МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБОУ ВПО «ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

На правах рукописи

АХМАДОВ
ТАХУЗ ЗАЙНДИЕВИЧ

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ВРАЧЕБНО-САНИТАРНОГО ДЕЛА НА СЕВЕРО-ВОСТОЧНОМ КАВКАЗЕ (XIX в. – 1940 г.)

07.00.10 – История науки и техники (история медицины)

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук,
профессор З.Р. АЛИКОВА

Москва -2014

О Г Л А В Л Е Н И Е

ВВЕДЕНИЕ ……..5

Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И ХАРАКТЕРИСТИКА ИСТОЧНИКОВ

1.1. Характеристика литературных материалов ……...…13

1.2. Характеристика источников …….25

Глава 2. ИСТОРИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО КАВКАЗА, И ОСОБЕННОСТИ НАРОДНОГО ВРАЧЕВАНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В XIX в.

2.1. Социально-экономическое развитие и административное устройство Северо-Восточного Кавказа в XIX веке ……..……... 35

2.2. Медико-географическая характеристика Северо-Восточного Кавказа в XIX веке ……39

2.3. Народное врачевание, как основной вид медицинской помощи горскому населению на Северо-Восточном Кавказе в первой половине XIX века ……...……43

Глава 3. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО КАВКАЗА ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX – НАЧАЛЕ XX века (до 1917 г.)

3.1. Медицинская помощь горскому населению Терской и Дагестанской областей …….....……...…55

3.1.1. Окружная система организации медицинского обслуживания горского населения. ……..…….....57

3.1.2. Участковая система медицинского обслуживания горского населения…….…70

3.2. Постановка медицинского дела в казачьих войсках и станицах Терской области……..86

3.2.1. Войсковая медицина терских казаков ….....87

3.2.2. Организация сельской медицины Терского казачьего войска ..98

3.3. Организация медицинской помощи населению в городах Северо-Восточного Кавказа…….…108

3.4. Медицинское обслуживание рабочих производственных предприятий …….…….125

3.5. Подготовка медицинских кадров на Северо-Восточном Кавказе в XIX – начале XX вв. …….....132

Глава 4. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АВТОНОМИЯХ СЕВЕРНОГО КАВКАЗА В 1917–1940 гг.

4.1. Формирование системы здравоохранения в первые годы советской власти в Горской АССР и Дагестанской АССР и развитие сети лечебно-профилактических учреждений ……..…..…….. 142

4.2. Становление здравоохранения Чечни и Ингушетии 156

4.3. Становление здравоохранения Дагестана. …….……. 163

4.4. Становление здравоохранения Северной Осетии ……174

4.5. Становление здравоохранения Кабардино-Балкарии. ……..…...176

4.6. Подготовка медицинских кадров на Северо-Восточном Кавказе в 1917-1940 гг……...182

4.6.1. Подготовка средних медицинских кадров …….182

4.6.2. Подготовка врачебных кадров в высших медицинских образовательных учреждениях региона……..186

Глава 5. СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА СЕВЕРО-ВОСТОЧНОМ КАВКАЗЕ (XIX в. – 1940 г.)

5.1. Санитарно-эпидемиологическая характеристика региона ……..195

5.2. Организация санитарного надзора ……..…..207

5.3. Организация борьбы с эпидемическими заболеваниями ……217

5.4. Организация борьбы с социальными болезнями (туберкулез, венерические болезни, трахома, лепра) ……..…. 227
Глава 6. РАЗВИТИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ДЕЛА НА СЕВЕРО-ВОСТОЧНОМ КАВКАЗЕ В XIX в. – 1940 г.
6.1. Характеристика минеральных источников региона и начало их регулярного использования в XIX – начале XX вв. …..……..244
6.1.1. Минеральные источники Чечни и Ингушетии……..246
6.1.2. Минеральные источники Дагестана …….……255
6.1.3. Минеральные источники Кабарды и Балкарии ……258
6.1.4. Минеральные источники Осетии ……261
6.2. Формирование советской системы санаторно-курортного дела в северокавказских республиках в 1920 - 1940 гг. . ……..262
ЗАКЛЮЧЕНИЕ……275
ВЫВОДЫ ……283
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ…...289
ПРИЛОЖЕНИЕ……348

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Изучение здравоохранения, как важнейшей формы социальной жизни, исследование исторических этапов его становления и развития представляет собой одну из актуальных задач медицинской науки. Обращение к историческому опыту развития здравоохранения и медицины позволяет проанализировать с современных позиций формы и методы оказания медицинской помощи населению, выделить прогрессивные направления ее организации.

Особое значение изучение истории здравоохранения имеет для Северо-Восточного Кавказа с его физико-географическими, социально-экономическими и политическими особенностями многонациональной южной окраины России в XIX – начале XX вв. Изучение опыта организации медицинской помощи в крае, где профессиональная медицина появилась только во второй половине XIX в., помогает оценить положительные тенденции в деле охраны здоровья населения в прошлом и возможности его использования в настоящее время. Наряду с этим, глубокое осмысление и анализ исторических процессов в развитии здравоохранения позволяет избежать ошибок прошлого.

Кроме того, изучение истории региональной медицины, имеющей в силу объективных обстоятельств целый ряд особенностей, будет определенным вкладом в историю отечественной медицины и здравоохранения.

Вместе с тем, анализ литературных источников и научно-исследовательских работ по данному вопросу свидетельствует о недостаточной разработанности темы. Не исследованы такие важные вопросы, как организация медицинской помощи терскому казачеству, горскому населению, а также организация городской и фабрично-заводской медицины в регионе. Разрозненность сведений об истории здравоохранения на Северо-Восточном Кавказе в XIX – начале XX вв. не

позволяет создать целостного представления о состоянии медицинской помощи населению края. Обобщающего характера монографические и диссертационные исследования об организации медицинской помощи населению региона в изучаемый период отсутствуют.

Цель исследования. Воссоздать целостную картину состояния врачебно-санитарного дела на территории Северо-Восточного Кавказа в XIX – начале XX вв. (до 1940 г.)

Задачи исследования:

1. Изучить особенности становления организационных основ охраны здоровья на Северо-Восточном Кавказе на разных этапах социально-экономического и общественно-политического развития региона в XIX – начале XX вв.;

2. Проанализировать истоки горской народной медицины как единственной формы оказания медицинской помощи населению в регионе до середины XIX в.;

3. Определить основные формы организации врачебно-санитарного дела в Терской и Дагестанской областях в XIX в. – 1917 г. и дать характеристику государственного гражданского здравоохранения (окружная, участковая, городская и фабрично-заводская медицина) и медицинского обслуживания казачьего населения;

4. Охарактеризовать основные направления развития здравоохранения Северо-Восточного Кавказа в XIX в. – 1940 г. и показать определяющее значение русской и советской медицины в научном изучении края, создании лечебных учреждений, подготовке национальных медицинских кадров, развитии санаторно-курортного дела, борьбе с эпидемическими и социальными болезнями.

5. Провести комплексный анализ организации лечебно-профилактической помощи и ресурсного обеспечения советского здравоохранения на Северо-Восточном Кавказе в предвоенные годы XX в.

и оценить изменения в охране здоровья населения края в 1917-1940 гг.

Объект исследования. Объектом исследования явилась организация медицинской помощи населению Дагестана, Чечни, Ингушетии, Северной Осетии, Кабардино-Балкарии и Терского казачьего войска, входивших в исторически сложившийся в XIX в. на северо-востоке Кавказа народнохозяйственный и позже административный регион, связанный с 1860 г. с границами Терской и Дагестанской областей, а с 1917 г. национальных автономных образований Северо-Восточного Кавказа.

Хронологические рамки исследования охватывают период с середины XIX в. до 1940 г. Начальная дата исследования связана с появлением первых медицинских учреждений в крае. Окончательная дата связана с предвоенным советским периодом, когда в организации здравоохранения были достигнуты более заметные успехи, чем в предыдущие дореволюционные годы.

Методы исследования. В исследовании использованы общие методологические подходы для историко-медицинских исследований с применением историко-генетического, сравнительно-исторического, проблемно-хронологического методов, сравнительного и системного анализа.

Источниковедческая база исследования многочисленна и включает как опубликованные так и не опубликованные документы центральных и местных ведомств. Целенаправленно использовалась большая группа источников правового характера, нормативные акты, публикации в научной и периодической печати, различного рода обзоры и отчеты, справочники и энциклопедии, материалы съездов, касающиеся развития и преобразований в сфере здравоохранения в изучаемый период.

Важную часть составили статистические материалы, позволяющие восстановить численность медицинских учреждений, обеспеченность

коечным фондом и медицинским персоналом, а также проследить динамику заболеваемости и роста уровня медицинского обслуживания населения.

Обширную группу источников составили неопубликованные архивные материалы, впервые вводимые в научный оборот. Изучены документы Государственного архива РФ, Российского Государственного военно-исторического архива, Государственных архивов Республики Дагестан, Чеченской республики, Республики Ингушетия, Республики Северная Осетия-Алания, Кабардино-Балкарской республики.

Научная новизна результатов проведенного исследования состоит в том, что впервые:

– воссоздана целостная картина организации медицинской помощи горскому населению и казачеству в Терской и Дагестанской областях в XIX – начале XX вв.;

– показано становление организации медицинской помощи населению в городах северо-восточного Кавказа, а также рабочим на предприятиях в XIX – начале XX вв.;

– определена степень влияния социально-экономического и культурного развития региона на состояние здоровья населения и уровень организации медицинской помощи в изучаемый период;

– показано становление военно-народного управления здравоохранением в регионе в XIX в.;

– систематизированы и обобщены данные по становлению и развитию санитарно-эпидемиологической службы, курортного дела в регионе, а также подготовки медицинских кадров.

Выявлены, изучены и впервые введены в научный оборот архивные документы, дополняющие ранее опубликованные материалы и позволяющие воссоздать объективную картину организации врачебно-санитарного дела на Северо-Восточном Кавказе в XIX в. – 1940 г.

Научно-практическая значимость работы. Диссертационное

исследование восполняет пробел в историко-медицинских исследованиях и является вкладом в создание объективной, написанной с современных позиций, истории медицины и здравоохранения северо-восточного Кавказа и России в целом.

Исследование позволяет обобщить опыт охраны здоровья населения на Северо-Восточном Кавказе и показать, с учетом региональных особенностей, возможности его использования в современных условиях.

Материалы диссертации могут быть использованы в преподавании истории медицины и общественного здоровья и здравоохранения в медицинских учебных заведениях, а также в музейно-выставочном деле соответствующей тематической направленности, при написании учебно-методических пособий по истории и организации здравоохранения региона, а также обобщающих работ по истории здравоохранения России.

Материалы диссертации могут быть полезны при организации Музея истории медицины Чечни.

Внедрение результатов исследования. Основные результаты исследования получили отражение в 53 научных публикациях, в том числе в рекомендуемых ВАК Минобрнауки РФ журналах – 12 и в материалах международных конференций – 12, , а также 3 монографиях (58,08 усл.п.л.).

Материалы диссертации используются в преподавании истории медицины в Медицинском институте Чеченского государственного университета, Чеченского медицинского колледжа, медицинском факультете Кабардино-Балкарского государственного университета, а также Северо-Осетинской и Дагестанской государственных медицинских академиях.

Результаты исследования включены в многотомную энциклопедию Чеченской Республики и многотомное руководство «История Чечни».

Апробация диссертации. Материалы диссертации доложены на международных и всероссийских научных форумах, в том числе на

международном симпозиуме «Роль медицинской общественности в здравоохранении России: история и современность» (Москва, 2009), IX съезде травматологов-ортопедов (Саратов, 2010), научно-практической конференции «Актуальные вопросы курортологии, восстановительной медицины и профпатологии» (Пятигорск, 2010), международном симпозиуме «Традиции и новаторство в истории отечественной медицины» (Москва, 2012), международной конференции «Становление государственной медицины в России (XVIII–XX вв.)» (Москва, 2012), международной научно-практической конференции «Сучасна медицина: актуальні проблеми, шляхи вирішення та перспективи розвитку» (Одесса, 2013), международном симпозиуме «Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения» (Москва, 2013), международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» (Москва, 2014), международной научно-практической конференции «Пріоритети сучасноі медицини: теорія і практика» (м. Одеса, 2014) и др.

Результаты исследования обсуждены на межкафедральной научной конференции ФГБОУ ВПО «Чеченский государственный университет» (2014) и межотдельческой научной конференции ФБГУ «Национальный НИИ общественного здоровья» РАМН (2014).

Личный вклад автора. Автором самостоятельно разработаны программа и план исследования, проведен аналитический обзор источников и литературы. Автор лично проводил работу в российских архивах и библиотеках. Автором организован и осуществлен сбор первичного материала исследования, самостоятельно проведен анализ материала и интерпретация результатов, полученных в ходе исследования. Результаты проведенного исследования нашли свое отражение в 53 научных публикациях, в том числе в рекомендуемых ВАК Минобрнауки РФ

журналах – 12, в материалах международных конференций – 12, , а также 3 монографиях.

Соответствие паспорту научной специальности. Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 07.00.10 – история науки и техники (медицинские науки). Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно пунктам 1, 4, 5, 7, 8.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Низкий уровень социально-экономического и этнокультурного развития, а также общественно-политическая ситуация на Северо-Восточном Кавказе в XIX в. обусловили значительное отставание в организации медицинского дела, характеризовавшееся отсутствием лечебных учреждений, медицинских кадров, материальных и финансовых средств; в результате, народная медицина вплоть до начала XX в. оставалась основным видом медицинской помощи в крае.

2. Основными формами организации врачебно-санитарного дела в Терской и Дагестанской областях в XIX в.–1917 г. были, малоэффективное в условиях Северного Кавказа, государственное гражданское здравоохранение в виде системы окружной и городской медицины, сельско-врачебной части, и по форме войсковой медицины иррегулярных казачьих войск России для казачества.

3. Здравоохранение Северо-Восточного Кавказа на всех этапах своего развития являлось составной частью российского и советского государственного здравоохранения, имевших определяющее значение в научном изучении края, создании лечебных учреждений, подготовке национальных медицинских кадров, борьбе с эпидемическими и социальными болезнями, организации курортного дела.

4. Система научно-обоснованных организационных и медицинских мероприятий по охране здоровья населения в национальных областях и

республиках Северо-Восточного Кавказа сложилась в советском государственном здравоохранении в первые десятилетия XX в. и была направлена на решение региональных проблем улучшения медицинской помощи и повышение ее качества.

Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И ХАРАКТЕРИСТИКА ИСТОЧНИКОВ

1.1. Характеристика литературных материалов

Изучение исторического опыта становления и развития медицинской помощи на Северо-Восточном Кавказе в XIX в. – 1940 гг. потребовало привлечения значительного массива литературных материалов, в том числе специальных публикаций по истории, этнографии, медицинской географии и др. Систематизация литературных источников способствовала последовательному и детальному анализу изучаемой проблемы.

В первую группу литературных источников вошла историческая литература, располагающая историческими сведениями о включении Северного Кавказа в состав Российской империи, общественно-политическом и социально-экономическом развитии народов, проживающих в данном регионе. К этим работам следует отнести капитальные труды местных историков: «Очерки истории Дагестана» (1957), «История Северо-Осетинской АССР» (1959), «Очерки истории Чечено-Ингушской АССР» (1967), «История Кабардино-Балкарской АССР» (1967), «История народов Северного Кавказа с древнейших времен до-конца XVIII в.» (1988) [414,238,411,412,236,237]. Вместе с тем в них получили отражение, в основном, общие вопросы истории этноса и очень кратко приводятся сведения о здравоохранении региона, а о таком разделе знаний у горских народов, как народная медицина не упоминается совершенно. То же относится и к монографии Е.И. Крупнова «Древняя история Северного Кавказа» (1960) и работе В.Б. Скитского «Очерки истории горских народов» (1972), содержащие, однако, ценные сведения о периоде формирования этнического состава Северного Кавказа [296,549].

Определенный интерес для нас представил большой труд о народах Кавказа известного русского историка и кавказоведа Н.Ф. Дубровина «История войны и владычества русских на Кавказе» (1871) [187]. Несмотря на то, что эта работа имеет сегодня ряд ошибочных положений и, страдает серьезными недостатками, тем не менее, она представляла для своего времени несомненную научную ценность в смысле привлечения и обобщения обширного фактического материала по истории кавказских народов (черкесов, ногайцев, осетин, чеченцев, дагестанцев) и широкого освещения их внутреннего строя, быта и нравов.

Ценными материалами для исследования, важным источником информации о регионе являются произведения первых северокавказских дореволюционных национальных просветителей и общественных деятелей, прежде всего С.Хан-Гирея («Записки о Черкесии», 1836), Ш.Б. Ногмова («История адыхейского народа», 1861) У. Лаудаева («Чеченское племя», 1872), Г.-М.Амирова («Среди горцев Северного Дагестана», 1873), Б.Гатиева («Суеверие и предрассудки у осетин», 1876), Ч.Э. Ахриева («Заметки об ингушах», 1878), и др. [629,381,320,21,135,35].

Некоторые данные, прямо или косвенно касающиеся медицины, найдены в этнографической литературе. Несмотря на то, что научных исследований о Кавказе немного, так как изучение его предпринималось большей частью деловыми людьми, чиновниками, путешественниками, а также военными и врачами, служившими в Кавказской армии. Эти публикации дают нам материал, уточняющий более поздние работы конца XIX – начала XX вв. Несовершенные с точки зрения современной науки они являются бесценным источником, с фотографической точностью воспроизводящим интересующие нас факты культуры, в том числе медицинского характера (о болезнях, методах и приемах лечения и т.д.).

К данного рода публикациям следует, прежде всего, отнести сообщения ученых и путешественников, опубликованные Б.А. Калоевым в

сборнике «Осетины глазами русских и иностранных путешественников» (1967) и проф. Б.А. Гардановым в книге «Адыги, балкарцы и карачаевцы в известиях европейских авторов» (1974), а также представленные в сборниках «Дагестан в известиях русских и западно-европейских авторов XIII-XVIII вв.» (1982), «Кавказ: европейские дневники XIII-XVIII веков» (2010) [403,7,167,240]. На фоне немногочисленных источников, они представляют собой большую ценность, повествуя о традиционной культуре и быте народов Северного Кавказа XVII-XVIII вв.

Особый интерес составили для нас публикации некоторых авторов, в которых мы встречаем наиболее ранние упоминания об этнографии Северо-Восточного Кавказа, а также народной медицине. К ним относятся, прежде всего работы: Н.Витсена «Северная и восточная Татария» (1785), Э.Спенсера «Путешествие в Черкесию» (1839), «Путешествие по Дагестану и Закавказью» (1849) И. Березина, «Дневник путешествия в 1871 году от пограничной крепости Моздок во внутренние области Кавказа.», принадлежавший офицеру русской армии Л.Л. Штедеру и др. [108,561,51,663]. Из материалов путешественников XVIII в. особого внимания заслуживают заметки Я. Рейнегса «Всеобщее историко-топографическое описание Кавказа» (1796), в которых приводятся краткие, но интересные данные о материальной культуре, хозяйственных занятиях, обычаях и обрядах, связанных с лечением и болезнью [486]. В работах известных путешественников Абре де ла Мотре и Джона Кука обнаружены важные сведения о методе вариоляции у кабардинцев.

XIX век в русской этнографии характеризовался более интенсивным изучением Северного Кавказа благодаря созданию Кавказского отдела «Русского географического общества». Из кавказоведческих работ начала XIX в. первостепенное место занимают работы академика Ю. Клапрота «Путешествие по Кавказу и Грузии, предпринятое в 1807-1808 гг.», А.М. Шегрена (1847), А.П.Берже (1859) и др. [276,656,53]. Значительное

внимание в них уделено традиционному хозяйственному быту. Наряду с описанием семейных обрядов и обычаев, мы находим в них элементы народного врачевания. Однако рассматриваемые явления не получили в этих работах критического анализа.

В работах известных авторов этого периода С. Броневского, Н.Я. Данилевского, явно выражен военно-топографический характер [67,171]. Тем не менее, С. Броневский уделил немало внимания состоянию здоровья горских народов и народным методам лечения. В работе « Новейшие географические и исторические известия о Кавказе» (1823) он писал: « От головной боли, хотя бы она происходила от внутренних причин, перевязывают голову крепко платком, и ходят с сею повязкой, пока боль не уймется. Прочие болезни, имеющие начало в роскошной и недеятельной жизни, вовсе им неизвестны». «Из врачебных растений, - отмечал в 1846 г. Н.Я. Данилевский, - находятся на Кавказе в довольном количестве и многих родов» [171].

В круг значимых для нас работ входят и публикации В.Ф. Миллера, и Ф.И. Леонтовича (1883) [353,323]. В наиболее крупном исследовании дореволюционной этнографической литературы, не потерявшим своей научной ценности до настоящего времени «Осетинские этюды» В.Ф. Миллера (1882), наряду с подробной характеристикой первобытной религии рассматриваются семейно-брачные отношения, обряды и обычаи, связанные с рождением и воспитанием ребенка, элементы традиционного питания. В работе затрагиваются вопросы отношения горцев к болезни и больному.

Содержание и уровень развития народной медицины северокавказских народов отражен в трудах российских исследователей. Об искусстве горских лекарей писали современники: руководитель Кавказского отдела Генерального штаба генерал А.А. Неверовский (1847), известный русский хирург Н.И. Пирогов (1847), военный историк генерал

Н.Ф. Дубровин (1871), офицеры Ф.Ф. Торнау, А.И. Руновский и др. [377,426,187,498,597].

Анализ трудов русских ученых показал, что медицинская наука XIX века дала высокую оценку методам лечения ран и переломов у горцев. Известный русский хирург Н.И. Пирогов в своем труде «Отчет о путешествии по Кавказу» посвятил целую главу «азиатским туземным врачам» (1948). Как писал Н.И. Бурденко: «Учение Пирогова о ранах является результатом колоссального его опыта как хирурга-травматолога. Наблюдение в Салтах и его знакомство с врачами горцев (гакимами) привели его к убеждению, что часть ран может заживать без всякого вмешательства и, что даже инородные тела могут без вреда для организма вживать в ткани тела» [73]. Основное направление народной медицины горцев - сберегательное лечение ранений и переломов, благодаря Н.И. Пирогову - стало достоянием медицинской науки, а некоторые элементы опыта горцев вошли в русскую военно-полевую хирургию.

В группе дореволюционной литературы интерес представляют работы, касающиеся краевой патологии: К.М. Трипольский (1866), владевший аварским языком, описал наиболее частые заболевания у горцев Аварского округа, их вероятные причины; Г.С. Кузнецов (1865) изложил особенности заболеваний, встречавшихся у горцев в Даргинском округе, а Г.Сухоцкий (1867) в Кайтаго-Табасаранском округе; И. Салтыков описал эндемический зоб, часто встречавшийся среди жителей горного Дагестана, причины которого оставались неизвестными [599,297,570,505].

В диссертации Я.Д. Вышегорода «Материалы для антропологии кабардинского народа (адыге)» (1895) приводится сомнительное заключение о низком уровне заболеваемости среди кабардинского народа, которое, однако, опровергается более поздними исследованиями [118].

Материалы по медицине обзорного характера содержатся в диссертации М.А. Мисикова «Материалы для антропологии осетин» (1915)

[361]. В работе приводятся данные о распространении различных заболеваний среди осетин и методах их лечения, в том числе использовании целебных трав. Анализируя причины распространения туберкулеза, венерических и ряда инфекционных заболеваний, автор указывает на неблагоприятные условия жизни. Довольно подробно М.А. Мисиков останавливается на вопросах традиционного образа жизни. В работе говорится о печальных последствиях «лечения» мулл, гадалок, знахарей, к которым часто прибегали местные жители.

Из литературных источников следует выделить публикации, в которых были подняты вопросы по санитарному состоянию жизни и быта горского населения северо-востока Кавказа. В работах доктора медицины, генерал-штаб-доктора Кавказского наместничества Э.С. Андреевского (1848), областного врача Терской области В.А. Городновского (1893), врачей Г.Н. Минха (1894), В.В. Святловского (1898), И.И. Пантюхова (1866-1901), М.М. Далгата (1901), П.Е. Митника (1901), Г.А. Колосова (1909), К.И. Чудовского (1912) подчеркивалось крайне неудовлетворительное санитарное состояние населенных мест, низкая санитарная культура населения, распространение социально обусловленных болезней (туберкулез, сифилис, трахома) [22,152,357,536,419,420,170,362, 286,649].

Литературные материалы, касающиеся организационных вопросов медицинской помощи населению Северо-Восточного Кавказа в XIX в. немногочислены. Среди таких работ ценный материал о состоянии здравоохранения в округах Терской области имеется в работах окружных врачей А.И. Дроздовского (1870), Я. Верлина (1870), К. Бахутова (1881), К.И. Чудовского (1912) [185,93,47,649].

В работах по истории здравоохранения Северо-Восточного Кавказа определенное место занимают публикации о целебных источниках. Географическое, гидрогеологическое, историческое, бальнеологическое

описание минеральных источников Северного Кавказа сделано в достаточно полном объеме учеными исследователями академиком И.А. Гильденштедтом (1770-1773), проф. А. Нелюбиным (1825), проф. П.Н. Савенко (1828), Ф.А. Баталиным (1861), академиком Г.В. Абихом (1866-1878), В.С. Богословским (1881), С. Кулибиным (1896), Н.В. Десницким (1914) и др. [144-146,378,504,45,3,4,63,299,175].

Однако в дореволюционной литературе вопросы состояния медицинского дела в XIX – начале XX вв. в южных городах не получили достаточного освещения. Приведенный материал указывает на отсутствие работ обобщенного характера, касающихся системы организации медицинской помощи населению. Мало работ, освещающих вопросы медицинского обслуживания горского населения, казачества, переселенцев, населения городов, рабочих заводов и фабрик на Северо-Восточном Кавказе в XIX в. Практически не освещена и санитарно-эпидемиологическая служба, становление которой началось в конце XIX – начале XX в.

Вопросы становления советского здравоохранения, в т.ч. и на Юге России, первыми были информативно отражены в Бюллетени народного комиссариата здравоохранения РСФСР (1920-1940 гг.) [74]. Состояние здравоохранения в национальных образованиях Северо-Восточного Кавказа в первые десятилетия советской власти описано в работах В.А. Макаренко (1925), М.П. Мультановского (1925), Н.Ф. Носова (1925), С.Г. Мамулянца (1926), Н.П. Шульевой (1926), И.М. Муравьева (1926), И.Г. Имамалиева (1928), А.А. Григорьева (1928), В.М. Мухина (1928), А.Д. Астафьева (1930) [331,366,383,339,369,664,226,158,374,25]. Указанные работы содержат достаточно большой фактический материал, который, однако, не анализируется и поэтому пригоден только в сравнительном аспекте.

Особый интерес представили для нашего исследования отчеты экспедиций врачебных отрядов в горные районы национальных областей,

опубликованные в 20-х гг. XX в. В работе А.Д. Островского «Обследование пионеров в национальных областях Северного Кавказа» (1925) приводятся результаты исследования состояния здоровья и физического развития школьников [405]. В статье Л.Ф. Раухваргера «Венерологический отряд Наркомздрава в Чечне» (1927) приводятся сведения не только о распространенности сифилиса и кожных заболеваний в Чечне, но и предпринята попытка изучения эпидемиологии распространения сифилиса [485]. Обширный материал о глазной патологии в регионе обнаружен нами в работах профессора С.И. Очаповского (1928-1932), В.А. Орлова (1928), М.М. Сахаровой (1928) [410,402,508]. Сведения о распространенности психических заболеваний в Осетии, Ингушетии, Чечне приведены в работе профессора М.Я. Серейского «Психоневрология в нацобластях (по материалам экспедиции в С.Осетию, Ингушетию и Чечню)» (1933) [479].

Из работ советского периода известно диссертационное исследование академика О.В. Барояна «Санитарное описание Дагестана и лакских аулов» (1939), проведенное им в годы работы в Дагестанской АССР с 1933 г. по 1943 г. [42]. Здравоохранению Дагестана в первые десятилетия советской власти посвящены работы В.Г. Березина «Здравоохранение в Дагестане» (1925), И.Г. Имамалиева «Состояние дела здравоохранения в Дагестане» (1929) [52,227].

Значительный вклад в дело изучения минеральных источников Дагестана внесла и экспедиция профессора В.А. Александрова, результаты которой приведены в коллективной монографии «Дагестанская экспедиция государственного Центрального института курортологии 1933 года» (1934) [168]. Представляют интерес результаты экспедиции по научно-организационному обследованию лечебных местностей Кабардино-Балкарской автономной области под руководством профессора Н.Е. Хрисанфова, изложенные в коллективном труде «Курорт Нальчик и

лечебные местности Кабардино-Балкарской автономной области» (1929) [309].

Состояние курортов данного региона в этот период и вопросы использования природных ресурсов в лечебно-профилактических целях отражены в трудах К.С. Гарданова (1926), Э.А.Штебера (1927), Н.П. Чеботаева (1929), Э.Э. Карстенс (1932), А.А. Езеева (1935) [133,662,643,272,192]. Курортные перспективы Дагестана и особенно Талгинского сероводородного источника приведены в работе доктора Н.Е. Хрисанфова (1926) [639].

Более поздние работы А.Ф. Серенко (1948) и Р.Ш. Аликишиева (1958) касались здравоохранения Дагестана, Д.Б. Отарова (1946) и В.Ш. Шогеновой (1966) – Кабардино-Балкарии, Э.Д. Грибанова (1958) и Д.Р. Тхостова (1970) – Северной Осетии, М.Т. Индербиева (1972) – Чечено-Ингушетии [545,14,406,660,157,611,228]. По поводу данных работ, авторы которых были организаторами здравоохранения (министры здравоохранения: А.Ф.Серенко в Дагестане, М.Т. Индербиев в Чечено-Ингушетии, Д.Б. Отаров и В.Ш. Шогенова в Кабардино-Балкарии) следует отметить, что все они в значительной степени страдали идеологическим максимализмом, не позволившим глубоко исследовать и объективно отразить состояние медицинской помощи населению северо-кавказского региона в XIX – начале XX вв. Особенно это касалось вопросов медицинского обслуживания Терского казачьего войска, казачьего населения, становления первых медицинских учреждений в национальных окраинах России до 1917 г. Считалось, что до 1917 г. на Северном Кавказе практически и не было организованной государственной медицинской помощи населению. Поэтому вопросы устройства здравоохранения до 1917 г. подробно в специальной литературе не освещались или затрагивались поверхностно, без должной оценки.

Определенный интерес представляют работы сотрудников Дагестанского медицинского института (1932 г.) и Северо-Осетинского медицинского института (1939 г.), которые были учреждены в период восстановления народного хозяйства, индустриализации и коллективизации, культурного строительства. Первые «Труды Дагестанского медицинского института» вышли в 1938 г. (том 1) и в 1941 г. (том 2). «Труды Северо-Осетинского медицинского института» (с 1958 г. – сборник трудов «Здравоохранение и медицина в Северной Осетии») стали публиковаться только с 1947 г. В двух довоенных изданиях Дагестанского медицинского института имеются публикации по актуальным вопросам клинической и краевой медицины, практического здравоохранения того периода.

Монографических работ, посвященных изучаемой проблеме в северо-кавказских республиках немного. Материалом монографий послужили диссертационные исследования врачей Р.Ш. Аликишиева, В.Ш. Шогеновой, М.Т. Индербиева, З.Р. Аликовой, Л.А.-Г. Гаджиевой и историков М.Г. Дзидзоевой, В.Г. Василенко, А.А. Бесоловой, Э.М. Рубаевой, М.И. Ибрагимова, и других.

В работе Р.Ш. Аликишиева «Очерки по истории здравоохранения Дагестана» (1958) кратко описана народная медицина Дагестана в XVIII-XIX вв. и первые шаги становления научной, официальной медицины [14]. Большая часть работы посвящена советскому здравоохранению, когда «…с установлением власти Советов под руководством Коммунистической партии решаются вопросы организации здравоохранения трудящихся…». Показана прогрессивная роль русской культуры и медицины в развитии здравоохранения в Дагестане, после присоединения его к России. Вышедшая через полвека монография Л.М. Асхабовой и Л.-А.Гаджиевой «Истоки медицинского дела и становление здравоохранения в Дагестане» (2004) в какой-то степени повторяет работу Р.Ш. Аликишиева (1958) и

особо нового не внесла [26]. В книге историка М.И.Ибрагимова «Становление и развитие системы здравоохранения Дагестана» (2012) кратко, с исторической позиции, освещается процесс создания и развития лечебной системы в Дагестане и формирования медицинских кадров, начиная с конца XIX в. до начала 40-х годов XX в.[220]. Приводятся данные об оказании медицинской помощи населению области в дореволюционное время и в первые десятилетия возникновения советской власти.

Истории здравоохранения Северной Осетии посвящена работа З.Р. Аликовой с соавторами «Очерки истории здравоохранения Северной Осетии» (1994) [16]. Впервые авторы поставили задачу воссоздать целостную историю медицины и здравоохранения Северной Осетии, дав объективную оценку в историческом разрезе некоторым этапам становления и развития здравоохранения. Все последующие диссертационные исследования, касающиеся в той или иной степени истории медицинского дела в Северной Осетии, проведены, в основном, историками. Это диссертационные работы М.Г. Дзидзоевой «Становление и развитие системы социальной защиты населения на Северном Кавказе во II-й пол. XIX-нач.XX в.» (2004), В.Г. Василенко «История здравоохранения и медицинского образования на Дону и Северном Кавказе (XIX в.-1940 г.)» (2006), А.А. Бесоловой «Становление и развитие благотворительности и общественного призрения Терского казачьего войска (вторая половина XIX в.-1918 г.» (2008), Э.М. Рубаевой «Становление и развитие системы здравоохранения в Терской области (вторая половина XIX-нач. XX вв.)» (2011) [178,87,60,494]. В последних из перечисленных работ впервые получили отражение социальные стороны жизни Терского казачьего войска и станичного казачества.

Здравоохранению Чечни и Ингушетии посвящена работа М.Т. Индербиева (1972) «Очерки истории здравоохранения Чечено-Ингушетии»

[228]. В книге освещаются пути развития медицинской помощи в Чечено-Ингушетии с середины XIX в. до 1970 г. Основной акцент сделан на этапы развития здравоохранения за советский период, особенно становлению специализированной медицинской помощи городскому и сельскому населению, подготовке медицинских кадров, персоналиям. Этапы развития здравоохранения в Чечено-Ингушетии за первое двадцатилетие советской власти изложены в монографии П.Б. Виноградова «Страницы истории развития здравоохранения Чечено-Ингушетии в 1917-1937 годах» (2003) [106]. Работа приобретает особое значение в связи с тем, что ее источником были архивные материалы Центрального государственного архива Чечено-Ингушской АССР, которые полностью уничтожены во время военных действий 1994-1995 гг. на территории Чечни.

Интерес представляет также работа В.Ш. Шогеновой «Здравоохранение в Кабардино-Балкарии» (1966) [660]. В ней отражены этапы развития советского здравоохранения, «процесс претворения в жизнь предначертаний Коммунистической партии в области охраны здоровья людей», как отмечает сама автор во введении. Кратко освещен вопрос зарождения первых медицинских учреждений, показаны коренные изменения в деле охраны здоровья народов Кабарды и Балкарии с первых дней становления советской власти. В работе А.А. Маслова с соавторами «История медицины Кабардинского округа: события и лица» (2005) освещается короткий период деятельности окружных врачей в 1858-1899 гг. в Кабардинском (Нальчикском) округе Терской области [346].

Проведенный анализ литературных материалов не позволяет воссоздать целостную картину истории становления и развития здравоохранения на территории Северо-Восточного Кавказа. Основная масса работ посвящена не только отдельным республикам, но и отдельным территориальным образованиям в регионе, и акцент сделан в основном на успехи и достижения советского здравоохранения в первые пятилетки. При

этом нет взаимосвязанного анализа всех этапов становления и развития государственного здравоохранения. В большинстве работ нет и критического переосмысления и взвешенной оценки достижений и недостатков в вопросах организации медицинской помощи в национальных окраинах России. Кроме того, в большинстве работ советского периода этапы становления и развития здравоохранения в национальных окраинах Северо-Восточного Кавказа получили освещение с идеологических позиций.

1.2. Характеристика источников

Материалы по истории, географии, этнографии в т.ч. и по народной медицине, статистике Северного Кавказа, его многочисленных народов и национальностей, в т.ч. и особого казачьего сословия, населяющих этот регион и живущих при своеобразных условиях местности, изложены в фундаментальных трудах, представляющих периодические сборники: «Сборник сведений о кавказских горцах» (ССКГ). Вып. 1-10, Тифлис, 1868-1881), «Сборник сведений о Кавказе» (Тома 1-9, Тифлис, 1871-1885), «Сборник материалов по описанию местностей и племен Кавказа» (Вып.1-25, Тифлис, 1881-1898), «Сборник сведений о Северном Кавказе» (Тома I-II, Ставрополь, 1906-1914), «Сборник статистических сведений о Кавказе» (Тифлис,1869), «Сборник сведений о Терской области» (1878), «Терский сборник» (Вып. 1-7, Владикавказ, 1891-1910) [520-525]. Выпускались эти сборники Кавказским горским управлением, Кавказским военно-народным правлением, Кавказским статистическим комитетом в г.Тифлисе.

Сведения о казачьих войсках Терской области, их формировании и особенностях службы, в т.ч. и о медицинском обеспечении получены нами в «Своде военных постановлений 1869 года» (книги IX, X, XI, СПб.,1907), «Сборнике правительственных распоряжений по казачьим войскам» (Тома

1-43, СПб., 1870-1908), сборнике «Столетие Военного министерства 1802-1902» (книга VIII, части I-IV, СПб., 1902-1911) [527,513,563].

Определенные материалы по истории, экономике, статистике, этнографии Терской и Дагестанской областей содержит и ежегодный «Кавказский календарь», выходивший отдельными книгами в г.Тифлисе с 1845 г. по 1916 г. (71 книга) [241]. Краткие сведения о Терской области и ее правительственных, общественных и частных учреждениях имеются в ежегодном издании «Терский календарь» (Владикавказ, вып.1-24, 1890-1914) [581]. В календаре, кроме общих сведений приводятся материалы административной статистики, в т.ч. и раздел «Народное здравие», которые повторяли ежегодный «Отчет начальника Терской области и Наказного атамана Терского казачьего войска» (с 1890 г.). И «Календарь» и «Отчет» позволяют в определенной степени реконструировать события второй половины XIX в. и, в частности, состояние здравоохранения многоликой и многонациональной Терской области. По материалам, содержащимся в них, можно составить представление о становлении и развитии системы здравоохранения, об эпидемической ситуации в области, о состоянии болезненности и смертности населения по различным видам заболеваний.

Из дореволюционных источников значимыми для нашего исследования были труды Кавказского медицинского общества (1864-1917), Терского медицинского общества (1893-1914), Дагестанского медицинского общества, Хасав-Юртовского медицинского общества, Грозненского медицинского общества, Русского бальнеологического общества в Пятигорске (1863-1931) [600,211,207]. Значительный материал для осмысления прошлого медицины на Кавказе дают научные труды членов этих обществ, опубликованные в «Медицинском сборнике, издаваемом Кавказским медицинским обществом», «Записках Терского медицинского общества», «Записках Русского бальнеологического общества в Пятигорске». В «Записках Русского бальнеологического общества» (16

томов) печатались статьи о минеральных источниках Кавминвод, о лечебных местностях Северного Кавказа, современных методах бальнеологии, об организации курортов, отчеты о геологических и климатических исследованиях региона.

В «Медицинском сборнике» и в «Записках» печатались статьи по различным разделам медицины, ставились вопросы: улучшения организации медицинского дела, в т.ч. санитарной службы в городах и сельской местности, борьбы с эпидемиями, использования лечебных местностей, о способах и средствах народного лечения. Основная масса статей Г.Сухоцкого (1867), Г.С.Кузнецова (1870), Н.А.Вертепова (1894), П.Е.Митника (1901), Е.А.Ларина (1901), Н.А.Полякова (1911) и других, опубликованных в трудах обществ, носила локальный, фрагментарный характер. Ввиду отсутствия системы регистрации заболеваемости, тем более среди горского населения, медико-статистические данные, приведенные в них, характеризуют только часть общей картины местной патологии. В этих трудах нет полной картины состояния здоровья горцев.

Материалом для сравнения уровня медицинского обслуживания в Терской области с Дагестанской областью в дореволюционный период служили «Памятные книжки Дагестанской области», ежегодные «Обзоры о состоянии Дагестанской области» (за 1894-1915 гг.).

Отдельные материалы по народной медицине мы находим в журнале «Этнографическое обозрение» (1889-1916, в 1926-1991 гг. «Этнография», «Советская этнография») [668], а также в «Известиях Чечено-Ингушского научно-исследовательского института истории, языка и литературы», «Известиях Северо-Осетинского научно-исследовательского института истории, экономики, языка и литературы», «Известиях Ингушского научно-исследовательского института краеведения», «Известиях Кабардино-Балкарского научно-исследовательского института экономики, истории,

языка и литературы», «Ученых записках Института истории, языка и литературы Дагестанской АССР».

Многовековой истории народной медицины Северного Кавказа посвящены рукописные труды народных лекарей из Дагестана «Книга лекарств Лукмана ал Хакима» [278], «Лечебник Ханнал Мурад» и ряд других.

Источниками по исследуемой теме явились и материалы некоторых съездов врачей России, в т.ч. и Кавказа: «Труды высочайше утвержденного первого Всероссийского съезда деятелей по климатологии, гидрологии и бальнеологии» (Том 1 и 2. СПб., 1899-1900), «Труды второго Всероссийского съезда деятелей по климатологии и бальнеологии» (Пятигорск, 1903), «Труды I съезда врачей Терской области» (Владикавказ, 1912), «Дневник (труды) съездов Общества русских врачей в память Н.И.Пирогова (Пироговские съезды врачей, I-XII, 1885-1913), «Труды Первого съезда кавказских врачей» (Тифлис,1893), «Труды первого съезда служащих врачей гражданского ведомства на Кавказе» (Тифлис, 1913) и др. [601-607].

Для освещения советского периода становления здравоохранения на Северном Кавказе использованы специализированные журналы 30-х и 40-х годов прошлого века: «Юго-Восточный вестник здравоохранения», орган Уполнаркомздрава на Юго-Востоке России (с 1922 г., Ростов на Дону), «Советская медицина на Северном Кавказе» (1925-1930 гг., Ростов на Дону). Становлению и развитию курортов в данном регионе посвящен журнал «Курортное дело» («Курортно-санаторное дело»). Материалы по организации здравоохранения в РСФСР и СССР печатались в журналах: «Бюллетень Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР» (1920-1940), «Врачебное дело» (Харьков, с 1918 г.), «Гигиена и санитария» (с 1922 г.), «Советская медицина» (с 1937 г.), «Советское здравоохранение» (с 1942 г.), «Здравоохранение Российской Федерации» (с 1957 г.) и др.

Источником служили и публикуемые каждое десятилетие сборники агитационно-статистического характера, например типа «Чечено-Ингушская АССР за 40 лет» (за 50 лет, за 60 лет), содержащие раздел, посвященный развитию советского здравоохранения в регионе. Определенные материалы для сравнительного анализа имелись и в журналах, издаваемых до 1917 года: «Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины» (СПб.,1889—1917), «Вестник курортов и лечебных учреждений» (Харьков, 1908—1916) и др.

Источниковедческую базу исследования представили и материалы в кавказских периодических изданиях (Газеты «Кавказ», «Терек», «Терские ведомости», «Казбек», «Дагестан», «Дагестанская правда», «Горская правда», «Социалистическая Осетия», «Северный Кавказ», «Грозненский рабочий», «Сердало», «Грозненские новости» и др.). Сведения о состоянии медицинского дела, эпидемиях, о демографической ситуации, деятельности благотворительных лечебных заведений представлены в корреспонденциях этих изданий за 1840-1917 гг. Большинство публикаций в периодической печати, в соответствии с общественно-политической ситуацией того времени, имели, в основном, локальный критический характер, и в них описывались недостатки в медицинском обслуживании населения на местах, особенно в сельской местности.

Источником нормативных актов по здравоохранению явилось «Полное Собрание Законов Российской империи (ПСЗ РИ)» [435]. Это наиболее полный сборник законодательных актов, расположенных в хронологическом порядке, и включает: дореволюционные манифесты, "учреждения", положения, уложения, уставы, рескрипты, "высочайше утвержденные мнения Государственного совета", "высочайше утвержденные журналы" Комитета и Совета Министров, именные указы и прочее. Три выпуска ПСЗ РИ, более 130 томов, охватывает период с 1649 г. по 1913 г. (СПб.,1830-1916). В ПСЗ РИ достаточно полно приведены

практически все нормативные акты, касающиеся системы организации медицинской помощи населению в Терской и Дагестанской областях, а также организации курортного дела на Кавказских минеральных водах. Был использован и "Свод законов Российской империи" (СЗ РИ) – это систематизированные законы, расположенные в тематическом порядке, сведенные в кодексы, уставы. СЗ РИ издан в 16 томах в 1832-1892 гг., и 13-й том содержит Устав врачебный. В Устав врачебный в трех книгах (изд. 1857, 1892, 1905 гг.) входили все узаконения, касающиеся медицинской части, в т.ч. медицинской полиции и карантинов (книга II), судебной медицины (книга III). Отдельная глава в первой книге, последних двух изданий устава, была посвящена особенностям врачебного управления в областях Терской и Кубанской.

Все законы, касающиеся медицины и здравоохранения, Медицинским департаментом МВД были сведены в определенные блоки и изданы. «Свод узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части в Империи» был выпущен в 1895-1898 гг. в Санкт-Петербурге в трех книгах (под редакцией Л.Ф.Рагозина) [533]. Ранее было выпущено «Собрание законов о Медицинском управлении» в рамках «Собрания Российских Законов» – в 1826 г. книги 19 и 20, в 1828 г. книга 22, составленные доктором медицины Е.Петровым. Врачебное право отражено в работе Л.И. Дембо «Врачебное право, вып.1. Санитарно-социальное законодательство» [174].

Ценными являются сборники медицинских законов, составленные известным организатором здравоохранения доктором медицины Н.Г. Фрейбергом «Врачебно-санитарное законодательство в России», выдержавшее три издания в 1901, 1908 и 1913 гг., и «Сборник законов и распоряжений Правительства РСФСР по врачебно-санитарному делу» (1925) [624,625]. Нормативная база устройства санитарно-эпидемиологической службы в РСФСР изложена в сборнике «Санитарное

законодательство» (1926), под редакцией первого начальника санэпидотдела Наркомздрава А.Н. Сысина [507]. Использованы ряд законов и постановлений Правительства о природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах. При изучении вопросов подготовки национальных медицинских кадров были учтены декреты и постановления правительства по данному вопросу.

