

Исторический журнал: научные исследования

Правильная ссылка на статью:

Карпов Г.А. — Система здравоохранения колониальной Кении // Исторический журнал: научные исследования. – 2023. – № 2. DOI: 10.7256/2454-0609.2023.2.40520 EDN: QMFY0Y URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=40520

Система здравоохранения колониальной Кении

Карпов Григорий Алексеевич

доктор исторических наук

старший научный сотрудник, Институт Африки, Российская академия наук

123001, Россия, г. Москва, ул. Спиридоновка, 30/1

✉ gkarpov86@mail.ru



[Статья из рубрики "История этносов, народов, наций"](#)

DOI:

10.7256/2454-0609.2023.2.40520

EDN:

QMFY0Y

Дата направления статьи в редакцию:

18-04-2023

Дата публикации:

01-05-2023

Аннотация: Объектом исследования представленной статьи является система здравоохранения колониальной Кении (1890-1950-х гг.). Предмет изучения – состояние здоровья основной массы туземного населения, принципы работы медицинской службы колонии, вопросы управления больницами и пунктами доврачебной помощи, санитарные и профилактические мероприятия. Автор сделал обзор распространения различного рода инфекций и тропических заболеваний, а также способов борьбы с ними. Особое внимание уделено вкладу выходцев из Южной Азии в становление сельской и частной медицины. Методологической базой работы выступили конкретно-исторический и проблемно-хронологический подходы в сочетании с синтезом и сравнительным анализом. Британские власти добились в данной области значительных успехов, хотя в условиях ограниченности ресурсов приоритет был отдан заботе о европейских поселенцах. К рубежу 1950-1960-х гг. практически полностью были искоренены чума, оспа, холера, онхоцеркоз, желтая лихорадка и возвратный тиф, локализованы малярия и сонная болезнь. Вакцинация стала нормой для коренного населения, снижены риски заболевания новорожденных столбняком и полиомиелитом. В специализированных учебных центрах налажен процесс подготовки кадров из числа коренных жителей.

Накопленный базис был впоследствии использован руководством независимой Кении для дальнейшего развития этой сферы.

Ключевые слова:

Кения, Великобритания, миграция, медицина, болезни, инфекции, здравоохранение, колониализм, самоуправление, сегрегация

Сфера здравоохранения в колониальную эпоху истории Кении, с начала 1890-х гг. до 1963 г., относится к одному из самых интересных аспектов прошлого данного региона. Медицина зародилась и поднималась в Восточной Африке фактически с нуля, без обращения к каким бы то ни было локальным врачебным практикам и при полном доминировании западных методик. Хронический дефицит ресурсов, выделяемых на эту область жизни местного общества, предопределил приоритеты ее развития, когда во главе угла стояла забота о белых поселенцах и снижении рисков массовых эпидемий в целом.

Уже с первых лет активного взаимодействия европейцев, индийцев и африканцев в Кении стало очевидным различное понимание этими группами населения основ личной и общественной гигиены, вследствие чего идеи сегрегации быстро набрали популярность. С 1908 г. в городах выделялись кварталы для раздельного проживания по расовому принципу. С 1900 г. по 1913 г. была принята серия решений, ограничивающих перемещение индийцев и африканцев под угрозой тюремного заключения сроком до одного месяца [\[1, p. 82\]](#).

Бытовые контакты между коренными жителями и мигрантами из Европы и Южной Азии, разумеется, пресечь было невозможно. Инфекции и болезни, очевидно, не знали этнических границ. Колониальная администрация вынуждено задумалась и о здоровье кенийцев. Данный человеческий резерв был нужен Империи в экономике и военной сфере. Забота о здравоохранении на локальном уровне в соответствии с принципом «непрямого управления» («British Indirect Rule») была вменена местным органам власти, туземным советам, работающим с середины 1920-х гг. Уже к рубежу 1920-1930-х гг. отмечалось, что все без исключения местные власти проявляют неподдельный интерес к укреплению здоровья жителей своей территории и распространению санитарных норм среди широких слоев населения [\[2, p. 1703-1704\]](#).

Кенийские реалии обязывали медицинский департамент прибегать к совершенно не тривиальным решениям в области организации системы здравоохранения и продвижения основ гигиены. Стандартный подход, предполагающий открытие широкой сети больниц и подготовку узкопрофильных специалистов, в тех условиях вряд был реализуем. В 1937 г. в Найроби, например, на постоянной основе работало только четыре больницы – для европейцев (на 31 койку), для африканцев (256 коек), инфекционный госпиталь (149 коек) и психиатрическое отделение (256 коек) [\[1, p. 142\]](#). Средства выделялись главным образом на достижение хотя бы минимального уровня доступной доврачебной помощи на местах. Не всегда все проходило гладко, практиковались меры принуждения, в каких-то моментах пришлось пойти на несомненные уступки туземному населению.

Положение дел в начале XX в.

Климат в Восточной и Западной Африке сам по себе вкупе с недостатком информации о

местных болезнях и способах их лечения приводил к тому, что данные территории на рубеже XIX–XX вв. часто именовались в отчетах колониальных чиновников «могилой белого человека» («White Man's Grave»)^[1, p. 42]. Первым белым поселенцам в Кении пришлось вспомнить, казалось бы, давно побежденные в Европе недуги, в том числе, оспу и чуму.

