условия к дальнейшему процветанию и развитию [Там же, с. 20].

Этнографический взгляд врача высветил особенности традиционного быта – пренебрежение чистотой, скученность, половую невоздержанность, раннее начало половой жизни. Интересно, что в рассуждениях Ставиского референтными группами для сойотов являлись «культурный запад» в виде Аларского аймака (западные буряты) и противоположный пример восточных бурят. При этом, сравнивая описания быта сойотов у С. Д. Ставиского и бурят у Д. А. Лапышева, можно заметить, что сойоты пытались поддерживать личную гигиену и даже имели мыло в юртах, в то время как восточные буряты воспринимали призывы помыться как нечто совершенно неправильное и, более того, непрактичное [10, с. 548]. Возможно, разница объясняется различным религиозным восприятием воды у кочевников степи и оленеводов высокогорья. Другое, более очевидное, объяснение может состоять в большем влиянии на сойотов «культурного запада» – западных бурят и русских.

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

По состоянию на 1930 г. медицинская сеть в Баунтовском туземном районе состояла из двух больниц, двух врачебных участков и четырех фельдшерских пунктов. В них работало трое врачей, девять фельдшеров, восемь акушерок и четыре единицы прочего персонала [9, д. 10, л. 7]. Однако большинство из этих медучреждений принадлежали приискам и обслуживали почти исключительно их персонал. Для простого населения работали лишь Муйский фельдшерский пункт в Багдарине (местный бюджет) и лечебно-обследовательский отряд Российского общества Красного Креста (бюджет РОКК БМАССР). Муйский фельдшерский пункт обслуживал район Муйского сельсовета, а отряд РОКК – эвенкийское, бурятское и русское население, а также Баунтовскую туземную школу. При отряде имелась больница на 10 коек [Там же, л. 15].

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

Основной проблемой было плохое снабжение медикаментами. Чаще всего лекарств в наличии просто не было. Отправляемые в Муйский фельдшерский пункт медикаменты были очень плохо укупорены, из-за чего прибывали на место безнадежно испорченными или пролитыми. Не было при них и необходимых фактур. За огрехи в снабжении ответственность нес Бурнаркомздрав [Там же, л. 15-16].

Баунтовский лечебно-обследовательский отряд РОКК в основном занимался лечебной работой, а исследовательской деятельности не вел. В 1929-1929 гг. через его стационар прошло 75 чел. (692 койко-дня), а амбулаторных больных было принято 2543 (417 эвенков, 527 бурят, 1569 русских и лиц других национальностей). Эвенки часто страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта, глазными и легочными болезнями. Повреждения глаз часто носили травматический характер – охотники травмировались ветвями деревьев в тайге и в результате использования старых ружей и некачественного пороха. Среди бурят были распространены сифилис, ревматизм и желудочно-кишечные заболевания [Там же, л. 16].

Деятельность отряда РОКК вызывала серьезные нарекания со стороны Комитета Севера. Названия «обследовательский» он не оправдывал: обследований туземного населения не проводил, связи с общественными организациями района не имел, борьбы с шаманизмом и ламаизмом не вел, лекций и бесед по санитарному просвещению не организовывал. Медикаментами и медицинским инструментарием отряд был обеспечен до того плохо, что мог оказывать лишь самую элементарную хирургическую помощь. Заведующий Новоселов был человеком предприимчивым, но исключительно в личном обогащении. Поэтому он выстраивал деятельность отряда так, чтобы больше обслуживать прииски треста «Союззолото», с которыми имел договоры. Видя подобное отношение к работе, эвенки, у которых уже сформировалось доверие к европейской медицине, стали снова обращаться за медицинской помощью к шаманам. Это сильно роняло престиж советской медицины в Баунтовском районе [Там же, л. 16-17].

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

Три фельдшерских пункта располагались в поселках Верхне-Ангарский и Горемыка и на прииске «Союззолото» на расстоянии 120, 60 и 180 верст от больницы соответственно. Транспортное сообщение с головным врачебным пунктом № 7 в Душкачанах летом осуществлялось исключительно на лодках по Байкалу и рекам, а зимой – по замерзшим рекам на санях. Весной и осенью сообщения с Верхне-Ангарским и Горемыкинским медпунктами не было.