Достоверные и важные сведения о социально-экономическом положении региона Северного Кавказа, становлении и этапах развития здравоохранения, о состоянии здоровья населения получены в материалах фондов государственных архивов, как дореволюционного, так и послереволюционного периодов.

Архивы Чечено-Ингушской АССР были полностью уничтожены во время военных действий в 1994-1995 гг. на территории республики. В связи с этим, согласно распоряжению Министерства культуры РФ уже несколько лет Архивное управление Правительства Чеченской Республики (АУ ПЧР) получает копии архивных материалов по истории Чеченской Республики из архивов Москвы, Ставрополя, Дагестана, Северной Осетии, Кабардино-Балкарии, Ростовской области, Краснодара. Полученные материалы обрабатываются, и из них восстанавливается архивное собрание документов (в стадии систематизации). Эти восстановленные документы, отражающие становление и развитие здравоохранения в Чечне, нами впервые введены в оборот.

Достаточно интересный материал об истоках медицинского дела в Дагестане мы нашли в Центральном государственном архиве Республики Дагестан (ЦГА РД). Следует отметить две объемные справки о состоянии медицинской помощи в городах и округах Дагестана от 10 октября 1907 г. на 7 листах, составленная областным врачом Витвинским и справка в форме доклада Наркомздрава Дагестанской АССР от 25 ноября 1921г. на 21 листе. Документы, касающиеся вопросов здравоохранения, хранятся, в

основном, в фонде «Медицинская часть при канцелярии военного губернатора Дагестанской области». Ориентировались в архиве мы по справочнику: «Путеводитель по Центральному государственному архиву Дагестанской АССР» (Махачкала, 1958. – 378 с.). Медицинская часть в форме областного врачебного управления руководила всем медицинском делом на территории Дагестана.

Документы о здравоохранении в Кабардино-Балкарии, касающиеся дореволюционного периода, исследованы в Управлении Центрального государственного архива Архивной службы Кабардино-Балкарской Республики (УЦГА АС КБР). В основном, это документы фондов «Управление начальника Центра Кавказской линии», «Управление Кабардинского округа», «Управление Нальчикского округа». Справочником по архиву служила книга «Центральный государственный архив Кабардино-Балкарской АССР: путеводитель (Нальчик,1972. – 146 с.).

Значительное количество документов по исследуемому нами вопросу хранится в Центральном государственном архиве Республики Северная Осетия-Алания (ЦГА РСО-А) в фондах «Управление старшего доктора Терской области», «Терский областной врач», «Врачебное отделение Терского областного правления». Управление старшего доктора, позже и старшего врача было первым административным медицинским образованием в Терской области, в последующем это было врачебное отделение правления области.

Также просмотрены и проанализированы исторические документы фонда «Главное военно-санитарное управление» Российского государственного военного исторического архива (РГВИА). Здесь имеются справки, переписка, отчеты, касающиеся вопросов медицинского обеспечения Терского казачьего войска и казачьего населения.

Документы, касающиеся советского периода организации медицинской помощи в рассматриваемом регионе, выявлены и

исследованы в Государственном архиве Российской Федерации (ГАРФ) в фонде «Министерство здравоохранения РСФСР».

Архивные источники были представлены в форме справок, рапортов, докладных, переписки и другой текущей документации. В проанализированных нами архивных источниках, в соответствии с целью и задачами исследования, значительное место занимали статистические отчеты, как разовые, так ежемесячные и годовые. Были исследованы материалы о состоянии инфекционной заболеваемости и противоэпидемической работы, о борьбе с туберкулезом и сифилисом среди горского населения.

Некоторые архивные материалы в 50-х годах прошлого века опубликованы во всех республиках в виде справочников по культурному строительству, которые также использованы в процессе исследования данного вопроса. Это сборники «Культурное строительство в Дагестанской АССР» (1980, 1988), «Культурное строительство в Чечено-Ингушетии» (1974, 1985), «Культурное строительство в Северной Осетии» (1974,1983), «Культурное строительство в Кабардино-Балкарии» (1980), в которых содержались документы, касающиеся советского периода становления здравоохранения [300-306].

Выявленные архивные материалы, с учетом цели исследования сопоставлялись с литературными данными, что позволяло дополнить или опровергнуть имеющиеся сведения о становлении и развитии здравоохранения и медицинского образования в описываемом регионе. В отдельных случаях архивные материалы стали основным источником по исследуемому вопросу, особенно это касалось дореволюционного периода и первых лет советской власти.

Таким образом, анализ содержания литературного материала и всех видов источников, включая архивные, позволяет утверждать, что вопросы становления и развития здравоохранения на северо-востоке Кавказа в

комплексе с вопросами санитарной службы, санаторно-курортного дела в XIX – начале XX вв. и первые годы советского здравоохранения не были предметом специального обобщающего историко-медицинского исследования. Приведенный материал указывает на отсутствие историко-медицинских, работ отражающих организацию медицинского дела в городах Северо-Восточного Кавказа, медицинского обслуживания казачества Терской и Дагестанской области до 1917 г., переселенцев, рабочих промышленных предприятий. Не получила освещения окружная и участковая системы организации медицинской помощи в регионе. Имеющиеся публикации по данной проблеме не систематизированы, содержат разрозненные, фрагментарные данные.

Вследствие этого, с учетом региональных особенностей, обусловленных низким уровнем социально-экономического и этнокультурного развития, геополитическими процессами, связанными с длительной Кавказской войной в XIX в. и Гражданской войной в XX в., своеобразием административно-территориального устройства региона при его военно-народном управлении до 1917 г. и в первые десятилетия советской власти, нами предпринята попытка осуществить углубленный анализ литературных материалов и архивных источников с целью восполнения существующего пробела в истории медицины и здравоохранения Северо-Восточного Кавказа.

Глава 2. ИСТОРИКО -ЭКОНОМИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО КАВКАЗА, И ОСОБЕННОСТИ НАРОДНОГО ВРАЧЕВАНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В XIX В.

2.1. Социально-экономическое развитие и административное устройство Северо-Восточного Кавказа в XIX веке.

С 1860 г. в историко-географическом, политическом и экономическом отношениях в пределах Кавказа традиционно выделяют Северный Кавказ, который с точки зрения географии разделяется на две части: Северо-Западный и Северо-Восточный Кавказ. Северо-Восточный Кавказ представляет собой восточный отрезок Кавказа и включает в себя северный склон Большого Кавказа и прилегающие к нему Предкавказье и Терско-Кумскую низменность [613,137,650,354]. Однако границы географического Северного Кавказа не совпадали, и ныне не совпадают, с границами политического Северного Кавказа с его административным делением.

В исследуемый нами период в регионе Северо-Восточного Кавказа на пространстве от вершин Андийского и Снежного хребтов на западе, до берегов Каспийского моря на востоке, от течения Сулака на севере до реки Самур на юге простирался Дагестан, где проживали по разным оценкам от 30 до 40 народов, народностей и этнических групп [9,641]. Общая численность населения к XIX в. колебалась в пределах 450-500 тыс.

От Дарьяльского ущелья на западе до Андийского хребта и бассейна реки Аксай-Акташ на востоке, между Кавказским хребтом на юге и нижним течением Терека на севере расселялись чеченцы и ингуши [53,54,94,333-335,538,593]. Численность чеченцев, по данным конца XVIII – начала XIX вв. колебалась в пределах 180-200 тыс., а ингушей 12-18 тысяч (встречаются и цифры 20-25 тыс.) [110,197,30,32].

В нагорной западной части Северо-Восточного Кавказа жили носители тюркского языка – близкородственные карачаевцы и балкарцы. Они занимали ущелья верховьев рек Большой и Малой Лабы, Кумы, Баксана, Чегема и Урвани. Восточнее балкарцев, начиная от течения реки Урух и до бассейна верхнего течения Терека в ущельях, проживали ираноязычные осетины [335,544]. Равнинная территория от верхней части бассейна рек Кубань и Кума на западе, до левого берега реки Сунжа на востоке, была освоена восточными адыгами, сложившимися в кабардинский этнос сравнительно поздно – к XV-XVI вв. [334,496]. Примерная численность кабардинцев составляла 200-250 тысяч, по разным данным число карачаевцев и балкарцев доходило до 20 тыс., а осетин до 35 тыс. [560].

Кроме горцев здесь проживали и русские – казаки, иногородние, пришлое крестьянство, переселенцы, были и военные поселения отставных солдат [489]. Впервые русские поселения на Тереке появляются около четырех веков назад [336,500]. В первой половине XVII в. казаки структурируются в большую самоуправляемую общину – «войско», имевшее выборного атамана и войсковое собрание – «круг» [471,473,261,262,267,31,33]. В 1786 г. была организована Кавказская линия казаков, которую в 1832 г. переименовали в Кавказское линейное войско, а с 1845 г. – в Кавказское линейное казачье войско.

К концу XIX в. численность горских народов и русского населения на Тереке резко возросла [332]. За последнее десятилетие XIX в. население Терской области увеличилось на 11,3 %, естественный прирост населения составил 70879 человек (родилось – 251507, умерло – 180628). При этом в среднем ежегодный естественный прирост населения был в 1,1% [95]. На начало 1895 г. в Терской области числилось 837292 человека: в казачьих отделах – 337603, в горских округах – 239672, во Владикавказе и Моздоке – 60017 [253]. На 1 января 1909 г. в Терской области проживало 1146121

человек. Горское население Дагестанской области в тот же период равнялось 540 290 «магометан» [395]. Однако демографическая ситуация оставалась сложной из-за высокого уровня смертности. При этом удельный вес экзогенных факторов в структуре смертности был значительным.

В XIX в. на Северо-Восточном Кавказе сложилась достаточно сложная административно-территориальная организация, наложившая отпечаток на все процессы жизнедеятельности региона, в том числе медицинскую помощь [164]. По мере постепенного присоединения Россией отдельных частей занятой ею территории Кавказа царское правительство стало последовательно проводить политику более тесного включения окраин в централизованную общероссийскую систему управления [113]. В 1860 г. Кавказская линия была упразднена и образованы две области – Кубанская (центр Екатеринодар) и Терская (центр Владикавказ) [448].

Терская область делилась на казачьи отделы и полковые округа, горские округа и участки, самостоятельные города. В казачьих отделах проживали русские (казаки и переселенцы), во Владикавказском округе – осетины, Назрановском – ингуши, Нальчикском – кабардинцы и балкарцы, Грозненском и Веденском – чеченцы, Хасав-Юртовском – кумыки; кочевья караногайцев образовали особое Караногайское приставство, входившее в состав Кизлярского отдела [408,134]. С этими названиями округов понятия «Кабарда», «Осетия», «Чечня» «Ингушетия» вновь приобретают более выраженное содержание административно-территориального характера. В области было введено военно-народное управление. Соответственно сложилась и поддерживалась двойная система власти: военно-народная (для горцев) и гражданская (для населения городов, слобод, станиц и т.д.).

В это время Дагестан сначала был разделен на военные отделы: Северный Дагестан, Средний Дагестан, Южный Дагестан, Верхний Дагестан и два гражданских управления (Дербентское градоначальство и Управление портовым городом Петровск) [448]. Отделы подразделялись на

округа и ханства, а округа на наибства и шамхальства (позже участки). В 1860 г. военные отделы упразднили, и была образована Дагестанская область [448]. После ряда реформ в Дагестане стало девять округов: Аварский, Андийский, Гунибский, Даргинский, Казыкумухский, Кайтаго-Табасаранский, Кюринской, Самурский, Темир-Хан-Шуринский. Как и в Терской области, здесь было введено военно-народное управление. Сама система управления краем, вводимая по окончанию активных военных действий, возникла как результат политических и экономических условий, в которых находился регион [633].

Таким образом, на Северо-Восточном Кавказе в начале XX в. в Терской области имелось 8 округов и Караногайское приставство, 290 станиц, 6 городов и 931 прочее поселение [151,164]. Соответственно в Дагестанской области числилось 9 округов, 532 волости, 3 города и 1214 остальных поселений [164]. В последующем эти территории неоднократно подвергались административно-территориальным изменениям и преобразованиям, особенно в первые годы социалистического строительства, что было связано с экономическим районированием и административно-территориальным устройством региона [293,161,295,370].

Свои особенности имела и хозяйственная деятельность местного населения [153,265]. При разнообразных в регионе условиях сельскохозяйственного производства преимущественно горцы занимались земледелием, было развито огородничество. [474,320]. Животноводство являлось второй отраслью сельского хозяйства в Дагестане, Чечне, Ингушетии, а также ведущей отраслью в Кабарде, Осетии и у ногайцев [266,237]. Большой вес в экономике народов Северного Кавказа занимали и разнообразные кустарные промыслы по обработке местного сырья и сельскохозяйственной продукции с небольшим числом работников.

Значительный шаг в экономическом освоении региона был сделан после проведения Владикавказской железной дороги и ее Петровской ветки (1894 г.). К концу XIX в. стала быстро развиваться передовая для своего времени грозненская нефтяная промышленность [270]. В Грозненском нефтяном районе появляются нефтепроводы и нефтеперегонные заводы. Растет и число рабочих – с 70 человек в 1893 г. до 3219 в 1901 г., таким образом, формируется рабочий класс [162,632,658].

Во Владикавказском округе Терской области функционировал Алагирский серебросвинцовый завод с Садонскими рудниками, принадлежавший казне. В 1872 г. заводское и рудничное поселение состояло из 945 человек, рабочих на заводе и Садонском руднике было 240 человек, из них осетин 163 человека [246]. Позже число рудников увеличилось, и они принадлежали частным лицам.

Стала развиваться рыбная промышленность: морской лов в Дагестанской области и речной в Терской области. [162,375]. С каждым годом увеличивались рыболовецкие ватаги Рыбные промысла, с общим числом рабочих более десяти тысяч в сезон были развернуты по всему побережью Каспийского моря, а в г. Петровске и рыбоморозильный завод [162,90].

2.2. Медико-географическая характеристика Северо-Восточного Кавказа в XIX веке.

Одним из основных факторов, участвующих в формировании той или иной болезненной патологии на конкретной территории являются, наряду с социально-экономическими, климатогеографические условия проживания населения [497,313].

Климатические особенности Северо-Восточного Кавказа отражены в работах К.Самойлова, Н.И.Торопова, Н.Ф.Дубровина, И.В.Фигуровского,

А.П.Герасимова, В.П.Рейнгартена, М.В.Муратова и др. Ценные исследования по климатологии Кавказа и его климатическому районированию принадлежат И.В.Фигуровскому (1912), которым была сделана попытка выделить на Кавказе физико-географические области [622].

Издавна замечено, что северо-восток Кавказа отличается весьма разнообразными природными условиями и ландшафтами [137,138.59,679]. Плоскостная часть представлена Терско-Кумской низменностью и равнинами: Чеченской (Грозненской), Надтеречной, Владикавказской, Кабардинской. Наклонные равнины полого спускаются от подножия Большого Кавказа к северу-востоку и расчленяются долинами притоков реки Терек. Крупные реки Северо-Восточного Кавказа Терек, Сулак, Самур принадлежат к бассейну Каспийского моря. Главнейшими притоками Терека являются реки Малка и Сунжа [290,141,66,148,679].

Наличие гор и равнин, близость моря, обильная растительность создает существенные различия в климатических условиях Северо-Восточного Кавказа на относительно небольших расстояниях, что в значительной мере определяют особенности и разнообразие природы. В целом для климата характерна широтная и вертикальная зональность, отражающая изменения температур и распределение осадков на территории региона [19].

Отдельные аспекты медико-географического описания Северо-Восточного Кавказа встречаются у ряда европейских путешественников XIII-XIX вв., в т.ч. и у российских. В известных трудах Я.Рейнегса (1796), И.А.Гильденштедта (1809), С.Броневского (1823), И.Бларамберга (1836), И.Березина (1849) описаны не только географические и исторические данные о Кавказе, но и ряд присущих региону болезней [486,145,67,61,51]. Профессиональное медико-географическое описание Северо-Восточного Кавказа, в частности Дагестана, мы встречаем у выдающегося русского

хирурга Н.И. Пирогова (1810-1881), бывшего на арене военных действий на Кавказе в середине XIX в. [426].

Впервые в отечественной литературе весьма полно медицинская география Кавказа рассмотрена главным лекарем Кутаисского военного госпиталя доктором медицины Н.И. Тороповым (1864). В своей работе «Опыт медицинской географии Кавказа относительно перемежающихся лихорадок» он писал: «Для того, чтобы уметь предупреждать какую бы то ни было болезнь, нужно, прежде всего, знать причины ее развития в организме и места ее распространения на поверхности земли. На первый вопрос объективно отвечает изучение самой натуры природы, а на второй медицинская география» [1] [598]. Автор тщательно изучил геологию, гидрографию, климат, растительность Кавказа и определил его как депо самых убийственных лихорадок, цинги, тифов, холеры, чумы, дизентерии, желчных лихорадок. Н.И.Тороповым впервые был сделан вывод, что перемежающаяся лихорадка (ныне рассматриваемая как малярия) развивается в человеке только с поступлением в кровь «болотной миазмы» – из воздуха или питьевой воды, а сама миазма лихорадочная развивается там, «…где зелено, сыро и тепло, а где нет хотя одного которого либо из этих трех условий, там образоваться миазма не может» [598].

Исследование известного врача и публициста И.И. Пантюхова (1836-1911) показало, что на северных склонах Кавказа преобладали простудные заболевания и болезни кожи, на южных склонах – лихорадки, дизентерия [419]. Что касается оспы и холеры, они поражали население на обоих склонах Кавказа. И.И. Пантюховым было подмечено, что холера и лихорадки практически не бывают в горной части Кавказа, выше 1-2-х тысяч метров над уровнем моря. Представляют интерес сведения И.И. Пантюхова (1900) о распространенности проказы, парши и зоба [421]. В

---

[1]Торопов Н.И. Опыт медицинской географии Кавказа относительно перемежающейся лихорадки. СПб., 1864. – С. 598.

Закавказье наибольшее распространение зоба выявлено было в Лечхумском уезде, по реке Цхенис-Цхале и верхнему течению Ингури. Случаи зоба выявлялись и на северной стороне Кавказа: в Дагестане по реке Андийский Койсу (8%), в Дигории между осетинами (4%), отдельные случаи и в Терской области [421,552]. С зобом было связано и развитие кретинизма – 2-3 случая на сто больных.

Значительная работа по медико-географическому описанию местностей была проделана в Терской и Дагестанской областях окружными врачами во второй половине XIX в. [297,570,93,185,107]. Они дают физико-географическую характеристику местности, описывают животный и растительный мир, климат, реки и минеральные источники, а также народонаселение и болезненность населения в округах, где проживало туземное население. Так, по наблюдениям А.И. Дроздовского (1870) в Кабардинском округе и Я. Верлина (1870) в Ичкеринском округе Терской области среди местного населения преобладали в значительной степени болезни «поветренные, простудного и миазматического происхождения», в основном перемежающаяся лихорадка. В горных округах Дагестана окружные врачи, в виду здорового климата, перемежающуюся лихорадку и другие миазматические болезни практически не наблюдали [297,570]. В основном это были ревматические болезни и острые катары дыхательных путей [599]. Здесь следует отметить, что известный исследователь перемежающейся лихорадки на Кавказе Н.Торопов (1864) также отмечал, что выше 4500 футов над уровнем моря (1400м.) на Кавказе лихорадок нет, разве что в котловинах, обставленных горами и где летом умеряется холодный климат.

Значительный интерес представляет первая обобщенная статистика заболеваемости на Кавказе по данным врачебных отделений губернских и областных правлений за 1913 год, которая была опубликована в Кавказском календаре [256]. Согласно приведенным данным из числа

зарегистрированных по обращаемости заболеваний в Терской и Дагестанской областях преобладали перемежающаяся лихорадка, травматические повреждения и кожные болезни, что соответствует медико-географической характеристике региона.

Однако при изучении статистики заболеваемости следует учитывать и то обстоятельство, что истинная заболеваемость в регионе в XIX в. в условиях отсутствия ее регистрации была намного выше. Кроме того, географическое распространение болезней отнюдь не бывает постоянным и чем-то непредотвратимым. Значительные изменения в статистике болезней происходят вследствие влияния человека на природу, развития промышленности и сельского хозяйства, развития науки в т.ч. и медицинской. Велика роль санитарной культуры и профилактики в изменении географии распространения болезней.

2. 3. Народное врачевание, как основной вид медицинской помощи горскому населению на Северо-Восточном Кавказе в первой половине XIX в.

Народная медицина на протяжении большого исторического периода, при полном отсутствии профессиональной медицинской помощи, играла важную роль в оказании лечебной помощи народам Северного Кавказа. Вплоть до второй половины XIX в. для горского населения северо-восточного Кавказа народная медицина являлась единственной возможностью получения медицинской помощи.

Несмотря на свою универсальность, народная медицина имеет региональные особенности, связанные с условиями ее формирования и развития, географической средой обитания, традиционной культурой и мировоззрением народа [677,680]. В связи с этим генезис медицинских

знаний у горских народов Северного Кавказа имеет свои характерные особенности.

Как и у других народов, первичным источником врачевания у горцев северо-восточного Кавказа явился многовековой опыт использования природных средств растительного, животного, минерального происхождения в лечебных целях. Эмпирические знания накапливались, обобщались, целенаправленно применялись и становились культовой практикой врачевания. Постепенно человек постигал причинно-следственную связь между различными явлениями и средствами, и их действием на организм [17,621].

К следующему этапу формирования народной медицины у северокавказских народов следует отнести скифский период формирования кавказского аборигенного населения до нашей эры. Скифы, сарматы, аланы имели свое культурное наследие, часть, которой, в т.ч. и часть медицины восприняли местные племена в период многовекового господства племен североиранской языковой группы. «…Истоки народной медицины Северного Кавказа уходят в глубокую скифскую древность» – утверждает З.Р.Аликова, и – «…достижения скифской медицины, как и вообще скифской культуры, составляли часть того культурного наследия, которое получили древние обитатели Кавказа» [1] [17]. Достижения скифов в области медицинских знаний, наличие у них известных в ряде стран врачей указывают и другие исследователи [190,105,259,281]. В одной из своих работ М.Б. Мирский (2005) отмечает, что в Афинах особо ценились скифские врачи, а известные врачи как Анахарсис, так и Токсарис считались древними греками самыми крупными врачами [360]. «Медицинские познания скифов, как считали даже их более просвещенные античные современники, достойны весьма высокой оценки» – писал он.

---

[1]Аликова З.Р. Народная медицина Северного Кавказа. Владикавказ, 2000. – С. 19, 23.

При этом не исключается, что в древнейший период медицина северокавказских народов имела зороастрийское происхождение. Как известно, «зороастризм» одна из самых древних религий, которая возникла на рубеже I–II тысячелетия до н.э. в Иране и затем распространилась в некоторых странах Средней Азии, Ближнего Востока и в Закавказье. В тот период в странах этих регионов было представление о медицине, основанное на выделении трех функций, трех типов лечения: 1) лечение травами; 2) хирургическое лечение; 3) лечение магией. Врачеватели-зороастрийцы применяли лекарственные травы, производили хирургические операции, пользовались методами магической медицины: наложение рук, применение заговоров, наговоров, молитв. Древняя медицина была отражена в Авесте – священной книге зороастрийцев. В Авесте говорится о трех категориях целителей: исцеляющих молитвами и религиозными ритуалами, особым питанием и лекарствами, а также инструментами [322].

Не меньшее значение для становления народной медицины горцев, взаимопроникновения способов и средств лечения имели и торговые связи народов Северного Кавказа со странами Средней Азии, Закавказья, Востока и Европы, где врачевание достигло значительной ступени своего развития [279,218,352,429,558]. Вместе с тем в средние века народная медицина у горцев оставалась практически на архаическом уровне, на уровне эмпиризма и проявлений религиозно-мистических представлений [610,17,202,596,43,41].

Дальнейшее развитие медицинских знаний у горцев Северного Кавказа тесно связано с религией этноса. На протяжении тысячи лет шла исламизация северокавказских народов [365]. Ислам и принес на Северный Кавказ, так называемую арабскую медицину. Восточная (арабская) медицина внесла большой вклад в развитие мировой медицинской науки [666,681]. Выдающиеся арабские врачи, помимо академических сочинений,

предназначенных для подготовленных лиц, создавали и специальные сокращенные книги по медицине того времени, носившие общее название «карабадины» [279]. Они переводились на другие языки, как в Европе, так и в государствах Азии, особенно в Армении и Грузии, где их большей частью перерабатывали и дополняли данными местного опыта [657,205]. Подобные труды, компилятивные или оригинальные, написанные на родном языке с помощью арабской графики (аджамское письмо) имелись в Дагестане и Чечне [413,181,537,2,278,341].

Вопрос генезиса горской медицины возникал и у русских врачей, служивших на Кавказе и близко знавших средства и способы лечения народных целителей Кавказа. По заключению имперского Кавказского медицинского общества в Тифлисе (1889 г.) народную медицину на Кавказе относили к средневековой восточной медицине, которая использовала средства и способы лечения, дошедшие из Византии или занесенные во время крестовых походов, а также из Персии [346]. Рубаева Э.М. (2009), ссылаясь на материалы периодической печати Терской области XIX-XX вв. указывает, что кабардинские народные лекари пользовались преимущественно арабской медициной, чеченцы и кумыки – персидской, а осетины – турецкой [493].

Одним из дополнительных источников медицинских знаний для мусульман Северного Кавказа были Коран и хадисы пророка Мухаммада (с.а.с.). В священной книге мусульман Коране приведены многочисленные санитарно-гигиенические предписания. Многие медицинские сведения вошли в классическую историко-медицинскую литературу – «Медицина Пророка», основанную на постулатах пророка Мухаммада (с.а.с.), касающихся стратегии сохранения здоровья и принципов лечения. Пророческая медицина (араб. – тыбб-ун-набавви) основывалась на трех основных правилах: сохранение хорошего здоровья, профилактика, выведение из организма вредных для него веществ [219]. В лечебные

средства медицины Пророка, в основном, входят мед, масло черного тмина, соль, кровопускание и другие способы и средства [219,666,628].

Народная медицина Чечни, Осетии, Ингушетии, Кабарды, Балкарии имела тесные контакты с народным врачеванием казаков, которые стали селиться по реке Терек с середины XVI в. Способы и средства лечения казаков, представлявшие русскую народную медицину, обогащались лечебными приемами местных врачевателей и наоборот. Взаимопроникновение двух медицин способствовало обмену и совершенствованию знаний по устранению вывихов, лечению переломов и ран [553,540,20].

Арсенал средств народной медицины горцев не являлся чем-то изолированным, а представлял собой сплав собственного стихийного опыта и данных, почерпнутых из опыта и информации соседних народностей [120,355,343,610,17,264,268]. Вместе с тем, несмотря на сходные черты медицинских знаний у кавказских народов, порой встречаются приемы и методы лечения, имеющие в специфике употребления как существенные, так и незначительные различия.

Отмечая доморощенные методы лечения внутренних болезней горскими лекарями, Н.Ф. Дубровин (1871) писал: «Совершенно в другом виде представляется лечение ран и ушибов. Результаты лечения дагестанских хирургов, можно сказать, невероятны; почти нет ни одной раны – за исключением, конечно, чисто смертельной – которую бы туземные медики не вылечили, и притом так, что пациент их не подвергается уже затем никаким дурным последствиям» [1] [188].

Уникальный опыт горских лекарей, их искусство в лечении боевой травмы поражал не только известных российских военных, но и представителей официальной медицины. В этом вопросе значительный

---

[1]Дубровин Н.Ф. История войны и владычества русских на Кавказе. Том 1. СПб., 1871. – С.582.

интерес представляет мнение о горской медицине профессора Н.И. Пирогова. В своем «Отчете» (1847) он пишет: «От приехавших с Кавказа в Россию военных людей я часто слыхал рассказы об искусстве азиятских врачей в лечении наружных повреждений. Мне, разумеется, любопытно было поверить эти рассказы на деле. Во время экспедиции и при посещении госпиталей Кавказа я имел случай видеть несколько раненых, которые прибегали к их помощи. Я расспрашивал также и наших врачей, и вот что я узнал об этом предмете. Большая часть военных людей, даже образованнейших военноначальников, уверены в необыкновенном искусстве и опытности азиятских екимов (так называют этих врачей по татарски); напротив, большая часть наших врачей признают их лечение грубо эмпирическим и недостойным внимания. Я думаю, что первые вправе так думать, как больные, а другие также правы, думать по своему, как врачи» [1] [426].

Ряд впечатлительных примеров эффективности горской медицины приводят П.В. Смирнов (1896), начальник Эриванского военного госпиталя П. Попов (1855), И.И. Пантюхов (1901) и другие [472,553,422,397].

Горские лекари, при отсутствии на Кавказе организованной профессиональной медицинской помощи делали неоценимое по значимости дело. Искусные горские лекари, выходцы из народа, по мере своих сил, верой и правдой служили делу охраны здоровья народа. Особенно это проявилось в период длительной Кавказской войны в Имамате Шамиля [1,264,132,340]. В Имамате не было профессиональных врачей, а были только местные народные лекари. Из их числа были выделены военные врачи, которые следовали с войсками, наравне с другими принимали участие в сражении и при необходимости оказывали медицинскую помощь раненым во время боя. Обычно при небольших ранах для остановки

---

[1]Пирогов Н.И. Отчет о путешествии по Кавказу. М., 1952. – С. 68-69.

кровотечения горцы использовали порошок из шерстяной изгари (пережженная шерсть барана), а при необходимости тампонады раны пользовались тампонами из ткани, пропитанными специальной мазью (состав: воск, коровье масло, древесная смола) с последующим бинтованием раны [314,228]. Для остановки кровотечения использовали тугие свертки ваты или ткани, обсыпанные поваренной солью, применяли и тонко нарезанные кусочки сушеного курдюка. Некоторые джерахи заливали свежую рану теплым маслом или бараньим жиром. Поверх этого рана бинтовалась лоскутом ткани, оторванным от одежды.

Горские лекари («лекарь», «лор», «Іазэ», «гаким», «хосганаг», «хаким», «табиб», «знахарь», «устарчи» и пр.) хорошо умели лечить раны и переломы, удалять застрявшие пули, устранять вывихи, делать трепанацию черепа, кровопускание [426,472,474,201,569]. Дагестанцы «специалистов» по ранам называли «джарахи» (хирурги), адыги – «шэхэх» (извлекатели пуль). В большинстве случаев при ранениях конечности они ограничивались удалением пуль, разбитых кусков кости [237].

В 1849 гг. по указанию Шамиля горцы впервые начали разворачивать стационарные (постоянные) военные госпитали для раненых [131]. В Дагестане они были развернуты в аулах Хиндах, Ходоч, Карад [64]. Следует отметить, что госпитали были дифференцированными: для тяжелораненых и легкораненых, что в определенной степени соответствовало канону сортировки раненых. В первые два госпиталя эвакуировались тяжелораненые, а все остальные в Караду, где находился самый обширный госпиталь. По уровню оснащенности и квалификации лекарей они далеко отставали от российских военных госпиталей того периода. Разворачивали их в обычных саклях, специально выделенных для лечения раненых, иногда в аульских мечетях. Однако, старались по возможности раненых направлять в родные аулы на попечение своих родственников, где им в благоприятных домашних условиях оказывалась

врачебная помощь народными лекарями [472,14,610,404]. Шамиль и сам имел тяжелое сквозное штыковое ранение груди [36,379]. А. Руновский (1860) писал: «Шамиль имеет девятнадцать ран, и из них ни одной огнестрельной: только штык, шашка, да кинжал испытывали прочность его тела и живучесть его натуры»[1] [499]. После лечения, ни одна рана не оставила у имама ни анатомических дефектов, ни функциональных нарушений.

Можно предположить, что в Имамате Шамиля была определенная, хотя и несовершенная по европейским понятиям, организация врачебной помощи населению: в форме «амбулаторной» помощи народными лекарями и стационарной организации медицинской помощи раненым. Уровень медицинского обслуживания населения соответствовал данному историческому периоду, с учетом экономического и культурного развития Имамата [172,428,484,169].

Горская народная медицина накопила определенный опыт не только в лечении травм и боевых ран, но и знала немало полезных средств лечения болезней внутренних органов человека [361,180,610,17]. Для лечения внутренних болезней горские лекари применяли растительные, органические и минеральные средства [13]. Особенно популярным у кавказских народных лекарей было лечение травами. Горцы, в частности аварцы, по далеко неполным данным, использовали для лечения болезней более 100 видов лекарственных трав [631]. Горские лекари обращали внимание на время и место сбора трав, притом делали это самостоятельно, без посторонних лиц. И как указывает З.Р.Аликова (2000) это была профессиональная тайна, сбор и приготовление лекарства сакрализовывались различными ритуальными приемами [17]. В данном исследовании мы не будем останавливаться на конкретной рецептуре

---

[1]Руновский А. Кавказский календарь на 1861 год. Тифлис, 1860. – С. 62.

траволечения, она широко известна и достаточно описана [228,626,17,202,13,43,400].

Как справедливо отмечают многие авторы (Торнау, Самойлов, Дроздовский и др.) лечение внутренней патологии у горских лекарей было проблематичным и недостаточно эффективным. К.Самойлов (1855) писал: «Внутренние болезни чеченцы лечат очень дурно, и при таких недугах они охотно прибегают к помощи наших медиков» [506]. Более резко высказался Ф. Торнау: «…они (Т.А.-черкесы) совершенно не умеют пользовать внутренних болезней» [597]. Военный лекарь Скоров в газете «Кавказ» старался доказать, что врачебное искусство местных врачей безусловно преувеличено. Всех, кто занимался лечением внутренних болезней, называл невеждами и шарлатанами, лечение которых заключается в общем или местном кровопускании, даче слабительного и рвотного [551]. Старший лекарь полка К. Доманский (1866) писал: «Как известно, на Кавказе туземцы имеют большое доверие к своим хирургам в случае травматического повреждения, во внутренних же болезнях врачи их дают такие бессмысленные советы, что сами пациенты не доверяют им, оттого каждый внимательный русский врач легко приобретает у мусульман полное уважение и доверие» [184]. Негативную оценку местным лекарям давали и другие авторы дореволюционных работ [187,576,107].

Известным и широко используемым у горских врачевателей был метод лечения головных болей [43,634]. «Следует отметить, что они (Т.А.-народные лекари) очень ответственно относились к лечению головных болей, – пишет З.Р.Аликова (2000), – правильно считая, что они могут быть вызваны разными причинами и неверно избранный метод лечения может только навредить больному» [17]. Приемы лечения головных болей практически у всех народов Северного Кавказа были сходными [67,571]. Это «диагностика», обмеры головы, массаж и наложение стягивающей повязки в лобно-затылочном положении. Основной принцип лечения

заключался в сдавливании головы (шъхьэ фызын – адыг.), что по представлению лекаря приводило к совмещению смещенных костей [355,610].

В истории медицины северокавказских народов известны и случаи трепанации черепа с благоприятным исходом [350]. На Северном Кавказе при археологических раскопках находили единичные черепа со следами трепанации с лечебной целью [23,14,289]. В доступной литературе по данному вопросу мы встретили лишь несколько работ врачей конца XIX в. [294,356,107,495,422]. Ряд и других авторов указывают на бытование у адыгов, чеченцев и ингушей сложных приемов трепанации черепа [48,415,610]. Трепанация черепа горскими лекарями производилась без обезболивания не трепаном, не долотом и молотом, а соскабливанием слоев кости черепа, т.н. полировкой черепа (polir-фр., мелко скоблить). Операцию эту – вскрытие черепа без трепана скоблением – народные «хирурги» делали при ушибах и вдавлениях черепа, параличах, «падучей болезни» (эпилепсия), иногда и при длительных беспокойных головных болях.

Распространенным методом лечения на Северном Кавказе было и кровопускание (ц1ий даккхар, пхьатохар – чеч.) [371,610,17,634]. Кровопускание заключалось в извлечении некоторого количества крови при нанесении насечек или приставлением пиявок [572]. Для кровопускания народный лекарь использовал маленький острый топорик (пхьа – чеч., секира), которым на коже делал насечки. Адыгские лекари пользовались ланцетом, которым наносились уколы в нос, удары по пятке, на лбу, в области переносицы [610]. Кровопускание у чеченцев и ингушей нашло широкое применение при головных болях, при укусах змеи или паука, при долго незаживающих язвах и т.д. [228].

Третью часть методов лечения, с учетом сакральности народной медицины, составляли иррациональные магические средства и способы – внушение, заклинания, наговоры, заговоры, различные мануальные

действия, молитвы с использованием текстов из Корана и другие ритуальные средства, и обрядовые техники [610,17,636,13]. Этнограф Н. Жардецкая (1940) отмечала: «Провести грань между действительно полезными и магическими средствами лечения часто бывает очень трудно, настолько неразрывно связаны и переплетены они бывают друг с другом» [199]. Значительную роль в религиозно-магических ритуалах, связанных с лечением играли внушение, самовнушение, гипноз. Горские лекари широко пользовались словом – этим могучим оружием [355,13]. На наш взгляд, иррациональное лечение у горцев было сходным с лечением верой у ранних и средневековых христиан в Европе [627]. Врачевание (лечение верой) заключалось в попытке устранить болезненное состояние средствами воздействия на разум и сознание больного.

Также горские лекари делали промежностное камнесечение, глазные операции, вправляли вывихи, широко использовали минеральные воды, делали ингаляции и массаж, удаляли инородные тела из носовой полости и верхних дыхательных путей («чописты»). Так называемый «чоп» (чеч.) – это любое небольшое инородное тело, которое попадает, чаще всего у детей, в нос или верхние дыхательные пути. В такой ситуации «чопист» подставлял свой рот ко рту или носу пострадавшего, с силой втягивал в себя воздух, и инородное тело попадало в рот лекарю.

Таким образом, многовековой характер становления народной медицины на северо-востоке Кавказа связан с определенными историческими этапами развития народов этого региона. Она формировалась и развивалась эмпирическим путем, с учетом опыта и достижений медицины других народов и уровень ее развития соответствовал социально-экономическому положению этноса. Учитывая «тройственный» характер народной медицины горцев, можно предполагать ее зороастрийские корни, со следами длительного взаимодействия с культурами других народов. Но сегодня сложно предположить, что и

сколько в горской медицине персидского, скифского, сарматского, аланского, арабского и какова доля собственно народных способов и средств врачевания.

Сказанное позволяет сделать вывод, что горская (народная) медицина имела следующие направленности: фитотерапевтическую (консервативную), хирургическую, магическую (психотерапевтическую), и накопила интересный опыт борьбы с многими болезнями, знала немало полезных и разумных средств и методов их лечения, из которых определенная часть была близкой к научной медицине. Как первичная форма оказания медицинской помощи населению народная медицина в XIX в. сыграла большую роль в поддержании здоровья народов Северо-Восточного Кавказа.

Глава 3. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО КАВКАЗА ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX в. – НАЧАЛЕ XX в. (до 1917 г.)

3.1. Медицинская помощь горскому населению Терской и Дагестанской областей.

Одной из малоизученных страниц истории медицины и здравоохранения на Северном Кавказе остается период XIX – начало XX вв. Возможно это было связано с известным изменением идеологической системы в период строительства социализма, когда становление здравоохранения связывалось только с советской властью. Между тем, исследования последнего десятилетия показали, что вопросы здравоохранения решались на государственном уровне и в Российской Империи, в т.ч. и на вновь освоенной территории Северного Кавказа. При этом устройство медицинского дела в регионе было тесно связано с административно-территориальным делением Северного Кавказа и политикой имперских институтов власти. Кроме того, этот период характеризовался принципиально новым отношением государства к вопросам здравоохранения, основанном на убеждении, что только государство является единственной силой, способной обеспечить народное здравие, благополучие общества и каждого человека [567].

В числе сложных проблем при административном устройстве области оставалось медицинское обеспечение т.н. «залинейных инородцев» – «туземцев», известных под общим именем горцев или горских народов [530]. Долгое время на Северном Кавказе, как и в других национальных окраинах России, для покоряемого населения система общественного медицинского обслуживания на тот период отсутствовала, соответственно не было и никаких врачебных заведений. Потому «туземного» населения

Северного Кавказа не коснулись реформы здравоохранения, происходившие в России. Горцы не ведали земской медицины, врачебных управ Приказов общественного призрения, не говоря о Медицинской коллегии и Медицинской канцелярии. Последние, включая Медицинский департамент, касались только военно-медицинских учреждений в составе русской армии на Кавказе.

Сам процесс организации медицинской помощи в описываемом регионе в указанный период был сложным и длительным – не хватало средств, мало было специалистов, отсутствовали свободные помещения для развертывания врачебных заведений, не было четкой системы и опыта работы в сложившихся условиях [649,106,223]. И проходил он в сложных общественно-политических условиях, сложившихся в XIX–XX вв. в этом регионе.

Практически, только с включением региона в состав России ставятся вопросы государственного медицинского обеспечения населения области, и получают свое развитие лечебные учреждения. Перед Правлением Терской области стала проблема медико-санитарного обеспечения горского населения («туземцев»), жителей городов, казачьего населения, частей регулярной армии и казачьего войска, дислоцирующихся на территории области. В исследуемом регионе была организована многоведомственная система медицинского обслуживания, сходная, на наш взгляд, с отдельными зачатками общественной медицины в России [28]. Следует отметить, что в Уставе врачебном 1892 и 1905 гг. были выделены специальные главы «О врачебном управлении в областях Терской и Кубанской», где были изложены особенности организации медицинской службы в регионе [535,532]. Медицинская часть находилась до 1893 г. в ведении Военно-народного управления и подчинялась окружному военно-медицинскому инспектору Кавказского военного округа. В последующем была передана в ведение Управления медицинской частью гражданского

ведомства на Кавказе и подчинялась территориально военному губернатору через областного врача. Сама система «охраны народного здравия» в Терской области существовала на основе особых «Правил», «Положений», «Инструкций», не всегда соответствовавших общим правилам (законам), действовавшим в этот период в России [223]. Ввести общероссийское законодательство о здравоохранении в Терской области предполагалось только после образования здесь земских учреждений, что так и не было сделано.

Для горского населения, проживавшего в округах Терской и Дагестанской области, медицинское обеспечение было организовано, вначале по окружной системе, и спустя много лет по участковому принципу, на которых, прежде всего, необходимо остановиться.

3.1.1. Окружная система организации медицинского обслуживания горского населения.

Первым шагом начала организации медицинского обеспечения горцев Северного Кавказа был подписанный 15 мая 1858 г. высочайший указ: «…право получать врачебные пособия и пользоваться в военных госпиталях на счет казны распространить на все покорные и враждебные нам племена горцев Кавказской линии, Дагестана и Лезгинской кордонной линии» [447]. По нашим данным горцы могли лечиться бесплатно в военных лазаретах и раньше, чем с 1858 г., в соответствии с приказом по войскам Кавказского корпуса – № 35 от 18 июля 1848 г. [776]. Такое право было дано горцам на Черноморской береговой линии и в Сванетии. Если этот процесс в Черномории и был отлажен в какой-то степени [480], то в Чечне и на севере Дагестана, ввиду военной обстановки и отдаленности госпиталей, это сделать было весьма сложно. Например, Грозненский, Червленский, Воздвиженский, Шелкозаводской, Хасав-Юртовский военные

госпиталя были расположены, во-первых – в глубине территории расселения казаков, а во-вторых – в военных укреплениях, куда доступ горцам был запрещен, когда край находился на военном положении. В реальности этим правом лечения, в силу сложившейся военно-политической ситуации в регионе и территориальных проблем представители враждебных и покорных «племен» Чечни и Дагестана практически не пользовались. Да и в последующем, за лечение посторонних больных в военных и казачьих войсковых врачебных учреждениях стала взиматься установленная плата, малодоступная для коренных жителей из-за их бедности.

На первых порах в управления округов для организации медицинской службы были введены военные медики из регулярных частей Кавказской армии. Высочайше утвержденным Положением об управлении Терской областью (1862 г.) были введены штатные должности медика по V разряду медицинских должностей и фельдшера 1-го класса в следующие округа военных отделов: Кабардинский, Осетинский, Ингушевский, Чеченский, Аргунский, Ичкеринский, Кумыкский, Нагорный. Годовое содержание медика составляло 786 руб. серебром, а фельдшера 64 руб. 80 коп.

В августе 1865 г. был образован Кавказский военный округ, в который входило Управление военно-медицинской частью. Согласно «Постановлению об управлении медицинской частью в отделах Кавказского края», утвержденного тогда же Александром II, управление медицинским обеспечением было включено в ведение окружного военно-медицинского инспектора, главного хирурга, окружного инспектора госпиталей, а в Терской области – старшего доктора (он же войсковой доктор Терского казачьего войска) [450]. Первым административным медицинским учреждением в крае стало Управление старшего доктора Терской области. Медицинскими учреждениями Терской области ведал теперь «старший доктор».

В сентябре 1865 г. в штаты военно-народного управления Терской областью были внесены некоторые изменения. В управления названных выше округов с тем же денежным содержанием, взамен медиков, ввели по одной должности старшего лекаря и старшего фельдшера. Они подчинялись старшему доктору отдела, далее по рангу шли старший войсковой доктор, окружной военно-медицинский инспектор, генерал-штаб-доктор Кавказской армии.

Значительные изменения в административном устройстве Терской области произошли после именного указа от 30 декабря 1869 г. о преобразовании административных учреждений в Кубанской и Терской области [453]. Военно-народное управление было упразднено и введено общегубернское, но с некоторыми изъятиями. Было упразднено и Управление старшего доктора Терской области [851].

Положением был определен порядок устройства медицинской части в Кубанской и Терской областях следующим образом:

«1.Заведывание гражданской медицинской частью сосредоточить в областном правлении по врачебному отделению, которое подчинить непосредственному ведению областного врача. На того же областного врача возложить обязанности и власть войскового доктора в каждом из казачьих войск.

2.Городские больницы в городах Кубанской и Терской областей содержать на основании общих правил.

3.Окружных медиков и фельдшеров, состоящих в Кубанской и Терской областях по штатам, подлежащих ныне упразднению военно-народных управлений, распределить по уездам (округам) вновь образуемых областей, с переименованием первых в уездных (окружных) врачей, а вторых в уездных (окружных) фельдшеров…»

Начальники госпиталей и областные врачи находились по медицинской части (военной) в непосредственном подчинении окружного

инспектора Кавказского окружного военно-медицинского управления. Врачебное отделение по медицинской линии (гражданской) подчинялось Управлению медицинской частью гражданского ведомства Наместника Кавказского в Тифлисе. Данному управлению поручалось издание Правил, определяющих обязанности вообще медицинских чинов и служебные отношения их к подлежащим учреждениям.