Сведения о положении дел в этой сфере поступали от случая к случаю и комплексно не анализировались. Например, за пять лет строительства Угандийской железной дороги (1896–1901 гг.) было зафиксировано, что 15% южноазиатских и местных рабочих на этом объекте прошли через госпитализацию. Были периоды, например январь 1897 г., когда в больничном листе числилось до 50% всего штата. Среди персонала волнами распространялась малярия, лихорадка, дизентерия, различные кожные заболевания. 20% завербованных на стройку индийцев были репатриированы на историческую родину в нетрудоспособном состоянии (инвалидами), 8% - умерло. Госпитали и больницы на линии строительства отсутствовали, были организованы лишь временные палаточные медицинские лагеря. В 1898–1899 гг. уровень смертности в 1 тыс. на 20 тыс. человек в год считался низким^[1, p. 59]. По данным на 1923 г., из 14,4 тыс. человек, занятых на строительстве и обслуживании железных дорог, 511 – умерли, а 5,3 тыс. – были госпитализированы, соответственно^[4, 1997, p. 70].

Сельское население Кении страдало, главным образом, от малярии, анемии, сонной болезни и кишечных паразитов. Тотальное распространение имела фрамбезия, приводящая к деформации конечностей. В начале XX в. данным хроническим заболеванием было поражено до 90% населения прибрежных и нагорных районов колониальной Кении. Клинические поражения фиксировались у 20–40% носителей, инвалидность достигала 10%. Кикую называли фрамбезию «мукари» («mucari») и считали ее совершенно рядовым явлением^[3, p. 422].

Первая мировая война способствовала росту интереса к здоровью кенийцев со стороны военных. В 1915 г. первый массовый призыв молодых людей в Кении показал, что 40% из них оказались не пригодны к службе по медицинским показаниям, даже с учетом того, что туземные власти не отправляли на сборные пункты очевидно не подходящий контингент^[3, p. 418]. В 1917–1918 гг. из 16,7 тыс. резервистов-кикую, которых попытались мобилизовать для восполнения потерь, 10,9 тыс. были сразу комиссованы по медицинским показателям, а из оставшихся примерно каждый пятый (17%) был возвращен к домашнему очагу после 100-мильного марша к Найроби по причине элементарной физической некондиции^[4, p. 75].

Даже годные по здоровью бойцы имели все шансы его лишиться без участия в боевых действиях. Основные потери колониальных подразделений на африканском фронте были связаны с плохим снабжением и обычной антисанитарией. К 1917 г. стало ясно, что малярия, дизентерия, проникающие блохи, клещевая и «солнечная» лихорадка («sun fever») выводят из строя гораздо больше личного состава, чем действия противника^[1, p. 48].

После завершения Первой мировой войны и стабилизации имперских финансов в 1920 г. было принято решение о расширении финансирования государственной медицины в колонии. Акцент, между тем, был сделан на заботе о колониальных служащих, европейских поселенцах и городских жителях. Главной угрозой здесь считались инфекционные заболевания. Реальный интерес к состоянию здоровья сельских жителей

и местных рабочих администрация колонии не проявляла. Избыток дешевой трудовой силы формировал иллюзию ее бесконечности. Заболевшим кенийцам быстро находили замену из числа их соплеменников. До 1920 г. на 300 тыс. туземцев приходился в среднем один медицинский сотрудник, который мог годами не показываться «на земле» в своей локации. И это был многофункциональный специалист, в обязанности которого входили контроль за состоянием дел в больницах, организация и проведение амбулаторного лечения, борьба с эпидемиями, соблюдение санитарных норм в населенных пунктах и на рынках. Разумеется, такая нагрузка в полном объеме врачам была не под силу, следование должностным инструкциям носило формальный характер [\[3, p. 419\]](#).

С конца 1920-х гг. в рамках борьбы с тропическими болезнями колониальное правительство запустило программы по обследованию здоровья и иммунизации местных жителей посредством прививок. Только с рубежа 1920-1930-х гг., когда поступили первые подробные результаты, стала понятна истинная глубина проблемы. В стране выделялись целые районы, особенно на сахарных плантациях, где кенийцы никогда не ощущали себя хорошо в течение всей жизни, постоянно страдая от одного или нескольких заболеваний. Смертность детей в возрасте до одного года достигала 40% и считалась обычным делом, при катаклизмах (засуха, голод, эпидемия) речь могла идти о 100%. Изучение жителей Западной Кении в 1931–1932 гг. выявило уровень заболеваемости малярией до 17%, трипаносомозом – до 10%, шистосомозом – до 100%, туберкулезом – до 18%, исследования кала дали 78% положительных проб на как минимум одного паразита [\[2, p. 1710\]](#).