И эвенкийское, и русское население района часто страдало ревматизмом (до 80% охотников и рыбаков). Сифилис среди эвенков не встречался; среди русских случаи сифилиса отмечались редко, зато достаточно частой была гонорея. Наиболее распространенным социальным заболеванием являлся туберкулез. К этой же группе заболеваний северобайкальские врачи относили катар желудка и глистов, обычные и для других северных районов, где часто употребляли в пищу соленую и сырую рыбу [Там же, л. 17].

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

Активному обращению эвенков в советские лечебные учреждения способствовали как проводившаяся санитарная пропаганда, так и частые эпидемии. Например, в январе и феврале 1930 г. сошедшие с горных пастбищ эвенки заболели корью, затем дизентерией. Для ослабевших от перенесенных болезней туземцев врачи открыли столовую, где кормили в среднем 55 чел. в день. Открытие столовой предотвратило уход эвенков обратно в горы, где не было бы возможности наблюдать за их здоровьем. Кроме того, ежедневно отряжавшиеся в помощь кухарке эвенкийские женщины учились готовить, рассчитывать продукты, содержать в порядке кухню и столовую. Таким образом, коренное население района получало от врачебного пункта дополнительное питание и обучение русским приемам ведения хозяйства, что пришлось эвенкам по душе, и они охотно согласились на открытие постоянной столовой в поселке [Там же, л. 19].

Большую проблему для Северобайкальского района представляло нерациональное расположение врачебного пункта на расстоянии от районного центра. При отсутствии дорог больные из Нижнеангарска должны были добираться до Душкачан на лодке (16 верст туда и обратно), что было очень неудобно. Вопрос решился открытием амбулатории в Нижнеангарске, куда на постоянной основе перебрался фельдшер, а врач из Душкачан приезжал три раза в неделю. Содержание амбулатории на 35% финансировалось из средств самообложения Нижнеангарского сельсовета. В документах 1930 г. серьезно обсуждался вопрос о строительстве новой больницы и назначении второго врача [Там же, л. 20-21].

Бурят и сойотов Окинского края обслуживал всего один фельдшерский пункт, открытый в 1927 г. в селе Монды. Как отмечал С. Д. Ставиский, окинские аборигены нуждались в квалифицированной медицинской помощи, и единственное медучреждение, плохо снабжавшееся медикаментами и инструментарием, не могло сильно улучшить дело здравоохранения в районе. Тем не менее само наличие фельдшерского пункта повышало авторитет советской медицины, и это заметно по росту посещаемости. Если за первое полугодие 1929 г. туда обратилось 513 чел., то во втором полугодии количество пациентов выросло в пять раз, составив 2780 чел. Правда, профилактическая работа в районе тормозилась из-за незнания фельдшером бурятского языка. Однако впоследствии, по просьбе Комитета Севера, Бурнаркомздрав направил в Окинский край акушерку-фельдшерицу бурятку, которая помогала заведующему фельдшерским пунктом проводить санитарно-просветительную работу [Там же, л. 21].

Таким образом, во второй половине 1920-х – начале 1930-х гг. лечебно-профилактическая сеть Бурнаркомздрава распространилась даже в самые труднодоступные районы Бурят-Монгольской АССР. Впервые европейской медициной оказались охвачены малые коренные народы Севера – сойоты и эвенки. Их медицинское изучение показало, что северные факторы – дисперсность и изоляция, вызванные отсутствием транспортной инфраструктуры и особенностями традиционного образа жизни оленеводов, – определили специфический набор заболеваний. Превалировали ревматизм, желудочно-кишечные и глистные заболевания, травматические повреждения глаз. Из социальных заболеваний среди эвенков был распространен туберкулез, что объяснялось не только условиями быта, но и суровостью окружающей природной среды. Среди сойотов же, живших в горном Окинском крае, туберкулез встречался редко. Венерические заболевания среди эвенков севера были редки; среди саянских автохтонов очаги возникали там, где происходил тесный контакт с бурятским населением.