В штаты полицейских управлений Георгиевского, Владикавказского, Грозненского, Аргунского, Веденского, Кизлярского, Хасав-Юртовского округов были введены должности (без указания числа) окружного врача с годовым содержанием 980 руб., старшего фельдшера (200 руб.), младшего фельдшера (150 руб.) и повивальной бабки с годовым содержанием 390 руб. По медицинским вопросам они подчинялись областному врачу врачебного отделения Правления области.

Служба окружных врачей стала относиться к гражданскому ведомству и часть из них теряла право на пенсии из эмеритальной кассы военного ведомства. Сложившаяся ситуация многих побудила вернуться к военной службе, и это при общем недостатке в крае гражданских врачей. Ситуацию улучшило вышедшее в 1874 г. положение Государственного совета «О предоставлении уездным и ветеринарным врачам Терской и Кубанской областей, прослужившим не менее 10 лет в военном ведомстве, некоторых прав военно-медицинской службы» [455].

Новое административное устройство вводилось с 1 января 1871 г., постепенно и по усмотрению Наместника Кавказского. Чуть позже уточнилась и «штатная положенность» медицинских чинов по округам: окружные врачи были во всех округах, старшие фельдшера в Георгиевском и Грозненском, в остальных только младшие фельдшера, повивальные бабки были во всех округах, кроме Аргунского и Хасав-Юртовского. В последующем медицинские штаты округов существенно не менялись. Только в 1888 г. при очередной административной реформе области

округов осталось четыре: Нальчикский, Владикавказский, Грозненский, Хасав-Юртовский и в каждом округе было по одной должности врача по V военно-медицинскому разряду, повивальной бабки, старшего и младшего фельдшеров [458].

К 1 января 1883 г. в округах Терской области имелось жителей (без регулярных войск): Владикавказский округ – 135547 человек, Нальчикский – 128226, Пятигорский – 16541, Кизлярский – 18393, Хасав-Юртовский – 51082, Веденский – 26585, Аргунский – 28918 человек [249]. В начале XX в. в округах один врач приходился на 121123 человека, один фельдшер – на 15740, одна повивальная бабка – на 121123 и одна аптека на 29152 человека [286]. Например, на весь Нальчикский округ на 10113 кв. верст и с населением 76395 человек, проживающим частью на плоскости, но в основном по глухим, отдаленным и труднодоступным местам медперсонал состоял из врача, фельдшера и повивальной бабки, которые дислоцировались в слободе Нальчик [346]. Чечня с ее труднодоступной горной территорией и 250-тысячным местным населением с 1905 г. по 1917 г. имела только двух окружных врачей, а Ингушетия на 60 тысяч населения одного окружного врача.

Окружные врачи, в основном, исполняли судебно-медицинские и медико-полицейские функции. В своем округе они должны были предотвращать причины возникновения болезней, особенно заразительных, т.е. осуществлять санитарный надзор, а также оказывать населению медицинскую помощь. Окружные врачи фактически служили для гражданского и уголовного судопроизводства по результатам патологоанатомических вскрытий и экспертного освидетельствования. Окружной врач, несмотря на донесения о больных на участке, не являлся для осмотра больного, потому что физически не мог охватить весь округ. Поэтому врач выезжал в села округа только по распоряжению администрации и требованию судебных следователей. В отчете начальника

Терской области за 1904 г. говорилось: «Окружные врачи исключительно заняты судебно-медицинскими и медико-полицейскими функциями, при большом протяжении округов, решительно не имеют времени для подачи необходимой врачебной помощи заболевающим». Горское население могло получить медицинскую помощь от окружных фельдшеров, но они были на приеме в околотке окружного центра, до которого добраться больному всегда было сложно, а фельдшер в окружные поселения выезжал очень редко, к тому же, медикаментов постоянно не хватало.

Окружной врач Ичкеринского округа Терской области доктор медицины Я. Верлин (1870) писал: «…Не все заболевающие горцы желают или могут (по причине отдаленности некоторых аулов обращаться ко мне, число домогающихся медицинского пособия зависит здесь всегда от весьма многих случайностей, так от вызова горцев в Окружное Управление, от хорошей погоды и увеличивающегося при ней воскресного базара и проч., наконец от моих поездок по округу, – все это обстоятельства, при которых горцы мимоходом захватывают лекарства» [93].

В задачи окружных врачей наряду с медицинскими обязанностями входило медико-топографическое описание своего округа. Одним из первых краткий медико-топографический очерк своего округа составил врач А.И. Дроздовский (1870), прослуживший около 40 лет на Кавказе. Хорошо знакомый с бытом, традициями и болезнями горцев он писал: «Способ лечения туземцев, в округе, близко подходит к тому какой существует в лечебницах для приходящих больных. Больной туземец, или посланный от него, получивший от врача совет и наставление, отправляется домой с лекарством, взятым из казенной аптеки, по рецепту окружного медика. Или же, во время разъездов по округу сего последнего, больные туземцы получают врачебные пособия у себя дома, в ауле. Впоследствии же, смотря по ходу болезни и другим обстоятельствам, больной или является снова, нередко даже по нескольку раз, или же совершенно

скрывается из виду. Хотя описанный способ лечения, по многим недостаткам, далеко уступает госпитальному, тем не менее, польза его, некоторым образом, уже доказывается тем, что число больных, обращавшихся за медицинской помощью, год от года становится больше и больше» [185].

А.И. Дроздовским (1870) была изучена заболеваемость горцев Кабардинского (Нальчикского) округа по обращаемости за медицинской помощью за семь лет (табл.1).

Таблица 1.

Число больных горцев Кабардинского округа, обратившихся за врачебным пособием в 1861-1867 гг. (терминология сохранена)

По годам								В течение 7 лет
Болезни	1861	1862	1863	1864	1865	1866	1867	
1.Поветренные болезни								
Перемежающаяся лихорадка	89	170	247	306	560	595	511	2478
Тифозная и возвратная горячка	40	-	12	53	294	20	8	427
Воспаление внутренних органов	25	18	51	95	52	106	121	468
Катарр дыхательных путей	47	172	77	94	136	184	275	985
–желудка, кишеч-ника – поносы	22	79	57	91	105	122	117	593
Ревматизмы	94	90	162	236	315	298	505	1700
Глазные болезни	12	40	81	102	170	106	146	657
Острые сыпи	-	28	8	29	-	-	100	165
Коклюш	-	-	-	56	-	39	-	95
	329	597	695	1062	1632	1470	1783	7568
2. Худосочия, органические болезни								
Органические болезни грудных органов	2	4	-	-	2	3	-	11
– брюшных органов	12	10	8	13	39	20	22	124
Водянка	-	6	4	24	20	12	23	89
Хронические сыпи и язвы	55	80	55	127	188	141	152	798
Анемия, хлороз,	7	-	12	7	39	17	23	105

лейкемия								
Рак, канкроид	1	-	2	-	-	-	1	4
	77	100	81	171	288	193	221	1131
3. Заразительные и паразитные болезни								
Сифилис	18	20	7	18	27	38	45	173
Бугорчатая проказа	-	5	5	-	-	-	-	10
Чесотка	80	49	57	109	199	282	457	1233
Глисты	10	16	6	11	6	2	52	103
Заражение от животных (водобоязнь)	3	5	5	2	4	2	-	16
	111	90	80	140	236	324	554	1535
4. Болезни нервов								
Падучая болезнь	2	4	-	-	9	5	7	27
5. Наружные болезни и травматические повреждения								
	26	52	51	123	104	149	173	748
6. Женские болезни								
	10	16	6	3	6	7	16	64
Всего	625	859	913	1499	2275	1148	2754	11073

Как видно из приведенных в таблице данных среди горцев преобладали болезни «поветренные», чаще всего встречались перемежающаяся лихорадка, ревматизм, катар дыхательных путей. На втором месте автор выделил болезни кожи и подкожной клетчатки, причины которых он видел «…в образе жизни, обычаях туземцев и других местных условиях, вредных для здоровья». Перемежающаяся лихорадка чаще всего встречалась в Баксанском и Малокабардинском участках, расположенных в низовьях рек Малки и Баксана, где имелись болотистые места [840]. Горские женщины редко обращались к врачу, тем более если врач был мужчиной. Отсюда, на долю женских болезней пришлось 0,5 %.

Согласно отчету за 1867 г. к Аргунскому окружному медику за врачебным пособием обратилось в течение года 4212 человек из числа горцев, что на 1000 жителей округа составляло около 199 человек [841]. Заболеваемость населения округа представлена в таблице 2. За отчетный год из числа заболевших горцев на в Шатоевском военном лазарете округа на лечении находилось 177 больных.

Таблица 2.

Распределение заболеваний в Аргунском округе в 1867 г.

Наименование болезни	Число случаев за 1867 г.
А.Поветренные болезни	
Перемежающаяся лихорадка	988
Воспаления внутренних органов	124
Катары дыхательных путей	58
Катары желудка, кишок – поносы	86
Ревматизм	952
Глазные болезни	136
Б.Худосочия и органические болезни	
Органические болезни грудных органов	50
Водянка	29
Цынга	17
Хронические сыпи и язвы	313
Золотуха, анемия, маразм и сродные болезни	10
В.Заразительные и паразитарные болезни	
Сифилис	1
Чесотка	968
Глисты	91
Г.Болезни мозга и нервов	2
Д.Наружные болезни и травматические повреждения	387
ИТОГО:	4212

В данном округе чаще всего наблюдались перемежающаяся лихорадка, ревматизм, кожные болезни и травматические повреждения. Окружной медик отмечал, что горцы обращаются всегда с хроническими формами болезней, да и то непостоянно, урывками, когда им по какой-то причине надо быть в окружном управлении. Больные горцы лечились не систематически, верили только в средства скоро, быстро действующие, длительное лечение не выдерживали. О результатах лечения получить сведения было затруднительно по ряду причин.

Подобное наблюдал и окружной врач Кумыкского округа. В 1867 г. к нему за врачебным пособием обратилось 3444 жителя округа, из которых 66 было отправлено в военный госпиталь; при этом на 1000 жителей округа приходилось 114,9 больных [842]. Как и везде среди болезней преобладали перемежающаяся лихорадка, ревматизм и кожные болезни, в частности чесотка.

Представляет интерес и исследование болезненности горцев Ичкеринского округа (Чечня), проведенное окружным врачом доктором медицины Я. Верлиным (1870). По его данным среди 2157 больных с «поветренными болезнями» было 1315 (61%), из числа которых у 630 (30%) была перемежающаяся лихорадка, у 301 (14%) катаральные поражения дыхательных путей и в 129 (6%) случаях был ревматизм. «Заразительные и паразитные» болезни имелись у 625 (29%) больных, при этом чесотка регистрировалась у 23%. Затем по частоте шли наружные повреждения и травмы (5%), «худосочные» болезни (4%). Среди горцев нередки были желудочно-кишечные катары, чаще с глистной инвазией, глазные болезни воспалительного характера, анемия. При этом автор обращает внимание на то, что анализируемое число больных может быть относительным, «…так как настоящее число больных окружному медику не может быть известно» [1] [93]. В большинстве случаев это было связано с тем, больные горцы не обращались к окружному врачу и лечились у своих народных лекарей, или же не могли обращаться из-за отдаленности места проживания от окружного центра, вследствие чего статистика заболеваемости оставалась неполной.

Между тем, несколько иначе было организовано медицинское дело для горцев Дагестана. После пленения имама Дагестана и Чечни Шамиля приказом по Кавказской армии от 20 мая 1860 г. № 208 была образована Дагестанская область, а бывшая Дербентская губерния стала Дербентским градоначальством [282]. Область делилась на округа: Аварский, Андийский, Гунибский, Даргинский, Казикумухский, Кайтаго-

---

[1]Верлин Я. Медицинский сборник, издаваемый Кавказским медицинским обществом. Тифлис,1870. №10. Отд.1. С. 12.

Табасаранский, Кюринский, Самурский, Темир-Хан-Шуринский, и в каждом были окружной медик и фельдшер.

К 1891 г. медицинский персонал Дагестана состоял из 9 окружных врачей, и при них находилось по одному старшему медицинскому фельдшеру, он же и аптечный, и по два оспопрививателя из числа местных жителей [251]. При этом один врач приходился, в зависимости от округа, на 35246 - 80893 человек. В окружных управлениях были учреждены аптеки, из которых больным выдавали бесплатно медикаменты. Врачебных заведений гражданского ведомства, кроме приемного покоя на пять кроватей в селении Касум-кент Кюринского округа, не было. Вся врачебная помощь окружных врачей заключалась в амбулаторном лечении местных жителей при обращении или во время разъездов врача по округу. Всеми окружными врачами в 1891 г. было принято 19405 человек.

В мае 1894 г. была произведена реформа медицинского дела в Дагестане и врачебная часть из военного управления была передана в гражданское ведомство. В 1894 г. окружной медицинский персонал состоял из врача, старшего медицинского фельдшера, 2-3 оспопрививателей из туземцев, а в двух округах имелись вольнонаемные повивальные бабки. На одного окружного врача приходилось 63,5 тысячи человек при значительном радиусе участка обслуживания.

В 1895 г. за медицинской помощью к окружным врачам обратилось 23265 больных (4,07% населения), их них по поводу малярии 7727 (33,1%) человек [251]. Среди заболеваний преобладали катары дыхательных и пищеварительных органов, ревматизм, накожные болезни, глистные инвазии, глазные болезни, которые связывались с неудовлетворительным устройством жилищ, плохим питанием, антисанитарными условиями жизни и особенностями климата.

О состоянии медицины в тот период один из окружных врачей Дагестана писал: «Несмотря на то, что число врачей в области крайне ограничено (9 окружных врачей почти на 700 000 душ), они, кроме того, здесь поставлены в такие условия, что лишены возможности проявлять

свою деятельность на пользу страдающего населения области, так как для всего населения на лекарства и медицинские пособия в год отпускается меньше двух тысяч рублей» [107]. Например, в Кюринском округе число амбулаторных больных у окружного врача доходило до 4-5 тысяч, а лекарства отпускались только на 130 руб. 55 коп. в год, что явно было недостаточно.

Окружная система медицинского обеспечения в Терской и Дагестанской области оказалась мало полезной для горских народов. Известный исследователь Северного Кавказа Г.А. Колосов (1909) писал: «Понятно, в виду обширности округов и неудобств сообщения окружные врачи не могут приносить населению сколько-нибудь существенной помощи; их роль ограничивается судебно-медицинскими и медико-полицейскими обязанностями. Фельдшера по той же причине также не могут принести даже той пользы, которую они могли бы принести по своим познаниям: на одного фельдшера в некоторых местах приходится по 70 селений, так что он едва успевает раз в месяц объехать их. Средства, ассигнуемые на врачебное дело, весьма ограничены – около 5% всего бюджета на медицину с ветеринарией; при этом на последнюю тратится больше, чем на первую. …Между тем население весьма нуждается в рациональной врачебной помощи, оно часто поражается эпидемиями заразных болезней, которые находят здесь для своего развития благоприятную почву…»[1] [286]. Также автор отмечал, что «несмотря на доверие туземцев к врачам, введение среди них рациональной

---

[1]Колосов Г.А. Условия жизни населения Терской области с точки зрения нервно-психической гигиены. М., 1909. – С. 112-113.

медицинской помощи, ввиду их невежества и предрассудков, незнание ими русского языка и трудности найти медицинский персонал, знающий тот или другой туземный язык, весьма трудное дело. К указанным

неблагоприятным условиям иногда еще присоединяются особые природные условия» [286].

На Северном Кавказе наблюдалась частая сменяемость окружных врачей и общий дефицит врачебных кадров. Согласно данным периодического Кавказского календаря за 1858-1917 гг. в Терской области прошло службу 69 окружных медиков (врачей), а в Дагестанской области – 84 (списки окружных врачей в Приложении). Нехватка врачебного состава объяснялась в основном сложностью службы на Кавказе. Несмотря на романтику Кавказа, несмотря на то, что жалованье врачам здесь выплачивалось не ассигнациями, как в остальных частях русской армии, а серебром, но не из-за «дороговизны» жизни, а из-за недостатка медиков, желающих добровольно ехать на Кавказ, было мало [200].

Относительно медицинской помощи туземному населению и окружных врачей областной врач Терской области К.И. Чудовский в 1911 г. на областном съезде врачей говорил: «До невероятности страшно становится подумать, что шестисот тысячное население остается без всякой медицинской врачебной помощи, так как нельзя считать окружных врачей, что они могут что-нибудь сделать. Они не только не в состоянии помогать населению, но не в силах предупреждать заразные болезни, так как окружные врачи при той массе работы по судебно-медицинским делам, находясь в постоянных поездках при той массе убийств и поранений, при всем желании, не могут исполнять служебный долг….Охранение здоровья туземного населения лежит на обязанности фельдшеров, да и те, если бы, что и могли сделать, не всегда успевают прибыть на место» [1] [649].

---

[1]Чудовский К.И. Труды первого областного съезда врачей Терской области. Владикавказ, 1912. – С. 22.

Следует сказать, что сложные природные и транспортные условия, недостаточное материальное обеспечение медицинского дела, культурно-бытовые особенности местного населения, языковый барьер и ряд других

факторов отрицательно сказывались на системе окружной медицины. Кроме того у окружных врачей было двойное подчинение: административно – начальнику округа, функционально – областному врачу, что также вызывало определенные сложности. Система окружных врачей в Терской области просуществовала до 1918 г., а в Дагестанской области должности окружных врачей были упразднены в 1904 г. и введены должности сельского участкового врача.

3.1.2. Участковая система медицинского обслуживания горского населения.

Организация сельско-врачебной части на Кавказе, включая Терскую, Дагестанскую и Кубанскую области, имела свои особенности. В Терской области организация врачебной помощи была устроена по сословному типу. Для медицинского обслуживания горского населения области стали организовывать сельско-врачебные части (СВЧ) в форме фельдшерских пунктов с привлечением для этого участковых фельдшеров на денежный сбор с самого населения. В то время, когда в России в большинстве губерний была введена прогрессивная земская медицина, которая нанесла удар по фельдшеризму – самостоятельной практике фельдшеров, в Терской области эта практика оставалась самой распространенной. Как указывал М.Б. Мирский (1966) в России «…фельдшерское лечение в уездах и губерниях подрывало в корне общественно-просветительское значение медицины, тормозило развитие в будущем…» [359]. Несмотря на это основная тяжесть медико-санитарного обеспечения горского населения северо-востока Кавказа в 1860 -1917 гг. и на период Гражданской войны легла на несовершенную сеть сельско-врачебной части.

Земская реформа на Кавказе не распространялась на Дагестанскую и Терскую области, ввиду возражений Военного министерства. Объяснялось

это присутствием в составе обеих областей казаков, для которых, в целях поддержания их военно-сословного быта, планировалось создать земское самоуправление особого типа. При этом интересы остального гражданского населения области мало принимались во внимание.

Организация медицинского обслуживания населения была делом военно-народного правления Терской области. В казачьих станицах фельдшерские пункты открывались за счет войсковых сумм, а для туземцев за счет добровольного сбора денег на оплату фельдшера и содержание аптеки. Фельдшерские пункты в слободах и поселениях Терской области, в т.ч. в казачьих станицах Сунженской линии и в станицах Терско-Гребенских казаков были учреждены практически везде, и намного раньше, чем для туземного населения.

По поводу устройства сельско-врачебной части в виде фельдшерских пунктов помощник областного врача В.А. Гордоновский в 1892 г. писал, что она «…по положению не обязательна для туземцев, а представлено их добровольному желанию облагать себя налогом на содержание фельдшеров и аптек. Понятно, что туземцы не особенно охотно дают согласие на обложение» [1] [346]. Здесь следует отметить, что согласно «Положению о сельских (аульных) обществах, их общественном управлении и повинностях государственных и общественных в горском населении Терской области» от 1869 и 1895 гг. сельские общества могли учреждать больницы на общественные сборы. Одновременно на них лежали и обязательные общественные повинности в виде «…расходов по

---

[1]Цитир.: Маслов А.А. и др. История медицины Кабардинского округа. Нальчик, 2005. – С. 210.

медицинской части, оспопрививанию и принятию мер, предпринимаемых уставом врачебным, в случае появления заразительных болезней…» [468].

Кроме официальных платежей были и не обусловленные сметами подати, обременительные для горского населения.

По мнению Д.Р. Тхостова (1970) в тот период медицинской помощи, в самом элементарном понимании этого слова, не было [611]. 130-тысячное население Владикавказского округа обслуживалось одним окружным врачом и четырьмя участковыми фельдшерами. В доказательство отсутствия медицинской помощи автор приводит прошение наместнику Кавказа доверенных Закинского общества и Нарского приходов (Северная Осетия). В прошении, после описания тяжелого материального положения населения следует: «…если к этому прибавить абсолютное отсутствие медицинской помощи, путей сообщения, поголовное невежество населения вследствие недостатка просветительных учреждений, непосильные денежные и натуральные повинности, то ужасная картина бедственного положения станет ясна».

В отдельных крупных участках округов (плоскостные аулы, казачьи станицы) Терской области были созданы сельско-врачебные части с фельдшером и оспопрививателем применительно к административному делению округа. Для туземного населения первые фельдшерские пункты Терской области были учреждены во Владикавказском округе (бывшем Осетинском). В 1874 г. по ходатайству начальника Владикавказского округа полковника А.Ф. Эглау и с согласия туземного населения этого округа, выраженного в общественном приговоре, была учреждена сельско-врачебная часть на добровольные взносы денег по 25 коп. с каждого дыма (хозяйства) в год [831]. К 1885 г. для «туземного» населения Владикавказского округа было организовано семь участковых фельдшерских пунктов, в т.ч. в укреплении Назрань и селении Пседах [692].

По примеру населения Владикавказского округа и таким же порядком участковые фельдшерские пункты для туземного населения были учреждены в Нальчикском (1893 г.), Грозненском (1889 г.), Хасав-

Юртовском (1900 г.), Веденском и Назрановском (1905 г.) округах. В 1908 г. подымный сбор доходил до 25 коп. во Владикавказском и Назрановском округах и 67 коп. в Хасав-Юртовском. Собранные средства расходовались в течение года на приобретение медикаментов, аптечных предметов, перевязочных вещей, хирургических инструментов, оспенного детрита, а также на содержание участковых фельдшеров, в том числе выплату им пособия в виде награды за особое усердие по службе. Ежегодно составлялись отчеты о приходе и расходе сумм и рассылались начальникам округов для ознакомления населения о расходовании их взносов.

Первая попытка организовать медицинское обслуживание местного населения в Грозненском округе была осуществлена в 1889 г. По ходатайству начальника округа от 13 мая 1889 г. на остатки сумм, собираемых с населения на содержание земской почты, было дано разрешение организовать сельско-врачебные части на пяти участках [685]. Еще на два фельдшерских пункта нашлись деньги, оставшиеся после строительства школы в укреплении Ведено. Таким образом, были учреждены семь фельдшерских пунктов на 200 тысяч жителей округа в селениях Урус-Мартан, Устар-Гордой, Шали, Исти-Су, укрепление Ведено, Саясан, Надтеречный [688].

В конце 1890 г. Терское областное правление в Грозненском округе на двух участках (бывший Аргунский округ) открыло фельдшерские пункты с аптекой [689.690]. Для учреждения этих пунктов были составлены 32 общественных приговора для сбора по 20 коп. в год с 3734 дворов. До 1905 г. участковыми фельдшерами проработали А.Перфильев, Н. Колесников, П. Букин, К. Селин, Ф.Бабич, В.Щербаков, В.Скляров, Е.Ткачук [701].

В этот опасный эпидемиями оспы период оспопрививателей в округе имелось 22 оспопрививателя для плоскостных и 3 для горных сел [694]. В результате горные аулы Чечни были лишены медицинской помощи. О

сложнейшей ситуации с медицинским обслуживанием населения в период опасности возможной эпидемии чумы, в марте 1897 г., начальник Грозненского округа докладывал начальнику Терской области (орфография сохранена): «…В настоящее время, вследствие серьезной болезни Грозненского Городского Врача Мартынова для гор. Грозного, Грозненской станицы и для всего вверенного мне Округа имеется только один Врач (Окружной) и четыре фельдшера (городской, станичный и 5, 7 участков). В виду возможности появления Чумной эпидемии в Округе рассчитывать на успех борьбы с ней при наличных средствах нет возможности …» [700].

Оперативнее решился вопрос с сельско-врачебной частью в 1905 г. в новом Веденском округе, занимавшим территорию между Грозненским и Хасав-Юртовским округами [686]. Веденский округ (в нынешнее время это Веденский, Ножай-Юртовский и Шалинский районы Чечни) имел пять участков, 16449 хозяйств-«дымов» [707] и на каждом, кроме второго, были учреждены участковые фельдшерские пункты 708,683,710-713]. В Веденском округе ставился вопрос по общественному приговору открыть даже больницу.

Только в 1893 г. было получено согласие правления Терской области на открытие для коренного населения Нальчикского округа сельско-врачебной части в форме трех фельдшерских пунктов с введением обязательного сбора денег с населения в размере 30 копеек с двора [346]. Была выработана «Инструкция участковым фельдшерам туземного населения Нальчикского округа», утвержденная начальником Терской области [766]. Уже в 1895 г. фельдшерами было принято 8696 человек [346]. В конце XIX в. вся медицинская служба для горцев Нальчикского округа состояла из одного окружного врача, трех участковых фельдшеров, одной окружной повивальной бабки, примитивных трех сельских аптек (при фельдшерских пунктах) и одной вольной (частной) аптеки в слободе Нальчик [376].

До 1903 г. в Кабарде с населением в 105632 человека стационарная помощь больным практически отсутствовала. Приемный покой на четыре кровати (Кабардинская общественная лечебница) с аптекой, содержащийся за счет Кабардинского народа обслуживался фельдшером. Лечение в стационаре прошло 57 человек, принят в приемном покое 3131 больной [765]. Только в конце 1911 г. Кабардинская горская лечебница расширилась до 12 кроватей: восемь мужских, три женских и одна – детская. Оплата за лечение составляла 50 коп. в сутки, амбулаторное лечение было бесплатным. Содержалась лечебница за счет платы за лечение, ассигнований из кабардинской общественной суммы, частных пожертвований.

Даже в начале XX века ситуация с народным здравоохранением в данном округе существенно не изменилась. В Нальчикском округе в 1909 г. имелось только десять фельдшеров, из которых семь – участковых [763]. За этот год в стационаре приемного покоя было пролечено 56 больных, принято 15439 больных, а участковыми фельдшерами – 15362, акушеркой – 21 женщина [764]. В 1910 г. в семи крупных населенных пунктах Кабарды и Балкарии были открыты фельдшерские пункты для сельского населения. По состоянию на 1913 г. в округе имелись две лечебницы на 20 коек, одна амбулатория, девять фельдшерских пунктов и две частные аптеки; работали всего 11 врачей [637]. Более семи тысячное население Нальчика, являвшимся центром Нальчикского округа Терской области продолжало получать медицинскую помощь только в небольшой лечебнице и слободской амбулатории [376].

Вместе с тем, примечательным является факт открытия в Нальчике в период Первой мировой войны благотворительных лазаретов для раненых: от кабардинского народа на 20 коек при Кабардинской лечебнице и общества немецкой колонии Гнадебург на 15 коек [178,612]. В течение 1915 г. в Нальчике на средства Всероссийского земского союза было открыто

еще четыре лазарета для раненых и больных солдат и офицеров. В Кабардинской общественной лечебнице работали врач-кабардинец Б.М. Шогенов, врач-балкарец И. М. Абаев, женщина-врач Зейнаб Тамбиева [376]. В начале 1917 г. в Нальчике действовали уже семь лазаретов Всероссийского Земского Союза и «Нальчикский благотворительный лазарет» Российского Общества Красного Креста. В них на излечении находилось до 350 раненых и больных воинов. В организации работы лазаретов активно участвовал начальник Кабардинского округа подполковник С.К. Клишбиев, предоставив для этого необходимые помещения, мебель, обеспечив регулярную доставку продовольствия, поступавшего из слободы Нальчик, кабардинских и балкарских селений, русских хуторов, поселков и станиц.

Организация сельско-врачебной части на Северо-Восточном Кавказе в XIX в. стала важным этапом в становлении сельского здравоохранения в регионе. Фельдшерские пункты сельско-врачебной части для горского населения – это аналоги современных фельдшерских пунктов, согласно специальной «Инструкции участковым фельдшерам туземного населения» предназначались «для оказания первоначального врачебного пособия и прививания предохранительной оспы населению…» [691].

Врачебное отделение областного правления за счет общественных сумм нанимало участкового фельдшера с годовой оплатой в 350 руб., учреждало участковую аптеку для «бесплатной» выдачи лекарств. Назначение, перемещение и увольнение участковых фельдшеров проводилось врачебным отделением Терского областного правления. По медицинской части они непосредственно подчинялись окружным врачам. Фельдшера обеспечивались бесплатными квартирами с отоплением и освещением, но при этом на каждого фельдшера на участке в 60-200 тысяч десятин приходилось до 25 тысяч жителей [559].

В обязанности фельдшера, согласно Инструкции, входил прием амбулаторных больных в околотке (фельдшерский амбулаторный пункт) и при необходимости посещение их на дому, а также проведение противоэпидемической работы. Для привития детям предохранительной оспы участковый фельдшер один раз в месяц обязан был объезжать все селения своего участка. При разъездах фельдшер следил и за санитарным состоянием села, выявлял случаи заразных болезней, контролировал эпидемиологическую ситуацию на участке, принимал необходимые меры к предупреждению распространения заразной болезни. Разъезды по селениям участка фельдшер совершал на обывательской подводе или на верховой лошади, назначаемой от селения до селения, для чего фельдшер снабжался особым именным предписанием от участкового пристава, а сельские старшины содействовали ему в своевременном и беспрепятственном совершении поездок. Особо отличившихся фельдшеров «в деле прививания предохранительной оспы и в отношении ухода за больными», по представлению окружного врача, награждали по заслугам [691].

В специальные книги фельдшер записывал принятых больных с указанием диагноза и назначенных медикаментов, приход и расход медикаментов и другого медицинского имущества, вел ведомости оспопрививания. Материальное оснащение фельдшерских пунктов осуществлялось через окружного врача по специальному требованию, в котором было медикаментов 90 наименований, аптечных предметов срочных и бессрочных – 42, хирургических инструментов и аппаратов - 17 и перевязочных вещей 12 наименований [704]. Однако фельдшера ощущали постоянную нехватку медикаментов. Постоянно не хватало и денежных средств, из-за недоимок с населения. Зачастую аптечные запасы пополнялись фельдшерами сбором дикорастущих лекарственных трав.

Тяжелые условия жизни и службы в горном крае, низкое денежное содержание, непонятные традиции местного населения, низкий уровень его

культурного развития, языковый барьер вели к значительной текучести фельдшерских кадров. Так, на сложном горном участке в селении Шаро-Аргун с 1905 г. по 1914 г. сменилось 10 фельдшеров [703,709]. В сложившихся условиях за невозможностью найти более подготовленных фельдшеров, не говоря о классных, участковые фельдшера большей частью были ротными.

Историк А.И. Хасбулатов в одной из своих работ, ссылаясь на периодическую печать XIX в. отмечает, что местное население, не только сельское, но и городское совсем не обеспечено врачебной помощью, «ибо нельзя назвать сколько-нибудь серьезной незначительную численность участковых медицинских фельдшеров, которые делают в два месяца один раз объезд участка. Они даже при желании не могут оказать надлежащей помощи при крайне недостаточной медицинской подготовленности, при почти полном отсутствии медикаментов» [632].

На полнейшую медицинскую беспомощность местного населения в Осетии указывалось в газете «Терек» в 1915 году [424]. В статье С. Бритаева «Медицинская беспомощность осетин. Знахари» писалось: «В некоторых больших селениях Осетии, с многочисленным населением есть фельдшера, которые не успевают помогать населению…Во время своих частых отлучек из места службы фельдшера запускают свои дела, население мечется во все стороны, но не найдя фельдшера, невольно обращается за помощью к знахарю. Осетин обращается к знахарям не только потому, что он им верит, но и потому, что медицинской помощи во время не бывает, и потому еще, что фельдшерами назначаются лица, мало знающие свое дело….Положение осетин-горцев в этом отношении еще плачевнее… потому, что во всей горной полосе нет ни одного фельдшера. Там нельзя больному оказать первой помощи, можно только во Владикавказе, т.е. за несколько десятков верст от них, куда больного

должны везти по каменистой и неровной дороге на волах в неуклюжей арбе, где больной теряет остатки своих сил…» [424].

По поводу медицинского обслуживания горского населения начальник Терской области писал: «Свыше полумиллионная туземная масса положительно прозябает чуть не в первобытных условиях санитарии и гигиены, с сильно развитым знахарством… Полагал бы справедливым не оставлять в этом отношении горские племена без правительственной опеки… Помимо практической стороны дела к этому побуждает меня и важные принципиальные побуждения, а именно: желание сгладить ту слишком резкую разницу в постановке медицинской части, какая существует у горцев и их соседей казаков» [408]. Начальник области, по докладу областного врача, неоднократно ходатайствовал перед правительством страны в 1912-1915 гг. об улучшении сельско-врачебного дела. Однако его обращения ввиду отсутствия необходимых средств оставались неудовлетворенными. Для туземного населения, которое платило поземельный налог, государственную оборонную подать, местные налоги было обременительным участвовать еще и в общественных сборах на учреждение сельско-врачебной части.

Несмотря на малочисленность и отсутствие необходимой материальной базы в конце XIX – начале XX вв. фельдшерские пункты сыграли определенную роль в организации и осуществлении медицинской помощи населению Терской области. Фельдшера занимались профилактикой заболеваний (оспопрививание), осуществляли санитарно-надзорные функции и по мере возможностей оказывали медицинскую помощь. Сами медики служили в сложных условиях, связанных с трудностями бытового характера, недостаточным денежным содержанием.

Необходимо остановиться на вопросах организации медицинского обслуживания горского населения в Дагестанской области, где сельско-врачебная часть была организована значительно позже, чем в Терской

области. По высочайше утвержденному мнению Государственного Совета России от 27 ноября 1895 г. в каждом горском округе Дагестанской области учреждался приемный покой на четыре кровати с аптекой, для безвозмездного снабжения больных медикаментами [460]. Штат сельской лечебницы состоял из одного сельского врача, старшего медицинского фельдшера, повивальной бабки и из необходимого числа младших медицинских фельдшеров. Для надзора за сельско-врачебным делом была введена должность помощника областного врача по сельской врачебной части, которую вначале исполнял доктор медицины П.Ф. Свидерский.

Динамика открытия сельских лечебниц и фельдшерских пунктов (стали открываться позже) представлена в табл. 3 [24].

Таблица 3

Число сельских лечебниц и фельдшерских пунктов в Дагестане в 1896-1911гг.

ЛПУ	1896	1899	1904	1905	1908	1909	1910	1911	Итого
Сельские лечебницы	1	4	1	3	2	2	1	4	18
Фельдшерские пункты	-	-	-	9	3	5	1	-	18

По высочайше утвержденному 30 марта 1898 г. земскому сельскому положению в трехлетие 1898-1900 гг. в Дагестане было запланировано устроить четыре сельских приемных покоя: в Карабудахкенте, Тилитле, Рутуле и Каякенте [806]. Устраивалась сельская медицинская сеть согласно «Инструкции по сельско-врачебной части в областях Дагестанской и Карской и округе Закатальском», утвержденной МВД 26 мая 1896 г. [807]. В лучшем положении оказался Карабудахкентский приемный покой, который торжественно открыли 15 октября 1899 г. в двухэтажном доме на 10 комнат, арендованном у местного жителя Мама Асельдор-оглы [808]. Остальные приемные покои открывались по мере подбора помещений.

Бесплатный прием вели сельские врачи, для оспопрививания были приняты прошедшие обучение местные жители.

Дальнейший этап организации медицинской помощи сельскому населению в Дагестанской области связан с указом «О преобразовании сельско-врачебной части Закавказья» от 8 марта 1904 г. и становлением сельско-врачебной участковой системы [463]. Выполнявшие ранее окружными врачами судебно-медицинские функции были возложены на участковых врачей. Вменялось в течение двух трехлетий (1904-1906, 1907-1909) все существующие в Дагестане приемные покои преобразовать в больницы, дополнительно открыть три новые больницы и фельдшерские пункты с аптекой для бесплатного стационарного и амбулаторного лечения больных. Были определены и источники финансирования, и медицинские штаты: участковых сельских врачей 18 единиц, старших медицинских фельдшеров 36 единиц, младших медицинских фельдшеров – 18 и повивальных бабок – 18. Расходы на преобразование сельско-врачебной части были отнесены на общий по Закавказью земский сбор. В год на содержание сельской больницы выделялось 1500 руб., фельдшерского пункта - 180 руб., окружной аптеки – 220 руб. [813].

Врачебные участки создавали применительно к административному делению области. Порядок отпуска и расходования сумм на устройство и содержание сельской врачебной части устанавливался министром внутренних дел, по соглашению с министром финансов и государственным контролером.

При данной реформе сельско-врачебной части на сельских врачей возлагалось оказание медицинской помощи населению в пределах вверенных им участков, распространение оспопрививания, непосредственное заведование лечебницей и надзор за фельдшерскими пунктами, а также и принятие необходимых мер против распространения заразных заболеваний. Кроме того на них возлагались и судебно-

медицинские функции бывших окружных врачей, должности которых по мере введения должностей сельских врачей были упразднены (1904-1905 гг.). Амбулаторную помощь оказывали сельские врачи, фельдшера и повивальные бабки.

Несмотря на то, что для своего времени принятый проект организации сельско-врачебной части в Дагестане был достаточно структурированной системой организации медицинской помощи сельскому населению, штаты сельских медицинских учреждений оставались неукомплектованными. Должности врачей, как констатировал областной врач «на половину остаются свободными по нескольку лет. Молодые врачи больше года редко задерживаются в Дагестане» [814].

Из-за отсутствия медицинских кадров приемные покои в Дагестанской области имелись только в единичных селениях: к 1894 г. в селении Касум-Кент Кюринского округа (на общественные штрафные суммы), в селениях Кумух Казикумухского округа и Акуша Даргинского округа [82,386,282,545,26]. Кюринской окружной врач С.С. Вирсаладзе (1898) вот как описывает единственный приемный покой в Дагестанской области: «Весь приемный покой на 5 кроватей помещался в одной маленькой комнате, в которой, кроме того, стояли шкафы для инструментов и для белья, а шкафа для хранения одежды больных совсем не было. В этой же комнате жил больничный сторож и готовил пищу больным».

Проблема комплектации штатов учреждений сельско-врачебной части в Дагестане оставалась сложной и в 1890-1917 гг. По данным «Кавказского календаря» в 1900 г. в области имелось четыре сельских врача (1 вакансия), участковых врачей в 1910 г. было 10 (8 вакансий), в 1913 г. – 11 (7 вакансий). В 1916 г. из 18 штатных врачебных единиц было занято только 12. И это на 600-тысячное население Дагестана. С 1910 г. по 1917 г. на вторых участках Даргинского, Казикумухского и Самурского округов

участковых врачей не было вовсе и медицинскую помощь населению оказывали фельдшера.

Следует отметить, что в аулах каждого округа в 1913-1916 гг. имелись по два укомплектованных фельдшерами медицинских пункта, для оказания «пособия при заболевании». Больных сельского населения по области в 1905 г. было принято 76323 человека, из них врачами 61824, фельдшерами – 14499. В 1910 г. число больных выросло до 145198, из них на врачебном приеме 94190, на фельдшерском – 51008 человек [390]. Такой поток больных объяснялся преобразованием приемных покоев в лечебницы и учреждением дополнительных фельдшерских пунктов. Стационарное лечение в сельских лечебницах получили за 1905 г. 216 больных, из них семь человек умерло (табл.4).

Таблица 4

Стационарная медицинская помощь сельскому населению Дагестана в 1905 г.

Сельская лечебница	Число кроватей	Число больных, пролеченных за год
В сел. Хрюк	6	32
- Касум-кент	5	3
- Каякент	6	52
- Леваши	6	10
- Тилитл	6	12
- Хунзах	6	6
- Ботлих	6	25
- Кумух	6	3
- Карабудахкент	6	73
ИТОГО:	53	216

При этом следует указать, что имевшиеся 53 кровати в 9 лечебницах и 9 фельдшерских пунктов на 602287 человек, проживавших в туземных округах, проблему медицинского обеспечения населения не решали. Но вместе с тем, лечебные учреждения постепенно стали приобретать доверие у местного населения, что даже женщины, несмотря на нравы и адаты, все

чаще стали обращаться к медикам. Уже в 1910 г. в 13 сельских лечебницах на 78 кроватей прошло лечение 796 больных [390].

Тем не менее, материалы исследования указывают, что сельским врачам приходилось работать в сложнейших условиях труднодоступности и обширности врачебных участков, малочисленности медицинского персонала, ограниченности материальных средств, отпускаемых на народное здравие. Подавляющая часть лечебниц и фельдшерских пунктов была открыта в приспособленных помещениях, постоянно требующих ремонта. Постройка типовых зданий занимала многолетнюю переписку. Так двухлетняя переписка в 1912-1914 гг. о постройке типовой больницы в с. Кумух Казикумухского округа дотянулась до начала Первой мировой войны и вопрос остался нерешенным [812]. Сложности возникали при проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий, проблемным была изоляция инфекционных больных, ощущалась нехватка в противооспенном детрите, антидифтерийной сыворотке.

Несмотря на определенные шаги в становлении медицинского дела в Дагестане, которых было явно недостаточно, заболеваемость населения оставалась высокой, санитарное состояние городов и аулов неудовлетворительным. Долгое время в отдельных местностях смертность была выше рождаемости. Так, в областном центре Темир-Хан-Шура за период с 1901 по 1910 гг. ежегодная рождаемость составляла в среднем 19,7, а смертность – 24,3 на 1000 населения; за 10 лет родилось 1530 человек, умерло 1899, из них детей до 1 года – 543 [24].

К тому же, с началом Первой мировой войны состояние медицинского обслуживания горского населения в Терской и Дагестанской областях значительно ухудшилось в связи с тем, что все участковые фельдшера были призваны на военную службу и в округе оставались только окружной врач и окружной фельдшер. Резко ухудшилось снабжение сельской медицины. Ни в один военный год здравоохранение не получило в

полной мере планируемые ему денежные средства, так как правительство само испытывало огромную нужду в финансах. В Дагестане вместо положенных по штату 18 сельских врачей в 1915 г. оставалось только пять, а сельских фельдшеров вместо 54 состояло 20, повивальных бабок - 10. [392]. Из 18 фельдшерских пунктов функционировали только два.

Итак, приведенный материал свидетельствует о слабой организации медицинской службы в сельской местности на северо-востоке Кавказа, где в конце XIX и начале XX вв. на территории исследуемого региона для сельского туземного населения существовала сельско-врачебная часть в форме участковых фельдшерских пунктов в Терской области (на добровольный сбор денег по общественному приговору), и в форме сельских лечебниц и участковых фельдшерских пунктов в Дагестане (на средства администрации области), возможно наиболее приемлемых в тех общественно-политических и экономических условиях. Однако государственная система здравоохранения была поставлена в зависимость от сословной принадлежности и не содержала целей коренного улучшения здоровья местного («туземного») населения. Состояние здравоохранения второй половины XIX в. и начала XX в. на Северо-Восточном Кавказе в определенной степени отражало социально-экономическое положение региона.

Наиболее сложными в обеих областях оставались вопросы кадрового обеспечения сельской медицинской части. В отсутствие медицинских кадров горское население пользовалось услугами народных лекарей, которые имелись в каждом ауле. Вместе с тем деятельность русских врачей и фельдшеров способствовала повышению санитарно-культурного уровня населения, улучшению санитарного состояния населенных мест, снижению заболеваемости населения, в том числе инфекционной.

4.2. Постановка медицинского дела в казачьих войсках и станицах Терской области.

Казачье население Терской области со своими станицами в исследуемый нами период занимало плоскостную часть северо-востока Кавказа, от Каспийского моря и реки Сулак до Кисловодска, водораздела реки Кума, с центром вначале в Моздоке, а затем во Владикавказе (ныне южная часть Ставропольского края, Кабардино-Балкария, Северная Осетия, Чечня, Ингушетия, Северный Дагестан). На севере области находилась Ставропольская губерния, на западе Кубанская область, где также были казачьи станицы.

Терскую область осваивали не только казаки, но и крестьяне-переселенцы из голодающих районов Центральной России. Вначале хаотичный, а после 1868 г. регулярный миграционный поток людей, не адаптированный к новым условиям жизни и местного климата приводил к росту заболеваемости, в том числе эпидемической.

Всего в Терской области насчитывалось 70 станиц. Станицы Волгского полка составляли Пятигорский, Горско-Моздокского – Моздокский, Кизляро-Гребенского – Кизлярский, Сунженско-Владикавказского – Сунженский отделы. По данным отчета главного управления казачьих войск за 1908 г. в Терской области проживало 1104465 человек всех сословий, из них казаки и другие военные сословия составили 237117 человек [755]. В 1911г. в Терской области проживало уже 1146121 человек, из них войскового сословия 226272 и не войскового сословия 918849 человек [649]. Терское казачье войско имело в 1870 г. служивых личного состава 33913 человек, а списочного состава 38767 человек [850]. Прежде всего рассмотрим организацию войсковой медицины Терского казачьего войска.

3.2.1. Войсковая медицина терских казаков.

Изначально, как указывают материалы исследования, казачьим формированиям предписывалось самим строить военные лазареты и полностью брать на себя расходы по содержанию заболевших [194]. При организации лечебных учреждений использовались и пожертвования частных лиц [87]. Самыми первыми «лечебницами» на Тереке можно считать так называемые «избы-лазареты» на 6–12 человек, которые предназначались для больных солдат из проходящих походным порядком войск [396]. В 1809 г. казачьи общины содержали такие станичные больничные избы в трех станицах: Галюгаевской, Калиновской и Ищерской [194].

Организация медицинской службы казачества на государственном уровне берет начало с 1826 г., когда в каждое казачье подразделение Кавказской линии были назначены по одному младшему лекарю, фельдшер и два цирюльника. Для оказания первой помощи раненым на поле сражения сотенный фельдшер имел сумку с перевязочным материалом и «карманными» медицинскими инструментами. При необходимости проводилась эвакуация раненых и больных в тыл (на Линию), используя для этого обратные рейсы транспорта подвоза и повозки местного населения. В обязанности войсковых медиков входило также наблюдение за санитарным состоянием подразделений, соблюдением личной гигиены казаками, проведение противоэпидемических мероприятий.