Начавшаяся после Первой мировой войны урбанизация вместе с демобилизацией военных спровоцировала распространение венерических болезней, прежде всего, сифилиса. До 1930 г. он встречался редко, к 1940 г. его доля возросла до 36% от числа всех больных в городах. В сельских районах доля зараженных достигала 20%, стали фиксироваться прецеденты врожденного сифилиса. Распространение этого заболевания по этническим группам не было равномерным. Например, в Найроби 45% заразившихся этим недугом женщин имели сомалийское и суданское происхождение, 25% – принадлежали к нанди и луо, 10% – были масаи и камба, 10% – кукуйю, соответственно [\[3, p. 431\]](#).

Занимаясь вопросами здравоохранения, колониальные власти вполне закономерно с 1920-х гг. заинтересовались рационом местного населения. Прямая связь между питанием и состоянием здоровья западным специалистам была известна давно. Количество потребляемых туземцами калорий, как быстро выяснилось, было вполне удовлетворительным, к микроэлементной базе, между тем, возникли вопросы. В 1930-х гг. получил распространение термин «колониальное недоедание» («colonial malnutrition»), обозначающий калораж на грани ухода в голод при нехватке витаминов в сочетании с некоторыми традиционными диетическими ограничениями (не всегда понятными с рациональной точки зрения) для определенных половозрастных групп [\[4, p. 50\]](#).

Диета земледельцев (кикуйю) была описана как преимущественно вегетарианская, с упором на зерновые, фрукты и овес. В повседневном рационе присутствовали бананы, бобовые и картофель. Животными продуктами (молоко и мясо) крестьяне не пренебрегали, хотя в повседневном рационе их не было. Стол скотоводов-масаев включал главным образом белковые блюда на основе молока, крови и мяса в различных

вариантах. Между этими этническими группами были обнаружены различия в массогабаритных показателях, а именно, первые были в среднем на пять дюймов ниже и примерно на 23 фунта легче вторых. Не совпали и наиболее распространенные заболевания. У первых часто встречались запоры и артриты, вторые были более подвержены малярии, кишечным расстройствам, бронхиальным инфекциям и тропическим язвам, соответственно. Повсеместно имела место быть легкая анемия, кариес, проблемы ортопедического характера (не критичная деформация костей) [\[4, p. 51\]](#).

Факт неудовлетворительного состояния здоровья почти всех колонизируемых народов для британских властей был очевиден. Восточная Африка и, в частности, Кения исключением здесь не была. Еще в начале колонизации этого региона стало понятно, что коренное население страдает от множества самых различных заболеваний и не может рассчитывать даже на примитивную медицинскую помощь. Однако к местным чиновникам осознание масштаба данной проблемы и понимание того, что теперь ей надо плотно заниматься, пришло только на рубеже 1920-1930-х гг.

Кенийская медицина 1920-1950-х гг.

С 1920-х гг. в Кении началось постепенное формирование собственно системы здравоохранения. Ставка была сделана на распространение элементарных норм гигиены и профилактики. Такой подход подразумевал несколько параллельно реализуемых программ, а именно: 1) подготовка медицинских работников младшего и среднего звена на местах из числа туземцев; 2) оказание первичной помощи на уровне общины и деревни; 3) борьба с переносчиками (комары, муха цеце, крысы) инфекций (малярия, сонная болезнь и пр.); 4) пропаганда элементарных знаний о гигиене и санитарии; 5) вакцинация [\[2, p. 1703\]](#).

До 1920 г. в резервациях для кенийцев вообще не было государственных медицинских учреждений. К 1932 г. там было открыто 14 госпиталей, работало более 100 амбулаторий, где трудились, в том числе, европейцы (всего 17 врачей, девять медсестер, шесть санитарных инспекторов). Каждая амбулатория функционировала в качестве отделения ближайшей региональной больницы, руководитель которой («European Medical Officer of Health») подчинялся непосредственно директору департамента здравоохранения в Найроби [\[2, p. 1705\]](#).

Происходило планомерное увеличение государственного финансирования. В 1922 г. бюджет медицинской службы составлял 177 тыс. фунтов ст. в год, европейских работников насчитывалось 39 человек, количество диспансеров не превышало 20, учет посещений не производился. В 1924 г. бюджет был даже сокращен (до 124 тыс. фунтов ст.), штат европейцев уменьшился до 32, но выросло количество диспансеров (до 62), стационары обслужили 29,6 тыс. пациентов, а амбулатории – 151 тыс., соответственно, всего было зафиксировано 189 тыс. посещений. В 1932 г., бюджет вырос до 219 тыс. фунтов ст., стационаров работало 109, европейских специалистов – 54, было принято стационарных пациентов – 31,3 тыс., амбулаторных пациентов – 261,7 тыс., а всего посещений насчитали 646 тыс., соответственно. В 1947 г. бюджет превысил 478 тыс. фунтов ст., численность европейского персонала была 54 человека, стационарных пациентов – 156 тыс., амбулаторных – 801 тыс., всего посещений – 1,3 млн, соответственно [\[2, p. 1706\]](#).