Что же касается восприятия врачами традиционного быта, в своих основных чертах оно соответствовало общей для всей Бурятии матрице. Реалии традиционного образа жизни оленеводов, как и детали кочевого быта бурят-монгольских аратов, вызывали острую врачебную критику. С медицинской точки зрения их жизнь изобиловала антисанитарными и антигигиеническими практиками, которые необходимо было срочно изживать. Таким образом, назревавшая «культурная революция» получала не только идеологическое, но и медицинское обоснование.

Список источников

1. Батоев Д. Б. Люди в белых халатах. Улан-Удэ: Буряад Унэн, 2000. 130 с.
2. Батоев Д. Б. Сподвижники здравоохранения. Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 1982. 128 с.
3. Батоев Д. Б., Демкова Н. П., Батоев С. Д. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубочеев в истории здравоохранения Бурятии. Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. 342 с.
4. Башкуев В. Ю. Российская медицина и монгольский мир: исторический опыт взаимодействия (конец XIX – первая половина XX в.). Иркутск: Оттиск, 2016. 436 с.
5. Башкуев В. Ю. Советская социальная евгеника и нацменьшинства: ликвидация сифилиса в Бурят-Монголии как элемент программы модернизации национального региона (1923-1930 гг.) // Власть. 2012. № 10. С. 174-178.
6. Башкуев В. Ю. Социалистическая модернизация национальных меньшинств Сибири и проблема социальных болезней в 1920-х гг. (на примере Бурят-Монгольской АССР) // Власть. 2012. № 4. С. 126-130.
7. Броннер В. М. Научно-исследовательские работы в области здравоохранения в Бурят-Монгольской АССР // Проблемы Бурят-Монгольской АССР: труды первой конференции по изучению производительных сил Бурят-Монгольской АССР: в 2-х т. М. – Л.: Изд-во Академии наук СССР, 1936. Т. 2. С. 368-387.
8. Государственный архив Республики Бурятия (ГАРБ). Ф. Р-248. Оп. 2.
9. ГАРБ. Ф. Р-248. Оп. 7.
10. Лапышев Д. А. К характеристике сифилиса среди бурят // Врачебная газета. 1929. № 8. С. 546-554.
11. Ставиский С. Д. Материалы по медицинскому обследованию сойотов Окинского края // Иркутский медицинский журнал. 1928. Т. VI. С. 3-20.
12. Bashkuev V. Y. An outpost of socialism in the Buddhist Orient: Geopolitical and eugenic implications of medical and anthropological research on Buryat-Mongols in the 1920s [Электронный ресурс] // Études mongoles et sibériennes, centrasiatiques et tibétaines. 2015. № 46. URL: <http://emscat.revues.org/2523> (дата обращения: 29.09.2019). DOI: 10.4000/emscat.2523.

MEDICAL EXAMINATION AND HEALTH CARE OF INDIGENOUS PEOPLES IN THE NORTH OF THE BURYAT-MONGOLIAN ASSR AT THE END OF THE 1920S – IN THE 1930S

Bashkuev Vsevolod Yur'evich, Doctor in History
Institute for Mongolian, Buddhist and Tibetan Studies
of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, Ulan-Ude
vbashkuev@gmail.com

The article examines poorly investigated historical aspects of interaction of the Soviet physicians with indigenous peoples in the north of the Buryat-Mongolian ASSR while developing the socialist healthcare system in this region. Analysing a published medical report and unpublished archival documents, the author identifies the peculiarities of medical examination of the Soyots and the Evenks paying special attention to medical perception of their everyday life and health problems. The paper provides a Soviet physician's description of the Soyots' traditional lifestyle, emphasizes medical interpretation of the causes of prevalence of parasitogenic, dermic and venereal diseases among the Soyots. The structure of the Buryatia Evenks' sickness rate is revealed.

Key words and phrases: peoples of Northern Buryatia; the Soyots; the Evenks; healthcare; expeditions; traditional lifestyle.