Однако, следует подчеркнуть, что до середины XIX в. медицинское обеспечение казачьих войск не имело целостного организационного оформления. Примерная структура медицинской части иррегулярных войск на Кавказе впервые была указана в «Положении о Кавказском линейном казачьем войске» от февраля 1845 г. [445]. По аналогии с организацией военно-медицинской службы Действующей армии России для казачьего

войска на Кавказской линии открывали как военно-временные, так и постоянные госпитали и лазареты. Войсковые лазареты (40-кроватный лазарет на каждую казачью бригаду) могли быть и передвижными (с обозом). Количество, емкость и дислокация этих заведений часто менялась в зависимости от боевой обстановки, направления действия и численности действующих отрядов. При лазаретах местных войск для приходящих больных организовывался врачебный (фельдшерский) пункт – околодок[1]. Медицинские учреждения казачьих войск, как правило, устраивались в палатках или в приспособленных помещениях. Неудовлетворительные условия пребывания больных усугублялись недостатком врачебного персонала и средств на медикаменты, которые заказывались по специальным каталогам и табелям положенности. Во время эпидемий в рамках чрезвычайных мероприятий в регионе дополнительно создавались временные карантины и госпитали [87]. Примечательно, что при карантинных заставах Кавказской линии состояли и повивальные бабки, чаще не экзаменованные, с жалованьем в 250 рублей в год, обязанные осматривавать женщин на предмет выявления чумы или иной «заразной болезни» [443].

Как отмечает О.Б. Емельянов (2008) строительство и содержание большинства больничных изб, полковых лазаретов, военно-временных госпиталей, аптек в первой половине XIX в. на Терском левобережье шло за счет ограниченных средств линейного казачества. Притом финансовые средства, собираемые с терско-гребенских казаков, были значительными и в условиях непрекращающейся Кавказской войны обременительными затратами [195].

Одним из первых лечебных заведений на Северном Кавказе был построенный в 1820 г. войсковой лазарет Моздокского казачьего полка в

---

[1]Околодок (истор., син. околоток) – врачебный пункт воинской части в русской армии XIX – начала XX вв.

станице Наурской на 32 кровати «с деревянным полом и потолком» [452]. В 1828 г. был организован еще военный лазарет в станице Червлёной [471]. Давая описание этого медицинского учреждения, выделялись «деревянный пол, мебель и белье соответствующее своему назначению», указывалось, что на содержание его ежегодно требовалось более 2000 руб. [196]. В первую половину XIX в. были организованы также Кизлярский и Горячеводский военные госпитали, а также Щедринский военно-временный госпиталь, рассчитанный на 600 мест для нижних чинов и 12 – для офицеров [194]. Для лазарета в Гребенском полку, учрежденного в начале 1862 г. на первоначальное обзаведение было отпущено 500 руб. и на содержание 246 руб. 57 коп. из войсковых сумм, а также прикреплены один урядник и двенадцать казаков из «внутренно-служащих чинов» [449].

Согласно статистическим данным для пользования больных в Терском казачьем войске на 1866 г. имелось четыре полковых лазарета (один на 80 мест, остальные на 40 каждый), при Моздокском полку в станице Наурской лечебница для прокаженных [114]. В войске числилось 13 медиков (1 на 8863), 2 лекарских помощника, 66 фельдшеров (1 на 1694). Войсковых аптек было 38 (1 на 3032 жителя). Кроме того для войсковых больных имелось три казенных госпиталя. Назначение медицинских чинов в лазареты и казачьи воинские подразделения старший доктор Терской области согласовывал с военно-медицинским управлением Кавказского военного округа [848,844].

В армейских медицинских учреждениях, а также в городских больницах лечиться могли «больные чины казачьих войск, состоящих на полевой службе и в командировке вне войсковых пределов, или хотя и в войсковых пределах, но в местах значительно удаленных от войсковых лазаретов» с отнесением расходов на счет интендантства [514]. В 1876 г.

военные госпитали в области были организованы в гг. Владикавказе, Грозном, Пятигорске, Георгиевске, слободе Хасав-юрт.

Следует отметить, что из-за текучести медицинских кадров, связанной с тяжелыми условиями службы на Кавказе и недостаточности финансирования медицинские учреждения Терского казачьего войска в XIX в. были постоянными или военно-временными, могли сворачивать койки, закрываться и вновь открываться. Отрицательную роль играло и то, что военными медицинскими учреждениями руководили кадровые строевые офицеры, создавая этим двойное подчинение. Данные недостатки в устройстве военно-санитарной части были характерны для всей русской армии, что тормозило прогрессивное развитие военной медицины [434].

В 1869 г. военно-медицинские должности были переименованы: старшие доктора областей Кубанской, Терской, Дагестанской стали именоваться старшими врачами области, войсковые доктора казачьих войск – старшими войсковыми врачами, окружные медики - окружными врачами [514]. В этот же год было утверждено положение Военного Совета «О новом расписании по классам медицинских должностей», которое предоставляло некоторые преимущества по чинопроизводству в зависимости от расписания V-X классов медицинских должностей.

В число лечебных заведений Терского казачьего войска (ТКВ) входили войсковые больницы, которые по внутреннему устройству и в отношении порядка управления руководствовались положением о местных военных лазаретах. В 1871 г. была учреждена Наурская войсковая больница на 40 коек для бесплатного лечения лиц казачьего сословия и за плату – из прочих сословий. Однако даже в 1903 г. из-за тесноты помещений функционировало только 30 коек, а персонал состоял из одного врача и трех фельдшеров [588]. В больнице проводился также амбулаторный прием. За год в больнице проходило лечение 300–400 больных. В том же году в

бывшем здании военно-временного госпиталя была открыта Шелковская больница на 40 кроватей [753].

В 1875 г. в Терской области имелось пять военных госпиталей и две войсковые больницы Терского казачьего войска. Всех медицинских чинов, служащих по гражданскому ведомству состояло 175, включая ветеринарных чинов. Из них окружных врачей было 7, городовых 5, повивальных бабок 9, медицинских фельдшеров, служащих в округах, городах, станицах и горских участках 73 и оспопрививателей 70 человек [247]. Согласно Положению о воинской повинности и о содержании строевых частей Терского казачьего войска (1870) в Терском войске могло быть только определенное число войсковых больниц – общим числом мест не более 225. [454]. По внутреннему устройству и в отношении порядка управления войсковые врачебные учреждения содержались сначала по правилам, установленным для постоянных военных госпиталей, а позже руководствовались положением о местных лазаретах. Содержались они на войсковые суммы, за исключением медикаментов, которые отпускались от казны из местного магазина медикаментов и аптечных материалов по каталогу. За лечение посторонних больных взималась установленная плата. В войсковых больницах прислуга состояла из казаков местных команд, в дальнейшем ее заменили вольнонаемной прислугой.

Стационарную медицинскую помощь казаки получали также в приемных покоях (небольшие станичные больнички) станиц Шелкозаводской, Дубовской и Михайловской [588]. Приемные покои были учреждены в мае 1885 г. взамен упраздненной Шелковской больницы Терского казачьего войска [457]. В отсутствие своих помещений под приемные покои Терское казачье войско арендовало их у частных лиц [60]. Из войскового содержания средства шли на отопление, освещение, питание больных, ремонт, погребение и оплату труда личного состава. В приемных покоях за год проходило лечение до 250 человек казаков льготного и

служебного разряда, а также их семьи [60]. Приемные покои на пять коек каждый обслуживались двумя врачами и тремя фельдшерами на три приемных покоя. В начале XX в. приемные покои появились и в станицах Червленой и Змейской.

К 1891 г. казачье население Терской области стационарную медицинскую помощь получало в трех своих войсковых приемных покоях и одной Наурской больнице, а при необходимости и в шести армейских военных лазаретах и двух военных госпиталях (табл. 5).

Таблица 5

Военно-врачебные заведения Терской области в 1890 г. [582]

Наименование лечебных заведений	Всего коек	Офицерских	Нижних чинов	Женских
Военные госпитали				
Владикавказский	695	45	650	–
Грозненский	217	7	200	10
Местные военные лазареты				
Пятигорский	130	30	90	10
Моздокский	60	3	57	–
Шатоевский (Чечня)	50	2	48	–
Георгиевский	48	2	46	–
Кизлярский	30	–	30	–
Екатериноградский	25	–	25	–
Войсковые казачьи				
Наурская больница	25	–	–	–
Михайловский приемный покой	5	–	–	–
Шелкозаводской приемный покой	5	–	–	–
Дубовский приемный покой	5	–	–	–

При этом войсковые лечебные заведения служили исключительно для пользования в них лиц казачьего сословия. В военные же госпитали и лазареты принимали на свободные места гражданских лиц за плату, ежегодно утверждаемую командующим войсками Кавказского военного

округа (в 1890 г. – 42 коп. в сутки) по представлению ими документов от местного начальства. В связи с этим, госпиталям и больницам военного и гражданского ведомства ежегодно производилась уплата за лечение в них больных казачьего войскового сословия. Таковых больных в 1895 г. было 28 и на лечение их было израсходовано 559 руб. 72 коп. [585].

Кроме того, для психических больных казачьего населения на народные средства в станице Горячеводской Пятигорского отдела Терской области 6 октября 1904 г. было открыто убежище для душевнобольных [590]. В начале оно было рассчитано на 10 мест, но в последующем расширилось до 24 мест [225]. В течение шести лет (1905-1910гг.) в убежище содержались 109 душевнобольных из казачьих станиц и городов, в основном страдающих меланхолией, паранойей, психозами, слабоумием.

В 1903 г. в частях Терского казачьего войска служили два врача и 10 фельдшеров, а в прочих войсковых частях, дислоцированных в Терской области – 20 врачей и 48 фельдшеров [588].

В апреле 1904 г. высочайше утвержденным Положением Военного Совета было принято решение в станицах Горячеводской Пятигорского отдела, Михайловской Сунженского отдела и Шелковской Кизлярского отдела для Терского казачьего войска построить новые войсковые больницы на 27 мест каждая. В них были выделены по три женских и шесть инфекционных мест. [463]. Сданные в эксплуатацию в конце 1907 г. типовые больницы были оборудованы современными дезинфекционными устройствами, снабжены необходимым твердым и мягким инвентарем [832]. В их штате, кроме начальника, были старший врач, два фельдшера, старший аптечный фельдшер, фельдшерица-акушерка, сестра милосердия. Медицинскую помощь оказывали и «узкие» специалисты. Так, в Михайловской больнице по графику вели прием 8 докторов по «внутренним и наружным болезням, детским болезням и женщина-врач – по женским болезням» [228]. В штаты этих больниц в 1910 г. была введена

должность комиссара IX класса по чинопроизводству, для ведения хозяйственной службы [464].

Несмотря на положительную динамику организации медицинской помощи казачьему населению Терской области, уровень ее оставался низким. Состояние медицинского дела в Терской области в 1892-1910 гг. представлено в таблице 6 [583,590].

Таблица 6

Состояние медицинской части Терской области в конце XIX и начале XX вв.

Наименование лечебных заведений	Число лечебных заведений		Число кроватей в них		Врачей		Фельдшеров	
	1892	1910	1892	1910	1892	1910	1892	1910
Военные госпитали	2	2	902	943	14	16	24	15
Местные лазареты	6	9	343	532	6	13	11	34
Войсковые больницы	1	4	40	108	1	4	3	12
Войсковые приемные покои	3	3	15	15	2	2	3	3
Врачебный персонал в:								
областном правлении					-	3	-	1
казачьих отделах					6	9	74	143
горских округах					4	6	19	44
городах					6	12	10	24
частях Терского казачьего войска					5	2	19	10
прочих военных частях					31	25	65	37
управлении Кавказских минеральных вод					6	2	10	4
Вольнопрактикующих					16	53	1	38
	12	18	1300 - 1598		97	147	239	365

Как видно из таблицы за 18 лет незначительно увеличилось количество лечебных заведений, число коек возросло на 298, врачей стало на 50 больше, а фельдшеров на 126 человек, в основном за счет вольнопрактикующих медиков. Однако этого было недостаточно для быстро растущего казачьего населения.

В 1911 г. для «подачи медицинской помощи» Терскому казачьему войску Положением Военного совета дополнительно были выделены три

должности участкового врача, две должности старших медицинских фельдшеров, пять должностей фельдшериц-акушерок по одной в каждый приемный покой, должность старшего медицинского фельдшера для командировок; также учреждены два приемных покоя на пять кроватей каждый [465]. Этим положением были определены и источники финансирования. Это позволило открыть в Осетии Ардонский приемный покой, а в Кабарде Прохладненский приемный покой. На следующий год был учрежден еще один приемный покой на пять кроватей – Ессентукский, и при нем врачебный участок [466]. Были введены должности одного участкового врача для заведывания приемным покоем и участком, по одной должности старшего медицинского фельдшера и фельдшерицы-акушерки для приемного покоя. На содержание участковому врачу в год отпускалось: жалованье 1080 руб., столовых денег 360 руб., добавочных 300 руб., на разъезды 250 руб., на канцелярские расходы 50 руб., на наем прислуги 50 руб. и квартирных 146 руб.[466].

В 1913 г. упразднили должности начальников войсковых больниц, и заведывание больницами во всех отношениях возложили на старших врачей и при этом переименовали должность комиссара в заведующего хозяйством лечебного заведения [467]. В медицинских учреждениях Терского казачьего войска служили госпитальные и лазаретные врачи, врачи больниц, областной врач (он же старший войсковой врач), окружные врачи, врачи казачьих отделов, бригадные врачи, полковые врачи, врачи конноартиллерийских батарей и др. Врачи и фельдшера имели классные чины. Следует указать, что в период становления медицинской службы Терского казачьего войска обслуживающий персонал состоял из нестроевых нижних чинов, а также служащих инвалидных рот [480]. Позже обслуживающий персонал стал вольнонаемным.

К 1915 г. на территории Терской области для медицинского обеспечения Терского казачьего войска функционировали 4 войсковые

больницы на 108 мест (в станицах Наурской, Шелковской, Михайловской и Горячеводской), 6 приемных покоев на 30 мест (в станицах Ардонской, Червленой, Дубовской, Курской, Прохладной, Ессентукской) [592]. Длительное время в казачьих лечебницах было только 55 койко-мест и только с открытием дополнительно трех больниц и трех приемных покоев стало 138 мест, что было явно недостаточно на число населения (рис.1).

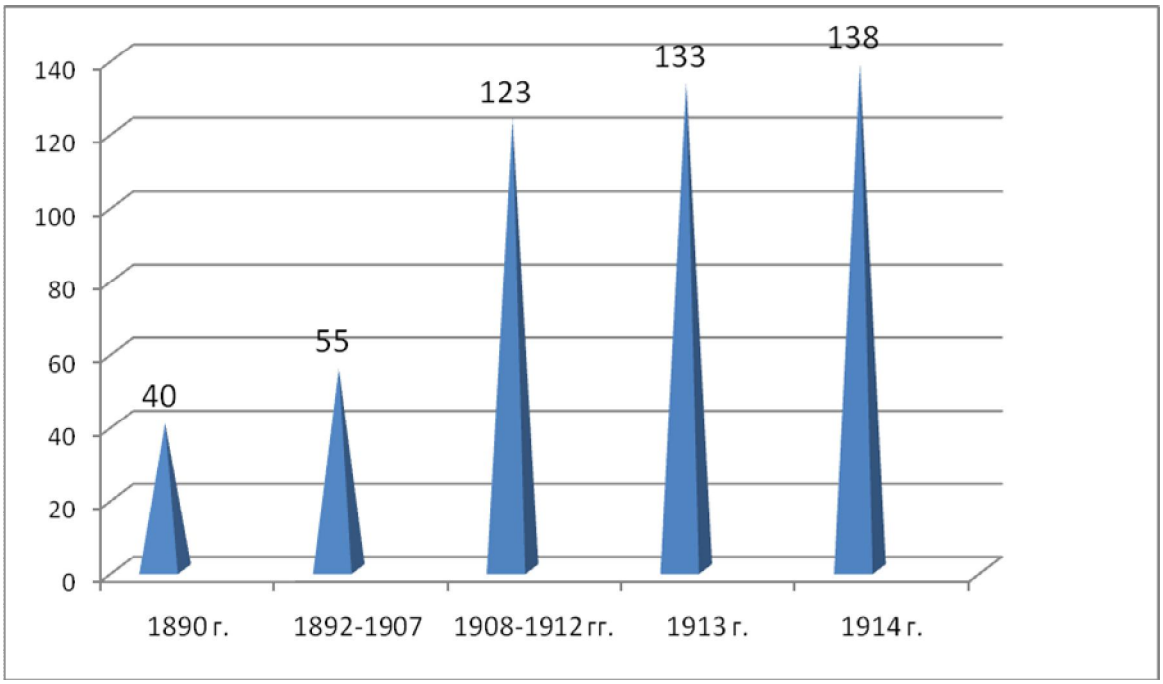


Рис.1. Число койко-мест в казачьих войсковых лечебницах Терской области (1890-1914 гг.)

При необходимости казаки могли получать медицинское пособие во Владикавказском и Грозненском военных госпиталях, 6 местных лазаретах на 849 кроватей. Амбулаторную медицинскую помощь казакам оказывали при неотложных состояниях станичные фельдшера, врачи казачьих отделов, участковые врачи отделов, врачи территориально дислоцированных строевых казачьих подразделений и частей регулярной армии. За плату казаки могли лечиться также в городских и частных лечебных заведениях. Потребность в медикаментах удовлетворялась в 43 вольных (частных) аптеках и аптекарских магазинах (в 1894 г. их было 27) Терской области.

Климатогеографические особенности региона, образ жизни казаков, в том числе связанный с войсковой службой, низкий уровень медицинского обеспечения способствовали распространению заболеваний, особенно эпидемических. Общее число заболеваний, зарегистрированных врачебным персоналом области в 1892 г. составил 119041 случай (табл.7) [393].

Таблица 7

Структура заболеваемости казачьего населения Терской области в 1892 г.

Наименование болезней	Число случаев	% отношение к общему числу заболеваний
Болезни заразные, эпидемические и паразитарные	39864	33,5
Перемежная лихорадка и малярийная кахексия	33468	28,1
Болезни органов пищеварения	13310	11,2
Болезни органов дыхания	9207	7,7
Болезни органов общих покровов	3784	3,2
Болезни органов движения	2652	2,2
Болезни органов чувств	2394	2,0
Болезни органов нервной системы	1069	0,9
Болезни органов кровообращения	507	0,4
Другие болезни	12786	10,8
И Т О Г О:	119041	100

Как видно из таблицы более половины числа болезней приходилось на перемежающуюся лихорадку и эпидемические заболевания. Настоящим бичом надтеречных казаков были лихорадки. Самыми нездоровыми местами, не считая Кизляра, слыли станица Александровская, окруженная густой растительностью, и станица Георгиевская, расположенная у берегов Подкумка. Из соматических заболеваний население страдало, в основном, от болезней органов пищеварения, органов дыхания и кожных болезней. «Терские казаки не могут похвалиться благоприятными условиями для их здоровья даже и в такие годы, когда, по официальным донесениям, народное здоровье никаким особенным болезням не подвергается» - писали современники [112].

В 1894 г. в области было зарегистрировано (без военных регулярных войск и строевых частей ТКВ) 101027 случаев заболевания [584]. Из них на казачьи отделы приходилось 63821 случай, на горские округа – 18473, на города – 18733 случая. На 1000 человек населения приходилось: в отделах – 219,2 случая, в округах – 40,6 и в городах – 182,3 случая. Низкий показатель заболеваемости в округах объяснялся отсутствием ее регистрации из-за недостаточности медицинского персонала, а также низкой обращаемостью горцев из отдаленных поселений за медицинской помощью. Высокой оставались в области детская заболеваемость и смертность [96].

В 1914 г. было зарегистрировано уже 465197 больных (с военными), что в первую очередь связано с увеличением численности медицинского персонала и лечебных заведений в области [592]. При этом в городах был зарегистрирован 105601 больной, в отделах – 267220, в округах – 92376 больных. Основная доля в заболеваемости приходилась на общие заразные и паразитарные болезни – 33,3%, на болезни органов пищеварения – 19,2% и дыхания – 9,8%. По сравнению с 1894 г., когда эти показатели соответственно составляли: 50,6 %, 13,5 %, 8,9%, произошло заметное снижение доли инфекционных заболеваний, сказавшееся на санитарно-эпидемиологическом состоянии области.

3.2.2. Организация сельской медицины Терского казачьего войска.

В период становления казачества на Тереке в войсковых казачьих подразделениях, не говоря о казачьих станицах, как было отмечено ранее, лечебные учреждения отсутствовали. Известный знаток Терского казачества В.А. Потто (1912 г.) писал: «Дурное питание при чрезмерных непривычных трудах, особенно в холодное осеннее время, развивало сильную болезненность, а никаких медицинских пособий в крае не было. До самых времен Ермолова, т. е. до двадцатых годов уже XIX столетия, в

казачьих городках не было ни одного врача, ни одного фельдшера, ни одной аптеки». Генерал А.П. Ермолов 26 мая 1826 г. доносил начальнику Главного штаба: «Казаки на Линии обращаются к знахарям или к старым бабкам и разного звания людям, выдающим себя за лекарей, которые почти всегда лишь умножают их страдания и нередко причиняют самую смерть» [473].

Научная медицина пришла к казакам с началом Кавказской войны, с приходом на Северный Кавказ регулярной российской армии и с началом привлечения казаков к регулярной военной службе. Однако даже при наличии госпиталей и больниц, как написано в Отчете за 1908 г., казаки «…заболевшие неохотно обращались к врачам и фельдшерам, обходясь часто домашними средствами и даже помощью народных знахарей» [756]. По мнению казаков, народные лекари и лекарки «с гораздо большим успехом, чем станичный фельдшер или даже сам «дохтур» справлялись с болезнями [539].

Становление сельской медицины в казачьих станицах Терской области началось после административной реформы 1860 г. Сельско-врачебная часть в виде фельдшерских пунктов в области в первую очередь была устроена в казачьих станицах. Если в 1848 г. только станицы Щедринская и Калиновская имели своих станичных фельдшеров, то к 1872 г. сельско-врачебных частей с участковым фельдшером и оспопрививателем в одном Сунженском казачьем отделе было уже четырнадцать [687]. В Пятигорском отделе в станицах Волжской бригады в 1866 г. находилось на службе два старших фельдшера и десять младших [195]. В обязанности фельдшеров и оспопрививателей входило: исполнение всех «относящихся до охранения народного здравия приказаний врача», оказание врачебной помощи в пределах их знаний, сохранять лекарства «от порчи и бесполезной растраты», представлять окружному врачу именные списки «о привитии предохранительной оспы»,

рачительно прививать предохранительную оспу и др. [396]. К 1912 г. почти в каждой станице имелся по вольному найму станичный фельдшер и станичная аптека, снабжавшаяся медикаментами за счет казны и на «станичные суммы» [591].

Следует отметить, что станичное население выражало неудовольствие уровнем фельдшерской медицины. Ссылаясь на периодическую печать 1916 г. Б.Т. Ованесов и Н.Д. Судавцов указывают на некоторые выступления станичников: «Наше село остается без медицинской помощи. Правда, у нас есть фельдшер времен «Очакова и покорения Крыма», но его присутствие нисколько не смягчает участь обывателей: с какой бы болезнью не явился к нему, советует обратиться к участковому врачу или посылает в городскую аптеку за нужными медикаментами…»[1] [396]. Чаще всего станичными фельдшерами становились демобилизованные из армии ротные фельдшера, уровень медицинской подготовки которых был низким, так как они набирались из солдат, призванных на службу.

В Сунженском и Кизлярском отделах имелось еще по одному участковому врачу, в Пятигорском - два. В обязанности участковых врачей и врачей, состоявших при управлениях казачьих отделов, входили руководство организацией медицинской помощи в станицах, контроль ее качества, а также оказание при необходимости врачебного пособия. Потребность в медикаментах удовлетворялась из станичных аптек при фельдшере, вольных аптек и аптекарских магазинов.

В 1911 г. руководство Терской области, штаб Кавказского военного округа поставили перед Военным министерством вопрос преобразования сельско-врачебной части в Терской области [759]. Представленный ранее в

---

[1]Ованесов Б.Т., Судавцов Н.Д. Здравоохранение Ставрополья в конце XVIII – начале XX вв. Том 1. Ставрополь, 2002. – С. 157.

1898 г. проект устройства сельско-врачебной части не получил осуществления «…в виду затруднительного состояния государственных финансов…». В новом проекте было предложено открыть 34 врачебных участка с приемным покоем при них. Правда касалась эта реформа только казачьих поселений. Суть предложения врачебного отделения Терской области по реформированию сельско-врачебной части состояла в том, что каждый казачий отдел делился на участки (всего 11 в 4 отделах) с назначением в него участкового врача, фельдшера, фельдшерицы-акушерки, при этом в центральном пункте отдела открывается приемный покой на 6 кроватей. В каждой станице учреждался фельдшерский пункт за счет общественных сумм с аптекой, за счет войскового капитала.

В итоге обсуждения проекта Военный совет постановил (приказ Военного министерства № 550 от 16 ноября 1911г.): усилить медицинскую часть для населения Терского казачьего войска учреждением 3-х должностей участковых врачей, 2-х должностей старших медицинских фельдшеров, 5 должностей фельдшериц-акушерок для приемных покоев, 1 старший фельдшер для командировок; учредить 2 приемных покоя на 5 кроватей каждый [758]. В этот же период возбуждалось ходатайство о постройке центральной казачьей больницы в г.Владикавказе на 150 мест и психиатрической больницы на 140 мест, что осталось без удовлетворения.

Таким образом, на всю территорию Терского казачьего войска при станичном населении 210266 человек приходилось четыре больницы, три приемных покоя, четыре больничных врача, девять врачей казачьих отделов, два участковых врача. При этом врачи отделов, кроме работы в строевых казачьих подразделениях, выполняли медико-полицейские и судебно-медицинские функции [757].

Казаки станиц Терской области как войскового сословия (строевого разряда, льготные, отставные), так и не войскового сословия (служащие, из

гражданского ведомства), женщины и дети получали стационарное и амбулаторное лечение в войсковых лечебных заведениях (табл.8).

Из пролеченных в 1891, 1895, 1900 годах в войсковых лечебных заведениях 2377 больных 1666 (70%) составляли лица войскового сословия, членов семей было 593 (24%). Из таблицы 9, где отражено движение больных в 1910-1914 гг. в войсковых лечебных заведениях видно, что из 9340 больных было выписано из лечебных учреждений по выздоровлению 8493 (90%), умерло 352 больных (3%). В 1910 г. в войсковых лечебных заведениях ТКВ имелось 123 койко-мест, а к 1915 г. стало 138.

Таким образом, казачье войско и казачье население области получало госпитальное медицинское пособие в казачьих приемных покоях и войсковых больницах, военных лазаретах и госпиталях. Амбулаторную медицинскую помощь казаки получали в станичных фельдшерских пунктах, околодках казачьих отделов Терского казачьего войска, строевых подразделениях казачьих войск и регулярной армии, дислоцирующихся территориально, а также у вольнопрактикующих медиков. Наряду с этим казаки нередко обращались к народной медицине, которая была основана на древнерусских традициях и дополнена методами и средствами лечения, перенятыми у горских лекарей.

Анализируя состояние медицинского дела в области в данный период, следует указать, что сеть лечебных учреждений, как и медицинские кадры не могли обеспечить потребности населения в медицинской помощи. Рост данных показателей значительно отставал от роста населения области и в частности городского. По данным, приведенным в Терском календаре на 1895 и 1913 гг. население Терской области составляло на 1 января 1893 г. 798 898 человек, на 1 января 1912 г. – 1 196 497 человек (табл. 10).

Таблица 8

Число пролеченных больных в войсковых лечебных заведениях ТКВ в динамике (по материалам Терского календаря за 1892-1901 гг).

Название лечебного заведения	Число лечившихся											
	В 1891 г.				В 1895 г.				В 1900 г.			
	Всего	Из них:			Всего	Из них:			Всего	Из них:		
		войск. сосл.	невойск. сосл.	жен. и дети		войск. сосл.	невойск. сосл.	жен. и дети		войск. сосл.	невойск. сосл.	жен. и дети
Наурская больница	525	341	56	128	526	319	47	160	551	356	15	180
Михайловский приемный покой	93	75	–	18	100	95	–	5	74	63	–	11
Шелкозаводской приемный покой	82	71	–	11	85	64	–	21	122	91	–	31
Дубовской приемный покой	85	79	–	6	62	45	–	17	72	67	–	5
ИТОГО:	785	566	56	163	773	523	47	203	819	577	15	227

Таблица 9

Движение больных в войсковых лечебных заведениях ТКВ по материалам Терского календаря в 1910-1914 гг.

Наименование лечебного заведения	Всего больных 1910	1911	1912	1913	1914	Из них выздоровело 1910	1911	1912	1913	1914	Из них умерло 1910	1911	1912	1913	1914	Осталось на конец года 1910	1911	1912	1913	1914
Войсковые больницы (на 27 коек)																				
Наурская	409	429	406	436	455	359	393	364	399	406	21	15	17	13	22	29	21	25	24	27
Шелковская	315	284	284	319	392	294	251	257	298	355	11	17	14	12	16	10	16	13	9	21
Михайловская	385	524	562	414	512	354	470	501	370	475	15	21	29	15	15	16	33	32	29	22
Горячеводская	321	392	367	379	379	283	342	339	354	353	21	25	10	5	9	17	25	18	20	17
Приемные покои (на 5 коек)																				
Змейский						51	68	64	–	–	1	–	–	–	–	1	–	2	–	–
Червленский	53	68	66	–	–	45	57	71	84	75	5	1	–	2	3	–	6	6	3	3
Дубовской	50	64	77	89	81	58	52	68	53	52	1	5	–	3	2	4	6	5	3	4
	63	63	73	59	58															
Ардонский						–	–	–	79	119	–	–	–	–	–	–	–	–	5	5
Прохладненский	–	–	–	84	124	–	–	–	47	125	–	–	–	–	2	–	–	–	3	4
Курской	–	–	–	50	131	–	–	–	15	71	–	–	–	–	2	–	–	–	5	5
Ессентукский	–	–	–	20	78	–	–	–	–	22	–	–	–	–	2	–	–	–	–	1
	–	–	–	–	25															

Таблица 10

Народонаселение Терской области в 1892 г. и 1911 г.

Год	Численность населения						
	Всего	Из них войскового сословия	Влади-кавказ	Пятигорск	Грозный	Моздок	Кизляр
1892	798898	160299	46345	4888	13588	15172	5659
1911	1196497	229620	76225	31800	29848	14132	11666

Как видно из таблицы, произошло увеличение населения области за 20 лет на 400 тыс. человек, в основном за счет городов Владикавказ, Пятигорск, Грозный. В 1892 г. одна койка (включая госпитальные) приходилась на 566 жителей (без военных), на одного врача приходилось 7342, а в 1911 г. соответственно 668 и 7478 человек. Таким образом, рост народонаселения при, казалось-бы, положительной динамике развития медицинской сети привел к снижению показателей обеспеченности койками и медицинскими кадрами. Вместе с тем, дифференцированно, по отношению к городской медицине складывалась более благоприятная ситуация с доступностью медицинской помощи населению.

Обеспеченность населения области медицинскими работниками раздельно по административным образованиям отражена в таблице 11 [585,592].

Таблица 11

Обеспеченность населения медицинскими работниками на 1897 г. и 1915 г. (по материалам Терского календаря на 1897г. и на 1915 г.).

Наименование	В городах		В отделах		В округах	
	1897	1915	1897	1915	1897	1915
1 врач приходится на человек	3803	1530	37883	15180	106934	61347
1 повивальная бабка на	5071	4520	101022	37951	106934	84352

человек						
1 фельдшер на человек	2420	2762	3565	2533	15842	13231
1 аптека на человек	11832	9900	27551	23720	106934	112465

Приведенные в таблице данные указывают на недопустимо низкий уровень обеспеченности медицинскими работниками в области, особенно в горских округах. На протяжении 1892-1914 гг. число врачей и фельдшеров увеличилось незначительно: врачей в области в 1892 г. было 102 – стало 173, фельдшеров соответственно 241 – 294 (рис.2).

В 1915 г. на одного окружного врача приходилось 61347 человек, повивальная бабка – на 84352. На 112465 человек в округах имелась лишь одна аптека.

Должную оценку организации медицинского дела в Терской области дал первый съезд врачей Терской области (1911 г.) в своей резолюции: «Ознакомившись с безотрадной постановкой врачебно-больничной помощи населению Терской области, съезд устанавливает, что в округах и отделах на одного врача приходится более 120 тысяч человек при территории около 4000 кв. верст и столько-же на одну больничную койку. В этом отношении Терская область занимает последнее место во всей России, точно также и расходы казны на медицинскую часть в области занимают одно из последних мест» [1] [602].

Несмотря на это на нынешней территории Чечни и севера Дагестана в станицах по линии Терско-Сунженского хребта, рек Сунжи и Терека, где дислоцировались Сунженские и Кизлярские полки Терского казачьего войска и располагались казачьи станицы, во второй половине XIX в. сложилась достаточно стройная по тем временам система медицинской службы

[1]Труды первого съезда врачей Терской области. Владикавказ, 1912. – С. 9.

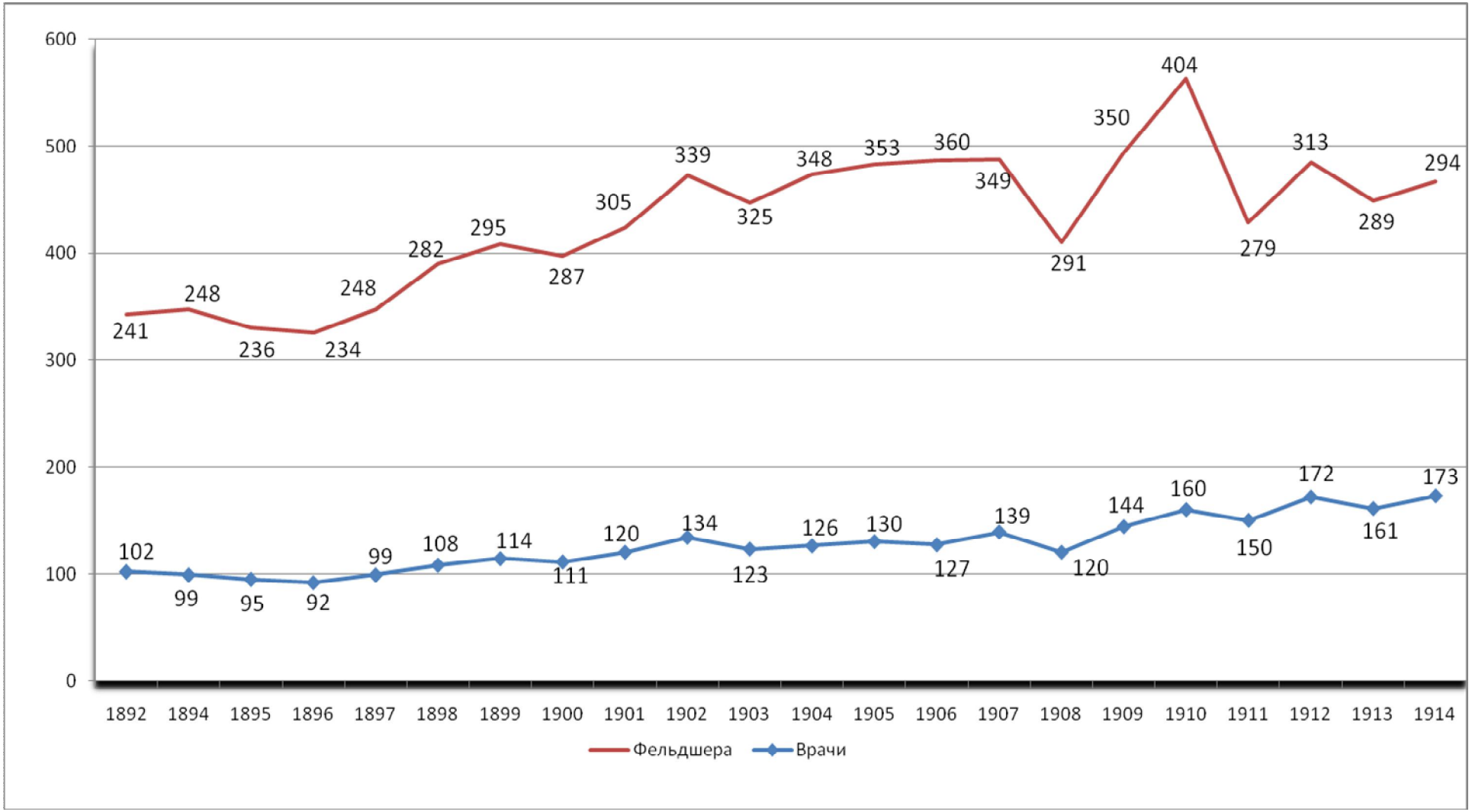


Рис.2. Число врачей и фельдшеров в Терской области (1892 – 1914 гг.)

Терского казачьего войска, состоявшая из лазаретов, госпиталей, больниц и приемных покоев.

В истории становления медицинской службы Терского казачьего войска можно выделить три этапа: первый – с преимущественным обращением к средствам и методом народной медицины; второй – связанный с началом организации штатной войсковой медицины; третий – характеризовавшийся совершенствованием войсковой медицинской службы и развитием сельской (станичной) медицины.

Медицинская служба Терского казачьего войска окончательно сложилась во второй четверти XIX в. и просуществовала до 1920 г., когда казачьи войска решением правительства России были расформированы.

3.3. Организация медицинской помощи населению в городах Северо-Восточного Кавказа.

Согласно историческим данным военная Кавказская Линия между Каспийским и Черным морями состояла из цепи укреплений, крепостей, форпостов, вокруг которых селились отставные солдаты, горцы-христиане, русские переселенцы и прочий ремесленный и торговый народ. По мере утраты стратегического значения, некоторые крепости и укрепления преобразовывались в окружные города и города-курорты [672]. К 1870 г., несмотря на малочисленность населения (в среднем 4-6 тыс.), статус города в Терской области имели Георгиевск, Пятигорск, Владикавказ, Моздок, Грозный, Кизляр, а в Дагестанской области – Дербент, Темир-Хан-Шура (Буйнакск), Порт Петровск (Махачкала) [151]. К 1 января 1883 г. в городах Терской области уже проживало: во Владикавказе 32230 человек, в Пятигорске – 11114, Георгиевске – 4248, Моздоке с хуторами – 15268, Грозном – 6187, Кизляре – 8778 человек [249].

В ноябре 1870 г. распоряжением Наместника Кавказа при новом устройстве Терской области в городские полицейские учреждения были введены должности по медицинской части – городовой врач и повивальная

бабка, а в Грозном еще и старший фельдшер [454]. К 1875 г. в городах Северо-Восточного Кавказа было введено новое Городовое положение (1870), согласно которому городскому самоуправлению предписывалось, наряду с другими службами, организовывать лечебные заведения, а также осуществлять санитарный надзор в городе. Однако мероприятия по «охранению народного здравия» были только правом городских самоуправлений, но не вмененной обязанностью [235].

С начала XVIII в. во всех военных укреплениях, ставшими городами имелись свои военные лекари и фельдшера: в укреплении на реке Сулак в Дагестане (1722 г.), в гарнизоне Кизлярского укрепления (1735 г.). В ноябре 1764 г. Медицинская коллегия поручила направить из Астрахани в урочище Моздок, где было заложено одно из первых российских поселений, особого лекаря с медикаментами, чтобы «…не вкралась в кого-либо из тамошних жителей какая прилипчивая и опасная болезнь…» [439].

Основанный в 1763 г. как укрепление ***Моздок*** в конце XVIII в. имел важное стратегическое значение. Одним из первых в 1770 г. он получил статус города. Военный гарнизон его значительно увеличился, было добавлено еще восемь должностей лекаря, что позволило организовать местный военный лазарет. В1865 г. в г. Моздоке проживало 10895 жителей [243]. Уже в 1877 г. на средства города в Моздоке открыли пятикоечный Александровский приемный покой [608]. В штат лечебного заведения входили врач, фельдшер, вольный практикант, повивальная бабка. Кроме стационарных больных обслуживали и амбулаторных, как городских, так и из ближайших сел. Вольная (частная) аптека в Моздоке была открыта в 1861 г. провизором Гейзе [608]. Городовыми врачами в Моздоке работали: И.А. Кереновский (1847), И.М. Божков (1871-1872), А.К. Ференцович (1874-1892), П.А. Ржаксинский (1893), М.И. Тулатов (1896-1897), Н.И. Зонн (1899-1905), И.А. Рязинский (1906-1910), Я.А. Рейнфельд (1916). Один из городовых врачей Моздока врач-осетин Магомет Ильясович Тулатов, выпускник медицинского факультета Киевского университета, в 1899 г. правительством

России был направлен в Мекку и Джидду с паломниками, для изучения путей заноса чумы, холеры и других заразных заболеваний в Россию [609]. По возвращении он был переведен на должность младшего врача Моздокского казачьего отдела.

В числе первых медицинских учреждений на Северном Кавказе были военные госпитали и лазареты отдельного Кавказского корпуса в российских регулярных войсках в конце XVIII в.: в Кизляре (1735г.), Моздоке (1763г.), Георгиевске (1777г.), Владикавказе (1784 г.). В 1860 г., по окончанию активных военных действий против горцев на Кавказе осталось 23 военных госпиталя, 8 военно-временных госпиталей и 6 полугоспиталей. В 1901 г. в Дагестане военных госпиталей уже не было, а в Терской области остались 3-го класса Владикавказский госпиталь и 1-го класса Грозненский госпиталь; лазаретов было десять [255].

Наиболее высокий уровень медицинского обслуживания горожан в исследуемый период был в областном центре Терской области – ***Владикавказе.*** Он был основан в 1784 г., как крепость на входе в Дарьяльское ущелье в связи с подписанием Георгиевского трактата и началом строительства Военно-грузинской дороги, и по регламенту имел крепостной лазарет. С увеличением численности дислоцированных здесь войск в 1808 г. был развернут военно-временный госпиталь на 300 кроватей, позже классность госпиталя повысилась и он стал постоянным 600-коечным военным госпиталем.

Согласно данным З.Р. Аликовой с соавторами (1994) Владикавказский военный госпиталь явился не только центром, сосредоточившим лучшие медицинские силы города и области, но и базой, опорным пунктом развития основных направлений медицины в крае [16]. Считается, что госпитальный врач Лазарев впервые в истории медицины предложил шприц для подкожных инъекций, опередив в этом на четыре года англичанина Вуда. Врачи-хирурги госпиталя Салтыков и Восторгов проводили и нейрохирургические операции – уникальные для того времени. Врачи

госпиталя не только выполняли большую клиническую работу, но и вели научные исследования, выступали на страницах газет и медицинских журналов, активно участвовали в жизни Терского научного медицинского общества и Кавказского научного общества в Тифлисе.

С 1869 г. в новом здании госпиталя на Госпитальной улице уже существовали специализированные отделения – «хроническое, грудное, хирургическое, заразное, женское, венерическое, лихорадочное, главное офицерское и арестантское», а также широко использовалось электролечение. Согласно Положению Военного Совета от 13 мая 1893 г. при госпитале было открыто отделение «душевно-больных» на 50 мест, в т.ч. 8 офицерских, 34 солдатских и 8 женских [459].

В госпитале была высокая хирургическая активность разнопланового характера. Только за один 1896 г. было произведено 1416 хирургических операций и только три из них закончились неблагоприятным исходом [214]. Наиболее крупными операциями были «вылущение опухолей и желез» «радикальная операция грыжи», глазные операции, операции на костной системе и др.

Важным событием для госпиталя было пребывание здесь в конце 1847 г. великого русского хирурга Н.И. Пирогова. Он провел показательные операции с эфирным наркозом, из которых в своем «Отчете» обратил внимание на «вырезывание зоба» у 17-летней девушки и «эфирование в двух случаях притворных болезней» [426].

В марте 1860 г. крепость Владикавказ была преобразована в город и на 1865 г. в нем проживало 3558 человек [243]. В ноябре 1870 г. была определена медицинская часть городской полиции в составе городового врача и повивальной бабки. Должность повивальной бабки с годовым содержанием в 200 рублей серебром была определена еще ранее – в 1844 г. [444]. В 1869 г. имелась и аптека магистра Шенберга. Городовыми врачами Владикавказа являлись О.А. Рогалевич (1871-1879), М.М. Долгат (1881-1910), П.П. Сорочинский (1913). Санитарными врачами состояли П.Е.

Митник (1904-1907), М.С. Гринфельд (1910), П.И. Гедеванов (1912-1913), А.Н. Самойлов (1912-1913), Е.И. Де-Мезер (1913), Д.Р. Беликов (1914). Врачами для бедных были М.С. Назаров (1904), М.С. Гринфельд (1905-1906), К.А. Теремецкий (1907-1910).

Первым гражданским лечебным амбулаторным заведением во Владикавказе стала благотворительная Михайловская лечебница для приходящих больных. Открытая в 1867 г. она предназначалась «подавать безвозмездное врачебное пособие (совет, хирургическую помощь) всем обращающимся в нее больным и снабжать лекарствами на счет лечебницы тех из них, которые по бедности не могут приобрести их покупкою» [244]. Размещалась она в частном доме, подаренном купцом Улановым, и содержалась на средства городской управы в размере 2000 рублей в год, на частные пожертвования в т.ч. и городских врачей, и на деньги вносимые посетителями за медицинскую помощь в размере 10 копеек за визит [16]. Для приема больных лечебница имела четыре помещения: приемная, визитационная, мужская и женская палаты с кроватями для кратковременного отдыха больных – при необходимости. Прием в лечебнице вели врачи города по очереди, безвозмездно. С каждым годом нагрузка на лечебницу увеличивалась. В 1874 г. в лечебнице наблюдалось 2008 больных, которые сделали 4474 посещения, при этом из общего числа больных 1835 выздоровело, были отправлены в госпиталь – 72 больных и результат лечения неизвестен был в остальных случаях [578]. К 1880 г. во Владикавказе была открыта частная аптека Э.А. Енкена.

Здесь, в областном центре Владикавказе 19 марта 1895 г. был открыт приют для душевнобольных на восемь мест (6 мужских, 2 женских) в пожертвенном для этой цели частном доме [585]. Постановлением городской думы на содержание призреваемых и штата было выделено 2812 руб. 40 коп. Все больные находились в одном грязном помещении под присмотром сторожа; фельдшера в штате не было [191]. Позже приют расширился до 25-30 мест. Попечителем приюта вплоть до 1919 г. был старший ординатор

военного госпиталя Н.В. Яшин, который периодически безвозмездно посещал больных.