С 1922–1923 гг. наблюдался неуклонный рост числа африканских специалистов. Директор медицинской службы в 1920-х гг., Джон Гилкс (John Gilks), уделял огромное внимание этому вопросу. Специально для этой категории работников были внедрены

штатные должности уборщиков, клерков, медсестер, сиделок, «местных санитарных помощников» («Native Sanitary Assistants»), «ассистентов лаборантов» («African Laboratory Assistants») и т. п. В 1931 г. в Найроби для кенийцев открылась школа «Джинс» («Jeanes School») с двухгодичной учебной программой подготовки по таким специальностям[Chaiken, 1998, p. 1707].

Кенийская колониальная медицина практиковала привлечение женщин в качестве младшего медицинского персонала и акушерок. Особенно это было актуально в прибрежных районах, где была заметна доля мусульман, обуславливающая половую сегрегацию при оказании всех видов услуг. В 1935 г. в одном из роддомов Найроби («Lady Grigg Maternity Centre») были организованы курсы, где готовили специалистов по родовспоможению. С конца 1940-х гг. в учебном центре («Mary Griffiin Nurses Home») проходили обучение профессиональные медсестры и сиделки. В 1930-х гг. в государственных медицинских учреждениях работало уже более 1 тыс. местных жителей, пусть и на не всегда высоких должностях. Сфера акушерства стала своеобразной отдушиной для кенийских женщин, где они могли претендовать на достойное социальное положение[5, 2005].

Крепкие телом и духом медицинские работники участвовали в так называемых «медицинских сафари» («medical safaris»). Это были рейды европейских врачей по наиболее отдаленным населенным пунктам для оказания диагностических и лечебных услуг. Проводились они на постоянной основе, с ежемесячной ротацией специалистов, иногда – в форме пеших экспедиций. После завершения работы с пациентами обычно проводилась открытая встреча («baraza») с широкими слоями населения, где пропагандировались основы гигиены. Ошеломляющий эффект имела практика демонстрации всем желающим через микроскоп яиц кишечных паразитов в содержимом выгребных ям. Применение с 1950 г. оборудованных на платформе автомобилей «Ленд Ровер» («Land Rover») мобильных диспансеров существенно повысило эффективность такого рода активностей[2, p. 1709].

Для локализации и предупреждения вспышек опасных заболеваний проводились масштабные прививочные кампании. Власти действовали в этом направлении оперативно и последовательно, при необходимости – принудительно. В ответ на вспышки оспы в 1930 г. вакцинировали всех без исключения жителей Момбасы (70 тыс. человек), в 1949 г. – Кисуму (45 тыс. человек), всю Центральную (426 тыс. человек) и Южную Ньянзу (633 тыс. человек), а в целом по стране только за период с 1940 г. по 1945 г. – около 1,4 млн человек, соответственно. В конце 1950-х гг. после регистрации 37 случаев полиомиелита оральную прививку от него получили 60 тыс. детей к северу от Найроби, а в 1960 г. – еще 152 тыс. малышей в Южной Ньянзе, соответственно. В течение 1950-х гг. везде по стране стали нормой прививки от туберкулеза и брюшного тифа. Производство вакцин было налажено в Найроби, когда их не хватало, то дополнительные дозы привозили из лаборатории в Дар-ас-Саламе[2, p. 1711].

С 1922 г. для искоренения фрамбезии стали использоваться инъекции препаратов на основе висмута и мышьяка. К 1930-м гг. счет зафиксированных и пролеченных случаев пошел на десятки тысяч человек. С 1950-х гг., когда начали применять препараты на основе пенициллина, стало можно говорить о победе над этой кожной инфекцией[3, p. 430].

Широкий размах приобрели профилактические мероприятия. Вырубались кустарники, осушались малярийные болота и водоемы, применялись пестициды, сжигались

соломенные хижины, зараженные чумными блохами, вводились штрафы за нарушение санитарных норм. Субсидировалось производство и установка бетонных плит для санузлов. Был введен надзор за состоянием скотобоен, общественных туалетов, рынков и магазинов. Для сельских жителей на ярмарках возводились образцы правильно (с точки зрения гигиенических норм) устроенных домов, зернохранилищ, амбаров, хлевов для скота. Колониальная медицинская служба организовала курсы подготовки «водных техников» («water technicians»), занимавшихся облицовкой источников питьевой воды и ограничением доступа к ним домашнего скота. Специальное обучение проходили мальчишки-крысобои («rat boys»), которым сдельно платили за отлов и уничтожение грызунов [\[2, p. 1711\]](#).

В результате исследования диеты коренных жителей была признана более высокая биологическая ценность именно животного белка (в пику набирающему на Западе движению вегетарианства). Подвергся развенчанию миф о большей пользе и сбалансированности именно традиционного питания по сравнению с едой современных на тот период европейских горожан, насыщенной промышленно переработанными продуктами. Ежедневная кружка молока, если удавалось организовать такой элемент рациона, каждому ребенку в детском саду и начальной школе творила чудеса. Буквально в течение нескольких месяцев кенийские дети набирали вес, исчезала анемия, повышалась успеваемость [\[4, p. 58\]](#).