Первая городская больница была открыта во Владикавказе в 1902 г. и вначале заведовал ею старший врач А.Г. Митрофанов [587]. Согласно утвержденному уставу в больнице предусматривалось 48 коек, «в том числе 2 запасных кровати для опасных больных». Койки распределялись следующим образом: для душевнобольных – один барак на 12 коек; для заразных больных – два барака на 24 койки и для больных острыми заболеваниями – один барак на 12 коек, правда, разворачивались койки постепенно. Для быстро растущего города эта больница была крайне необходима, и на 1911 г. она имела 60 коек, а в 1913 г. уже 90 коек, из них 24 для венерических больных и 24 койки для инфекционных больных, 8 коек для рожениц.

Избранные городской Думой лучшие врачи города работали в первой Владикавказской больнице, в т.ч. первая женщина-врач А.П. Крузенштерн (в 1905 г. врач Александринской больницы в г.Дербенте) и первый врач-хирург из осетин Л.Б. Газданов. На должности младшего врача работал К.А. Исакович. Только в год открытия здесь прошло лечение более пятисот больных, и почти столько же амбулаторных. При этом приезжих на стационарное лечение было больше, чем городских жителей. С 1905 г. городской больницей стал заведовать Н.Г. Гасумянц.

В г.Владикавказе сложилась и сеть частных лечебниц, в которых насчитывалось 135 коек. В 1894 г. была открыта глазная лечебница А.И. Пеунова, а в 1904 г. хорошо оснащенная, с рентгеновским аппаратом, имеющая хирургическое и женское отделения больница хирурга К.А. Исаковича (позже доктора Митника). В начале XX в. открыты лечебницы А.И. Воронова (1909), А.П. Самойлова (1909), Е.Т. Туганова (1910), Н.Н. Салтыкова и Шмиргельда (1911) [16]. Следует отметить, что больница П.Е. Митника в 1920 г. была национализирована и переименована во 2-ю Владикавказскую городскую больницу [157].

К 1915 г. в городе имелись и ведомственные лечебницы: больница на 10 мест кадетского корпуса и больница на 14 мест при реальном училище для пансионеров (франц.-pensionnaire; ученик, живущий в училище), амбулатория серебряно-цинкового завода акционерного общества «Алагир» [157,611].

Во Владикавказе, согласно спискам врачей, опубликованных в Терском календаре, в 1896 г. проживало 39 врачей, в 1905 г. – 55, а в 1911 г. уже 72 врача, которые работали в разных ведомствах, в т.ч. и в частных лечебницах. Многие из них были членами Терского медицинского общества [156].

Официальная история ***г. Пятигорска*** связана с изучением Кавказских минеральных вод и начинается с 24 апреля 1803 г., когда для «…врачебного употребления сих вод, со всеми обстоятельствами и способами врачевания…» Медицинская коллегия направила на источники одного из «опытнейших и искуснейших» врачей, и другого в помощь ему [440]. В апреле 1823 г. «для доставления пособия больным, приезжающим пользоваться Кавказскими минеральными водами» были определены штаты: старший врач при горячих источниках и младший врач при кислых источниках, три лекарских ученика, аптекарь, гезель (помощник аптекаря) и два аптекарских ученика [442]. В мае 1830 г. на месте Константиногорской крепости и поселения Горячие Воды был учрежден окружной город Пятигорск, в котором с 1780 г. имелся гарнизонный лазарет 16-го егерского полка [288].

В начале XIX в. Пятигорске был организован постоянный военный госпиталь, в котором в 1847 г. останавливался и оперировал проф. Н.И. Пирогов. В Пятигорске он задержался, потому что в это время здесь находились 27 военных врачей из различных частей Кавказского корпуса и множество больных «застарелыми недугами от ран» [115]. Здесь впервые на Кавказе военные врачи и были ознакомлены со способом «эфирования». Пятигорский военный госпиталь по окончанию Кавказской войны в конце 1885 г. был переведен в разряд местного лазарета.

В 1865 г. в Пятигорске проживало 6350 человек [243]. За медико-санитарное состояние города несли ответственность городовой, городской и санитарный врачи.

К 1890 г. в Пятигорске имелись один местный военный лазарет на 130 мест и частная лечебница княгини Васильчиковой на восемь кроватей, с одним врачом и приемом «приходящих больных» [582]. Бесплатная лечебница с амбулаторией для бедных больных была открыта в 1887 г. княгиней Васильчиковой на свои средства и позже передана под опеку Пятигорского благотворительного общества. При Управлении минеральных вод функционировал Операционный покой с тремя кроватями для хирургических больных. С конца XIX в. здесь оперировал выдающийся хирург профессор В.И. Разумовский [115]. Здесь же он впервые применил корсеты и другие ортопедические аппараты.

Городская больница на 20 кроватей была открыта в 1903 г. в частном доме с одним врачом и двумя фельдшерами. Больницей заведовали городовой врач П.А.Ржаксинский (1903-1910 гг.), помощником у него в 1903-1904 гг. был врач С.Н. Знаменский [587]. В 1910 г. больница расширилась до 40 мест, а к 1913 г. в ней имелись терапевтическое (зав. Х.В. Волков), хирургическое (Ф.Ф. Берников), женское (М.П. Успенская-Чайковская), глазное (Е.А. Зенькович) отделения и заразный барак (С.М. Берлин).

Городской глазной лечебницей им. Пиунова заведовали К.Х. Орлов (1910), Е.А. Зенькович (1912-1916), а заразной больницей заведовал С.М. Берлин (1913) и позже А.П. Штейнфельд (1914). Стоит отметить, что глазную лечебницу Красного Креста в Пятигорске с 1904 г. по 1909 г. возглавлял выпускник Военно-медицинской академии, доктор медицины С.В. Очаповский [40]. Последний с 1910 г. заведовал глазным отделением Кубанской войсковой больницы, а в советское время стал профессором Кубанского медицинского института и заведовал кафедрой офтальмологии.

К 1915 г. в Пятигорске имелись городская больница на 49 койко-мест с 4 врачами и 6 фельдшерами, лечебница Красного Креста на 11 мест с одним врачом и фельдшером, а также местный военный лазарет; в Управлении Кавказских минеральных вод работали пять врачей и пять фельдшеров [592,292]. В городе имелись и лечебные заведения для бальнеологических процедур [263,269].

Сложная ситуация с народным здравием была в ***г. Грозный***. Крепость Грозная имела важное военно-стратегическое значение, являясь ставкой начальника Левого фланга Кавказской Линии и сборным пунктом отрядов, направляемых в Чечню. В январе 1877 г. здесь проживало 8963 человека (муж. - 5978, жен. - 2985), из них военного сословия – 3157 [522]. Только в мае 1895 г. здесь была избрана Городская Дума и образован исполнительный орган – Городская Управа. При Управе существовала комиссия общественного здравия, которая собиралась по мере надобности. Власти города не имели средств на строительство и содержание собственных больниц, да и расходы на здравоохранение не входили в разряд обязательных. В период деятельности 1-й городской Думы, Грозный был наиболее отсталым среди городов Терской области [260]. До конца XIX в. он не имел даже городской больницы и из медицинских учреждений здесь был только военный госпиталь.. В данных условиях в Грозном работали городовые врачи Б.-Л.И. Мартенсон (1874-1884), В.Г. Ермаков (1893), И.В. Мартынов (1896-1906), Н.И. Зонн (1907), С.М. Швецов (1910-1916) и санитарные врачи С.М. Малиновский (1915), В.П. Рево (1916).

Самым первым медицинским учреждением в крепости Грозной был крупный для своего времени военно-временный госпиталь на 300 койко-мест, учрежденный в 1831 г. [49,163]. Достаточно хорошо оснащенный госпиталь располагал корпусным, полковым, батальонным, ординаторским, фельдшерским, анатомическим наборами, разными аппаратами, микроскопами, офтальмоскопом и т.д. [843]. В штате госпиталя в 1869 г. состояли 8 врачей, 10 лекарских помощников, 7 младших медицинских

фельдшеров, управляющий аптекой провизор и 4 старших и младших аптечных фельдшера, 4 фельдшерских ученика [849]. Служили в госпитале высококвалифицированные врачи, в т.ч. и доктора медицины [845,846]. Контингент больных составляли офицеры и нижние чины, их семьи, а также лица, относящиеся к военному ведомству.

Лечебные учреждения для гражданского населения стали открываться только в конце 90-х гг. XIX в. Первая городская лечебница для приходящих больных с бесплатной выдачей лекарств была открыта в 1896 г. Грозненским благотворительным обществом в доме, подаренном для этой цели отставным капитаном Д.Г. Оханджановым [696,699]. Прием больных вел городовой врач И.В. Мартынов, однако вскоре она была закрыта. В январе 1899 г. была открыта и Грозненская городская бесплатная амбулатория, которой заведовал городской врач М.А. Локерман (1899-1907 гг.), позже Г.З. Рутенберг (1910-1913 гг.) и В.А.Николаев (1914-1916 гг.).

Устав Грозненской городской лечебницы был утвержден в Министерстве внутренних дел еще 23 января 1904 г., однако из-за отсутствия помещения и финансовых проблем открытие ее затянулось. И только 20 марта 1905 г. официально открылась первая городская лечебница на 10 кроватей, две из них за счет Грозненского благотворительного общества имени Оханджанова [703,697,698]. В 1906 г. в ней прошли лечение 341 человек, и на содержание городской больницы было затрачено 6447 руб. 23 коп. Заведовали городской больницей Г.К. Поляпин (1910), И.Л. Гушнер (1913), А.М. Смирнов (1914-1916 гг.).

В XIX и в первой четверти XX вв. в Грозном произошли заметные изменения в состоянии медицинского дела. В этот период в быстро развивающийся город из разных регионов России приехало много частнопрактикующих врачей разных специальностей. В удобное для населения время частный прием осуществляли терапевты, акушеры-гинекологи, педиатры, дерматовенерологи, хирурги («малая хирургия»), врач по лечению электричеством и другие специалисты. Наряду с амбулаторным

приемом оказывалась помощь больному и на дому. Среди врачей были бывшие ординаторы Казанского, Санкт-Петербургского университетов, Женского медицинского института. Функционировал в Грозном и химико-бактериологический кабинет И.М. Тези, где проводили анализы крови, мочи, кала и «других выделений и отделений человеческого организма», как гласило объявление в газете [128]. Здесь же имелась и частная аптека. В начале XX в. лучшей больницей Грозного считалась частная «Хирургическая и гинекологическая лечебница с родильным приютом» доктора А.Ф. Рогожина. Кроме стационарного лечения, здесь амбулаторный прием вели терапевт, отоларинголог, невропатолог и уролог.

Особо примечательным событием для города явилось образование в начале XX в. Грозненского медицинского общества, учредителями которого выступили врачи Рутенберг, Смолевич, Владимиров, Копытко, Поляпин, Заградский и провизор Тези [608]. Как и многие региональные врачебные общества оно имело, преимущественно краеведческое направление. В задачи общества входило медико-топографическое изучение региона, его эпидемиологического состояния, разработка статистических материалов о болезненности и смертности, санитарно-просветительная работа, совершенствование профессиональных знаний [852]. Общество выписывало медицинские журналы и газеты, знакомило членов с достижениями медицины, приобретало медицинские инструменты. На заседаниях общества обсуждались актуальные вопросы санитарно-эпидемиологического состояния края, особенности местной патологии. Члены общества принимали активное участие в борьбе с эпидемией холеры в 1905 и 1911 гг.

К началу XX в. в г.Грозном имелись военный госпиталь, три больницы, четыре аптеки; работали тринадцать практикующих врачей, десять фельдшеров и шесть акушерок.

Одним из первых городов на северо-востоке Кавказа был учрежден ***Кизляр*** (1735 г.), как русская крепость на реке Терек. С 1802 г. это уездный город Кавказской губернии, в котором на 1865 г. проживало 8585 человек

[243]. В конце 1870 г. в городе были введены должности городового врача и повивальной бабки. На 1880 г. имелась и аптека магистра фармации Германа. Городовыми врачами в Кизляре состояли: Л.С. Кабахидзе (1859), А.П. Султан-Шах (1871-1897), Г.Э. Блох 1899), И.Я. Гуревич (1900), М.С. Назаров (1902), В.Д. Кулаев (1904), Б.М. Шогенов (1910). Из военных медицинских чинов здесь были вначале фельдшер крепости, затем медики Кизлярского военного госпиталя, позже Кизлярского местного лазарета на 30 кроватей, упраздненного Положением Военного Совета от 22 января 1901 г., вместе с местной военной командой, что привело к утрате военного значения города [462].

За медицинской помощью городские жители обращались в Кизлярскую лечебницу для приходящих больных, которая была открыта в конце 1890 г. на средства местного благотворительного общества в приобретенном для этого доме [584]. В 1905 г. в лечебнице были развернуты три кровати; обслуживали больных один врач и один фельдшер.

В городах Терской области размещались кроме госпиталей (Владикавказ, Грозный) и местные лазареты – в гг. Пятигорск, Моздок, Георгиевск, Кизляр, в слободе Шатой (Чечня) и Ардоне (Осетия). В деле открытия городских лечебных заведений в Терской области в конце XIX – начале XX вв., согласно материалам исследования, наблюдалась положительная динамика (табл.12) [583,590].

Таблица 12

Состояние медицинской части в городах Терской области в конце XIX и начале XX вв.

Наименование лечебных заведений	Число лечебных заведений		Число кроватей в них		Врачей		Фельдшеров	
	1892	1910	1892	1910	1892	1910	1892	1910
Военные госпитали	2	2	902	943	14	16	24	15
Местные лазареты	6	9	343	532	6	13	11	34
Город. приемный покой (Моздок)	1	1	10	5	1	-	-	1
Приемный покой Васильчиковой								

(Пятигорск)	1	-	12	-	1	-	-	-
Городская больница (Владикавказ)	-	1	-	65	-	3	-	3
Городской приют душевно-больных (Владикавказ)	-	1	-	14	-	1	-	1
Михайловская лечебница для приходящих больных (Владикавказ)	-	1	-	-	-	-	-	3
Городская больница (Пятигорск)	-	1	-	40	-	2	-	3
Лечебница Красного Креста	-	1	-	12	-	1	-	1
Городская больница (Георгиевск)	-	1	-	14	-	1	-	1
Городская больница (Грозный)	-	1	-	15	-	1	-	2
Больница Терских нефтепромышленников (Грозный)	-	1	-	16	-	1	-	2
Лечебница Кизлярского благотворительного общества	-	1	-	3	-	1	-	1
Кабардинский приемный покой	-	1	-	5	-	-	-	1
Вольнопрактикующие медики					16	53	1	38
	10	22	1267 - 1664		38	93	36	106

Как видно из таблицы за 18 лет в городах в два раза увеличилось количество лечебных заведений, в основном гражданских, а число коек возросло на 397. Врачей стало на 55 больше, а число фельдшеров на 70 человек, в основном, за счет вольнопрактикующих медиков. В большинстве случаев это были военные врачи, вышедшие в отставку, и врачи, приехавшие из Центральной России в быстро растущие города Северного Кавказа. Кроме врачей лечебных заведений в городах Терской области работали врачи ведомства образования. Это были штатные врачи горских школ, гимназий и училищ; могли быть и совместители, окружные или городские врачи.

Несмотря на это лечебных заведений и врачей в городах Терской области не хватало. В связи с этим в Терском календаре писали: «…Масса местного населения, не только сельского, но и городского, за отсутствием необходимого числа лечебных заведений, по-прежнему лишена возможности получать постоянное медицинское пособие даже в случаях крайней необходимости. Обстоятельство это зависит, с одной стороны от неимения в распоряжении администрации необходимых на этот предмет средств, а с другой – от равнодушного отношения к столь важному делу городских общественных установлений» [585].

Параллельно с Терской областью шло формирование городской медицинской службы в Дагестанской области. Самым крупным северо-восточным городом Кавказа был древний ***Дербент,*** отошедший к России в 1813 г. по Гюлистанскому мирному договору с Ираном. В 1849 г. Дербент становится самостоятельным губернским городом, позже вошедшим в состав Дагестанской области, и на 1865 г. здесь проживало 11431 человек. На тот период крупным и единственным медицинским учреждением в Дербенте был военный местный лазарет на 60 коек, куда, при наличии свободных мест, принимали на лечение и горожан [284]. Таких больных в 1893 г. было 182, в 1894 г. – 120 человек. Кроме госпитальных медиков в городе работали городовой врач, городовой фельдшер и повивальная бабка. Была и вольная аптека провизора Гейне [245]. Известны городовые врачи, работавшие в Дербенте – это С.И.Сараджев (1859-1881), М.Л. Сабсович (1890), Н.И. Новомарьевский (1896), Г.А. Павлович (1899), Н.К. Гладышевский (1900-1910 гг.), И.А. Фаленцкий (1914-1916 гг.).

Положение с медицинским обслуживанием городского населения Дербента было сложным. В апреле 1890 г. губернатору доносили, что ввиду значительной смертности среди мусульманского населения города, происходящей в числе других причин и от отсутствия правильного медицинского пособия, следует открыть лазарет. В итоге, по разрешению губернатора на добровольные пожертвования горожан 1 июня 1890 г. открыли приемный покой с аптекой для бесплатного лечения приходящих больных [284]. Городовой, окружной, батальонный и лазаретный врачи по очереди, по одному часу каждый, вели в нем прием больных. За 1890 г. было совершено 1094 посещений, а уже в следующем году - 1954, кроме того на дому - 546 посещений. Из аптеки бесплатно было отпущено лекарств по 3232 рецептам.

В начале XX в. обсуждался вопрос необходимости учреждения в городе своей больницы. В 1901 г. городское присутствие вынесло решение об открытии больницы на доходы за лечение. Городская больница на 10

кроватей (из них 4 бесплатные) была торжественно открыта в Дербенте 25 мая 1902 г. и названа Александринской [286]. В больнице было шесть мест мужских и четыре женских, притом число мужских мест при необходимости могло быть увеличено до двенадцати [809]. Как и в военном местном лазарете в ней была установлена плата 60 коп. в сутки. В 1905 г. увеличилось число больничных коек – стало 18 общих и две заразных; на содержание больницы и жалованье медицинскому персоналу было израсходовано 12302 руб. 30 коп. В 1905 г. городской больницей заведовал врач М.И. Аствацатуров, в которой работали женщина-врач А.П. Крузенштерн, а после нее А.Е. Цыпкина. В 1918 г. этой больницей заведовал К.Б. Рафибеков. Кроме указанных лечебных учреждений в городе имелся лазарет Владикавказской железной дороги, ставший к 1915 г. больницей на 50 кроватей.

Город ***Темир-Хан-Шура*** был административным центром Дагестанской области, ставкой командующего войсками в Северном Дагестане и здесь в 1897 г. проживало 9214 человек (из них русских 3029) [285]. Здесь был крупный военный госпиталь (позже низведенный в разряд лазарета), который посещал и в котором оперировал в 1847 г. профессор Н.И. Пирогов. В Темир-Хан-Шуринское укрепление в 1860 г. была определена акушерка. В городе была в 1869 г. аптека провизора В. Фрозе. В 1875 г. в городе на средства местного благотворительного общества была открыта лечебница для приходящих больных. В 1894 г. в местном военном лазарете за установленную плату пролечилось 174 горожанина, а лечебницу посетили 1340 амбулаторных больных [386]. В конце 90-х годов лечебницей на 10 кроватей располагало и реальное училище.

В октябре 1898 г. состоялось собрание уполномоченных Темир-Хан-Шуринского городского общественного управления, которое постановило выйти с ходатайством военному губернатору об открытии городской больницы на восемь кроватей и о наименовании этой больницы именем княгини О.Д. Барятинской [805]. Управление города для лечебницы

безвозмездно выделяло дом, была подготовлена смета, предполагающая годовое содержание в 2260 руб. и единовременные расходы были оценены в 2250 руб. В начале 1903 г. открыли городской приемный покой на 4 кровати, в основном для лечения больных сифилисом, позже ставший десятикоечной лечебницей [390].

В областном центре Дагестанской области г. Темир-Хан-Шура 20 декабря 1912 г. был открыт дом призрения душевнобольных на 10 коек за счет земских сборов, куда больные начали поступать уже в феврале 1913 г. На должность врача был назначен Темир-Хан-Шуринский городовой врач В.В. Геевский, который ранее служил медиком для поручений Управления медицинской частью гражданского ведомства на Кавказе (г.Тифлис). За последующие четыре года в доме призрения душевнобольных содержалось 96 человек, из которых 92 были местными жителями. Однако в 1915 г. из-за смерти врача врачебное наблюдение в нем прекратилось и остался один фельдшер [392]. Городовыми врачами в Темир-Хан-Шуре были: Р.А. Янкелевич (1899-1910), В.В. Геевский (1913), Техников (1914), И.Е. Печников (1914-1918), последний исполнял в 1918 г. обязанности санитарного врача.

Не лучше обстояло дело с народным здравием и в *г.* ***Петровске***, названном так в память о пребывании в этих местах Петра Великого во время Персидского похода. На 1897 г. здесь проживало 9753 человека (из них русских 5129). Сначала, как и в других городах, врачебная помощь больным за плату оказывалась в местном сводном военном лазарете: в 1892г. – 151 лицу, в 1893 г. – 586, в 1894 г. – 312. Для беднейших из них лекарства приобретались на деньги Петровского общественного собрания [282]. В Петровске в 1867 г. была учреждена должность повивальной бабки, а в 1869 г. была открыта вольная аптека провизора К. Фрозе [451,245]. В 1895 г. на собранные местным обществом средства была открыта первая амбулатория для приходящих больных [387]. В 1897 г. медицинская помощь в ней была

оказана 7817 больным, в 1900 г. – 2412. Городовыми врачами Петровска состояли: Г.Д. Рабинович (1899-1916 гг.), Н.Н. Ментов (1918).

В конце 90-х годов XIX в. в Петровске имелись больница при арестантском исправительном отделении и железнодорожный лазарет. К 1915 г. к имеющимся лечебным заведениям добавились городская больница на 12 коек, приемный покой на три койки при Морской врачебно-наблюдательной станции, железнодорожная больница на 30 коек [392]. В последующем открылась городская лечебница для острозаразных больных, которой заведовал врач Н.А. Усачев.

Приведенный материал свидетельствует о том, что, несмотря на определенную положительную динамику, в развитии городской медицины в Терской и Дагестанской области, она была гораздо ниже общероссийского уровня. Для городских жителей число лечебных учреждений и медицинского персонала в них было явно недостаточно. Открыты лечебницы были в приспособленных помещениях, постоянно нуждавшихся в ремонте, материальное оснащение их было недостаточным.

Таким образом, исследование позволяет сделать вывод, что на начальных этапах организации городской медицины государство финансировало только городовых врачей, выполнявших в основном судебно-медицинские и медико-полицейские функции, т.е. они служили исполнительной полицейской власти и судебным органам. Начиная с середины XIX в. первые амбулатории и лечебницы в городе организовывались благотворительными обществами и опекались ими. Большинство городовых врачей не только в определенные дни или часы бесплатно вели прием неимущих больных, но и читали лекции на санитарно-гигиенические темы. И только в начале XX в., с улучшением финансового положения, в городах северо-восточного Кавказа стали вводить должности городских врачей и учреждаться городские стационарные лечебные заведения, в т.ч. и частные. Наряду с государственной развитие в городах получила и частная медицина, малодоступная для широких слоев населения.

В городах дислоцировались и ведомственные лечебные заведения: военного ведомства, железнодорожного, юстиции, просвещения, промышленных предприятий (фабрично-заводская медицина), которые за плату при наличии свободных мест в больнице оказывали врачебную помощь горожанам. Однако имевшиеся в городах Северо-Восточного Кавказа лечебные заведения и койки в них не могли удовлетворить потребности населения в медицинской помощи. Положение усугублялось отсутствием необходимого числа врачебного и другого медицинского персонала.

3.4. Медицинское обслуживание рабочих производственных предприятий.

На рубеже XIX-XX вв. в России сложилась, наряду с другими формами, ведомственная система здравоохранения, в т.ч. и система медицинского обслуживания рабочих горнометаллургической и других отраслей промышленности, фабрик и заводов. В начале XX в. практически каждое ведущее министерство и ведомство имели свою врачебно-санитарную службу, но при этом в стране не было единого центра государственного управления здравоохранением [558]. С таким же раскладом ведомственной подчиненности начало складываться здравоохранение и в регионе Северо-Восточного Кавказа, где вопросы народного здравия стали решаться только во второй половине XIX - начале XX вв. Становление и развитие здравоохранения в данном регионе было тесно связано с его социально-экономическим развитием, которое значительно отставало по сравнению с Центральной Россией.

Сложными были вопросы медицинского обеспечения рабочих быстро растущей промышленности. По мере становления и развития промышленного производства, разработки недр земли, роста числа рабочих насущными стали вопросы организации медицинской помощи на рудниках, заводах и фабриках. В начале большинство медицинских учреждений на фабриках и заводах были организованы по собственному доброму почину

владельцев [568]. В дальнейшем организация стационаров, небольших приемных покоев, амбулаторий, медицинских пунктов для оказания бесплатной медицинской помощи рабочим стало обязательным для владельцев частных предприятий. Согласно Горному положению 1806 г., для заводов определялся норматив коек больничных (1 кровать на 200 рабочих) и обязанность организации больницы при превышении 200 человек рабочей команды [441].

После окончания Кавказской войны на Северном Кавказе началось освоение недр земли. Основной отраслью промышленности в Осетии (Владикавказский округ Терской области) была горнорудная и выплавка цветных металлов [62]. Во Владикавказском округе имелись серебро-свинцовые рудники [253]. В верховьях реки Садон во второй половине XIX в. ручным способом добывалась руда, состоящая из свинцового блеска с серебром, цинковой обманки, колчеданов, гранита. Для дальнейшей обработки руду аробщики (арба – горская телега) отвозили за 30 верст на Алагирский серебро-свинцовый завод. В 1859 г. на рудниках в Садоне и на заводе в Алагире было 482 рабочих, а в 1902 г. только на рудниках стало 800 рабочих. В 1900 г. во Владикавказском округе имелось 10 действующих частных серебро-свинцовых рудников [255]. В конце XIX в. были учреждены русско-бельгийское «Горнопромышленное и химическое общество «Алагир» и «Терское горнопромышленное общество», а в 1902 г. построен Владикавказский металлургический завод. В 80-е гг. XIX в. в г. Владикавказе работало более 190 предприятий, среди которых были кирпично-черепичные, винокуренные, маслобойные и другие, с небольшим числом рабочих [62].

К 1890 г. в селении Алагир уже работал горно-заводской госпиталь, которым заведовал фельдшер М.С. Четвериков [582]. Для рабочих Садонских серебро-свинцовых рудников в поселке Садон Осетии была организована амбулатория. Врач жил в 43 верстах от поселка и посещал амбулаторию 1-2 раза в неделю. В 1905 г. акционерным обществом «Алагир» в Садоне для рабочих рудников и обогатительной фабрики (около 300 чел.) был открыт

приемный покой на 5 коек [16]. Оборудован он был недостаточно, врач посещал больных только раз в неделю, в остальные дни прием вел фельдшер. И как отмечает З.Р. Аликова (1994) антисанитария в рабочих поселках и шахтах, тяжелые условия труда и быта, плохое питание, фактическое отсутствие медицинской помощи обусловили высокую заболеваемость, травматизм и смертность рабочих рудников [16].

В описываемый период в Дагестане развивалась разработка серных месторождений, соляной промысел [250,252]. В обеих областях существовала промышленность в форме домашнего производства (кустарные, домашние промыслы) и ремесла, небольшие промышленные предприятия мануфактурного и фабрично-заводского типа, связанные с переработкой сельскохозяйственного сырья [257,652]. Ввиду малочисленности рабочих медицинская служба для них не была организована.

В 1899 г. в г. Петровске была построена самая крупная на Кавказе хлопчатобумажная фабрика акционерного общества «Каспийская мануфактура», оснащенная современным для своего времени английскими машинами и оборудованием [652]. В разные периоды времени на фабрике работало от 400 до 1200 рабочих.

Из фабрик и заводов Дагестана только общество «Каспийская мануфактура» имело больницу на 20 коек, с родильным отделением на 3 койки [91]. Рабочие и служащие холодильника и ткацкой фабрики обслуживались Тагиевской (Г.З.Тагиев, владелец фабрики, известный нефтепромышленник и меценат из Баку – Т. А.) больницей на 10 коек [14]. Промышленные предприятия города, не имевшие собственных больниц, оплачивали лечение своих служащих в городской больнице. Кроме того, промышленники оказывали благотворительную помощь лечебным заведениям.

В Терской области основная масса рабочих занималась нефтедобычей и работала на нефтеперерабатывающих заводах в г. Грозном. На 28 предприятиях трудилось 3670 рабочих [257]. К концу XIX – началу XX в. в

Чечне сложился крупный промышленный центр по добыче и переработке нефти. В октябре 1893 г. из скважины № 1, заложенной на Грозненских нефтяных промыслах фирмой «Ахвердов и К», ударил первый грозненский нефтяной фонтан. Несколько позже Старогрозненское месторождение приобрело мировую известность. Быстрому росту города Грозного способствовало проведение железной дороги (1893 г.) и начало промышленного освоения месторождений нефти (1893–1900 гг.), а также строительство фабрично-заводских предприятий.

С развитием нефтепромыслов началось становление и ведомственной фабрично-заводской медицины нефтяников. На первом съезде Терских нефтепромышленников в 1898 г., где были представители всех 12 нефтепромышленных фирм, был поставлен вопрос медицинской помощи рабочим и строительстве промысловой лечебницы [601]. На этом съезде в докладе промыслового врача З. Рутенберга была дана четкая характеристика тяжелой, неприглядной картины жизни рабочих и санитарного состояния на нефтяных промыслах. И только на 3-м ежегодном съезде в 1901 г. было вынесено решение, устроить временный приемный покой на 8 кроватей в Грозном, которое несколько лет не выполнялось.

По данным С.М. Лисичкина (1954), А.А. Матвейчука (2012) гигиенические условия в жилищах рабочих нефтепромыслов были плохими, условия работы тяжелыми [326,347]. Как отмечал известный русский врач Л.Б. Бартенсон, описывая жилищные условия рабочих кавказских нефтяных промыслов: «…помещений, которые могли бы называться удовлетворительными в полном смысле этого слова, вовсе нет; … помещений, не выдерживающих и самой снисходительной критики, - огромное большинство...» [57].

Болезни кожи, дыхательных органов, нервное и физическое истощение организма были довольны распространенными. К сорока годам, как правило, рабочий становился инвалидом [326,347]. На нефтяных промыслах и заводах число несчастных случаев и смертность ежегодно росли. Например, на

Грозненских нефтяных промыслах в 1904 г. произошло 209 несчастных случаев, из них пять со смертельным исходом [326]. Уже в следующем году количество несчастных случаев возросло до 504, и с каждым годом возрастало. Высокой была смертность и от инфекционных заболеваний: оспы, скарлатины, дифтерита, брюшного тифа, сыпного тифа. Все это являлось следствием неудовлетворительной организации медико-санитарного дела на нефтяных промыслах.

В соответствие требованиям законодательных актов по горному делу на Грозненских нефтепромыслах в начале XX века стали появляться стационарные и амбулаторные врачебные заведения. В 1907 г. для семи тысяч рабочих в частном арендованном доме в Грозном была открыта лишь небольшая больница Совета съезда Терских нефтепромышленников [706]. В 1908 г. в больнице Терских нефтепромышленников имелось 16 кроватей, один врач и два фельдшера [589]. В 1911 г. для больницы было построено на промыслах отдельное кирпичное здание, где уже размещалось 40 коек, работали три врача и три фельдшера [591].

Кроме этой больницы, по данным М.Т. Индербиева (1972), до 1917 г. на старых промыслах Грозного каждая из пяти нефтяных компаний имела медицинский пункт (амбулаторию) с фельдшером [228]. Амбулатории имели Алахвердовский завод и завод «Русский стандарт», а на новых промыслах амбулатория с врачом и фельдшером, размещалась в частном доме. Однако эти маломощные лечебные учреждения не решали сложные проблемы, связанные с организацией медицинского обслуживания рабочих в нефтепромышленном районе.

Одним из актуальных вопросов оставалось медицинское освидетельствование рабочих-нефтянников, пострадавших на производстве. Интересы последних не совпадали с интересами промысловых врачей, которые зависели от владельцев фирм. Не всегда находили взаимопонимание и со страховым обществом «Россия», выдавшим полис Совету съезда Терских нефтепромышленников на страхование рабочих от несчастных

случаев. В связи с этим представители нефтепромышленных фирм Грозненского нейтепромышленного района 15 июня 1907 г. обратились к временному генерал-губернатору Терской области с ходатайством об учреждении независимой правительственной врачебной комиссии по освидетельствованию пострадавших на производстве рабочих [705]. Такая комиссия была учреждена в составе трех врачей: областного врача Чудовского, его помощника Михайлова, консультанта Владикавказского госпиталя хирурга Салтыкова. Первое выездное заседание в Грозном состоялось 25 июля 1907 г., и до 1917 г. проходило два раза в месяц в грозненской больнице Совета съезда Терских нефтепромышленников (промысловая больница, больница Терских нефтепромышленников).

Развитию промышленности на северо-востоке Кавказа во многом способствовало проведение железной дороги от Ростова до Владикавказа и далее до Баку. В 1875 г. было открыто сквозное движение по Ростовско-Владикавказской железной дороге, а с 1894 г. - по всей линии Беслан – Грозный – Гудермес – Хасавюрт – Петровск, протяженностью 250 верст. В 1897 г. она достигла Дербента, а в 1899 г. поезда ходили уже до Баку.

В 1875 г. на железнодорожной линии Ростов-Владикавказ имелось два врачебных участка – в Ростове и Владикавказе и один фельдшерский пункт на станции Кавказской [623]. Руководил медицинской службой Владикавказской железной дороги до 1913 г. старший врач В.И. Лешкевич, он же возглавлял и первый приемный покой (г.Ростов). К 1879 г. дорога имела шесть маломощных больниц на 140 коек. К 1900 г. рабочих на протяжении от Ростова до Петровска обслуживали 17 участковых врачей, на некоторых участках было по два врача и фельдшера [586].

В 1912 г. в системе Владикавказской железной дороги числилось 134735 человек (с членами семьи), было зарегистрировано 161447 первичных больных и сделано ими 400126 посещений медицинских пунктов, а сама врачебно-санитарная служба составляла 409 человек. В 1913 г. Владикавказская железная дорога имела уже семь больниц на 385 коек,

четыре санатория на 130 мест, 15 приемных покоев с врачом и 18 с фельдшером, 20 врачебных участков, аптеки [623]. В 1916 г. на дороге было уже 24 врачебных участка и на каждый участок приходилось в среднем 8300 железнодорожников и членов их семей. После установления советской власти на железной дороге были введены должности санитарных врачей, организованы венерологический и туберкулезный диспансеры, женская и детская консультация, и к 1925 г. на дороге работало уже 135 врачей.

Для обслуживания рабочих железной дороги в 1900 г. в г.Петровске и в г. Дербенте имелось по одному лазарету, а в 1915 г. эти лазареты стали больницами соответственно на 30 и 50 коек, которые по тем временам считались крупными лечебными учреждениями [389,392].

В конце XIX в. быстро развивающейся отраслью промышленности Дагестанской области стало морское рыболовство, в то время как в Терской области речное рыболовство не носило особого промышленного характера. В г. Петровске, после проведения железной дороги, морской рыбный промысел развился в отдельное производство и набрал бурный рост. Так, в 1900 г. в Дагестанской области рыболовные промыслы астраханского рыбопромышленника К.П. Воробьева были самыми крупными на землях Темир-Хан-Шуринского округа, и на них было расположено 11 из 13 рыболовных промыслов, на которых работало от 1000 до 1500 рабочих, в зависимости от времени года [90]. А уже в сезон 1911 г. на рыболовных промыслах Дагестана трудилось 11789 человек (мужчин 10132, женщин 1331, детей 326), из них 10835 сезонных рабочих (селедочников) [391].

Согласно Положению рыбопромышленники обязаны были иметь для рабочих, отдельно для мужчин и женщин, бесплатные казармы. При наличии не менее 200 рабочих должны были иметь и больницы с аптеками, приглашать врачей и фельдшеров для медицинского обслуживания рабочих, а при числе рабочих менее 200 – иметь приемные покои [283]. Арендаторы участков рыбного промысла платили особый сбор с улова на содержание

общей для города и рыбаков больницы и особую плату за лечение каждого рабочего-рыбака [284].

На рыбных промыслах в 1915 г. были два врача и 16 фельдшеров, одна частная больница на 16 кроватей при фабрике рыбопромышленника К.П. Воробьева «Заморозка», приемный покой при Морской врачебно-наблюдательной станции на три койки, больница бондарного завода, приемные покои на отдельных крупных промыслах [392].

На морских рыболовных промыслах рабочие часто болели малярией. По данным Р.Ш. Аликишиева (1958) в 1897 г. заболело малярией 3723 человека, а 1898 – 5568 человек, что наносило убытки хозяевам [14]. Поэтому на южных промыслах в Дербентском районе, на северном промысле (Лопатин) и в районе г.Петровска были организованы сезонные медицинские пункты.

Исследование показало, что такие формы здравоохранения, как ведомственная и фабрично-заводская медицина, в северо-восточной части Кавказа начали складываться только в самом конце XIX в. Организация медицинского обслуживания рабочих находилась на низком уровне, часто носила формальный характер. Стационарные учреждения были малочисленны и маломощны, не хватало врачебного персонала.

3.5. Подготовка медицинских кадров на Северо-Восточном Кавказе в XIX – начале XX вв.

Материалы нашего исследования показали, что на территории Северо-Восточного Кавказа вплоть до 1920 г. не было специализированных учебных заведений для подготовки врачей, фельдшеров, медицинских сестер.

Фельдшеров из числа казаков готовили в Екатериноградской военно-фельдшерской школе, несколько ранее в Новочеркасской и Тифлисской военно-фельдшерской школе. Так называемых ротных фельдшеров обучали в местных военных госпиталях. В фельдшерской школе при Тифлисском

военном госпитале «своекоштные ученики, воспитывающиеся на счет Горского Управления» появились в 1867 г. [254]. В 1868-1869 уч. году из девяти учеников от Горского управления курс обучения окончили трое. Из общего числа учеников (n=150) в 1867-1868 уч. году русских было 144, из числа северокавказских народностей в фельдшерской школе обучалось четыре осетина и два абхазца, в следующем учебном году - три осетина, два абхазца и четверо «магометан» Дагестанского округа [245]. В 1868-1869 гг. из Терской области в данную фельдшерскую школу были зачислены из числа казаков малолетки Яков Рыбых, Николай Плотников, Сергей Петров и Андрей Некрасов [847]. И в дальнейшем фельдшеров для Терского казачьего войска готовили не только в фельдшерской школе в г.Тифлисе, но и в военных медицинских учреждениях в самой области [838].

Первым фельдшером из горцев Нальчикского округа стал кабардинец Т. Тамбиев, окончивший Тифлисскую фельдшерскую школу в 1871 г. [346]. Из коренных народностей Дагестана в конце XIX в. и в начале XX в. фельдшерские школы окончили А. Айдинбеков, Д.М. Мейланов, М.Ю. Нахибашев, М. Дибиров, Г. Гасанов, Г. Алхасов и др. [14]. По нашим данным А.Айдинбеков в 1913-1914 гг. заведовал фельдшерским пунктом в Кюринском округе, Д.М. Мейланов в 1913-1916 гг. работал в с. Ерси Кайтаго-Табасаранского округа, М.Ю. Нахибашев в 1913-1916 гг. был старшим фельдшером в укреплении Карадах и позже в Гунибе. Он же в первые годы советской власти стал одним из первых народных комиссаров здравоохранения Дагестанской АССР.

Гражданских фельдшеров обучали в Тифлисской фельдшерской школе при Михайловской больнице. В 1914 г. Дагестанской области было выделено три места для обучения в этой школе за казенный счет [803]. Из числа прошений отобрали пять, и направили претендентов в Тифлис для сдачи экзаменов, который выдержали только двое: Абдулла Мамаев 13 лет из селения Кумух, и сын отставного военного Литовченко [804]. Остальные оказались безграмотными или слабо знали русский язык.

Учитывая специфику местных условий жизни и быта, многонациональный характер народонаселения, языковый барьер, необходимость в первую очередь проведения противоэпидемических мероприятий из числа горцев стали готовить оспопрививателей. Как правило, обучение проводилось в военных госпиталях. Таким образом, оспопрививатели и были первыми обученными «медицинскими кадрами» среди горцев. Однако в вопросах подготовки оспопрививателей, а тем более врачей и фельдшеров из числа горцев возникали большие сложности, связанные с полной безграмотностью местного населения.

Вопросы общеобразовательного характера и распространения знаний среди горцев в первую очередь стали решать дислоцированные здесь воинские подразделения регулярной Кавказской армии. С середины XIX в. при батальонах и полках активно организовывались начальные военные школы. В 50-60-е гг. в Дагестане такие школы появились в Ахтах (при линейном батальоне), Дешлагаре (при 83-м Самурском пехотном полку), Темир-Хан-Шуре (при Апшеронском полку) [6]. В Положении об этих военных школах указывалось, что они создаются, «чтобы дать юношеству из бедных дворян и других почетных сословий Закавказского края и горских племен некоторое образование, не учреждая особых дорогостоящих заведений», и попечительство о них возлагалось на полковых и батальонных командиров. По 10 мальчиков и девочек на батальон определялись главнокомандующим, и назывались они военными воспитанниками [5].

В Нижнем Дженгутае при Дагестанском конно-иррегулярном полку в 1856 г. и была открыта известная школа штаб-лекаря И.С. Костемеревского (1813-1891) [282,15,372,87,342]. В школе обучалось 25-30 горских мальчиков, которым преподавали начальные знания по русскому языку, арифметике, истории, географии, а также давали элементарные знания по медицине. По сообщению газеты «Кавказ» от 28 мая 1860 г. в данной школе учились и сыновья Хаджи-Мурата, известного наиба Шамиля. Школа просуществовала до 1884 года. На наш взгляд, официально медицинской специальности, как

утверждают некоторые исследователи, это обучение не давало и сводилось к так называемой домашней медицине, преподаваемой в те годы в горских школах и реальных училищах. Однако, прошедшие курс обучения могли заниматься оспопрививанием туземцев, быть помощником и переводчиком у медика, что при дефиците медицинских кадров являлось весьма важным и необходимым.

Во Владикавказском военном госпитале (1865 г.) обучались оспопрививанию подростки осетины Ц. Колиев, А. Бесолов, В. Караев, а затем в 1868 г. они были направлены в Тифлисскую фельдшерскую школу, которую успешно окончили [87]. В Екатериноградский военный госпиталь Терской области для обучения оспопрививанию были направлены кабардинцы А. Кумыков, Т. Гоов, Т. Шаов, Х. Кунижев, А. Генорук[ов [346].

Подготовка медицинских и аптечных фельдшеров для казачьих войск Кавказа осуществлялась как в военно-фельдшерских школах (ВФШ) общевойскового назначения, так и в ВФШ самих казачьих войск. В первые, преимущественно поступали сыновья офицеров, классных чиновников военного ведомства, нижних чинов, а во вторые - сыновья лиц войскового казачьего сословия [557].

В 1855 г. при госпиталях и лазаретах регулярных войск Кавказской линии для Кавказского линейного казачьего войска готовили «фельдшерскому искусству» 54 малолеток из казаков [446]. Согласно «Положению о казачьих фельдшерах» от декабря 1873 г., состоявшие в казачьих войсках лекарские помощники, коллежские регистраторы после сдачи экзамена по программе 4-го курса военно-фельдшерской школы нового устройства переименовывались в классных фельдшеров (старших и младших) [516]. Медицинские и аптечные фельдшера, получившие образование по программе военно-фельдшерских школ нового устройства, пользовались правами вольноопределяющихся 3-го разряда и обязаны были прослужить в своих казачьих войсках в звании фельдшеров не менее шести лет. Классным фельдшерам казачьих войск присваивался XIV класс по

чинопроизводству, с правом производства двумя ступенями выше сего класса и жалованье их состояло из усиленных окладов.

Большое значение в подготовке фельдшеров для Терского казачьего войска вплоть до 1917 г. имела военно-фельдшерская школа, открытая в 1880 г. на базе войсковой больницы в г. Екатеринодаре. Для Терского казачьего войска в Екатеринодарской военно-фельдшерской школе вначале было выделено 15 мест, а с 1909 г. уже 50 [364,839]. Выпускники школы утверждались в звании младших медицинских и аптечных фельдшеров, с производством в то же время в урядники. Распределялись они на службу в строевые части и лечебные заведения Терского казачьего войска. Общие права и преимущества казачьих фельдшеров, особенно фельдшеров получивших образование по программе военно-фельдшерских школ нового устройства, классных фельдшеров определялось «Положением о казачьих фельдшерах» от 22 декабря 1873 г.

Военно-фельдшерская школа ежегодно принимала по два человека из горской среды. В 1905 г. эту школу окончил Шахан-Гирей Умарович Хакурате (1883-1935) – будущий российский революционер, первый секретарь Адыгейского обкома партии в 1932—1935 гг. Он стал первым фельдшером среди кубанских адыгов. По данным Ф.А.Борлаковой (2002) Екатеринодарскую ВФШ окончили также горцы Даут Гутекулов, Бекир Чеккуев, Халит Эркенов, Таубий Хубиев, Ибрагим Мамчуев, Магоме Кочкарев и другие [65]. Однокашников Хакурате и Гутекулова был и А.Х.Бжассо, выходец из небогатой адыгейской семьи [230]. В 1920 г. он одним из первых возглавлял здравотдел Адыгеи, а в 1925 г., окончив медицинский институт, стал первым врачом-адыгейцем.

Согласно данным нашего исследования для обеспечения акушерской помощью казачьего населения была организована подготовка войсковых повивальных бабок. С этой целью к каждому госпиталю или лазарету прикреплялись для обучения повивальному искусству женщины войскового происхождения (казачки) не моложе 20 лет в количестве до пяти человек в

одно лечебное учреждение [515]. Согласно «Правилам для образования войсковых повивальных бабок» (1872 г.) по окончанию учебы им выдавались свидетельства за подписью областного врача, и на войсковых повивальных бабок возлагалось «подание помощи родильницам и новорожденным». Наиболее способные из этих женщин, при наличии вакансии, оформлялись на службу в местный лазарет. Областной врач и войсковые врачи были обязаны контролировать их практические занятия и опытность.