К 1950-м гг. можно говорить о завершении формирования кенийской государственной службы здравоохранения. Она включала сеть местных станций первичной помощи, амбулаторий и больниц в крупных населенных пунктах. Был накоплен колоссальный опыт по борьбе с тропическими болезнями. Соблюдение санитарных норм и вакцинация стали повсеместным явлением. Был достигнут огромный прогресс в борьбе с практически всеми инфекциями. Контроль за системой осуществляла колониальная администрация, ведущие позиции занимали лица европейского происхождения, на местах к работе широко привлекались местные жители, проходившие соответствующую подготовку.

Вклад южноазиатских специалистов

О присутствии индийских врачей в Восточной Африке было известно довольно давно. С 1883 г. при дворе султана Занзибара работал некий парс, доктор Нариман. В 1890 г. на этом архипелаге практиковали, как минимум, три парса и два гоанца (помимо трех европейцев). В пешей экспедиции 1891 г., исследовавшей маршрут для прокладки железных дорог в Кении, приняли участие семь европейцев, 341 африканец (в том числе 270 носильщиков) и 41 индийский специалист [\[1, p. 54\]](#).

В Британской Индии была налажена подготовка докторов для колоний. В 1939 г. в этой части владений Короны насчитывалось 10 специализированных колледжей и 27 медицинских школ. Их выпускники на конкурсной основе без учета кастовой принадлежности могли стажироваться в европейских университетах. Новоиспеченные врачи из Южной Азии направлялись для работы по владениям Империи [\[1, p. 36\]](#).

Использование в Кении индийских докторов было обусловлено ростом соответствующей эмиграции. Рабочие и строители из Индии привлекались для строительства Угандийской железной дороги (до 20 тыс. человек). В общей сложности на одного европейского медицинского специалиста на этом инфраструктурном объекте приходилось около пяти выходцев из Индии.

С начала 1920-х гг., между тем, фокус деятельности врачей из Южной Азии стал

смещаться из государственного сектора в частный. Только за период с 1920 г. по 1923 г. 44 (из 72) индийских доктора ушли из Колониальной медицинской службы. Впрочем, даже в 1936 г. до трети всех больниц для местного населения фактически управлялись индийцами. По сути, в 1920-1930-х гг. на них держалась вся сельская кенийская медицина [\[1, p. 121\]](#).

Специалисты из Южной Азии обходились бюджету дешевле европейцев. В 1920-1940-х гг. ставка доктора из Европы колебалась от 400 до 600 фунтов ст. в год, а из Южной Азии – от 70 до 200 фунтов ст. в год, соответственно. Кроме этого, для первых были предусмотрены гарантии и компенсации – предоставление государственного жилья, надбавки за выслугу лет, трансфер для членов семьи. Выходцы из Индии ничего подобного не имели [\[1, p. 100\]](#).

Платная медицина стала сферой, где многие доктора из Южной Азии смогли найти свое призвание на новой для себя родине. Индийская община была второй по численности расово-этнической группой колониальной Кении, уступая в этом отношении только коренным жителям. В 1895 г. выходцев из Индии было около 2 тыс. человек, в 1940 г. – не менее 50 тыс., а в 1948 г. – около 100 тыс., соответственно. Британцы не особо жаловали неевропейских коллег по цеху. Например, согласно «Постановлению о практикующих врачах и стоматологах 1910 г.» («1910 Medical Practitioners and Dentists Ordinance») для медицинского образования и степеней, полученных в Великобритании, устанавливался более высокий статус по сравнению с формально одинаковым образованием и степенями, присвоенными в Индии. Только с 1935 г. индийским врачам было разрешено вступать в «Британскую медицинскую организацию» («British Medical Association»), в ее восточноафриканское отделение [\[1, p. 7\]](#).

Пионерами частной южноазиатской медицины в Кении были гоанцы. Первая клиника была открыта ими в Момбасе в 1898 г. До 1920 г. частных врачей-индийцев официально насчитывалось всего семь. К 1932 г. их число увеличилось до 40, в 1940 г. – до 50, в 1960 г. – составило не менее 200, соответственно. Почти все они были выпускниками медицинских образовательных центров Бомбея, каждый третий – происходил из Гоа. В конце 1920-х гг. возникла их первая профессиональная структура в Кении – «Индийская медицинская и стоматологическая ассоциация» («Indian Medical and Dental Association»). К рубежу 1930-1940-х гг. доктора из Британской Индии сформировали влиятельную социальную группу в Найроби и Момбасе [\[1, p. 7\]](#).

Финансовая составляющая в работе частных врачей, разумеется, доминировала, хотя встречались прецеденты и благотворительной активности. Известны случаи, когда оплату они брали не фиксированную, а по возможностям клиентов. В 1921 г. в Момбасе именно специалистами от частной медицины была основана «Социальная лига» («Social Service League»), одна из первых в Кении общественных структур, ориентированная на работу с индийской беднотой. На средства южноазиатской общины в Найроби в 1934 г. открылся первый родильный дом [\[1, p. 5\]](#).

Индийцы сыграли огромную роль на первоначальном, самом трудном, этапе становления западной медицины в Восточной Африке. Они брали на себя работу с контрактной трудовой силой, поднимали сельское здравоохранение, выступали меценатами. Интересно, что доминирование европейского подхода в данной сфере было не бесспорным. Довольно долго в Кении сосуществовали и дополняли друг друга четыре медицинские системы – исламская, традиционная индийская (аюрведа), западная и местная африканская (различные практики коренных народов).

Смежная социокультурная проблематика

Служащие Колониальной медицинской службы привлекались также для решения вопросов, выходящих за рамки их основной деятельности. Большинство практикующих врачей было специалистами общей практики, к которым, грубо говоря, обращались со всеми «болячками». Вопросы здравоохранения здесь пересекались с культурными, социальными и экономическими аспектами.

Традиция поголовного, в норме – обязательного для всех девушек кикуйю, «женского обрезания» в Кении (обряд «ируа») шокировала европейцев. Из возможных вариантов исполнения данной операции практиковались самые травмирующие и опасные – иссечение и инфибуляция. Об этом явлении власти узнали во многом случайно, когда в больницы при миссионерских станциях стали поступать пациентки в тяжелом состоянии с соответствующими травмами. Один из первых таких случаев был зафиксирован в 1904 г. на медпункте Шотландской церкви [\[6, p. 48\]](#).

Ни о какой гигиене, анестезии и специальных инструментах говорить при проведении ируа не приходилось. Максимум на что могли рассчитывать прошедшие процедуру – это промывание ран водой и смена травяных повязок. Основополагающее значение данного обряда для всей социальной и семейной жизни кенийцев сводило на нет все аргументы врачей о рисках и неблагоприятных последствиях. Допуск европейских специалистов к его проведению был немыслим. Даже инициатива обучения начальным основам хирургии непосредственных исполнителей операции (как правило – старейшин) потерпела фиаско. Данная традиция имела слишком глубокие корни, она сохраняется по настоящее время [\[7, p. 590\]](#).

Европейская медицина в Кении крупно капитулировала также перед катом, легким наркотиком растительного происхождения, произрастающим на большей части материковой Африки. По действию на организм этот стимулятор схож с амфетамином, синтетическим психоактивным веществом. Западные доктора сразу отметили побочные эффекты от его употребления – подавление аппетита, апатию, сонливость, снижение способности к концентрации и умственной активности. При длительном употреблении развивались заболевания желудочно-кишечного тракта и пищеварительной системы, включая стоматит, гастрит, цирроз печени, запоры. Было выявлено, что особенно большой вред данный продукт наносил здоровью сомалийцев [\[8, p. 377\]](#).

Кат был неотъемлемой частью культуры земледельческих общин, например, меру, а с развитием экономики и транспортной инфраструктуры стал важной составляющей колониальной экономики. На местах он часто выступал как твердая валюта, им гасили кредиты, платили за товары и услуги, вплоть до подушевого налога. Его производство и продажа приносили огромную прибыль бюджету. В 1940-1950-х гг. масштаб употребления ката стал вызывать беспокойство на государственном уровне, но все попытки властей запретить данный наркотик оказались безуспешными. Отсутствие очевидного вреда от него вместе с недостатком знаний о его реальных фармакологических свойствах помешали сломать широко распространенное среди коренных жителей (и даже многих европейцев) мнение о том, что он опасен не более, чем чай, кофе, табак или джин. С рубежа 1950-1960-х гг. кат в Кении фактически употребляется свободно и повсеместно [\[8, p. 382\]](#).

Доктора в Кении принимали косвенное участие в решении этической проблематики, в частности, касающейся жестокого обращения с животными. Конечно, и самих британцев

сложно заподозрить в избыточном гуманизме по отношению к местной фауне. Охота среди английской аристократии в колонии считалась чуть ли не обязательным родом деятельности. Но в чем был смысл забить до смерти безобидного поросенка, снять с дамана шкуру живьем или скормить леопарду в клетке щенков, оставалось для колонизаторов совершенно непонятным. Их раздражала необоснованная и необъяснимая бессердечность кенийцев, которую те демонстрировали к братьям нашим меньшим [\[9, p. 1097\]](#).

Для изменения этой модели поведения кенийцев сперва применялись методы пропаганды и просвещения. В 1912 г. было создано «Восточноафриканское общество по предотвращению жестокого обращения с животными» («East African Society for the Prevention of Cruelty to Animals»). С начала 1920-х гг. вступили в силу первые ограничительные нормы (запретили применение носовых колец для быков). За очевидные факты жестокого обращения с животными землевладельцев приговаривали к штрафам, африканских рабочих пороли. Помогало это мало. Вплоть до конца колониального периода переломить ситуацию в этой сфере британские власти не смогли [\[9, p. 1104\]](#).

Были, разумеется, сложности и с восприятием местным населением передовых методов лечения, в частности, прививок. Для кенийцев болезни были неотъемлемой частью окружающей среды. Вакцинация на первых порах казалась для них излишним вмешательством в общий миропорядок, причем это относилось и к людям, и к домашним животным. Периодическая, раз в 5–10 лет, убыль (50–60%) скота от чумы была, конечно, неприятным событием для скотоводческих племен, провоцирующим голод и миграцию, но чем-то экстраординарным в глазах тех же масаев или календжин не выглядела. Предубеждение перед вакцинированием детей и взрослых удалось преодолеть довольно быстро. В скотоводческой сфере подобные мероприятия вплоть до 1950–1960-х гг. считали излишними. Телята, получившие естественный иммунитет, даже ценились на местных рынках выше привитых [\[10, p. 49\]](#).