На Кавказе подготовка присяжных повивальных бабок (давших присягу согласно Уставу повивальным бабкам 1789 г.) началась в 1875 г. в Закавказском повивальном институте, преобразованным из родильного дома в г. Тифлисе под патронатом Великой княгини Ольги Федоровны [248]. Обучение было платным и длилось два года. Принимались на обучение лица женского пола в возрасте от 16 до 30 лет, которые подвергались вступительным экзаменам. В процессе учебы подробно изучались вопросы физиологии и патологии родов, женские болезни, а практику проходили в родильном отделении института и в городской больнице. Первые 25 учениц были удостоены звания повивальных бабок, с правами и преимуществом определяемым ст.541 Врачебного устава. Выпускницы института пополняли штаты лечебных заведений, в т.ч. Терской и Дагестанской областей.

При решении вопросов «народного здравия» одной из проблем в XIX-начале XX вв. являлось обеспечение гражданских лечебных учреждений региона средним медицинским персоналом. В связи с этим неоднократно, на разных уровнях ставился вопрос об открытии медицинских учебных заведений. На Северном Кавказе первая фельдшерско-акушерская школа была открыта в губернском городе Ставрополе. Учитывая острую нехватку медицинских кадров, губернское земское собрание 17 декабря 1913 г. приняло постановление об открытии фельдшерско-акушерской школы (ФАШ) и выделении для этого необходимых денежных средств с целью подготовки «сведущих и опытных фельдшериц и повивальных бабок I

разряда» [204]. Для обустройства ФАШ на 1914 г. было выделено 61880 рублей. Вначале она была открыта на арендуемых у гимназии площадях и занятия проводились в вечернее время. Первый набор состоял из 50 учениц. Обучение было платным, и принимали лиц не моложе 16 лет с гимназическим образованием [87,396].

Первым директором ФАШ стал К.Г. Славский, преподавателями специальных дисциплин врачи А.И. Перекропов, С.Ф. Гарин, Л.М. Розенберг, А.М. Абалаков, имевшие высшее естественное образование [409].

Ставропольская фельдшерско-акушерская школа пользовалась большой популярностью у женщин Северного Кавказа. В ней обучались лица преимущественно православного, а также лютеранского, армяно-григорианского и иудейского вероисповеданий. И только в 1914 г. в педагогический совет фельдшерско-акушерской школы поступило прошение от мусульманки – кабардинки Фардаус Саровой с просьбой принять её без предоставления документов об образовании. Удовлетворяя просьбу Ф. Саровой, педагогический совет школы учитывал большую значимость женского образования для распространения в мусульманской среде кабардинцев медицинских знаний [653]. В 1916 г. Ф.Сарова уже работала сестрой милосердия в Кабардинском лазарете для раненых и больных солдат.

Особенно остро на Северо-Восточном Кавказе в XIX в. ощущалась потребность во врачебных кадрах. Приезжие из Центральной России врачи не задерживались в крае. Значительно сократилось также число медицинских работников в период Первой мировой и Гражданской войн. Крайне важно было для горского населения иметь врачей коренной национальности, знающих язык, обычаи, традиции.

Во второй половине XIX в. благотворительные и сельские общества на общественные суммы стали направлять на обучение лиц с гимназическим образованием на медицинские факультеты университетов Москвы, Киева,

Харькова, Одессы и в Медико-хирургическую академию (Военно-медицинская академия) Санкт-Петербурга.

По собранным нами данным до 1917 г. и в первые годы советской власти медицинские вузы окончили более 30 осетин, среди которых были первые осетинки-врачи К.Т. Тургиева (1914 г.), Б.А. Тибилова (1927 г.), А.М. Туганова [16,176,177]. Все они внесли заметный вклад в развитие медицины и здравоохранения в Северной Осетии. В числе первых из осетин стал врачом А.Л. Хетагуров, который окончил в 1878 г. Военно-медицинскую академию и был оставлен работать в Санкт-Петербурге. Являясь инфекционистом, в 1894 г. заведовал заразным отделением Боткинской больницы, написал диссертацию об изменении морфологического состава крови при брюшном и возвратном тифах. Эту же академию с отличием окончил в 1900 г. Е.Т. Шанаев (1870-1950), работавший с 1920 г. в гражданских лечебных учреждениях Владикавказа. Он первым в Осетии в 1940 г. получил звание «Заслуженный врач РСФСР».

Среди окончивших медицинский факультет Киевского университета были Э.Г. Туганов (1889), открывший в 1910 г. во Владикавказе частную лечебницу, Л.Б. Газданов (1897), первый хирург-осетин и талантливый организатор, стоявший у истоков хирургической службы в Осетии, М.А. Тулатов, проработавший в Осетии с момента окончания вуза.

Медицинский факультет Одесского университета окончил Е.Д. Рамонов – в советские годы доктор медицинских наук, профессор, ученый секретарь биологического отделения Академии наук СССР. В 1920-1926 гг. он возглавлял Представительство Горской республики в Москве, затем организовал Институт гематологии и переливания крови и стал заместителем его директора. Доктор Рамонов являлся инициатором открытия во Владикавказе в 1920 г. Горского химико-бактериологического института. На медицинском факультете Новороссийского университета учился М.А. Мисиков (1881-1938) впоследствии доктор медицины, профессор, автор известной работы «Материалы для антропологии осетин» (1916),

руководитель лекционного комитета Одесского научно-технического общества, а с 1925 г. профессор кафедры нормальной анатомии и физиологии Горского педагогического института.

Выпускником медицинского факультета Московского университета был К.С. Гарданов (1878-1944) – первый организатор здравоохранения Осетии, возглавивший в 1920 г. медико-санитарный отдел ревкома, первый директор медицинского училища (1920), а с 1930 г. руководитель Управления курортов Осетии.

Из коренных народностей Дагестана первыми врачами были М.М. Далгат (1875), Р. С. Шихсаидов (1916), М.Д. Кажлаев (1916), И.К. Макуев (1916), Х.О. Булач (1920), Б.-Б. Султанов, Т.-Б.Н. Бамматов, Б. Аминтаев, Б.К. Аликберов, С.Ю. Алибеков, А. Аскеров и др.

Выпускником Военно-медицинской академии был Р. С. Шихсаидов (1916) являвшийся одним из первых организаторов здравоохранения Дагестана, а с 1921 г. народным комиссаром здравоохранения Дагестана. Медицинский факультет Московского университета окончил М.М. Далгат, получивший статус доктора медицины и хирургии в Вюрцбургском университете в Баварии. Более 30 лет (с 1877 г.) являлся городовым врачом Владикавказа [330]. Среди первых врачей дагестанцев были также дагестанки С.Х. Магомедбекова (1917 г.), Р.А. Алибекова, М.М. Исаева.

Из числа горцев Кабарды и Балкарии высшее медицинское образование получили А.Ш. Шаханов, К.С. Жогишев, Б.М. Шогенов, И.М.Абаев, И.М.Шаков и др.; среди них и первая женщина-врач – З.С. Тамбиева. В основном они были выпускниками медико-хирургической академии и медицинских факультетов Киевского и Московского университетов. В числе выпускников медицинского факультета Киевского университета были Б.М. Шогенов (1906), возглавлявший с 1921 г. лечебный отдел Наркомздрава Горской АССР по Чеченскому округу и И.М. Абаев – активный организатор здравоохранения в Кабардино-Балкарии, первый руководитель медико-санитарного отдела ревкома.

Из чеченцев первым врачом стал М.М. Ахтаханов, окончивший в 1917 г. медицинский факультет Московского университета. Направленные на учебу в Медико-хирургическую академию Санкт-Петербурга ингуши И.Бекбузаров в 1867 г. и А.-Г.О.Долгиев в 1873 г. были исключены из академии за участие в революционной деятельности. Таким образом, до Великой российской революции чеченцы и ингуши своих врачей не имели.

Приведенные материалы свидетельствуют о том, что уже в начале XX столетия в горской среде стали появляться первые врачи, многие из которых, получив образование в вузах России, возвращались на Родину. Вместе с тем материалы нашего исследования указывают, что, несмотря на подготовку врачей из лиц коренных национальностей, проблема обеспеченности медицинскими кадрами в регионе не могла быть решена в связи с их малочисленностью. Однако первые национальные кадры являлись активными носителями медицинских знаний в горской среде, становились известными врачами и учеными, организаторами здравоохранения.

Глава 4. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АВТОНОМИЯХ СЕВЕРНОГО КАВКАЗА В 1917–1940 гг.

4.1.Формирование системы здравоохранения в первые годы советской власти в Горской АССР и Дагестанской АССР и развитие сети лечебно-профилактических учреждений.

Становление системы здравоохранения на Северном Кавказе тесно связано с установлением советской власти в России в 1917 г. Огромные трудности экономического характера, возникшие в послереволюционный период, как в самой Центральной России, так и на Северном Кавказе осложнились развитием эпидемий сыпного тифа, холеры, пандемии гриппа. Значительное влияние на состояние здоровья населения оказали война 1914-1917 гг., военная интервенция и гражданская война 1918-1920 гг. В стране повсеместно имелась крайняя нехватка медицинских кадров.

Здравоохранение при советской власти прошло сложный путь становления и развития. Сложившиеся на различных исторических этапах особенности социально-экономического и политического положения в России определяли характер и основные направления развития советского здравоохранения, трудности в решении поставленных задач, успехи и недостатки. С первых дней советской власти стали издаваться директивные документы, определявшие становление системы медицинского обслуживания населения. Формирование законодательной и организационной базы государственной системы здравоохранения в советской республике позволило провести работу по организации медико-санитарных отделов ревкомов, а позже и здравотделов местных Советов по всей стране. Осуществлялись мероприятия по улучшению санитарного состояния населенных мест, по борьбе с эпидемическими заболеваниями, улучшению медицинского снабжения.

Декретом Совета Народных Комиссаров РСФСР от 11 июля 1918 г. был учрежден Народный комиссариат здравоохранения – высший государственный орган, объединивший под своим руководством медико-санитарное дело страны. При Наркомздраве был создан Центральный

медико-санитарный совет и консультативный орган – Ученый медицинский совет под председательством профессора Л.А.Тарасевича. Народный комиссар здравоохранения Н.А.Семашко уже на XII Всероссийском съезде Советов (7–16 мая 1925 г.) в своем докладе сформулировал основные принципы социалистического здравоохранения: государственность здравоохранения, профилактическая направленность, привлечение к мероприятиям здравоохранения широких масс трудящихся, единство практического здравоохранения и медицинской науки, плановость осуществления широкомасштабных профилактических мер, это и бесплатность и общедоступность медицинской помощи и других услуг по профилактике болезней.

В 1921 г. Совет народных комиссаров РСФСР издал декрет «О борьбе с частной медицинской практикой», согласно которому национализации подлежали все частные лечебно-санитарные учреждения с их оборудованием, инструментами и инвентарем. При этом учитывался весь медицинский персонал, который распределялся в порядке трудовой повинности по государственным лечебным учреждениям.

В тяжелый для страны период была проведена значительная работа по развитию сети медицинских учреждений, призванных охранять жизнь матери и ребенка. Декретами Министерства государственного призрения (социального обеспечения – Т.А.) от 31.12.1917 г. «Об организации комиссии по охране и обеспечению материнства и младенчества» и от 12.01.1918 г. «Об упразднении Всероссийского попечительства по охране материнства и младенчества» все учреждения, обслуживающие детей, объединялись в одну государственную организацию и передавались в ведение Отдела охраны материнства и младенчества министерства [526]. Уже в марте 1920 г. дело охраны материнства и младенчества было передано из Народного комиссариата социального обеспечения в ведение Народного комиссариата здравоохранения.

Система охраны материнства и младенчества (ОММ) носила профилактический характер, и главными задачами было облегчение положения женщины-матери, с целью активного привлечения ее к производственной деятельности, а также борьба с высокой детской смертностью, воспитание физически здорового поколения. Сложилась и оформилась законодательно и организационно охрана здоровья детей и подростков. Декретом Совета народных комиссаров РСФСР от 15.09.1921г. «Положение об охране здоровья подростков и детей» был определен центр, ведающий вопросами здоровья детей – это Отдел охраны здоровья детей и подростков Наркомздрава, имеющий соответствующие подотделы при губернских и уездных отделах здравоохранения (в некоторых местах они были объединены с отделами охраны материнства и младенчества). В ведении Отдела были детские амбулатории, школы-санатории, школы-лечебницы, лечебно-воспитательные колонии, физкультурные учреждения и др.

В первые годы советской власти большое значение имел декрет ВЦИК и СНК РСФСР от 14.12. 1925 г. "Об основах построения нормальной волостной (районной) организации здравоохранения», которым была установлена структура организации медико-санитарной помощи сельскому населению. В период индустриализации страны и коллективизации сельского хозяйства было решено более жестко и последовательно проводить классовую линию в здравоохранении – максимально улучшить медико-санитарное обеспечение крупных промышленных центров, расширить сеть медицинских учреждений в сельской местности. Улучшение положения сельской медицинской сети требовало постановление СНК РСФСР от 30 июня 1924 г. «Об обеспечении медицинской помощью сельского населения» [81].

Полное или частичное закрытие существующих лечебно-санитарных учреждений, связанное с сокращением сети медицинской помощи сельскому населению не допускалось. Следовало постепенно самостоятельные

фельдшерские пункты превращать во врачебные. Нормальному функционированию сельских медицинских учреждений и закреплению в них медицинских кадров способствовало и другое постановление СНК РСФСР от 02.12.1925 г. «Об обеспечении сельских местностей медицинской помощью и об улучшении материально-бытового положения участкового медицинского персонала». Постановление ЦК ВКП(б) от 18 декабря 1929 г. "О медицинском обслуживании рабочих и крестьян" обеспечило введение плановых начал в развитии здравоохранения, способствовало установлению объема лечебной и профилактической работы соответственно ресурсному обеспечению, нацеливало на расширение кадрового и материально-технического потенциала здравоохранения. Повсеместно была проведена реорганизация медицинского обслуживания промышленных предприятий, при них создавались медсанчасти и здравпункты, сосредоточено внимание на обслуживании рабочих и крестьян сельскохозяйственных учреждений, открыта сеть детских яслей.

С 30-х годов XX века здравоохранение в СССР начали организовывать по территориальному участковому принципу, что привело к разукрупнению и укреплению врачебных участков, как в городе, так и в сельской местности, что значительно приблизило врачебную помощь к населению. По постановлению СНК СССР от 23.04.1938 г. № 542 "Об укреплении сельского врачебного участка" число сельских врачебных участков увеличилось, улучшилось комплектование их медицинскими кадрами, снабжение оборудованием и лекарственными средствами лечебных учреждений.

Значительные трудности в организации медицинской помощи населению в первые годы советской власти испытывали национальные образования Северо-Восточного Кавказа. В январе 1918 г. на съезде народов Терека была провозглашена Терская республика, избран Терский народный Совет и Совет народных комиссаров. Терский Совнарком и созданный при нем облздравотдел в своей докладной записке правительству России в 1918 г. писали, что «…настоящее состояние медицинской помощи и санитарии

является угрозой не только для края и для всего Северного Кавказа, но и для всего Юга России…Терская область представляется всем, кто сталкивается с состоянием медицины в крае – медицинской пустыней» [304,16]. Однако только с прочным установлением советской власти в начале 1920 г. во всех национальных образованиях позволило организовать медико-санитарные отделы при Революционных комитетах. В 1921 г. была образована Горская республика, которая включала следующие национальные округа: Карачаевский, Балкарский, Кабардинский, Северо-Осетинский (Владикавказский) Ингушский (Назрановский), Чеченский. С организацией Горской АССР (ГАССР) в 1921 г. первым руководителем Наркомздрава был назначен революционер, врач Н.Ф. Носов. Несмотря на сложности периода Наркомздрав ГАССР начал строить социалистическую систему бесплатного здравоохранения, установил связи между органами здравоохранения и профессиональными союзами. Лечебно-санитарная сеть сельских местностей была переведена на местные средства, а областные (окружные) медицинские учреждения содержал Совнарком ГАССР. В феврале 1923 г. Народным комиссаром здравоохранения Горской АССР был назначен осетин, врач А.Н. Тотиев, окончивший медицинский факультет Харьковского университета в 1917 г.

С ликвидацией Горской республики в 1924 г. на правах автономий в Северокавказский край вошли северо-восточные округа: Сунженский округ (центр - станица Слепцовская, население 34 888 чел.), Терский округ (центр - Пятигорск, население 643 369 чел.), а также автономные области : Ингушская (центр - Владикавказ, население 85 133 чел.), Кабардино-Балкарская (центр - Нальчик, население 204 006 чел.), Северо-Осетинская (центр - Владикавказ, население 152 435 чел.), Чеченская (центр – Грозный, население 589 860 чел.), автономные города Владикавказ (население 78346 чел.) и Грозный (население 127 087 чел.). В край вошли города Кавминвод и несколько позже Дагестанская автономная республика. По данному административно-

территориальному делению строилась и единая государственная система охраны здоровья населения.

Предметом основной заботы, только что созданных в 1920 г. медико-санитарных отделов ревкомов (чуть позже здравотделов исполкомов), были задачи мобилизации сохранившегося медицинского персонала и восстановления деятельности бывших лечебных учреждений, в т.ч. и реквизированных частных, а также активной борьбы с эпидемическими и социальными болезнями. В первую очередь было необходимо создать сеть медицинских учреждений в сельской местности, а также начать подготовку медицинских кадров из рабоче-крестьянской среды. Медико-санитарные отделы (здравотделы) функционально подчинялись Краевому управлению здравоохранения (Крайупрздрав) [369]. Штатная численность отделов здравоохранения нацобразований и общее количество коек в 1924 г. по краю представлены в таблице 13.

Таблица 13

Численность штатов и коечная численность по отделам здравоохранения (на 1924 г.)

Наименование отделов	Штатная численность отделов			Число коек в ЛПУ	
	Всего ед.	Врачи	Подотделов	Городских	Сельских
Терский	32	6	3	410	200
Чеченский	10	2	2	25	115
Грозненский	11	3	2	490	-
Кабардинский	7	2	1	80	65
Карачаевский	15	3	3	70	150
Адыгеевский	9	1	1	-	200
Дагестанский	20	5	4	-	-
Горской республики	32	5	3	-	-
Ингушский				50	65
Осетинский				-	90
Сунженский				-	25
Владикавказский				240	-

В соответствии с циркуляром Наркомздрава РСФСР от 3 августа 1918 г. № 2508 и Постановления Совета Рабоче-крестьянской Обороны от 11 декабря 1919 г. повсеместно была произведена регистрация медицинского и фармацевтического персонала, как состоящих на военной и гражданской

службе, так и свободных [625]. Несмотря на это врачебного персонала было мало. В 1920 г. в г. Грозном было только пять практикующих врачей, г.Темир-Хан-Шура – два врача и семь средних медицинских работников, а на все 600-тысячное население Дагестана всего семь врачей и 14 фельдшеров, а больничных коек было 116 [14,106].

На 1 января 1922 г. в Горской республике насчитывалось 25 больниц на 1965 коек (1 койка на 304 человека), 52 амбулатории (23 врачебные, 29 фельдшерские) [157]. К этому времени из-за перевода медицинских учреждений на местный бюджет, которого было явно недостаточно, стали сокращаться лечебные учреждения. Так из 25 больниц осталось 19 на 1310 коек, 56 амбулаторий осталось 45, из 10 врачебных участков с больницами осталось 8, уменьшилось число и зубных амбулаторий [721].

Вопросы улучшения медицинской помощи именно в национальных образованиях и обучения национальных кадров, развития санитарного просвещения, выделения целевых государственных средств для развития в этих республиках здравоохранения стояли в центре внимания партии и правительства молодой советской республики [562,87].

Наркомздрав РСФСР в 1925 г. на расширенном совещании Наркомздравов автономных республик и областных здравотделов автономных областей рассматривал состояние медицинского дела в регионах [83]. На совещании отмечалось крайне тяжелое положение с организацией врачебно-санитарного дела на Северном Кавказе. На фоне культурной отсталости населения наблюдалась высокая заболеваемость инфекционными и социальными болезнями. Большинство лечебных учреждений, особенно стационарные, были расположены в приспособленных зданиях, которых катастрофически не хватало. Было отмечено, что больницы нуждаются в медицинском оборудовании и инвентаре, белье и медикаментах; условия работы и жизни медицинского персонала, которого и так мало, тяжелые, ввиду неустроенности быта, низкой заработной платы, оторванности от культурной жизни; санитарная организация слаба, единицы

санитарных врачей только в городах, в сельской местности санитарную работу проводят участковые врачи; практически нет учреждений по охране материнства, младенчества и детства. В этот период значительно страдало и бюджетное финансирование лечебно-профилактических учреждений. На основании статистических данных, приведенных на данном совещании, нами составлена таблица 14.

Таблица 14

Состояние здравоохранения в автономиях северо-востока Кавказа на 1925 г.

	Дагест. АССР	Каб.-Бал. обл.	Сев.-Осет. обл.	Чечен. обл.	Ингуш. обл.
Население: области	н/д**	182000	158344	455000	68801
города		11000	н/д**	7500	–
Расход бюджета з/охр. на 1 человека					
1923-1924 гг.	16 коп.	9 коп.	н/д**	36коп.	н/д**
1924-1925 гг.	61 коп.	11 коп.	39,8 коп.	29коп.	39 коп.
Лечебная сеть: в городах (койки)	415	255	н/д**	н/д**	н/д**
в сельской местности:					
Врачебно-больничные участки:	14	8	4	10	4
в них коек	215	135	н/д**	165	90
Неучастковые больницы	н/д**	3 на 120 к.	3 на 55к.	1 на 25	н/д**
Фельдшерские пункты	43	7	3	4	н/д**
Медицинский персонал: всего	314	73	59	65	33
в т.ч. врачей*	67/13	18/9	12	10/13	8/7
зубных врачей	7/0	4/0	3	2/4	2/1
акушерок	12/13	2/2	7	1/4	1/2
фельдшеров	102/79	15/18	22	0/28	0/12
фармацевтов	18/3	5/0	15	3/0	н/д**

*городских/сельских ; **нет данных

Данные таблицы, подтверждают тяжелое положение со здравоохранением региона. При малочисленности медицинских кадров и обширности врачебных участков наблюдалась большая нагрузка на врачей. Фельдшера преимущественно были представлены школьными и ротными фельдшерами с низкой профессиональной квалификацией. На указанном совещании был выработан ряд предложений по организации медицинской помощи населению окраинных территорий.

На Северном Кавказе секции охраны материнства и детства начали создаваться в 1920 г. Подобные структуры матмлада и охраны здоровья детей были в национальных образованиях Северокавказского края в составе

здравотделов [331]. После районирования края сеть учреждений по охране материнства и младенчества, по охране здоровья детей в 1925 г. была представлена следующими учреждениями (табл. 15).

Таблица 15

Лечебно-профилактические учреждения материнства и детства в нацобразованиях Северо-Кавказского округа на 1925 г.

Наименование учреждения	Терский округ	Кабард.-Балкария	Грозный	Влади-кавказ	Карач.-Черкесия	Адыгея
Консультация для берем. и детей	5	-	1	1	-	1
Консультация для детей	1	-	1	-	-	-
Консультация для беременных	-	-	-	-	1	-
Молочная кухня	1	-	1	1	-	-
Ясли постоянные	2	-	-	1	-	-
Ясли сезонные	4	-	-	-	-	1
Дом младенца	1	-	-	1	-	-
Дом ребенка	1	-	1	1	-	-
Дом матери и ребенка	-	-	-	1	1	-
Детский профилакторий	1	-	-	-	-	-
Школьно-санитарная амбулатория	-	1	-	-	-	-
Трахоматозный изолятор на 70 коек	-	-	1	-	-	-

В первое десятилетие советской власти, особой формой организации медицинской помощи населению окраинных территорий РСФСР являлись экспедиции специальных профильных медицинских отрядов, которые организовывались на трех уровнях: Наркомздрав РСФСР, Крайздрав, здравотделы автономных образований. Их деятельность была, в основном, направлена на борьбу с социальными болезнями, и они выполняли обследовательскую и лечебно-профилактическую работу. В 1925 г. Наркомздравом РСФСР было организовано шесть подвижных обследовательских венерологических отрядов, один из которых под руководством доктора Л.Ф. Раухваргера был направлен в Чечню [485]. Северокавказское краевое управление здравоохранения также стало организовывать экспедиции врачебных отрядов для медицинского обследования жителей национальных окраин. На Северном Кавказе особой известностью пользовались летучие глазные отряды профессора С.В.

Очаповского, профессора К.Х. Орлова, доктора М.М. Сахаровой, психоневрологический отряд профессора М.Я. Серейского. Среди врачебных отрядов были также педиатрические, кожновенерологические и другие. Деятельность врачебных отрядов способствовала проведению статистического анализа заболеваемости в регионе и созданию своих, специализированных медицинских учреждений: диспансеров, кабинетов и пунктов. В каждом округе были открыты противотуберкулезные диспансеры, а во Владикавказе и в Грозном и детские. Наравне с ними организовывались венерологические койки (от 5 в Кабарде, - до 45 во Владикавказе), вендиспансеры или венкабинеты (в Грозном два). Несмотря на это, с учетом численности населения, лечебно-профилактических учреждений и медицинских работников в крае катастрофически не хватало.

Специализированная медицинская помощь начала разворачиваться по мере открытия стационарных лечебных учреждений. Значительное внимание уделялось открытию родильных коек и отделений, детских лечебных учреждений. Уже в 30-х гг. XX в. стали также уделять серьезное внимание организации психоневрологической помощи населению региона. Согласно решению Наркомздрава РСФСР и Президиума Северокавказского крайнацсовета в 1931 г. в Чечне, Ингушетии и Северной Осетии в течение двух месяцев работал отряд врачей-психоневрологов из г. Ростова на Дону, под руководством профессора М.Я. Серейского, с целью «снижения психоневрологической заболеваемости и организации психоневрологической помощи в нацобластях» [479]. Врачебной экспедицией был проведен анализ 176 случаев госпитализации в психиатрическую больницу г. Орджоникидзе (г.Владикавказ) в период 1922-1931 гг. Национальный состав больных был представлен 96 осетинами, 33 ингушами, 26 чеченцами, 21 кабардинцами и балкарцами. В структуре заболеваний превалировали шизофрения (n=66) и эпилепсия (n=20). Больных психозами выявлено 24 человека, неврозами 12. [479].

Согласно данным сводной справки Краевого экономического совета Юго-востока России (Ростов на Дону) на начало 1924 г. «медико-санитарная организация в автономных областях и республиках» представлена в таблице 16 [770].

Таблица 16

Распределение сети лечебно-профилактических учреждений и коечного фонда в автономных областях и республиках Северо-Восточного Кавказа (1924 г.)

Область автономная, Республика	Числен. населен.	Врачеб. участков	1 врачебн. участ. на...	Фельдш. пунктов	Больниц		На 1 койку приходится (чел.)
					Всего	Число коек	
Адыгейская	112354	7	16050чел.	11	2	125	1000
Карачаево-Черкесская	137859	6	22976чел.	11	3	120	1150
Кабардино-Балкарская	168300	5	33650	0	1	38	4425
Чеченская	261000	7	37286	1	2	70	3728
Горская республика (Осетия, Ингушетия)	315600	12	26300	11	7	588	537
Дагестанская республ.	682137	13	52472чел.	18	19	710	960

Как видно из таблицы сеть медицинских учреждений была недостаточной, маломощной и неравномерно распределялась по областям и республиками. По числу стационарных коек в наихудшем положении находились Кабардино-Балкарская, Чеченская и Карачаево-Черкесская автономные области, где на 1 койку приходилось соответственно 4425, 3728 и 1150 человек. Амбулаторная медицинская помощь страдала особенно в Дагестанской АССР, где численность населения 1 врачебного участка достигала 52472 человек. В Чеченской и Кабардино-Балкарской автономных областях данный показатель был также высоким и соответственно составил 37286 и 33650 человек.

С 1925 г., с началом районирования территории края произошло реформирование организационных структур здравоохранения [331,374]. По численности штатов здравотделы делились на три разряда: 1-й – 37 человек, 2-й – 27 человек (Терский и Грозненский отделы), 3-й – 14 человек

(автономные области и Горская республика). В здравотделы входили подотделы: административно-хозяйственный, санитарно-эпидемиологический, лечебный, канцелярия, штаты которых зависели от разряда отдела. По числу районов были образованы 99 раймедчастей (раймедсанчасть), в которые входили: райврач и медстатистик по смете райисполкома, райсанврач по смете окружной санитарной организации. В крае, таким образом, была представлена стройная выдержанная структура аппарата здравоохранения: крайздрав – окрздрав – раймедсанчасть – больничные учреждения, врачебный участок, фельдшерский пункт, в задачи которых входило правильное построение медико-санитарного дела. Данная задача решалась в условиях острого дефицита зданий для лечебных учреждений. В этот период многие из них были открыты в приспособленных, нуждавшихся в ремонте помещениях. В больницах был недостаток белья, нательного и постельного, отсутствовали в необходимом количестве твердый инвентарь, медицинское спецоборудование и инструментарий, транспортные средства. В большинстве фельдшерских пунктов работали, так называемые ротные фельдшера, имевшие недостаточную профессиональную подготовку.

В результате районирования, по данным заведующего организационно-административным отделом крайздрава В.А. Макаренко, сельская лечебная сеть возросла на 37,9%, а городская сеть уменьшилась на 4,9% [331]. Это произошло за счет роста числа врачебно-больничных участков – с 184 до 220 и их укрупнения, а также увеличения числа врачебно-амбулаторных участков с 121 до 221. Число сельских медицинских учреждений, количество коек в ЛПУ и аптек в регионе представлено в сводной таблице 17.

Таблица 17

Распределение лечебно-профилактической сети в нацобразованиях Северного Кавказа на 1 января 1925 г.

Наименование округов	Сельская сеть			Число коек		Число аптек
	Врачебно-больн. уч.	Врачебно-амб. уч.	Фельдш. пукты	Городск-ая сеть	Сельск-ая сеть	

Терский	20	17	38	410	200	35
Сунженский	1	1	4	-	25	2
Карачаево-Черкесский	5	1	9	70	150	7
Кабардино-Балкарский	6	8	7	80	65	11
Чеченский	6	2	2	25	115	8
Ингушский	2	4	-	50	63	7
Осетинский	3	5	4	-	90	-
Адыгейский	-	9	12	-	200	2
Владикавказский	-	-	-	240	-	4
Грозненский	-	-	-	490	-	25

Несмотря на тенденцию к росту числа больничных учреждений и коечного фонда представленная в таблице сеть лечебно-профилактических учреждений была маломощной, а объем медицинской помощи и качество врачебного обслуживания были низкими.

Как указывал руководитель краевого здравоохранения Н.Ф. Носов (1926) на этом этапе в деле укрепления и развития сельской медико-санитарной сети решающую роль играла районная система управления (райврач), в части направления бюджетных денег и выделяемых материальных средств [382]. При этом на долю здравоохранения из 10 руб. 26 коп., приходящихся на одного человека по Краю, отпускалось 1 руб. 74 коп. (равно дореволюционным 87 коп.), причем на одного сельского жителя – 82 коп. (в 1924-1925 гг. было 56, 1 коп.). Для сравнения в 1914 г., по данным Главного врачебного инспектора МВД, на одного жителя Ставропольской губернии приходилось 61 коп., в Кубанской области – 57 коп., в Терской области итого меньше – 40 коп.

Рост общего числа врачебных участков в крае, в т.ч. и по бывшей Терской области, привел к значительному уменьшению жителей, приходящихся на один участок. Численность жителей участка составляла в 1922 г. 18075 человек, в 1924г. – 20000, а в 1925 г. – 14147 человек (1914 г. – 52000). Так при росте сети врачебных участков в 2,5 раза против 1914 г., численность населения одного участка уменьшилась в 4 раза [382].

Рассматривая уровень заболеваемости, автор отмечает, что «основной дефект нашей статистики – это отсутствие в лечебных учреждениях карточной регистрации заболеваемости», в связи с чем страдала объективная статистика заболеваемости, особенно социальными заболеваниями. С учетом сказанного, вероятно, следует с некоторой осторожностью относиться к опубликованной в тот период статистике.

При развитии сельской лечебной сети в основу планового строительства было предложено: первичный врачебный участок иметь на 16 коек (родильные – 4, заразные – 4, общие – 8) из расчета обслуживания 8-10 тыс. населения, при площади участка равном 314 кв. верстам и при 10-верстном радиусе обслуживания и плотности населения в 25 человек на 1 кв. версту. Исходя из этого в 1926 г. Чеченской автономной области для постройки трех больниц участкового типа было запланировано отпустить 432 тыс. руб., для Ингушетии – 100 тыс. руб.

Определенная положительная динамика развертывания лечебной сети на Северо-Восточном Кавказе наметилась к 1935 г., несмотря на имевшиеся недостатки, больше связанные с кадровым дефицитом и недостаточным вниманием к вопросам здравоохранения некоторых руководителей районного масштаба. Лечебная сеть национальных образованиях в 1935 г. состояла из 52 больниц на 3552 коек. Из всех национальных образований Северного Кавказа самым сложным положение со здравоохранением было в Чечне и Ингушетии (с 1934 г. Чечено-Ингушская автономная область, с 1936 г. Чечено-Ингушская автономная республика – ЧИАССР).

4.2. Становление здравоохранения Чечни и Ингушетии

С образованием в 1920 г. Горской автономной республики, куда вошла и Чечня (30 ноября 1922 г. вышла из состава Горской республики в качестве автономной области в составе РСФСР), связано начало государственного обеспечения населения медицинской помощью, в т.ч. и лекарственными средствами. Для организации медицинского обслуживания населения были

учреждены Грозненский губздравотдел (позже – облздравотдел), в сферу деятельности которого входил нефтяной центр Грозный и некоторые близлежащие села; и Чечгубздравотдел (позже – Чечоблздравотдел), влияние которого распространялось на остальную территорию Чечни. Первым отдел здравоохранения Чечоблисполкома возглавил врач Н.А. Радов (1920), в последующем врачи С.М. Щвецов (1920–1922) и А.А. Чивчиури (1922–1925). Позже, до 1937 г. здравоохранением руководили опытные коммунисты, не имевшие, однако, медицинского образования.

Создание государственной медицинской системы Чечни шло путем восстановления ранее действовавших медицинских учреждений, реконструкции и расширения их, а затем и строительства новых. В селах открывались, в имевшихся и вновь построенных помещениях, больницы и фельдшерско-акушерские пункты, куда по плановой разверстке Наркомздрава РСФСР поступало медицинское оборудование, централизовано направлялись врачи, лекарские помощники (лекпомы, фельдшера), а также фармацевты.

В Ингушетии первую советскую больницу для сельского населения организовали в селении Насыр-Корт Назрановского округа в 1919 г., и возглавил ее врач А.К. Алибеков из Азербайджана [228].

В 1920 г. в горах Чечни была открыта первая Шатоевская больница на 20 коек, которую возглавил один из первых в советской Чечне врачей Н. А. Радов. В больнице и амбулатории в основном проводилось консервативное лечение, а хирургических больных направляли в городскую больницу Грозного. В 1920 г. стала функционировать Михайловская (станица Серноводская) больница им. Н.А. Семашко, бывшая казачья войсковая больница. Первыми главными врачами этой больницы были выходцы из Осетии Л.Т. Дагаев, а затем его жена А.Д. Дагаева. К 1 января 1922 г. Чечня имела две больницы на 130 коек и пять врачебных участков, и только на одном работал врач, в остальных – лекарские помощники [669].

Материалы нашего исследования свидетельствуют, что из-за сложностей с финансированием многие медицинские учреждения сворачивались или сокращался коечный фонд в них. По этому поводу заведующий здравотделом Чечни врач Чивчиури писал в Наркомздрав РСФСР: «Ввиду отсутствия денежных средств в Чеченском здравотделе и задолженности зарплаты за несколько месяцев в марте 1922 г. медперсонал под всякими предлогами стал уклоняться от службы и таким образом в Чечне ликвидировались: Урус-Мартановский, Шатоевский, Веденский, Нижне-Наурский участки и зубная амбулатория в Грозном» [714]. К 1 января 1923 г. в Чеченской автономной области для сельского населения уже были открыты: Михайловская больница на 100 коек с 1 врачом и тремя фельдшерами, Шалинская больница на 30 коек с одним врачом, 7 врачебных участков и 7 амбулаторий, одна зубная амбулатория в которых работали 3 врача, 11 фельдшеров, 1 акушерка, 1 зубной врач [715]. В 1923 г. была открыта в частном доме и Урус-Мартановская больница на 25 коек. Годом позже было построено новое здание для Шалинской больницы на 25 коек.

По данным отдела здравоохранения Северокавказского крайисполкома на начало 1925 г. Чеченская автономная область (АО) имела 2 больницы с 70 койками на 253600 человек сельского населения, два больничных врачебных участка и 7 амбулаторных, 1 фельдшерский пункт. На один врачебный участок приходилось 28000 человек, на один больничный – 126800 человек [331,383]. Отдельный самостоятельный Грозненский округ имел 9 больниц с 540 койками (из них 315 промысловые) на 60128 человек (в городе проживало 75,1% населения, на промыслах – 24,9%).

В сентябре 1925 г. за подписью заведующего Чечоблздравотделом Яхшатова была подготовлена справка о выполнении резолюции V Всероссийского съезда здравотделов о создании лечебной сети [743]. Было отмечено, что в этот период в области имелись только «обывательские постройки, совершенно недостаточные по своему размеру и неприспособленные для развертывания специализированных больничных баз».

Предполагалось в 1925-1926 гг. для плоскостной Чечни построить 8 больниц на 525 коек, а для нагорной части 7 больниц на 305 коек.

В 1926 г. открыли вновь построенную больницу в Гудермесе, в которой более 20 лет проработали врачи В.И. Волков и его жена Н.Г. Мальчиковская. В знак признательности на их могиле, которая расположена на территории этой больницы, в 2008 г. медиками района установлен мраморный памятник с надписью «Светя другим, сгораю сам». В Грозном было начато строительство Чеченской областной больницы. К 1926 г. были организованы врачебные участки во всех 15 округах Чеченской автономной области и 6 больниц, в которых работали уже 18 врачей. Дополнительно в сельской местности размещались еще 3 лечебных пункта общества Красного Креста.

Строительство сельских больниц, врачебных амбулаторий и фельдшерских пунктов велось в тяжелейших условиях, и существенную безвозмездную помощь в этом строительстве оказывало чеченское население. Корреспондент рабоче-крестьянской газеты «Молот» (1927) так описывал ход строительства: «К аулам, расположенным в высоких горах, на повозках подъехать нельзя. Единственный путь – узкая тропинка. И вот по этой тропинке самым первобытным способом доставляли строительный материал. Лес, доски, бревна таскали сами жители на горы, по скалам к месту постройки». Было подсчитано, что работа местного чеченского населения по постройке больниц, школ и дорог оценивалась по тем временам в 379165 рублей.

Многочисленные материалы указывают на неудовлетворительное медицинское обслуживание городского населения. К концу 1926 г. в Грозном имелись 11 городских врачебных амбулаторий, центральная поликлиника, районная амбулатория для крестьян, центральная рабочая поликлиника и 6 больниц. Всего в городе с населением 97 тысяч человек работало 105 врачей и 17 зубных врачей. Обращает на себя внимание любопытный факт, что в эти годы на прием к врачу была введена запись по телефону. «Звоните по

телефону 4–13», приглашало объявление по поводу этого нововведения. В 1926 г. при центральной поликлинике впервые была организована скорая медицинская помощь.

Ведущая роль в оказании медицинской помощи населению Чечни принадлежала Чеченской областной больнице (с 1936 г. – Чечено-Ингушская республиканская больница). Открыта была она на территории бывшего с 30-х гг. XIX в. военного госпиталя в Грозном, на мемориальной доске одного из старых зданий которого сегодня зафиксирован факт проведения в 1847 г. операций выдающимся русским хирургом Н.И. Пироговым. В те годы больница располагалась в помещениях барачного типа, имела слабую материально-техническую базу. Однако постепенно строились новые корпуса главной больницы республики, открывались профильные специализированные отделения, внедрялись новые методы диагностики и лечения, больница оснащалась современным медицинским оборудованием, укреплялись кадры. Для усиления терапевтической службы области на заведование терапевтическим отделением больницы был приглашен в 1931 г. профессор Н.Н.Нижибицкий из Краснодарского медицинского института. Из Ростова-на-Дону на заведование глазным отделением была приглашена к.м.н. М.М.Сахарова.

Особые сложности у врачей возникали при оказании медицинской помощи больным психическими заболеваниями. В 30-е гг. прошлого столетия психприемник на 15 коек при 1-й Советской больнице г. Грозный всегда был переполнен. Госпитализация больных за пределы республики была затруднена и тяжелые, опасные для окружающих больные оставались на дому. Положение несколько улучшилось с открытием в областной больнице психиатрического отделения, которым заведовал профессор С.С. Сергиевский (был приглашен из Воронежского медицинского института), много сделавший для развития психиатрической службы в республике. Первую самостоятельную психиатрическую больницу республиканского значения на 100 коек открыли в 1937 г. на базе бывшего пансионата курорта

Брагуны в Гудермесском районе ЧИАССР. В конце 30-х гг. в Грозном был открыт наркологический диспансер с одним врачом-наркологом. Под наблюдение и лечение тогда было взято 227 больных хроническим алкоголизмом.

По мере расширения сети лечебно-профилактических учреждений объем медицинской помощи населению увеличивался. В 1935 г. была построена крупная по тем временам Центральная городская поликлиника, в которой осуществляли прием больных 102 врача и 118 средних медработников. Позже она была реорганизована в 1-ю городскую больницу, а последняя – в Больницу скорой медицинской помощи (БСМП). На начало 1935 г. коечная мощность больниц Чечни и Ингушетии составила 1500 коек: 630 сельских, 870 городских (табл. 18) [228].

Таблица 18

Коечная мощность больниц Чечено-Ингушской автономной области

Больницы	Районы	Кол-во коек
Асламбековская	Сунженский	20
Троицкая	Сунженский	35
Назрановская	Назрановский	60
Ачалукская	Ачалукский	35
5-я советская	Орджоникидзе	60
Вознесенская	Малгобекский	50
Нижне-Наурская	Надтеречный	45
Гудермесская	Гудермесский	60
Саясановская	Ножай-Юртовский	40
Итум-Калинская	Итум-Калинский	25
Веденская	Веденский	35
Шатоевская	Шатоевский	40
Шалинская	Шалинский	50
Урус-Мартановская	Урус-Мартановский	55
Чечзерносовхоза	Грозненский	20
1-я областная Советская	Грозный	615
Старопромысловская	Старопромысловский	120
Сталинская	Сталинский	35
Октябрьская	Октябрьский	30
Центральный роддом	Грозный	70
И т о г о:		1500

Сеть учреждений здравоохранения в 1935 г. состояла из 137 списочных медицинских учреждений, из которых: 20 больниц на 1580 коек, поликлиник

и амбулаторий 33, врачебных участков 42, фельдшерских пунктов 46, здравпунктов 27, детских консультаций 24, тубдиспансеров 7, вендиспансеров 3 и пр. [752].

Отмеченные в 1935 г. Наркомздравом СССР недостатки в здравоохранении напрямую касались и Чечни. Наиболее значимыми проблемами являлись низкие темпы подготовки врачебных кадров, особенно национальных и низкая квалификация врачей, слабость и безвластность санитарного надзора, недостаточно планомерная и настойчивая работа по борьбе с эпидемическими очагами. Особенно остро данные проблемы ощущались в сельском здравоохранении. Материалы нашего исследования указывают на постоянный дефицит медицинских кадров и коек, который сохранялся и в 1940 г. Страдало качество медицинской помощи населению из-за слабой материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений. Значительный прирост населения в городах приводил к росту нагрузки на врачебных участках в поликлиниках и амбулаториях.

Несмотря на все сложности и трудности наращивалась коечная мощность больниц, строились новые ЛПУ [645]. В отчете Наркомздрава ЧИАССР за 1940 г. указано, что в Грозном функционируют 14 стационарных медицинских учреждений с 1340 койками. При этом отмечался низкий процент укомплектованности штатов: из 108 врачебных штатных единиц было занято 93, из 366 единиц среднего медицинского персонала - 339 [728]. В сельской местности имелось 29 стационарных и 67 амбулаторных учреждений со штатной численностью врачей 123 (физических лиц 99), среднего медицинского персонала 266 (физических лиц 257) [729]. В 1941 г. в Чечено-Ингушетии уже функционировали 43 больницы на 2348 коек, 118 амбулаторий и поликлиник.

В период становления здравоохранения Чечни сложными оставались и вопросы охраны здоровья детей и подростков, охраны материнства и младенчества. Здравотдел Чеченской автономной области докладывал Наркомздраву РСФСР, что учреждения охраны материнства и младенчества,

охраны здоровья детей в области отсутствуют [716]. Не хватало детских врачей, школьных врачей, акушеров-гинекологов. К 1923 г. имелось уже два детских дома на 166 мест, 38 родильных и 25 детских коек в больницах, Дом грудного ребенка. В 1925 г. в Грозном функционировали три детские консультации, три консультации для беременных, юридическая консультация для женщин, «очаг» для детей, 40 родильных коек и еще 25 в районах округа [664]. Однако статистические данные указывают на низкие темпы строительства женских и детских консультаций, детских яслей в 1924–1929 гг.

Большая организационная работа в эти годы была проделана отделом охраны материнства, младенчества и детства здравотдела под руководством детского врача Н.П. Шульевой. Особое внимание уделялось детям школьного возраста. В 1925 г. в Грозном работали четыре школьных врача. Наряду с лечебно-оздоровительной работой в городских школах были организованы завтраки, а в некоторых и горячее питание. Дважды в год проводилась диспансеризация школьников. В несколько худшем положении были школьники в горных районах, куда для их обследования и проведения прививок выезжали врачи. Социально-бытовые условия жизни подростков (пионеров) и состояние их здоровья были исследованы также специальным экспедиционным отрядом краевого общества Красного Креста, возглавляемым врачом А.Д. Островским [405].

Среди горянок проводилась широкая санитарно-просветительная работа, а в сельской местности активно проходили «недели по охране матмлада» [674]. В 1940 г. в Чечено-Ингушской АССР имелось уже 13 городских консультаций для женщин и детей, дом ребенка на 50 мест, 5 самостоятельных молочных кухонь, а в сельской местности 14 консультаций для женщин и детей, 7 молочных кухонь, сезонных яслей – 134 на 2039 мест [730,731].

4.3. Становление здравоохранения Дагестана.

Не лучше было положение со здравоохранением и в Дагестане. К концу гражданской войны при значительной распространенности инфекционных заболеваний в сельской местности не оказалось ни одного нормально функционирующего медицинского учреждения, не хватало медицинских кадров.