Не обошло стороной Кению и довольно распространенное на Западе в 1920–1930-х гг. увлечение евгеникой. Тем более, что в Восточной Африке на конкретных живых примерах можно было обнаружить очевидные для адептов данного учения доказательства его справедливости. В 1933 г. было создано «Кенийское общество по изучению расового улучшения» («Kenyan Society for the Study of Race Improvement»), на базе которого проходили тематические публичные лекции [\[1, p. 70\]](#). Активных членов у этой организации было не много (несколько десятков человек, при общей численности европейской общины более 15 тыс.), хотя некоторые столичные психиатры и врачи на местах были активными пропагандистами идей о расовом превосходстве европейцев над местными жителями и выходцами из Южной Азии. После Второй мировой войны данный тренд, разумеется, сошел на нет [\[11\]](#).

Таким образом, мы видим, что обращение к европейским врачам по проблематике, выходящей за рамки сферы медицины, не всегда было оправдано, редко проходило гладко, часто – на грани конфликта с племенным истеблишментом. Практически все подобные случаи не завершались каким бы то ни было позитивным итогом. Однако отказаться от участия в подобной деятельности они не могли, поскольку в восточноафриканских реалиях первой половины XX в. были одними из немногих носителей актуальных научных знаний, европейской этики и моральных ценностей.

Заключение

Система здравоохранения колониальной Кении зародилась на рубеже XIX–XX вв. Ведущую роль в ее появлении и развитии сыграли колониальные власти и европейские специалисты. Существенное влияние на этот процесс в начале 1900–1920-х гг. оказали врачи южноазиатского происхождения, заложившие основы частной медицины.

К рубежу 1950–1960-х гг. в стране действовал комплекс станций первичной помощи, сельских амбулаторий и госпиталей. Его структура напоминала сеть фельдшерских пунктов, созданную в Российской империи после запуска Земской реформы 1864 г., а также систему фельдшерско-акушерских пунктов и районных больниц, развернутую в СССР.

Население Кении за период с 1926 г. по 1950 г., как минимум, удвоилось и достигло цифры не менее 5,2 млн человек. На этом фоне общий штат медицинской службы был весьма скромным. Численность работающих в моменте европейских докторов никогда не превышала 100 человек, примерно столько же было индийских врачей, африканских специалистов насчитывалось в пределах 1–2 тыс., соответственно. Выделяемый на эту сферу бюджет колебался в пределах 200–400 тыс. фунтов ст. в год.

Система здравоохранения была сегрегирована по расовому принципу. Забота в первую очередь осуществлялась в отношении европейцев, чья доля в общем составе населения никогда не превышала 1%. Местные реалии, где до прихода британцев медицины не было как таковой, диктовали частое обращение к принудительным мерам. Здесь же находятся истоки безусловного и открыто демонстрируемого патернализма по отношению к африканцам, чья знания и опыт в этой сфере по сравнению с европейскими достижениями носили очень условный характер.

Ограниченность (в годы мировых войн – откровенная нехватка) человеческих и финансовых ресурсов не помешала британским властям добиться в данной области огромных успехов. К концу колониальной эпохи в Кении практически полностью были искоренены чума, оспа, холера, онхоцеркоз, желтая лихорадка и возвратный тиф, распространение туберкулеза, проказы и сонной болезни – локализовано. Прошла апробацию методология осушения и дренажа стоячих водоемов для снижения популяции малярийных комаров. Прививки стали нормой для коренного населения, снижены риски заболевания новорожденных столбняком и полиомиелитом. Велась планомерная агитационная работа по распространению санитарных норм и основ личной гигиены. Удалось выявить прямую взаимосвязь между недоеданием, паразитарными инфекциями и анемией. Открытие медицинских школ позволило наладить процесс подготовки кадров из числа местных жителей. Накопленный за этот период базис впоследствии был успешно использован кенийскими властями для развития сферы здравоохранения в эпоху независимости.

Библиография

1. Greenwood A., Topiwala H. Indian Doctors in Kenya, 1895–1940. The Forgotten History. London, 2015. 266 p.
2. Chaiken M.S. Primary Health Care Initiatives in Colonial Kenya // World Development, 1998. Vol. 26. № 9. P. 1701–1717.
3. Dawson M.H. The 1920s Anti-Yaws Campaigns and Colonial Medical Policy in Kenya // The International Journal of African Historical Studies, 1987. Vol. 20. № 3. P. 417–435.
4. Brantley C. Kikuyu-Maasai Nutrition and Colonial Science: The Orr and Gilks Study in Late 1920s Kenya Revisited // International Journal of African Historical Studies, 1997. Vol. 30. № 1. P. 49–86.