Материалы исследования указывают, что в середине 1917 г. практически все сельские лечебницы и фельдшерские пункты были закрыты, в округах осталось два врача и около десятка фельдшеров. Первый нарком здравоохранения Дагестана Р.С. Шихсаидов в 1921 г. в своей справке о состоянии здравоохранения об этом писал так: «Положение, чтобы в каждом сельском участке имелся врач, никогда не проводилось в жизнь, и в самое лучшее время, в момент наилучшей постановки лечебного дела, в округах имелось 10 врачей и 54 лекпома. При каждом сельском участке имелась кроме того акушерка. Конечно, перечисленный медперсонал не мог даже приблизительно обслужить все население…» [780]. В марте 1918 г. сельский врач Самурского округа А.Н. Ефимов докладывал, что медицинский персонал больницы давно не получает жалования и отказывается служить, что в данной ситуации необходимо закрыть больницу [810].

Становление системы здравоохранения в Дагестане связано с организацией в апреле 1920 г. медико-санитарного отдела Дагревкома, который возглавил доктор Д. Урусов. В отдел здравоохранения Ревкома входили подотделы: медицинский, санитарно-эпидемиологический, зубоврачебный, военно-санитарный, ветеринарный, общий, а также фармацевтическая секция и отделение хозяйственного снабжения; в штат входило 70 специалистов и технических работников [794]. Одновременно в городах Темир-Хан-Шура, Дербент и Петровск были учреждены медико-санитарные части, штаты которых состояли из городового врача, городового фельдшера и городовой повивальной бабки [793]. Была произведена национализация лечебных учреждений и аптек, мобилизованы все медицинские работники городов. В этот период все врачи, фельдшера,

повивальные бабки, сестры милосердия, фармацевты подверглись регистрации и у всех были собраны подписи о невыезде за пределы населенного пункта [796.797,802].

Дальнейший этап в становлении государственной системы здравоохранения был связан с объявлением 20 января 1921 г. автономии республики и учреждением Наркомздрава Дагестанской АССР, с лечебным и санитарно-эпидемиологическим отделами. Первым наркомом здравоохранения стал Р.С. Шихсаидов, а в последующем до 1941 г. Г.К. Петренко, Н.М. Милованов, М.Ю. Нахибашев, А.-А.М. Абасалиев, М.Г. Кумаритов, Т.И. Кузнецова, Д.Ф. Полещук и др. [215].

Крайне тяжелое положение медицинского дела в Дагестане в начале 20-х гг. описал в своем докладе Совнаркому Дагестана Нарком здравоохранения Р.С. Шихсаидов в ноябре 1921 г.: «Война, революция и постоянные партизанские выступления в горах довели медицинскую помощь населению округов до минимума, близко подходящего к нулю. Почти все больницы и пункты (фельдшерские – Т.А.) были разграблены, медперсонал разбежался и к моменту образования отдела здравоохранения в апреле месяце 1920 г., перед возглавляющим это новое учреждение предстала ужасная картина разрушения – почти пустое место. На развалинах, без медперсонала, без оборудования, в горах, где еще не закончилась гражданская война, нужно было организовать действительную помощь населению, помощь, которая не ограничивалась бы только несколькими наиболее населенными аулами, но проникла бы в самые недра Дагестана» [780]. Фрагменты этого доклада ранее в августе 1921 г. заведующий лечебным отделом Наркомздрава ДАССР доктор Булач направил в лечебный отдел Наркомздрава РСФСР [723,724].

В связи с острой нехваткой врачебных кадров была проведена аттестация всех фельдшеров, в т.ч. и ротных, присвоив достойным звание «красного врача». Первыми это звание получили фельдшера М. Дебиров и М. Нахибашев. Было принято решение открыть одногодичную фельдшерскую школу в г.Темир-Хан-Шуре (г.Буйнакск). Также было решено в каждом

округе области открыть 10-коечную больницу со штатом по одной единице врача, фельдшера, акушерки, сестры милосердия [781]. К тому времени в городах имелось 9 врачей, 12 лекпомов (фельдшеров), 6 акушерок и 15 сестер милосердия [781].

С 1921 г. начали свою деятельность городские больницы Буйнакска и Дербента, а с 1923 г. и городская больница на 100 коек в Махач-Кале [545]. В г. Буйнакске (быв. Темир-Хан-Шура) больница им. Ленина была открыта 14 ноября 1920 г. на 25 коек и через год была расширена до 64 коек хирургического и терапевтического профиля. В больнице работали 4 врача, 1 лекпом, 5 сестер милосердия [782]. Больница считалась областной и при ней была амбулатория, где прием вели «красный врач», лекпом и сестра милосердия. За период с 1 января по 1 сентября 1921 г. стационарное лечение здесь прошли 549 больных (число койко-дней 7828), из них 163 хирургических, на амбулаторном приеме – 4549 больных, которые сделали 6845 посещений. На этот период в городе были и другие лечебные учреждения: детская больница, дом матери и ребенка, психиатрическая лечебница, городская амбулатория с зубопротезной лабораторией, школьная амбулатория с зубным кабинетом, химико-бактериологическая лаборатория, местный военный лазарет на 200 коек. Последний был передан в распоряжение начальника санчасти Отдельной Красной Кавказской Армии, и в нем находилось до 400 больных с тяжелой формой тропической малярии [783,787]. Летом 1921 г. штат военного лазарета Красной Армии в Буйнакске состоял из 9 врачей, 7 лекпомов и 7 сестер милосердия. Город был разделен на участки, в каждый из которых был назначен врач, обязанный также, наряду с дежурантом городской амбулатории, оказывать в ночное время скорую медицинскую помощь на дому [722].

В г.Махач-Кала (быв. Петровск) в конце 1921 г. имелись остро-заразная больница на 40 коек, 1-я городская больница на 70 коек с родильным отделением, 2-я городская больница на 70 коек, больница Каспоблрыбы, тюремная больница на 40 коек, 8 городских амбулаторий и 7 зубоврачебных

[787,785]. Наряду с этими медицинскими учреждениями в городе располагались ведомственная железнодорожная больница на 80 коек, военный лазарет № 1025 и местный госпиталь на 650 коек оба, подчиненные начальнику санчасти Отдельной Кавказской Красной Армии. В Махачкалинский райздрав входили фельдшерские пункты в селениях Тарки, Чир-Юрт, Карабудахкент и две сельские больницы на 10 и 20 коек. Всего в Махачкалинском районе работало 32 врача, из них 15 гражданских, 15 военных, 1 из лагеря принудительных работ, 1 «красный врач»; среднего медицинского персонала было 68 человек [785]. Результаты проверки лечебных учреждений Махач-Калы показали неудовлетворительную организацию лечебного дела, было установлено «преступно халатное отношение к своим обязанностям большинства лиц, занимающих ответственные должности, вплоть до заведующего здравотделом» [785].

Дербентский райздравотдел был образован 15 апреля 1921 г. и в его ведение входили пять лечебных заведений с общим количеством коек 360. Среди них были 8-й эвакогоспиталь на 220 мест с хирургическим, терапевтическим, венерическим, заразным отделениями и со штатом: врачей 4, лекпомов 6, сестер милосердия 6 [784]. В городе функционировали военный лазарет, акушерско-гинекологическая больница, две зубные амбулатории, сельская больница на 25 коек с амбулаторией и промысловые амбулатории с небольшими лечебницами на 10-15 коек каждая. Медицинский персонал Дербентского райздравотдела был представлен 11 врачами, 16 лекпомами и 16 сестерами милосердия [784].

Нами выявлено, что в городах Дагестана существовала независимая от Наркомздрава медико-санитарная часть Дагрыбы. По данным на 1925 г. для исключительного обслуживания застрахованных – рабочих рыбных промыслов в Махач-Кале имелась больница на 25 коек, а на промыслах 4 больницы с 50 койками, 2 амбулатории, 1 передвижной отряд [83]. Во время путины развертывались 17 больниц с 335 койками. При бязевой фабрике III Интернационала была своя ведомственная больница.

В городах существовал институт Уполномоченных Наркомздрава, которые заботились о снабжении городских лечебных и санитарных учреждений и были на положении горздравов [78]. При этом следует подчеркнуть, что население, даже близких к этим городам аулов, должно было платить за лечение в городских больницах.

По мере становления городских лечебных учреждений стали решаться вопросы организации специализированной медицинской помощи населению, и в первую очередь хирургической службы. По данным Р.П. Аскерханова (1979) уже в 1923 г. при Махачкалинской городской больнице имелось хирургическое отделение на 40 коек с операционным блоком. Организатором и заведующим отделением был В.А. Штарк, хирургом отделения работал И.Я. Терджанянц [24]. Хирургическое отделение на 20 коек имелось и в Буйнакской городской больнице, открытой в 1920 г. В Дербентской городской больнице (1921 г.) из 70 коек хирургических было 30, в Кизлярской городской больнице – 10. В 1925 г. в Махачкале был открыт городской противотуберкулезный диспансер, а в 1926 г. – кожно-венерологический. Стали решаться вопросы оказания психоневрологической помощи населению [12]. В 1921 г. дом призрения душевнобольных в Буйнакске стал отделением областной больницы, а с 1923 г. самостоятельной психиатрической больницей – изначально на 30, а в 1933 г. на 80 коек. В больнице работал один врач-психиатр.

К концу 1921 г. в округах республики уже функционировали 10 больниц и амбулаторий, 2 участковые больницы, 5 фельдшерских пунктов [119]. В этих учреждениях работало 16 врачей, 42 лекпома, 3 акушерки и 13 сестер милосердия. Как и в других местах, лечебные учреждения в Дагестане то сворачивались, то вновь открывались при наличии финансирования и медицинских кадров. На январь 1923 г. медико-санитарная организация Дагестана на 1079000 жителей состояла из 23 больниц на 335 коек, 16 врачебно-больничных участков, 3-х врачебных амбулаторий, 6 фельдшерских пунктов, 2-х зубных амбулаторий, 6 аптек. В которых

работало 20 врачей, 34 лекпома, 11 акушерок, 2 зубных врача и 11 фармацевтов [77].

Сложнее обстояло дело в округах, где не было помещений для открытия больниц и амбулаторий, не хватало медицинского имущества и лекарственных средств, медицинские работники в селах не задерживались. На август 1921 г. в Буйнакском округе имелась Карабудахкентская больница и Чир-Юртовский фельдшерский пункт (в ведении Махач-Калинского здравотдела), Ишкартинская здравница и Казанищенский санаторий (в ведении Наркомздрава ДАССР), а больница в селении Дженгутай только организовывалась. В Даргинском и Хасав-Юртовском округах располагались 30-коечные больницы, а в Кайтаго-Табасаранском, Кюринском, Самурском, Казикумухском, Гунибском, Аварском и Андийском округах имелось только по одной больнице и амбулатории [724]. Ряд этих лечебниц были открыты еще в царское время, а в период гражданской войны частично разрушены, разграблены и требовали ремонта, нуждались в оснащении твердым и мягким инвентарем и медицинском оборудовании, в укомплектовании медицинскими кадрами.

Значительную финансовую и материальную поддержку республика получила в эти годы от правительства РСФСР. Это позволило Дагестану к 1925 г. иметь 23 больницы с 690 койками, 61 амбулаторию, 64 фельдшерских пункта, 4 детских учреждения в которых работало 75 врачей. В сельских районах были организованы специальные отряды по борьбе с малярией, сифилисом, трахомой.

Первые сельские окружные больницы были маломощными и слабо оснащенными. Например, в 1927 г. окружная Кази-Кумухская больница (Лакский округ), которая обслуживала 70 тысяч населения, занимала бывшую квартиру начальника округа [25]. Путями сообщения с ближайшими аулами были горные тропы и аробная дорога. В больнице было 20 коек, в ней работали два врача, акушерка, лекпом-фармацевт из школьных фельдшеров и лекпом из ротных фельдшеров, оспопрививатель. За год больными было

сделано 24000 посещений (70% первичных), из них мужчинами 35%, женщинами и детьми 65%. Под надзором медперсонала прошло 150 родов на дому, в родильном отделении больницы при этом было не более четырех родов за год.

Больница горного Гунибского округа на 20 коек располагалась в специально построенном одноэтажном деревянном здании и обслуживала жителей населенных пунктов в радиусе 150 км.[25]. Пути сообщения – преимущественно верховые тропы и колесные дороги. Больных обслуживали два врача, акушерка, лекпом-фармацевт из школьных фельдшеров, два лекпома из студентов-медиков, два оспопрививателя.

В Левашинской окружной больнице на 20 коек работали два врача, акушерка, заведующая аптекой, три лекпома, из них два школьных фельдшера и один ротный, три оспопрививателя. В округах были и фельдшерские пункты, которые обычно открывали в одной из приспособленных комнат жилого дома. Преимущественно в них работали бывшие ротные или школьные фельдшера. Следует отметить высокую текучесть медицинских кадров в округах.

Несмотря на трудности уже в первой пятилетке в Дагестане была развернута значительная по тому времени сеть лечебно-профилактических учреждений. По сравнению с 1916 г. к 1928 г. число больничных коек увеличилось в 4,5 раза, число фельдшерских и врачебных пунктов с 51 выросло до 98 [546]. Несмотря на это нагрузка на лечебные учреждения оставалась высокой. В 1930 г. в городе на одну койку приходилось 230 человек, в сельской местности 1731, и на один амбулаторный врачебный участок – 11 тысяч человек [119]. Большие сложности с организацией сельского здравоохранения возникали из-за отсутствия специальных помещений и национальных кадров. В, основном, по этим причинам из 29 районов Дагестана в 1931 г. 12 не имели своих больниц, были только амбулатории. Коечная сеть обычно расширялась путем уплотнения

существующих больниц или используя приспособленные помещения, иногда в жилых домах.

С индустриализацией страны в Дагестане увеличилось число медицинских учреждений, улучшилось их материально-техническое оснащение, появилось новое медицинское оборудование, улучшилось финансирование. На здравоохранение ассигнования составлялись из государственного бюджета, местного бюджета, фонда медпомощи, сверхсметных ассигнований. Отмечался рост финансирования на душу населения: в 1924-1925 гг. приходилось 1 руб. 31 коп., а в 1927-1928 гг. уже 2 руб. 35 коп. [226]. В 1929 г. на средства социального страхования была построена больница в г.Хасав-Юрте. В 1929-1930 гг. в республике уже работали 231 врач и 175 фельдшеров. Соответственно выросла и обращаемость населения за медицинской помощью: от 215 обращений на 1000 населения в аулах в 1924 г. до 540 в 1927 г., а в окружных больницах вместо 10-15 коек в 1924 г. стали разворачивать от 20 до 40 коек [226]. Обеспеченность населения Дагестана медицинской помощью в 1927-1930 гг. представлена в таблице 19 [14].

Таблица 19

Численность лечебно-профилактических учреждений в Дагестане в 1927-1930 гг.

Медицинские учреждения	Город			Село			Всего		
	1927 1928	1928 1929	1929 1930	1927 1928	1928 1929	1929 1930	1927 1928	1928 1929	1929 1930
Больницы	7	7	7	19	19	23	26	26	30
Больничные койки	390	420	430	360	373	435	750	798	865
Пункты первой мед. помощи	5	6	6	3	6	7	8	12	85
Врачебные пункты	5	6	6	48	50	63	53	56	69
Фельдшерские пункты	-	-	-	45	51	48	45	51	48
Зубоврачебные пункты	6	7	9	4	8	11	10	15	20

Как видно из таблицы наблюдалась значительная динамика в росте числа больниц, врачебных и фельдшерских пунктов. К концу 30-х годов в Дагестане ввели районное деление, и вместо 14 округов с 61 участком было

организовано 29 районов. Стали создавать медицинские учреждения на промышленных предприятиях и в районных центрах. По-прежнему была высокая нагрузка на койку: в 1930 г. одна больничная койка приходилась в городе на 230 человек, в сельской местности – на 1731 человека. На один врачебный участок приходилось 11000 населения. Если в 1924 г. на 1000 населения приходилось в городе 5,6 коек, на селе 0,2, то в 1928 г. их стало соответственно 6,5 и 0,6 [226]. Очевидно, что этого было недостаточно для удовлетворения потребности населения в больничной помощи. В соответствии с нормативами одна койка в городе рассчитывалась на 100 человек, на селе - на 300-500 человек.

Согласно отчету о лечебно-санитарной деятельности ДАССР за 1930 г., подписанному народным комиссаром здравоохранения Нахибашевым, больничная сеть состояла из 26 общебюджетных больниц (1-9 коек – 6 больниц, 10-19 коек – 7, 20-49 коек – 10, 50-99 коек – 2, более 100 коек – 1 больница), 5 ведомственных больниц при фабрично-заводских и промышленных предприятиях (10-19 коек – 1 больница, 20-49 коек – 3, 50-99 коек – 1 больница); 87 врачебных амбулаторий (из них 74 врачебные участковые), 10 амбулаторий врачебных при предприятиях [726]. К этому времени в республике стали работать и врачи-специалисты: 11 хирургов, 13 гинекологов, 5 окулистов, 4 оториноларинголога, 2 психиатра, 1 невропатолог, 3 рентгенолога и другие.

В результате увеличения бюджета на здравоохранение, строительства новых медицинских учреждений, помощи центральных органов управления здравоохранением заметно улучшилось медицинское обслуживание всего населения республики, снизилась заболеваемость социальными и острозаразными болезнями. По данным Р.Ш. Аликишиева (1958) в 1940 г. в республике функционировало 56 больниц на 1828 коек, 10 родильных домов на 116 коек, 111 амбулаторий и поликлиник, 27 женских и детских консультаций, 94 сельских врачебных участков, 208 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов [14]. Лучше дело со здравоохранением

состояло в городах Дагестана. По данным сводного годового отчета о сети деятельности и кадрах медицинских учреждений за 1940 г. здесь было 18 больниц на 1660 коек: одна клиническая больница, 11 общих и специализированных, две туберкулезные и четыре роддома, в штатах которых состояло 94 врача и 341 единица среднего медицинского персонала [727]. В г. Махач-Кале по списку числилось 49 медицинских учреждений разного ранга и 102 врача, в г.Буйнакске – 26 учреждений с 25 врачами, в г.Дербенте – 31 учреждение с 24 врачами, а в молодом г.Хасав-Юрте – 15 учреждений с 11 врачами [741].

Особое место занимали в Дагестане вопросы охраны материнства и детства. На первых порах вся работа сводилась к раздаче мануфактуры родильницам [786]. Особенно республика нуждалась в врачах-женщинах. «Ведь условия Дагестана исключительны: ни для кого не секрет, что много копий нужно будет еще сломать, пока предрассудки и темнота дадут возможность женщине-мусульманке обращаться за помощью к врачу … редко, лишь в исключительных случаях больница видит в своих стенах женщину» – писал комиссар Наркомздрава [786,792]. Если во всех трех городах имелись родильные дома, то в округах – родильные койки имелись только при трех больницах, которые не всегда заполнялись, так как женщины рожали, в основном, в привычных для них домашних условиях.

Забота о детях старше 3-х лет лежала на школьно-санитарном отделе. Для улучшения этой работы была создана междуведомственная постоянная школьно-санитарная комиссия, в которую, кроме сотрудников Наркомздрава, входили представители Наркомпроса, Наркомпрода, Партии и Женотдела [788]. Первым детским лечебным учреждением стала детская больница на 60 коек, открытая в г.Буйнакске 20 октября 1921 г. и в ней работали один врач, один «красный врач», один лекпом и три сестры милосердия [782,783]. Открытый в этот год дом матери и ребенка быстро превратился в родильный дом с 16 койками, и здесь планировалось организовать акушерско-гинекологическую клинику [783]. Буйнакский детский туберкулезный

санаторий функционировал только в летний период: с 1 июня по 10 октября 1921 г. здесь прошло лечение 28 больных. Акушерско-гинекологическая больница в г. Дербенте на 25 коек за период с 1 января по 1 октября 1921 г. приняла 156 женщин, которые провели 1680 койко-дней [784].

По данным Л.А. Гаджиевой (1989) в 1924-1925 гг. в республике детских яслей было три, один дом матери и ребенка и одна детская амбулатория [119]. К 1927 г. детских яслей стало 6, из них 4 в селениях Чох, Леваши, Ортасталь и в станице Червленая; открыли 8 женских консультаций, из которых 4 были при сельских окружных больницах. Постепенно налаживалась акушерская помощь и в 1927 г. рождаемость в городе выросла до 27,8 на 1000 человек, а на селе до 23,2%. При этом в городе госпитализировались 73%, а в селе только 3,4% рожениц [226].

В 30-х годах значительно улучшилось дело охраны материнства и младенчества (матмлада). В 1935 г. открыли детское отделение в республиканской больнице в Махач-Кале. В республике продолжали открываться постоянные и сезонные детские ясли, родильные дома, женские и детские консультации. Если в начале 40-х гг. было 11 детских и женских консультаций, то в 1940 г. стало 27 женских и детских консультаций, 10 родильных домов на 116 коек, 208 постоянных детских яслей на 4790 мест [14].

В 1940 г. в республике функционировало 108 государственных детских яслей на 4790 мест, значительная часть которых обслуживала промышленные предприятия, совхозы, машинотракторные станции, промысловые артели [545]. В учреждениях здравоохранения работали 410 врачей и 1599 средних медицинских работников. Бюджет здравоохранения составил в сумме 29 882 000 рублей. Выросло и число аптек: 14 в городах и 25 - на селе с 98 фармацевтами.

4.4. Становление здравоохранения Северной Осетии.

В Осетии первым заведующим медико-санитарным отделом Революционного комитета в 1920 г. стал врач-революционер осетин К.С. Гарданов [157]. В апреле этого же года состоялся Первый съезд врачей, на котором было решено создать врачебную сеть из 13 участков [16]. Соответственно планировалось, что нагрузка на одного врача будут не более 10 тысяч человек и расстояние от центра участка до отдаленного села – не более 15 км. В 1924 г. в Северной Осетии работало в 10 раз больше врачей, чем до революции, на одного врача приходилось около 5000 человек, вместо 130 тысяч в конце XIX в. [611]. Во Владикавказе стали функционировать шесть амбулаторий с бесплатным медицинским обслуживанием, выросло число больничных коек до 300. Несмотря на укомплектованность всех врачебных участков медицинских кадров, особенно со знанием местного языка, не хватало.

С упразднением Горской республики и образованием в 1924 г. Северо-Осетинской автономной области вопросами здравоохранения стали заниматься городской отдел здравоохранения Владикавказа и областной (окружной) отдел здравоохранения. В этот период во Владикавказе функционировали городская больница на 75 мест, венерологический институт, малярийная станция, амбулатории, а также железнодорожная больница на 75 коек. Улучшилось обслуживание сельского населения: к 1925 г. на селе имелось 9 врачебных амбулаторий, 11 фельдшерско-акушерских пунктов, 10 сельских аптек. Стало налаживаться медицинское обслуживание рабочих промышленных предприятий – к 1934 г. было открыто 46 врачебных здравпунктов и 22 фельдшерских.

Уже после установления советской власти в 1923 г. Горская республика открыла во Владикавказе психиатрическую больницу на 40 коек, которую возглавил врач-психиатр Н.М. Мансуров. К 1926 г. больница стала краевой психиатрической больницей № 2 на 175 коек (краевая психиатрическая больница № 1 располагалась в Ставрополе). В амбулаторию и стационар больницы стекались больные из Осетии, Кабардино-Балкарии, Чечни,

Ингушетии, Дагестана, Кавказских минеральных вод. В эти годы из Ростовской клиники в психиатрическую больницу во Владикавказ приехали на работу психоневрологи И.З. Копшицер и М.Г. Домба. В больнице стали широко использовать микроинсулинотерапию, протеиновую терапию, эндокринные препараты, электротерапию. В 1934 г. после отъезда Мансурова психиатрическую больницу возглавил И.З. Копшицер, а М.Г.Домба с 1936 г. возглавил неврологический кабинет при городской Физиотерапевтической лечебнице [16].

Значительные средства, отпущенные из государственного и местного бюджета и проведенные организационные мероприятия, позволили в определенной степени наладить медицинское обслуживание населения. Для этого к 1940 г. в Северной Осетии функционировали 109 врачебно-амбулаторных пунктов (67 - в сельской местности), в каждом поселке и районе имелись свои больницы, а в г. Орджоникидзе (Владикавказ) – две республиканские больницы. В Осетии работали 332 врача [305]. Уже в 30-х годах, в результате ликвидации острого дефицита врачебных кадров и больничных коек стал вопрос об организации в республике специализированной медицинской помощи.

Для решения практических вопросов охраны материнства и младенчества в Северной Осетии заново была создана сеть родовспомогательных, женских и детских медицинских учреждений. В крупных селах были открыты пункты по охране материнства и младенчества, в участковой врачебной сети наблюдали беременных. В первые же годы расширили родильное отделение при городской больнице Владикавказа: в 1921 г. до 25 коек, в 1932 г. до 50 коек; родильные отделения стали разворачивать и во вновь построенных районных больницах. К 1934 г. в сельских районах Осетии стало 45 родильных коек и в штат всех врачебных амбулаторий и фельдшерских пунктов были введены по одной акушерке [16]. Первый типовой родильный дом на 55 мест был построен в 1938 г. и его

возглавила первая осетинка акушер-гинеколог Б.А.Тибилова. На 1941 г. в Осетии имелось 5 родильных домов и 29 женских и детских консультаций.

Определенная работа проводилась и по организации медицинской помощи детям. В 1922 г. во Владикавказе имелись ясли на 25 детей от 1 до 3-летнего возраста и ясли на 25 детей до 1 года, «Убежище матерей с грудными детьми» на 30 матерей, 30 детей и 15 сирот грудного возраста. С 1928 по 1934 гг. в Северной Осетии было организовано: постоянных яслей – 31, с количеством мест на 1125 малышей, сезонных яслей – 146 на 4080 мест. К 1940 г. действовали уже 48 постоянных и 55 сезонных яслей, и 73 детских сада. В республике было развернуто 18 консультаций для женщин и детей, 8 педиатрических кабинетов, дом ребенка, 4 молочные кухни, 5 родильных домов, в том числе 4 в селах на 54 койки. В этом же году была построена детская соматическая больница с хирургическим отделением, лабораторией, кабинетом физиотерапии, рентгенкабинетом и молочной кухней [732,733].

На значительный рост бюджетных ассигнований на здравоохранение в Северной Осетии указывает Д.Р. Тхостов (1970). Если до 1917 г. в округе на медицинское обеспечение одного сельского жителя тратилось 13,6, а городского 82 копейки, то в 1926 г. на одного городского жителя приходилось 2 рубля 96 копеек, в 1940 г. – уже 128 рублей 80 копеек [611].

4.5. Становление здравоохранения Кабардино-Балкарии.

В Кабардино-Балкарии медико-санитарный отдел при Ревкоме был учрежден 19 апреля 1920 г. и возглавил его врач И.М. Абаев [774]. Медико-санитарный отдел был реорганизован в отдел здравоохранения Нальчикского окружного исполкома, при котором была создана чрезвычайная комиссия по борьбе с эпидемическими заболеваниями по округу [406]. В первые же месяцы, как и по всей стране, приступили к немедленному сбору остатков хозяйственного и медицинского имущества, были учтены имеющиеся

медицинские учреждения и весь медицинский персонал, а также составлен план развертывания медицинской сети. Меньше, чем через месяц функционировала в Нальчике больница на 40 коек и амбулатория с хирургическим, терапевтическим и гинекологическим кабинетами [659]. Больница получила одно из лучших зданий города – общежитие реального училища. С образованием 16 января 1922 г. Кабардино-Балкарской автономной области были продолжены мероприятия по ликвидации эпидемий заразных болезней и организации медицинских учреждений. В этот год открываются клиническая лаборатория, малярийная станция, электросветолечебница, инфекционная больница на 35 коек. По данным, приводимым Д.Б. Отаровым (1946), в 1922 г. вся сеть учреждений здравоохранения состояла из четырех врачебных амбулаторий со стационаром на 65 коек и двух – без стационара, а также располагавшихся в г. Нальчике больницы на 100 коек, амбулатории с зубоврачебным кабинетом, лаборатории и аптеки. В области насчитывалось 15 врачей и 32 медицинские сестры, больше половины которых работали в Нальчике [406]. На хуторе Долинском для лечения туберкулезных и ослабленных больных было организовано два санатория на 100 мест.

В октябре 1924 г., после проведения районирования, в области функционировало 15 больниц, амбулаторий, врачебных и фельдшерских пунктов (табл. 20) [660].

Таблица 20

Сеть учреждений здравоохранения в Кабардино-Балкарии на 1924 г.

Округа	Наименование учреждений	Количество коек
Нальчикский	Областная больница	70
	Детская больница	30
	Околоток исправительного дома	8
	Центральная амбулатория	-
Баксанский	Врачебно-стационарный пункт с амбулаторией в с.Баксан	20
	Врачебно-стационарный пункт с амбулаторией в с.Куба	5
Нагорный	Врачебно-стационарный пункт с амбулаторией	20
Урванский	Врачебно-стационарный пункт с амбулаторией в с.	

	Старый Черек	20
Мало-Кабардинский	Врачебно-стационарный пункт в пос. Терек	20
	Амбулаторно-фельдшерский пункт в с. Терском	-
Прималкинский	Врачебно-стационарный пункт при ст. Котляревская	10
	Амбулаторно-фельдшерский пункт на ст. Прохладная	-
Балкарский	Врачебно-стационарный пункт в с.Гунделен	10
	Амбулаторно-фельдшерский пункт в с.Баксан	-
	Амбулаторно-фельдшерский пункт в с.Хулам	-
Всего		213

К концу 1925 г. численность медицинского персонала в Кабардино-Балкарии по сравнению с 1922 г. заметно выросла: в области работали 34 врача, 40 фельдшеров, 15 фельдшеров-акушерок, 3 фармацевта. На одного врача приходилось 5315 человек населения, а на одного среднего медицинского работника – 3286 человек [660]. Имелись и специалисты по хирургическим, венерическим, детским, женским болезням, ЛОР-врач, зубные врачи, два санитарных врача. Для борьбы с эпидемиями создавались санитарные тройки, в составе представителя власти, активиста и медицинского работника. В их функции входило проведение подворных обходов, выявление больных, проведение постоянной борьбы с антисанитарией, распространение среди населения гигиенических знаний.

Согласно архивным данным в 1925 г. в Кабардино-Балкарии имелось 27 лечебно-санитарных учреждений с 375 койками, которые обслуживались 95 человеками медперсонала [769].

Увеличивались и расходы на нужды здравоохранения. Если на 1923-1924 гг. было выделено по бюджету 91114 рублей, то на 1925-1926 гг. эта сумма выросла до 422864 рублей, а в 1929-1930 гг. составила 977666 рублей [556].

В 1927 г. было начато строительство типовой областной больницы, которое завершилось в 1932 г. Началась в области и подготовка медицинских кадров в Ленинском учебном городке (ЛУГ). В 1930 г. решением Облисполкома во все округа были назначены уполномоченные по здравоохранению, что облегчило проведение в жизнь основных мероприятий

в области здравоохранения, принятых решений и постановлений Наркомздрава РСФСР. Методическим центром по распространению санитарно-гигиенических знаний среди населения стал в данный период Дом санитарного просвещения, открытый в 1932 г.

По данным годового отчета за 1940 г. всего по КБАССР в системе Наркомздрава числилось по списку 457 учреждений [742]. Из месячных отчетов, подписанных наркомом здравоохранения Отаровым, было видно, что на декабрь месяц 1940 г. число штатных должностей по городским учреждениям составляло 1465 ед. (217 врачебных), по сельским – 1256 ед. (179 врачебных), и за год всем работникам было начислено 6648100 руб. [740].

Заметных успехов в здравоохранении КБАССР достигла к 1941 г. Больниц стало 30, в них 1215 коек; количество амбулаторий и поликлиник выросло до 49; фельдшерско-акушерских пунктов стало 130. Увеличилась численность врачей (194 человека) и среднего медицинского персонала (690 человек) [239,502]. Если до революции на территории Нальчикского округа имелись две аптеки, то в 1934 г. их стало – 14, а в 1941 г. более двадцати. Показатели роста здравоохранения Кабардино-Балкарской АССР к 1941 г. приведены в таблице 21[774].

Таблица 21

Динамика роста учреждений здравоохранения Кабардино-Балкарской АССР (1914-1941 гг.)

Наименование учреждений	1914		1929		1933		1938		1941
	Город	Село	Город	Село	Город	Село	Город	Село	

Больницы	1	-	1	10	1	10	2	16	30
В них коек	16	-	200	235	375	250	485	298	1250
Амбулаторно-поликл. учрежд.	1	-	2	19	2	23	8	33	49
Численность врачей	1	-	31	33	42	52	62	44	194
Санитар.-противоэпид. учрежд.	-	-	1	-	1	-	1	-	8
Кадры санит.-противоэп. учр.	-	-	1	5	2	7	5	5	Нет данных
Женские и детские консульт.	-	-	1	2	1	7	2	10	22
Число мест в постоян. яслях	-	-	50	-	75	220	274	163	1625
Число молочных кухонь	-	-	-	-	1	-	2	-	4
Фельдшерско-акушерский пункт	8		10		15		81		130
Родильный дом	-		-		-		1 на 85 коек		8 на 150 коек
Численность среднего медицинского персонала	10		106		246		299		690
Расходы на здравоохранение					2839,1 тыс.руб.		11914,8 тыс.руб.		17392,9 тыс.руб.

Как видно из таблицы рост числа учреждений здравоохранения происходил за счет сельской медицины, что имело большое значение для республики, где основная часть населения проживала в сельской местности. Широкая распространенность туберкулеза и венерических заболеваний обусловила создание сети специализированных лечебно-профилактических учреждений. В республике на 1941 г. имелось два противотуберкулезных диспансера, для борьбы с сифилисом были открыты венерологический диспансер, кабинеты и специальные пункты.

С огромными трудностями решались в Кабардино-Балкарии задачи организации охраны здоровья женщин и детей. В 1923 г. при Нальчикском окружном исполкоме был организован подотдел по охране материнства и младенчества [659]. В том же году была открыта первая в Кабардино-Балкарии консультация для женщин. К 1929 г. в республике функционировало 3 консультации, а в 1937 г. – 12, значительно выросло

число ясельных мест – с 50 до 1907. В 1941 г. имелось 1625 мест в постоянных яслях, из них 565 мест в сельских яслях. Большое внимание уделялось санитарно-просветительной работе среди женского населения [660].

К концу 1941 г. Кабардино-Балкария в деле медицинского обслуживания женщин и детей добилась определенных успехов. Кроме лечебно-профилактических учреждений для женщин и детей была создана сеть санаториев для лечения костного и легочного туберкулеза у детей, а также пионерских лагерей и оздоровительных площадок. В г. Нальчике функционировал родильный дом на 75 коек, детский костнотуберкулезный санаторий на 60 коек, 8 консультаций для женщин и детей, 3 самостоятельные детские поликлиники, 3 гельминтологических пункта, молочные кухни, детские ясли [734]. Динамика родовспомогательных и детских учреждений показана в таблице 22 [406].

Таблица 22

Специализированные женские и детские медицинские учреждения в Кабардино-Балкарии в 1914-1941гг.

Наименование учреждений	1914г.	1929г.	1938г.	1941г.
Кол-во женских и детских консультаций	–	3	12	22
Число мест в постоянных яслях	–	150	1090	1625
Число мест в сезонных колхозных яслях	–	500	12000	10400
Число молочных кухонь	–	–	2	4
Кол-во родильных коек в больницах, родильных домах, ФАПах	–	36	185	383

Рост сети учреждений родовспоможения и медицинских кадров способствовал повышению доступности акушерско-гинекологической помощи, снижению заболеваемости и смертности новорожденных.

4.6. Подготовка медицинских кадров на Северо-Восточном

Кавказе в 1917-1940 гг.

4.6.1. Подготовка средних медицинских кадров

Одной из важнейших задач медико-санитарных отделов ревкомов, а затем здравотделов областных исполкомов, являлась мобилизация сохранившегося медицинского персонала и подготовка медицинских кадров. После установления на Северо-Восточном Кавказе советской власти первое специализированное медицинское учебное заведение было открыто в Северной Осетии [16]. Постановлением Терского областного исполкома для горских народов в 1920 г. была учреждена фельдшерско-акушерская школа (ФАШ), предшественником которой были курсы по подготовке медицинских сестер (1919 г.). Основной задачей школы была подготовка специалистов из лиц коренной национальности [157]. Принимались в школу лица обоего пола, обучение и питание было за счет государства. По общепринятому в стране регистру менялось и название учебного заведения: ФАШ, медицинский техникум, Горская фельдшерско-акушерская школа (с 1935 г.), с 1944 г. Северо-Осетинская фельдшерско-акушерская школа, медицинское училище (с 1954 г. по 1995 г.). Владикавказский медицинский техникум в 1922 г. имел два отделения: фельдшерское со сроком обучения четыре года и акушерское с трехгодичным сроком обучения [232]. В 1923 г. постановлением Терского совнаркома при медицинском техникуме были организованы подготовительные курсы для горской молодежи, а в 1927 г. – подготовительное отделение. В 1925 г. при техникуме было открыто третье отделение – медсестринское с двумя годами обучения. ФАШ не имела собственного здания и располагалась при общеобразовательных школах г. Орджоникидзе (Владикавказ) в приспособленных помещениях. Организатором и директором школы был известный осетинский врач, заведующий медико-санитарным отделом Владикавказского ревкома К.С. Гарданов. Его заместителем по учебной работе и позже директором стал

Я.М. Евплов. Среди учащихся (97-98% – девушки, 2-3% – юноши) в среднем осетин было 42-45%, русских – 52-53%, 2-6% представители других национальностей: грузины, греки, армяне, азербайджанцы, евреи и др. Первый набор в школу составил 81 человек, в 1922 г. было 115 учащихся (105 девушки). В школе преподавали владикавказские врачи: А.Н. Сарап, А.А. Эйбоженко, К.Т. Тургиева, А.П. Крузенштерн, Х.Н. Ордуян, С.С. Ханаев и др. Первый выпуск из 35 специалистов состоялся в 1922 г. ФАШ выпускала фельдшеров, акушерок, медицинских сестер, медицинских энтомологов, санитарных фельдшеров (с 1933 г.), лаборантов с учетом потребности местного здравоохранения. Как и по всей стране в 1936 г. в Осетии была открыта зубоврачебная школа. К 1939 г. ФАШ подготовила 53 фельдшеров, 45 акушерок, 71 медицинскую сестру, 20 оспопрививателей и вакцинаторов. В начале войны были ускоренные выпуски специалистов, основная масса которых вместе с преподавателями уходила на фронт.

Обучение чеченских юношей, и особенно горянок, в единственной в Терском крае Владикавказской фельдшерско-акушерской школе сталкивалось с определенными проблемами. Попытка готовить медицинских сестер на 4-х месячных курсах в данной школе из 10 женщин-горянок не увенчалась успехом [106]. По ходатайству Северокавказского краевого отдела здравоохранения и в соответствии с решением коллегии НКЗ РСФСР в октябре 1930 г. в Грозном был открыт медицинский техникум для подготовки медицинских сестер общей практики и детских медицинских сестер (медсестер матмлада), акушерок, а позже и фельдшеров, которую возглавил Г.Г.Чажаев (1930-1931 гг.), а затем Ю.К. Эльдарханов (1932-1933 гг.), А.Т.Филипенок (1935-1939 гг.), Н.И.Пащенко (1939 г.), П.С.Коротеев (1939-1941 гг.). В марте 1931 г. решением Президиума Чеченского облисполкома при медицинском техникуме была организована подготовительная группа из «националов-чеченцев на 50 человек», выделив при этом дополнительно в годовую смету техникума 13750 рублей.

По данным В.Г. Василенко (2006) на подготовительное отделение, со сроком обучения от одного года до трех лет, принимали женщин-горянок, окончивших курсы ликбеза, а лица, окончившие школу-трехлетку или школу-пятилетку, принимались на основное отделение. В год открытия медицинского техникума директор и преподаватели ездили по аулам и агитировали национальную молодежь, особенно горянок. В итоге из чеченцев поступило на подготовительное отделение 26 человек, среди них были две женщины-горянки [303]. Согласно архивным данным на первом курсе обучалось 100 учащихся, на подготовительном отделении - 50 человек [44,136,88]. В конце сороковых годов лица коренной национальности составляли 1/4 от общего числа учащихся. Из числа выпускников медицинского училища в 1940 г. в медицинских учреждениях ЧИАССР уже работали 1434 человека среднего медицинского персонала – в городе 894 и в сельской местности 540, что сказалось на показателях обеспеченности лечебно-профилактических учреждений специалистами среднего звена [302,303].

В середине 30-х гг. в Грозном были открыты зубоврачебная (1936) и фармацевтическая (1937) школы. Первыми чеченскими зубными врачами стали Д.О. Арсанукаева, С.А. Хамиев, М.Д. Дудаев, Э.А. Альтемиров и др. В 1940 г. профессиональным фармацевтом стала чеченка Т.Х. Дугаева.

Подготовка средних медицинских работников в Кабардино-Балкарии началась в 1925 г. с открытия фельдшерско-акушерских курсов при Ленинском учебном городке (ЛУГ), на которые было принято 40 человек. В 1929 г. на курсах уже было подготовлено 130 человек. В 1931 г.решением Кабардино-Балкарского облисполкома при ЛУГе. открыт медицинский техникум, в котором обучалось 39 девушек [660]. Первый выпуск в 1935 г. дал области 24 специалиста среднего звена, из них 14 кабардинок [502]. В том же году при Нальчикской областной больнице была учреждена школа, для подготовки и переподготовки медицинских сестер [651].

У истоков создания медтехникума стояли заведующий хирургическим отделением Нальчикской городской больницы Боголепов и хирург этой же больницы М.Д. Ковалевич. Штатных преподавателей в медтехникуме тогда не было, все работали по совместительству. В 1933 г. техникум возглавил А.Х. Мирзоев. С 1937 г. техникум стал многопрофильным учебным заведением – фельдшерско-акушерской зубоврачебной школой, который располагался в новом типовом здании. Директором ФАЗШ был назначен Г.К. Калюжный. К этому времени в школе имелись штатные преподаватели. Благодаря ежегодным выпускам к 1941 г. школа подготовила 1068 средних медработников (972 фельдшеров, акушерок, медицинских сестёр, 36 зубных врачей)» [56].

В связи с острой нехваткой медицинского персонала в Дагестане в мае 1920 г., сразу же с установлением советской власти в крае, была создана годичная фельдшерско-акушерская школа при Темир-Хан-Шуринском лазарете [220]. С каждого из десяти округов в школу были направлены по шесть человек (5 мужчин и 1 женщина) из беднейшей части населения. Принимали лиц в возрасте 16-35 лет со знанием русского языка и с образованием не ниже сельской школы. Учащиеся изучали не только сугубо медицинские предметы и латинский язык, но и общеобразовательные дисциплины (русский язык, география, история, арифметика). Дагревком брал на себя все расходы по содержанию учащихся, вплоть до обеспечения продовольствием и обмундированием.

Постановлением народного комиссариата здравоохранения Дагестанской АССР в 1926 г. была открыта фельдшерско-акушерская школа в Махач-Кале, позже ставшей медицинским техникумом. В документе указывалось: «С целью подготовки средних медицинских кадров из числа местных народностей, в которых остро нуждается Дагестанская Автономная Республика, открыть Дагестанский акушерский техникум». Первый набор в техникум составил 29 человек, из них 19 были представителями коренных народов Дагестана [233]. В 1929 г. было подготовлено 29 акушерок, так

необходимых для республики. Преподавателями специальных предметов были врачи: И.М. Боренбаум, С.В. Сакк, З. Шпильберг, Р. Цупак, Н.А. Клычева, А. Леонтьева, М.С. Айзенштейн, С.Ю. Алибеков и др.

С 1-го сентября 1935 года техникум был переименован в фельдшерско-акушерскую зуботехническую школу. Первым директором учебного заведения стал бывший областной врач Р.А. Янкелевич, а затем М.Ю. Нахибашев, С. Имамалиев, Д. Пантелеев, У. Сулейманова, Ю.Ш. Омаров и Г.К. Сагидов, возглавивший его в годы войны.

В 1925 -1940 гг. медицинским училищем было подготовлено более 2000 специалистов среднего звена, в том числе более 1000 человек из представителей коренных национальностей Дагестана. Героями Советского Союза стали выпускники училища Султан Кадирбекович Алисултанов и Гаджи Османович Буганов.

В связи с тем, что в Дагестанской республике катастрофически не хватало средних медицинских работников в 1935 г. в г. Кизляре было открыто медицинское училище с двумя отделениями: фельдшерское и акушерское.

4.6.2. Подготовка врачебных кадров в высших медицинских образовательных учреждениях региона.

На Северном Кавказе в первые десятилетия советской власти ощущался острый дефицит во врачебных кадрах. Врачами в регионе работали приезжие из Центральной России врачи, которые не задерживались в крае. Первая мировая война и Гражданская война также значительно сократили число медицинских работников в крае. Крайне важно было для горского населения иметь врачей коренной национальности, знающих язык, обычаи, традиции. Однако планомерная подготовка врачей началась только после установления советской власти. Постановлением ВЦИК (1922) Горскому правительству было предоставлено право ежегодного направления в центральные вузы страны 200 человек (целевики-командированные) и эта

система брони при поступлении в специальные учебные заведения РСФСР действовала в 1920-1934 гг. [548]. На учебу принимались абитуриенты с более низким образовательным уровнем; студенты обеспечивались стипендией и общежитием.

Из Осетии в 1921 г. на учебу в высшие учебные заведения было направлено 57 юношей и девушек [16]. Среди первых посланцев в вузы были фельдшер Д.В. Каляев, рабочие А. Кесаев и А. Батоев, горянки М. Тетцоева, Е. Уруймагова и многие другие [157,574]. В этот период в Кубанском медицинском институте из 17 горцев 9 были осетинами, из 26 горцев медицинского факультета Северо-Кавказского (Донского) университета в Ростове - на - Дону подавляющее большинство (21 человек) было представлено осетинами.

В 1924 г. из Чечни на учебу в рабфаки были направлены первые 50 юношей и девушек. В 1931 г. в различные вузы СССР из Чечни были направлены уже 80 человек, а на рабфаки – 590, среди которых в медицинских вузах обучались только единицы. Медицинский факультет Северо-Кавказского (Донского) университета в Ростове-на-Дону окончили в конце 30-х гг. чеченцы Д.Х. Курумов и Ю.К. Эльдарханов, ингуши А.И. Тутаева и А.Х. Пошев. В последующие годы высшее медицинское образование получили чеченцы Ш.Ш. Эпендиев, У.Д. Цутиев, М.С. Баймурзаев, А.Т. Абдулаев, У.Х. Келоев, С.Л. Абубакаров, М.А. Сулаев, ингуши И.И.Тутаева, С. Налгиев, А.-Б.А. Маматиев, Т.А. Кодзоева и др. [29]. Многие из них стали первыми организаторами здравоохранения в крае. Так, Ю.К.Эльдарханов в 1932 г. являлся директором медицинского училища, а в 1934 г. - заведующим Грозненским здравотделом, А.-Б.А.Маматиев в 1943 г. назначен заместителем наркома здравоохранения Чечено-Ингушской АССР.