5. Kanogo T. African womanhood in colonial Kenya, 1900-50. Oxford: James Currey; Athens, Ohio: Ohio University Press, 2005. 268 p.
6. Mufaka K. Scottish Mission and the Circumcision controversy in Kenya 1900–1960 // International Review of Scottish Studies, 2003. Vol. 3. P. 47–58.
7. Kiragu S. Conceptualising children as sexual beings: pre-colonial sexuality education among the Gĩkũyũ of Kenya // Sex Education: Sexuality, Society and Learning, 2013. Vol. 13. № 5. P. 585–596.
8. Anderson D., Carrier N. Khat in Colonial Kenya: a History of Prohibition and Control // The Journal of African History, 2009. Vol. 50. Issue 3. P. 377–397.
9. Shadle B.L. Cruelty and Empathy, Animals and Race, in Colonial Kenya // Journal of Social History, 2012. Vol. 45. № 4. P. 1097–1116.
10. Waller R. 'Clean' and 'Dirty': Cattle Disease and Control Policy in Colonial Kenya, 1900–40 // Journal of African History, 2004. Vol. 45. № 1. P. 45–80.
11. Campbell Ch. Race and Empire: Eugenics in Colonial Kenya. Manchester University Press, 2007. 214 p.

Результаты процедуры рецензирования статьи

В связи с политикой двойного слепого рецензирования личность рецензента не раскрывается.

Со списком рецензентов издательства можно ознакомиться [здесь](#).

Отзыв на статью «Система здравоохранения колониальной Кении»

Предметом исследования выступает процесс становления системы здравоохранения и особенности его развития в колониальной Кении. Методология исследования базируется на принципах объективности, научности, историзма и системности. В работе, как видно из ее структуры и содержания, использованы конкретные исторические методы исследования: историко-генетический, сравнительно-исторический, проблемно-хронологический.

Актуальность темы. Актуальность исследуемой темы автор объясняет тем, что формирование системы здравоохранения в колониальной Кении «относится к одному из самых интересных аспектов прошлого данного региона». И далее в статье отмечается, что «медицина развивалась при полном доминировании западных методик, без обращения к локальным врачебным практикам». Автор пишет, что особенность системы здравоохранения была в том, что общественное здравоохранение развивали европейцы, а частное – выходцы из Южной Азии. Актуальность темы очевидна и представляет большой интерес с научной и практической точки зрения, для сравнения опыта становления системы земской медицины в нашей стране и системы здравоохранения в Кении, с учетом того, что автор статьи отмечает, что система здравоохранения в Кении по структуре была схожа со структурой Российской системы здравоохранения после земской реформы 1864 г.

Научная новизна заключается в постановке проблемы, а также в том, что в статье качественно проанализирован процесс становления медицины в колониальной Кении, показаны какие меры по профилактике болезней принимались властями, как велась борьба с различными болезнями, какие меры принимались для их искоренения, как шло распространение норм гигиены среди населения. Новизна заключается в том, что по сути это первая специальная работа в нашей стране, которая посвящена становлению и развитию системы здравоохранения в Кении с конца XIX в. до 1963 г.

Стиль работы научный, точный в формулировках. Структура работы направлена на

достижение цели статьи и поставленных в ней задач и состоит из небольшого введения, в котором автор раскрывает причины появления системы здравоохранения в Кении и пишет, что «приоритетом развития медицины в Кении была забота о белых поселенцах и снижении рисков массовых эпидемий в целом». Основная же часть статьи состоит из трех разделов, название которых раскрывает их содержание: Положение дел в начале XX в.; Кенийская медицина 1920-1950-х гг.; Вклад южноазиатских специалистов; Смежная социокультурная проблематика. В заключении статьи представлены выводы автора по теме.

Библиография работы состоит из 11 источников (по теме статьи на английском языке. Большинство работ написаны в последние 10 лет, одна работа 1989 и две работы 1998 года). Библиография в полной мере раскрывает предметную область исследования.

Апелляция к оппонентам представлена на уровне собранной информации, полученной автором в ходе работы над темой статьи и в библиографии.

Выводы автора вытекают из проделанной работы и объективны. Автор отмечает, что в появлении и развитии системы здравоохранения в Кении важнейшая роль «принадлежит колониальным властям и европейским специалистам. Существенное влияние на этом процессе в начале 1900-1920-х гг. оказали врачи южноазиатского происхождения, заложившие основы частной медицины». Несмотря на все объективные факторы, в том числе и нехватку средств в период Первой и Второй мировых войн британские власти добились в развитии системы здравоохранения в Кении большего успеха и к концу колониальной эпохи практически полностью были искоренены многие инфекционные болезни, преодолены недоверие к официальной медицине со стороны населения. Автор пишет, что «прививки стали нормой для коренного населения, снижены риски заболевания новорожденных столбняком и полиомиелитом. Велась планомерная агитационная работа по распространению санитарных норм и основ личной гигиены. Удалось выявить прямую взаимосвязь между недоеданием, паразитарными инфекциями и анемией. Открытие медицинских школ позволило наладить процесс подготовки кадров из числа местных жителей. Накопленный за этот период базис впоследствии был успешно использован кенийскими властями для развития сферы здравоохранения в эпоху независимости».

Статья имеет признаки научной новизны, будет интересна историкам, культурологам, социологам, медикам и широкой читательской аудитории.