Среди чеченцев и ингушей А.И. Тутаева была первой горянкой, ставшей не только врачом, но и ученым, защитив в 1936 г. кандидатскую диссертацию по проблеме лечения инфекционных заболеваний и вакцинопрофилактики.

Дагестанской АССР в вузах страны было выделено в 1924 г. 17 мест, из них два – в Кубанском медицинском институте и три места на медицинском факультете Северо-Кавказского (Донского) университета в Ростове-на-Дону [119].

Огромное значение в системе подготовки медицинских кадров сыграло Постановление Совнаркома РСФСР от 19 июня 1930 г. «О реорганизации системы подготовки врачебных кадров». В постановлении были отмечены недостатки в деле подготовки врачебных кадров, связанные не только с малым контингентом студентов, но и отсутствием специализации и низким уровнем подготовки студентов для будущей практической работы. Целевой установкой медицинских вузов должна была стать подготовка врачей с законченной специальностью по отдельным отраслям здравоохранения. В связи с этим для специальностей лечебно-профилактических (терапия и хирургия) был установлен срок обучения в четыре года. Соответственно было установлено, для окончивших медицинские вузы по специальностям лечебно-профилактической, обязательное прохождение в течение года практической врачебной подготовки в лечебных учреждениях под руководством квалифицированного медицинского персонала. Была расширена сеть рабфаков и специальных курсов по подготовке для поступления в медицинские вузы. На улучшение подготовки врачебных кадров были направлены Постановление ВЦИК от 30 июня 1930 г. «О передаче клиник медицинских вузов и факультетов в ведение местных органов здравоохранения», Постановления ЦК ВКП(б) "О медицинских кадрах" (1931 г.) и "О подготовке врачей" (1934 г.). Были намечены конкретные меры по увеличению числа медицинских учебных заведений и приема студентов, улучшению качества подготовки медицинских работников.

На Северо-Восточном Кавказе значительным шагом в деле подготовки национальных медицинских кадров явилось открытие медицинских вузов в Дагестане и Северной Осетии. Первым открылся медицинский институт в

Дагестане, где после установления советской власти бурно развивающаяся в экономическом и культурном отношениях республика остро ощущала недостаток во врачебных кадрах. В связи с этим Постановлением Совнаркома Дагестанской АССР от 14 апреля 1932 г. была развернута работа по открытию института в Махач-Кале [11,14,26].

Дагестанский медицинский институт (ДГМИ) в год своего основания (1932 г.) имел всего свои три кафедры, а остальные кафедры были общими для трех вузов (мединститут, пединститут и сельхозинститут). В отсутствие своих кадров первыми кафедрами института заведовали приглашенные из других вузов преподаватели: доцент В. С. Попов из Ростова-на-Дону (кафедра нормальной анатомии) и профессора – Р.М. Гвоздев из Ашхабада (кафедра неорганической и аналитической химии), П. А. Мавродиади из Белорусского медицинского института (кафедра общей биологии и гистологии), П. А. Смирнов из Свердловска (кафедра физики), О. А. Байрашевский (кафедра гигиены), преподаватель Дагпединститута А. М. Солдатов (кафедра общественных наук). Ассистентский состав был сформирован из числа практических врачей и преподавателей пединститута. Первым директором медицинского института был назначен М.Ю. Нахибашев, нарком здравоохранения ДАССР, его заместителем - проф. О.А. Байрашевский. В последующем институт возглавляли М.Г. Кумаритов (1934-1936 гг.), Ф.Р. Бородулин (1936-1937 гг.), И.И. Шаров (1939-1943 гг.), М.С. Яникиан (1943-1947 гг.) и др.

В июне 1932 г. был объявлен прием студентов на первый курс и организованы трехмесячные курсы по подготовке в институт. По решению Северо-Кавказского крайкома ВКП (б) медицинский институт обязан был принять на первый курс: чеченцев 15 человек, кабардинцев – 4, балкарцев – 12, карачаевцев – 10, осетин – 10, ингушей – 4, калмыков 5 человек [799]. На первый курс было принято 147 студентов, которые начали заниматься с 15 октября 1932 г.

Несмотря на все трудности, связанные с отсутствием материальной базы, нехватки учебных площадей, научного оборудования, учебников в 1933-1934 уч. году в институте училось уже 258 студентов, а в следующем году – 429 [14]. Совет Народных Комиссаров РСФСР Постановлением от 14 марта 1933 г. № 200 подчинил Дагестанский мединститут Наркомздраву РСФСР и включил в реестр медицинских вузов, финансируемых из госбюджета, что значительно улучшило положение института. Благодаря этому Дагестанский медицинский институт становится также научным и практическим центром здравоохранения автономной республики.

Институт в 1933 г. организовал научную ассоциацию врачей, а позже Дагестанское научно-медицинское общество, в которое входило сорок научных работников и врачей [14]. Профессорско-преподавательский состав института активно участвовал в решении сложных проблем практического здравоохранения, таких как борьба с малярией (проф. И.Н. Пикуль), с трахомой (Х.О. Булач), с бруцеллезом (проф. Г. П. Руднев, А. Г. Подварко, доц. Е. А. Шимановская), с кожными и венерическими болезнями (проф. А. В. Россов и доц. С. Ю. Алибеков). Стояла задача изучения рекреационных возможностей края (проф. О.А. Байрашевский) [14,220].

К 1936 г. в институте функционировали 17 новых клинических и теоретических кафедр. Во втором семестре 1936-1937 уч. года на всех курсах института обучалось уже 772 студента и 100 курсантов на подготовительных курсах. Из общего числа 27% студентов приходилось на лица из коренных национальностей Дагестана. В 1937 г. состоялся первый выпуск врачей из 83 человек, большую половину которых (47 человек) составляли русские, дагестанцев было 9 человек [26,800]. В таблице 23, составленной по архивным материалам, показано, что из интернационального состава 861 обучающихся в 1938 г. представителей коренных национальностей Дагестана было 102 студента (11,9%) [26,800]

Таблица 23

Национальный состав студентов Дагестанского медицинского института в 1938 году.

	I - курс	II - курс	III- курс	IV- курс	V - курс	Всего
Русские	162	133	115	80	59	549 (63,7%)
Украинцы	17	14	8	6	4	49 (5,6%)
Осетины	12	9	8	7	6	42 (4,8%)
Армяне	8	11	11	5	4	39 (4,5%)
Евреи	11	2	15	8	1	37 (4,2%)
Кумыки	3	2	3	7	10	25 (2,9%)
Лакцы	2	6	6	4	6	24 (2,7%)
Лезгины	4	7	0	5	6	22 (2,5%)
Таты	5	2	2	4	2	15 (1,7%)
Аварцы	2	1	3	1	5	12 (1,4%)
Даргинцы	1	0	2	0	1	4 (0,7%)
Чеченцы	2	0	1	0	0	3 (0,4%)
Кабардинцы			1		1	2 (0,3%)
Карачаевцы	1	1		1		3 (0,4%)
Остальные национальности						27 (3,6%).

Из таблицы видно, что чеченцев, кабардинцев и карачаевцев обучалось в вузе только 8 человек. Основную долю студентов составляли русские (63,7%), вторыми по числу студентов были украинцы (5,6 %), третьими – осетины (4,8%).

В 1939-1940 учебном году в институте обучалось около 1000 студентов [798].За короткое время институт превратился в крупное высшее медицинское учебное заведение страны. Он готовил специалистов не только для Дагестана, но и для всех республик Северного Кавказа. Всего в довоенный период вузом было подготовлено 483 высококвалифицированных специалистов, в том числе 68 из коренных народностей республики [11]. Выпускников ДГМИ направляли в отдаленные уголки республики, и они успешно справлялись с трудной задачей оказания медицинской помощи населению. Особенно это важно было для жителей сельских районов.

История развития высшего медицинского образования в Северной Осетии связана с потребностью в подготовке квалифицированных медицинских кадров. Особенно важно было увеличить число врачей коренной национальности для работы в сельской местности, где проживала основная часть осетин. Не менее нуждались во врачебных кадрах и соседние автономные республики – Чечено-Ингушетия, Кабардино-Балкария.

Крупным событием для Северного Кавказа стало учреждение в 1918 г. первого в Северной Осетии вуза – политехнического института во Владикавказе. При нем в соответствии с постановлением СНК РСФСР в ноябре 1921 г. был открыт медицинский факультет, просуществовавший до 1924 г. Однако он был ликвидирован из-за отсутствия достаточно подготовленного преподавательского состава, а студенты были переведены в Краснодарский (Кубанский) медицинский институт [157]. В дальнейшем проблема подготовки медицинских кадров в республике до конца 30-х гг. не была решена.

В связи с крайней необходимостью подготовки врачей для региона в 1938 г. инициативная группа из Северной Осетии в составе профессоров В.Е. Робинсона, А.Г. Чеховского, Э.А. Штебера, врачей А.И. Гостева, И.Г. Дзилихова подняли вопрос об организации в республике медицинского института [430,431]. Советско-партийные органы республики 4 января 1939 г. с соответствующим ходатайством обратились в Совнарком РСФСР. Постановление Советского правительства об открытии Северо-Осетинского государственного медицинского института вышло 10 июля 1939 г., где предполагалась подготовка врачей не только для Осетии, но и для Чечено-Ингушетии и Кабардино-Балкарии. Организационный комитет по созданию института возглавил директор фельдшерско-акушерской школы С.С. Ханаев, и он же был назначен директором института.

Открытие Северо-Осетинского государственного медицинского института (СОГМИ) стало знаменательным событием для всего региона. На первый курс было подано 600 заявлений, приняли 100 человек, из них

70% составили лица коренной национальности [16]. Институт с самого начала расположился на базе фельдшерско-акушерской школы, где не было необходимых лекционных залов, не хватало учебных кабинетов, наглядных пособий, учебников. Деканом вуза стал Н.И. Михайлоц, приглашенный из Баку. Для приезжих профессоров и преподавателей были выделены 10 квартир [87]. Таким образом, в короткий срок силами приглашенных из разных регионов страны и других вузов республики ученых были заложены в предвоенные годы основы высшего медицинского образования в Северной Осетии.

Клинические кафедры открывались уже в начале Великой Отечественной войны, когда необходимо было срочно готовить врачей для фронта и организовать лечение раненых и больных военнослужащих в эвакогоспиталях города. Первый ускоренный выпуск врачей в СОГМИ состоялся в 1943 г. Более 250 профессоров, преподавателей и студентов института были награждены во время Великой Отечественной войны медалью «За оборону Кавказа» [431].

Таким образом, наше исследование показало, что только с установлением советской власти в 1920 г. произошли коренные изменения в системе управления и организации лечебно-профилактической помощи населению Северо-Восточного Кавказа. Несмотря на огромные социально-экономические трудности, связанные с гражданской войной, разрухой, голодом, эпидемиями и другими факторами, деятельность вновь созданной системы здравоохранения была направлена на восстановление и создание новых типов лечебно-профилактических учреждений: диспансеров, женских и детских консультаций и амбулаторий, здравпунктов и санитарно-эпидемиологических учреждений. Важным итогом преобразований в системе лечебно-профилактической помощи населению стал рост сети больничных учреждений и амбулаторно-поликлинических учреждений, позволивший повысить доступность медицинской помощи для всего населения. Большое внимание было уделено развитию сельского здравоохранения, основной

организационной формой в котором стал сельский врачебный участок (сельская участковая больница, фельдшерско-акушерский пункт, родильные дома, в том числе колхозные). Впервые, благодаря открытию двух медицинских вузов, в регионе стали готовить врачебные кадры, в том числе национальные.

Вместе с тем, качественные показатели здравоохранения республик Северного Кавказа еще в начале 40-х гг. значительно отставали от нормативных из-за неудовлетворительной материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, постоянного дефицита финансирования, проблем кадрового обеспечения, обусловив, таким образом, низкий уровень развития здравоохранения в регионе.

Глава 5. СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА СЕВЕРО-ВОСТОЧНОМ КАВКАЗЕ (XIX в. – 1940 г.).

5.1. Санитарно-эпидемиологическая характеристика региона.

В изучаемый период эпидемии и пандемии, охватывали страны и континенты, поражая огромные массы населения. Самыми опустошительными были эпидемии чумы, оспы, холеры. По данным статистики в 1913 г. в России более 12 млн. человек (7,26% населения) были поражены эпидемиями холеры, дифтерии, сибирской язвы, чесотки и еще 9 млн. человек страдали малярией, трахомой, коклюшем и т.д. [68]. «Бичом средневековой России, как и других стран, – писал М.Б.Мирский – были «моровые поветрия» – эпидемии, которые тогда приходили к нам иногда с юга и востока, но, как правило, с запада, из Европы» [360]. Российские власти хорошо осознавали опасность эпидемий и по рекомендации врачей принимали возможные меры карантинного и санитарно-гигиенического характера.

В 1737 г. в «знатные города» России были определены лекари от Медицинской канцелярии для охраны здоровья населения и надзора за санитарным состоянием городов [438]. 21 августа 1818 г. высочайше были утверждены «для охранения государства от внесения в оное заразы» Карантинный устав и штаты, в т.ч. и на Северном Кавказе в Кизлярском и Екатеринодарском карантинных отделениях [554]. Санитарные вопросы в России были регламентированы в Уставе медицинской полиции и Врачебном уставе [183]. По поводу законодательства в этой области доктор медицины Н.Г. Фрейберг (1913) писал: «Санитарное законодательство у нас до сих пор находится еще исключительно в периоде узаконения одних только медико-полицейских мер. Санитарного закона в современном смысле мы не имеем, его пока всецело заменяет устав медицинской полиции. Если, с одной стороны, само собою разумеется, что медицинская полиция необходима для поддержания и охраны санитарного благоустройства, для наблюдения за исполнением действующих законов и правил, для привлечения к ответственности лиц, нарушающих санитарные законы, то с другой стороны не менее бесспорно, что создавать санитарное благоустройство одними медико-полицейскими мерами нельзя» [624].

Вопросы санитарно-эпидемиологической обстановки на Северном Кавказе в XIX – начале XX вв. до настоящего времени остаются недостаточно изученными. На Северном Кавказе свирепствовали эпидемии чумы, оспы, холеры, разновидности тифа, дифтерии, эпидемического паротита и малярии, а среди детей корь и скарлатина.

Холера на Кавказе официально отмечается впервые в 1823 г. [433]. Во вторую пандемию 1828-1830 гг. на Кавказе заболело холерой 105764 человека, из которых умерло 42415 (более 40%). Особо свирепствовала она в Кабарде [760]. Карантинные пункты, которые своевременно не обеспечивались необходимыми средствами, медицинские и полицейские силы и средства не справлялись с холерой. В этот период единственным и надежным спасением от холеры считалось удаление в безопасные места, в частности горные районы.

В последующие годы были третья и четвертая пандемии холеры. Появилась она на Кавказской линии и в 1848 г. О ней так писал доктор медицины Э.С. Андреевский (1848), управляющий медицинской частью гражданского ведомства на Кавказе: «Дорогу указывали ей: переходы войск, пути общего народного сообщения, реки, имеющие всегда по берегам значительное население. След ее виден издали – повсюду правильные ряды могил и их свежевзрыхленная земля…Странная, непостижимая болезнь. Она является, когда про нее забыли, уходит, когда с нею освоились, как будто свыше присуждено, чтобы сущность ее навеки оставалась для нас неразгаданною» [1] [242].

---

[1]Кавказский календарь на 1849 год. Тифлис, 1848. – С.50.

Пятая пандемия холеры, наиболее опустошительная, появилась в 1892 г. на фоне жестокого голода, охватившего всю Россию [433,346]. В этот период возникали холерные бунты, когда толпы людей в паническом страхе громили больницы и убивали врачей. В эпидемию 1892 г. в Терской области

заболело холерой 29629 человек, из которых умерло 14068 (47%) и, особенно высокая смертность отмечалась в Нальчикском округе (58%) [152].

Наиболее высокие показатели смертности во время эпидемии холеры 1892 г. фиксировались в Дагестане. Причина возникновения и широкого распространения холеры была связана с завозом ее из сопредельных, неблагополучных по холере территорий [224]. Холера была распространена в 540 населенных пунктах Дагестана, в которых заболело 22915 человек и умерло 10391 (45,3%) [14]. Для борьбы с холерой был организован всего один обсервационный пункт в селении Ботлих, и только в восьми селениях имелись холерные бараки, не получившие признания у населения. Большая часть сельского населения не получала врачебной помощи, они лечились своими средствами, используя чеснок и делая кровопускание.

Эпидемия чумы, возникшая на Кавказе в 1798 г. продолжалась в течение двадцати лет. Это привело к тому, что все население Малой Кабарды было уничтожено болезнью, а в Большой Кабарде чума произвела опустошение [87]. По свидетельству этнографа Ч. Ахриева у ингушей во время одной из эпидемий «вымерла половина населения…Заболевшие, боясь, чтобы их тела не остались не погребенными и не были съедены хищными птицами, отправлялись умирать в каши (склепы)…» [221]. В этот период на территории Северного Кавказа появилось большое количество склеповых могильников.

Согласно историческим сведениям по Дагестану прошли шесть волн эпидемии чумы, которые продолжались годами и десятилетиями: 1345-1350 гг., 1436-1450 гг., 1684-1691 гг., 1730-1740 гг., 1808-1818 гг., 1926-1932 гг. [26]. Чаще всего от чумы страдало население городов Дербента, Кизляра, Гидатлинского общества, Хучни и т.д.

Частым явлением на Северном Кавказе были и эпидемии натуральной оспы. В 1876 г. в Терской области натуральной оспой заболело 808 человек, из которых умерло 279 (34%) [522]. В 1884 г. в Терской области от эпидемии натуральной оспы умерло 505 человек В 1892 и 1894 гг. смертность от оспы

достигала 23-25% от числа заболевших [222]. По данным И.И. Пантюхова (1899) смертность от оспы, дифтерита, скарлатины и кори в структуре общей смертности достигала 35- 40%, или 12-15 человек на 1000 населения. Только от оспы погибала треть всех родившихся детей. В период эпидемии число жертв зачастую превышало потери в период Кавказской войны. Вымирали целые аулы.

Согласно статистическим данным, опубликованным в материалах Первого съезда врачей Терской области во Владикавказе (1911), в 1907-1909 гг. наметилась динамика к снижению заразных болезней гг. (табл. 24) [648].

Таблица 24

Динамика числа заразных болезней в Терской области (1907-1909 гг.)

Название болезни	1907г.	1908г.	1909г.
	заболело (абс.)	заболело	заболело
Оспа	1499	590	782
Скарлатина	2191	1951	943
Дифтерит	235	1881	791
Корь	2500	2162	3198
Тиф брюшной	504	1293	656
Тиф сыпной	39	935	505
Тиф возвратный	118	974	634
Тиф неопределенный	26	115	72
Дизентерия	1141	2136	1801
Туберкулез легких	1217	2060	1912
Холера	–	–	531

Из таблицы видно, что, несмотря на уменьшение случаев заболевания оспой и скарлатиной в 1909 г. высокой оставалась заболеваемость корью, дизентерий и туберкулезом легких. Высокой была и смертность от заразных болезней: в 1907 г. умерло 19,8% заболевших, в 1908 г. – 13,6%, в 1909 г. – 19% от числа заболевших. И это только зарегистрированная заболеваемость по области. По поводу регистрации эпидемических заболеваний на Первом съезде врачей Терской области говорилось: «При таком безотрадном положении постановки медицинской помощи в области, граничащей с полным ее отсутствием, едва можно говорить даже о регистрации

эпидемических заболеваний, сколько-нибудь приближающейся к истине, а тем более о каком бы то ни было лечении и борьбе с эпидемиями» [602].

Только в 1913 г. в Терской области было зарегистрировано значительное число случаев острозаразных заболеваний, ведущее место среди которых занимали корь – 3497 (умерло 518), дизентерия – 3090 (умерло 184), скарлатина – 1866 (умерло 533), дифтерия – 1206 (умерло 225), различные тифы – 1440 [256].

По данным Кавказского календаря (1914) в 1913 г. в Дагестанской области были зарегистрированы 162 случая оспы, 1129 - кори, 126 - скарлатины, 341 - коклюша, 71 - дифтерии, 282 брюшного и 42 сыпного тифов, 604 - дизентерии, 529 - эпидемического паротита.

Широкому распространению эпидемических заболеваний способствовали низкий уровень социально-экономического развития региона в целом, а также образ жизни горского народа. С особой скоростью эпидемии распространялись в горных аулах, в основном, расположенных на скалах или в тесных ущельях, жизнь в которых не благоприятствовала сохранению здоровья. Дома, построенные из сырцового кирпича или камня на глине, были расположены скучено, между ними узкие и кривые проходы, дворов практически не было, домашний скот помещался под жилыми комнатами или рядом. Навоз и нечистоты не вывозились, а сохранялись во дворе для удобрения полей или изготовления кизяка для отопления. В отсутствие печей дымящие камины мало согревали комнаты. Не соблюдалась личная гигиена, белье и одежда занашивались до последней возможности, не было бань, мыло употребляли только зажиточные классы населения. Омовение перед молитвой, в форме религиозного обряда, не достигало гигиенических целей.

Распространению эпидемий способствовали и некоторые обычаи горцев, связанные с массовым посещением больных родственников и похорон умерших больных, а также обязательная раздача вещей умерших [286].

Ситуация в регионе усугублялась тем, что наряду с особо опасными инфекциями были распространены такие заболевания как туберкулез, сифилис, трахома, чесотка, отличавшиеся высокой контагиозностью, быстротой распространения и высокой смертностью. Распространению данной патологии на Северном Кавказе способствовали также социально-экономические условия жизни горцев, да и климатические особенности региона.

Источником многих болезней жителей северокавказских городов были грязь и антисанитария. Распространению эпидемических заболеваний способствовало также отсутствие какого-либо санитарного надзора в крае. Газета «Грозненские новости» 25 мая 1914 года писала: «Уличная теснота, невылазная грязь, пыль, отравляющая воздух, отсутствие полицейской охраны и санитарного надзора, сделали наш город почти невозможным для проживания в нем в любое время года, и имя Грозного в этом смысле стало известным далеко за пределами Терской области и Кавказа» [127]. В 1914 г. учитывая крайнюю необходимость улучшения санитарного состояния города, Городская Управа учредила должность городского санитарного врача [128]. Описывая состояние г. Кизляра 40-х годов XIX в. Ю. Шидловский также указывает, что «летом от сора, выносимого из домов нет свободного прохода, ни проезда от грязи, которая в декабре и в январе замерзает волнами» [87].

Такое же антисанитарное состояние Владикавказа отмечали в Записках Терского медицинского общества за 1900 г. городовой врач М.М. Далгат и санитарный врач П.Е. Митник [170,363]. Отмечалось, что улицы и площади города грязные, редко убираются и «в известное время года представляют из себя сплошные болота, часто вовсе недоступные проезду рессорных экипажей». По свидетельству М.М. Далгата (1901) загрязнение вод Терека сточными водами, свалки на его берегу, в конечном итоге отражались на водоснабжении населения, доброкачественности воды. Бактериальное загрязнение воды приводило к большому числу желудочно-кишечных

заболеваний среди населения города и к холерным эпидемиям. П.Е. Митник (1901) описывая состояние постоялых дворов, указывал на их значительное загрязнение, где не соблюдаются элементарные правила гигиены и санитарии. В ночлежных домах было много больных туберкулезом и сифилисом. Санитарный врач города Н.А. Поляков призывал превратить борьбу с острозаразными болезнями в общегосударственное дело, но из-за отсутствия финансовых средств, профилактические мероприятия в городе проводились на недопустимо низком уровне.

Несмотря на тяжелое эпидемическое положение на Северном Кавказе до 1917 г. санитарно-противоэпидемическая служба так и не сложилась. Не были сформированы санитарное бюро и институт санитарного попечительства, имевшиеся в тот период во многих городах России.

Санитарно-эпидемиологическая обстановка на Северо-Восточном Кавказе резко ухудшилась в период интервенции, Гражданской войны и послевоенной разрухи [665,614,642]. Как указывает в своем исследовании З.Р. Аликова (1994) газеты в 1923 г. пестрели заголовками «Юго-Восток неблагополучен по малярии и тифам», «Юго-Востоку угрожает повторение холерной эпидемии», «Юго-Восток охвачен губительным пожаром социальных заболеваний» [16].

По неполным статистическим данным в Северной Осетии в 1922 г. было зарегистрировано 5176 случаев заболеваний сыпным и 8050 возвратным тифом, 34164 случая заболевания малярией. Только в Грозненском округе в 1922 г. с января по март месяцы сыпным тифом болело 1630 человек, а в июне холерой заболело 100 жителей города [106]. В Кабардино-Балкарии в 1922 г. было зарегистрировано 1203 случая сыпного и возвратного тифа [718]. Значительное распространение в эти годы получили детские инфекции (корь, скарлатина, дифтерия).

Несмотря на проведение противоэпидемических мероприятий, открытие санитарно-эпидемиологических учреждений, инфекционная заболеваемость на Северо-Восточном Кавказе оставалась высокой.

Динамика заболеваемости брюшным тифом и малярией в национальных образованиях Северного Кавказа за 1930-1934 гг. приведена в таблице 25 [14].

Таблица 25

Распространенность брюшного тифа и малярии среди населения национальных областей Северного Кавказа за 1930–1934гг. (на 10000 населения)

Заболевание	Брюшной тиф					Малярия				
	1930	1931	1932	1933	1934	1930	1931	1932	1933	1934
Северная Осетия	21	23	27	16	10	1224	1052	1380	1718	1515
Кабардино-Балкария	7	27	41	21	11	658	618	1174	2691	1754
Чечня	20	17	31	9	9	315	432	837	812	710
Ингушетия	19	24	32	18	10	380	386	644	1067	703

В Чечне и Ингушетии инфекционные и паразитарные заболевания, как их тогда называли «заразные болезни», получили наибольшее распространение. Среди факторов высокой заболеваемости следует указать на существование у чеченцев и ингушей, так называемого, обычая небрезгливости друг к другу, когда ели руками из общей посуды, что в условиях тесноты и скученности проживания усугубляло ситуацию. Не было семьи, в которой не страдали от туберкулеза, глистными инвазиями, чесоткой, трихофитией или паршой. Распространенность основных инфекционных заболеваний в 1928 г. представлена в таблице 26 [106].

Таблица 26

Распространенность инфекционных заболеваний в Чечне и Ингушетии в1928 г.

Нозологические формы заболеваний	Грозный	Чечня	Ингушетия	Сунженский округ
Брюшной тиф	47	90	38	40
Сыпной тиф	5	4	0	0
Малярия	3776	6182	2096	5596
Корь	1286	410	104	586
Скарлатина	168	278	77	54

Дифтерия	43	26	25	33
Трахома	260	107	46	30
Туберкулез легких	813	1143	535	263
Туберкулез прочих органов	414	1203	856	35
Сифилис	341	2466	365	55
Гонорея	971	402	167	111

Направленный в Чечню в 1925 г. отряд Наркомздрава РСФСР по обследованию населения выявил среди 477 осмотренных стригущий лишай у 45, чесотку - 58, паршу - 22, прочие кожные болезни у 122 человек [485].

Наиболее сложной в регионе оставалась ситуация с малярией. На Северном Кавказе особенно пагубными, в смысле распространения малярии, считались побережье Каспийского моря в Дагестане, а по Кавказской линии – Георгиевск, станица Александровская, Моздок и стоящий на низовьях реки Терек – г. Кизляр. Эпидемии малярии возникали на Северном Кавказе в годы большого разлива рек и сильного летнего зноя. По данным В.В. Фавра (1903) до конца XIX и начала XX в. средняя ежегодная заболеваемость малярией в России составляла 5 млн. человек для среднего по малярийности года, а в годы эпидемий (1894) число больных значительно превышало эту цифру и в ряде районов Кавказа составляло 75-100% [618]. Согласно официальной статистике, в 1902 г. в России было зарегистрировано 3633 656 больных «перемежающей лихорадкой и болотной кахексией», что составило 229,5 на 10 тыс. населения. При этом наибольшее количество больных было зарегистрировано на Кавказе –784,9 на 10 тыс. населения. В 1910 г. данный показатель по Кавказу составил уже 806,4 на 10 тыс. населения. Значительно выросло число больных малярией в первую мировую войну и, особенно, гражданскую [543].

На значительную распространенность малярии на Кавказе в конце XIX в. указывает и известный исследователь кавказской патологии доктор медицины И.И. Пантюхов [416]. Из-за нездоровых по отношению малярии мест войскам приходилось покидать даже стратегические пункты. Высокой была заболеваемость и смертность среди первых переселенцев. В период

1864-1869 гг. умерло в два с половиною раза больше, чем родилось. В Терской области в среднем умирал один из 70 заболевших малярией.

Значительное распространение малярии наблюдалось в низменной территории Дагестана из-за климатических условий и большой заболоченности. В обзоре Дагестанской области за 1891 г. сообщалось, что малярия среди зарегистрированных случаев заболеваемости занимала первое место – ею болело 6324 человека (32,6%) [251]. В 1894 г. таких больных было 7727 (33.1%) из 23265 больных, обратившихся ко всем окружным врачам [385]. В некоторых местностях области малярия появлялась в форме ежедневной, трехдневной и послабляющей лихорадки со злокачественным течением и смертельным исходом. И.Г. Имамалиев (1928), ссылаясь на доктора Новомарьевского, указывает, что малярия послужила причиной вымирания многих населенных пунктов: «некогда значительные аулы, расположенные по течению реки Рубас, вымерли от лихорадки. При обследовании рабочих в 1898 г. на постройке мостов через Рубас и Самур больных с увеличением селезенки было до 90% и работы были приостановлены» [226]. Министр здравоохранения ДАССР А.Ф. Серенко (1948) приводит данные официальной статистики, собранные окружными врачами за 1905 г., согласно которым было зарегистрировано 38720 первичных случаев малярии, из них умерло 2137 человек (5,5%) [548]. Малярией опустошались целые селения. Так, например, из поселка Барятинский, близ станции Белиджи, где жили русские переселенцы, за 5 лет почти полностью вымерло около 2,5 тысяч человек. Об эпидемии малярии в этом поселке в "Обзоре Дагестанской области за 1903 год" сообщалось: "С наступлением лета среди поселенцев возникла столь жестокая эпидемия малярии, что ежедневно умирало по 3-4 человека, и к концу лета в поселке не осталось ни одного человека: большая часть умерла, а остальные разбежались». В 1890-1901 гг. в г. Дербенте обращаемость за медицинской помощью по поводу малярии составляла 47% от общей обращаемости. При

этом смертность от малярии в 1897-1899 гг. в структуре общей смертности превышала 75%.

По данным Р.Ш. Аликишиева (1958) в 1911 г. в Дагестанской области было зарегистрировано 38269 больных малярией, т.е. 567,7 случая на 10 тыс. населения, что составляло пятую часть всех зарегистрированных больных (38269 из 202231) [14]. Только на рыбных заводах за 1909-1911 гг. заболело 10088 рабочих. И как отмечает автор «…не все больные малярией были охвачены регистрацией, так же как и больные, другими болезнями, что естественно при недостаточности медицинских кадров и малой обращаемости населения за медицинской помощью, особенно на селе». Высокая заболеваемость малярией оставалась и в первые годы после установления советской власти [425]. В 1921 г. в Дагестане насчитывалось около полумиллиона больных малярией. Население равнинной части было поражено малярией на 59,2%, нагорной – на 31,6% и смертность от нее достигала 4,5-17 % заболевших [14].

Заболеваемость малярией в Кабардино-Балкарии статистически, да и то неполно, стали фиксировать только после установления советской власти. В 1922 г. было зарегистрировано 6782 больных [717]. Показатели заболеваемости в 1926-1932 гг. колебались в пределах от 540,0 до 985,0 на 10 тыс. населения [660]. В последующие годы данный показатель значительно вырос: в 1934 г. – 1650,0; 1936 г. – 1800,0; 1937 г. – 1078,0. С 1938 г. наметилась тенденция к снижению показателя, который в 1940 г. составил 390,0.

В Чечне и Ингушетии только в 1921 г. было зарегистрировано 45545 случаев малярии. В том же году была основана противомалярийная станция с амбулаторией и стационаром. Тысячи жителей селений, прилегающих к крупным рекам, являлись носителями малярийного плазмодия. По неполным статистическим данным в Грозненском округе в 1923 г. было выявлено 21000 больных малярией, в Сунженском округе в 1925 г. на 10 тыс. населения приходилось 1035 больных. По Грозному только застрахованными рабочими

из-за малярии было пропущено 49069 рабочих дней. В 1924 г. в Ингушетии было зарегистрировано 3458 больных [106]. В 1926 г. врачебная экспедиция из Ростова на Дону в течение двух месяцев обследовала население Гудермесского округа Чечни на малярию [630]. Медицинское обследование населения и исследование крови методом толстой капли на плазмодии малярии было проведено в 13 населенных пунктах, расположенных в болотистых местах. Было обследовано 2241 человека, из которых мужчин -1190, женщин - 639, детей – 412. Результаты обследования представлены в таблице 27 [630].

Таблица 27

Пораженность малярией населения Гудермесского округа в 1926 г.

Контингент обследованных	Селезоночный индекс	Паразитарный индекс	Эндемический индекс	Индекс Росса
Дети	36,6	16,7	43,9	2,66
Мужчины	37,9	13,1	44,2	3,36
Женщины	41,9	14,6	47,8	2,80

Из таблицы видно, что у 13-17% обследованных при исследовании крови обнаружены малярийные паразиты, увеличение селезенки наблюдалось у 37-42 %. Эндемический индекс 43,9-47,8 свидетельствует о высокой эндемичности местности по малярии.

Значительное распространение малярия получила и в Северной Осетии. По данным Б.Н. Стародомского в 1924 г. во Владикавказе было зарегистрировано 2807 первичных обращений по поводу малярии, в Ардоне – 1869, в Моздоке – 2050. По данным В.Н.Никольского в 1925 г. заболеваемость малярией во Владикавказе составила 219 на 1000 населения. Д.Р. Тхостов (1970) в своем исследовании указывает, что показатели инфекционной заболеваемости в Северной Осетии в те годы были во много раз хуже, чем в других округах Юго-Востока РСФСР [611].

5.2. Организация санитарного надзора.

Первыми противоэпидемическими учреждениями в России можно считать временные и постоянные карантины в пограничных зонах, в составе которых был лекарь, и одной из основных задач было ограждение территории от проникновения «заразительных» болезней. Согласно Уставу врачебному в обязанности губернских Врачебных управлений, кроме заботы о народном здравии вообще, входил и санитарный надзор. Врачебное управление было обязано: «…когда приметит в отношении съестных припасов и чистоты что либо такое, отчего вред для некоторой части или всего города, либо в губернии распространиться может, немедленно представляет о сем губернскому начальству, описав в своем представлении, буде того надобность потребуется, и способ, посредством которого предусматриваемое зло предотвратить можно, и причины, по которым ту или другую меру губернскому начальству принять следует» [624].

Одной из форм санитарного надзора в конце XIX в. в России были участковые санитарные попечительства по наблюдению за исполнением изданных в установленном порядке обязательных постановлений по санитарной части. Санитарные попечительства состояли из трех членов: санитарного (городского, уездного, сельского) врача и из двух гласных (депутатов) городской думы или городских избирателей по данному избирательному участку. Они находились в непосредственном ведении санитарных комиссий местных управ, куда и представляли необходимые сведения со своим заключением. В соответствии с Положением об организации и порядке деятельности участковых санитарных попечительств (циркуляр Министерства внутренних дел от 6 апреля 1911 г. № 11) санитарные попечительства: контролировали санитарное состояние своего участка и принимали меры к его улучшению; исследовали условия, содействующие появлению и дальнейшему распространению эпидемических болезней; знакомили население с санитарными постановлениями и распространяли гигиенические знания [624]. Формирование санитарных

попечительств, создание санитарных бюро и советов, организация бактериологических и санитарных лабораторий, введение в земствах должностей санитарных врачей в конце XIX в. и в начале XX в. стало началом становления санитарной организации в России.

Особые сложности представляло организовать санитарный надзор на северо-востоке Кавказа, где отмечалось неудовлетворительное санитарное состояние городов, станиц, аулов и других поселений [89]. До 1917 г. в той или иной степени санитарная служба была организована только во Владикавказе, областном центре, и в Пятигорске, центре Кавказских минеральных вод. Во второй половине 1911 г. во Владикавказе стали образовывать некоторые санитарные структуры. Городским самоуправлением были организованы коллегиальные учреждения: врачебно-санитарный совет и санитарно-исполнительная комиссия, в задачи которых входило обеспечить население правильно организованной медицинской помощью и приведение города в благоустроенный вид в санитарном отношении [512]. При управе было учреждено и особое санитарное бюро (заведующий Н.А.Поляков), в задачи которого входило собирание и разработка статистических материалов санитарного состояния и разработка мероприятий врачебно-санитарного характера. Бюро регистрировало заразные болезни и извещало участковых врачей о необходимости надзора за больными и производства дезинфекции. Бактериологические и химико-токсикологические исследования проводились в Терской лаборатории для сибиреязвенных прививок. Были растиражированы «Обязательные санитарные постановления для жителей города Владикавказа», составленные городской Думой 9 марта 1894 г. и утвержденные начальником Терской области [363].

С 1895 г. во Владикавказе работал один санитарный врач, к 1911 г. их стало четыре, с окладом 1200 рублей жалования и 300 рублей разъездных в год. В их функции входило не только осуществлять санитарный надзор на участке, за школами и торгово-промышленными заведениями, но и вести

прием больных в участковой амбулатории, посещать заразных больных на дому. В городе имелся и дезинфекционный отряд: по одному фельдшеру при каждом санитарном враче, два дезинфектора и машинист паровой дезинфекционной камеры. Указанные фельдшера исполняли обязанности и санитарных надзирателей.

Становление и развитие учреждений санитарно-эпидемиологической службы в национальных областях Северного Кавказа, после установления советской власти в крае, было полностью связано с динамикой формирования профилактической медицины и санитарно-гигиенических учреждений по всей России. В первые годы санитарно-эпидемиологическими вопросами занималась общая лечебная сеть. Огромное значение для организации структур санитарно-эпидемиологической службы в России имел декрет Совета Народных Комиссаров РСФСР «О санитарных органах республики» от 15 сентября 1922 г., определивший государственный статус, структуру и нормы данной службы, ее задачи, права и обязанности. Постановлением СНК РСФСР от 19 февраля 1927 г. «О санитарных органах Республики» были утверждены нормы санитарных органов: в промышленных уездах – санитарный врач и помощник санитарного врача на каждые 40 тысяч жителей, в районированной области на каждый район по одной должности санитарного врача и его помощника, в земледельческой местности в районированной области по одной должности врача и помощника на 1-2 района, в уездах – на 120 тыс. жителей. Постановление СНК РСФСР от 08.10.1927 г. «Об утверждении Положения о санитарных органах Республики» были определены функции санитарных органов, права и обязанности санитарных врачей. В соответствии с Постановлением ЦИК и СНК СССР от 23 декабря 1933 г. «Об организации Государственной санитарной инспекции» и Постановлением СНК РСФСР от 2 октября 1934 г. «О нормах государственной санитарной инспекции в АССР, краях (областях), городах и районах» работа санитарных органов была перестроена в направлении значительного повышения роли предупредительного

санитарного надзора, создания авторитетных органов санитарного контроля, регламентации их прав и обязанностей.

Во всех революционных комитетах в 1920 г. при медико-санитарных отделах национальных образований были учреждены санитарные подотделы. В Терской области была организована Терская областная чрезвычайная межведомственная противоэпидемическая комиссия, председателем которой был избран Н.П. Чеботаев. Здесь же в области, в 1921 г. была создана сеть санитарных участков – по два на уезд, которые упразднили в следующем году из-за отсутствия финансирования [470]. В первую очередь для изготовления бактерийных препаратов был открыт Горский химико-бактериологический институт в 1921 г., производственные лаборатории которого поставляли вакцины и сыворотки в медицинские учреждения Северного Кавказа.

В Дагестане врачебно-санитарный отдел ревкома имел в структуре санитарно-эпидемический подотдел, но его функции выполнял медицинский подотдел [793]. «Санитарно-эпидемический отдел существует – докладывал в конце 1921 г. народный комиссар здравоохранения Дагестана – с момента организации здравотдела, но работал по сию пору почти исключительно в городском масштабе. Объяснялось это отчасти отсутствием специальных медработников, отчасти же неполучением из центра соответствующих указаний» [790]. Находившийся в ведении данного отдела дезинфекционный отряд проводил дезинфекцию помещений, периодические осмотры базаров, вокзалов, продовольственных предприятий. В борьбе с эпидемиями в округа направлялись специальные санитарные отряды, при необходимости устраивали холерные бараки, а на вокзалах и в морском порту изоляторы [779]. Во всех городах имелись слабооснащенные химико-бактериологические лаборатории, а в Дербенте и Махач-Кале отделения санитарно-эпидемического отдела Наркомздрава.

В 1924 г. после проведения районирования в каждом районе (раймедчасть) ввели должность санитарного врача. В Северокавказском

крае, куда входили все национальные образования, по установленным для Края нормативам в сельскую санитарную сеть должны были входить: районный санитарный врач, санитарно-диагностическая лаборатория, дезинфекционный отряд, диспансер соцболезней, детская амбулатория, консультация с молочной кухней, школьно-санитарный врач, двое летних ясель, малярийный отряд или станция (в малярийных районах), передвижная санитарно-просветительная выставка (музей), а также обязательные заразные и родильные койки в райцентре и на сельских врачебных участках [331,382]. В действительности наличная сеть санитарных учреждений в 1925 г. была представлена минимальным числом учреждений, не соответствовавшим установленным нормам (табл. 28).

Таблица 28

Сеть санитарных учреждений в национальных образованиях Северокавказского края на 1925 г.

Наименование учреждения	Терск. округ	Кабар.-Балкар.	Ингу-шетия	Чеч-ня	Грос-ный	Осе-тия	Влади-кавказ	Карач.-Черкес.	Ады-гея
Малярстанция	2	1 с 5 койк.	1 с 5 койк.	-	1	1 с 10 койк.	1	1	1
Маляротряд	4	-	-	-	2	-	-	-	-
Малярпункт	-	-	-	-	-	5	-	-	-
Химико-бактер. инст-т	1	-	-	-	-	-	1	-	-
Химико-бакт. лаборат.	1	1	1	-	1	-	-	1	1
Пастеровская станция	1-	-	-	-	-	-	1	-	-
Прививочный пункт	Пятиг-	-	1	-	1	-	-	-	-
Туберкул. диспансер	-	-	-	-	1	-	1	-	-
Венерол. институт		-	-	-	-	-	-	-	-
Венерол. диспансер	-	-	1	-	-	-	1	-	1
Венерол. кабинет	1-	1	-	-	2	-	-	1	-
Дезинфек.станция		-	-	-	-	-	1	-	-
Дез. отряд	--	-	-	-	1	-	-	-	-

Во Владикавказе были организованы санитарные структуры, больше общественного характера, типа комиссий санитарных и санитарных попечителей. Санитарное бюро было представлено одним врачом и техническим работником. По данным заведующего санитарно-

статистическим бюро Н.А. Полякова (1911) во Владикавказе с 1895 г. по 1909 г. работал один санитарный врач, с 1909 г. – два и с 1911 г. – четыре [469]. По штату в бюро входило, кроме руководителя, четыре санитарных врача, четыре фельдшера и два дезинфектора. Они осуществляли санитарный надзор, борьбу с эпидемиями, производство дезинфекции. Основной целью этих организационных структур было предупреждение и борьба с особо опасными инфекциями, а также ведение статистической отчетности.

Все вопросы санитарно-эпидемиологического характера в Осетии в 1920 г. решал санитарный подотдел при медико-санитарном отделе Владикавказского окружного Ревкома. Первыми организаторами санитарной службы были врачи с дореволюционным стажем Н.А. Поляков Н.А. и Н.П. Чеботаев. К 1940 г. в Северо-Осетинской АССР заметно расширилась сеть санитарных учреждений, состоявшая из городской государственной санитарной инспекции, санитарно-бактериологического института, городской дезинфекционной станции, республиканского эпидемиологического отряда, республиканского автосанпропускника, молочной контрольной станции, трех межрайонных санитарно-эпидемиологических станций [173,735,736].

В округе, где проживали чеченцы и ингуши до 1920 г. медицинские санитарные структуры отсутствовали совсем. В быстро растущем и развивающемся после нефтяного бума г. Грозном к 1911 г. работали только два врача: один в амбулатории, другой в больнице. Санитарный надзор осуществляли два городских санитарных фельдшера [512]. Общественное самоуправление имело городскую санитарную комиссию, членом которой был и городовой врач С.М. Швецов. При городской Управе была учреждена санитарная исполнительная комиссия, и на участках несколько санитарных попечительств. Председателем санитарно-исполнительной комиссии был городской голова В.П. Чернявский, членами - врачи С.М. Щвецов, И.Л. Гушнер, В.А. Николаев и ряд других лиц, включая полицейского пристава [478]. Регистрацией заразных больных занимался городовой врач. Были

изданы общепринятые в городах обязательные санитарные постановления. В 1915 г. санитарным врачом в Грозном стал С.М. Малиновский, позже в 1916 г. В.П. Рево.

В 1920 г., как и во всех национальных образованиях, в Грозном при медико-санитарном отделе был организован санитарный подотдел, перед которым стояла задача не допустить распространение эпидемии холеры и натуральной оспы, а также организации борьбы с малярией, которая была бичом горского населения. «С этой целью санитарно-эпидемический подотдел здравотдела проделал большую работу: постоянное наблюдение за санитарным состоянием базара и предприятий, изготавляющих пищевые продукты, систематический надзор за водопроводом, широкое санитарное просвещение масс, изучение профессиональных вредностей различных профессий, изучение условий развития малярии, этого бича грозненского района», – писал в августе 1924 г. в своем отчете руководитель Грозненского здравотдела доктор И.И. Бухалов [123].

В июле 1924 г. заведующим санитарным подотделом Грозненского здравотдела был назначен врач Л.Ф. Стачковский. Выпускник Московского университета, бывший заместитель комиссара здравоохранения Горской республики, доктор Стачковский активно взялся за организацию санитарной службы в Грозном. Заслугой Л.Ф. Стачковского являлось активное участие в организации в Грозном уже в 1925 г. санитарного надзора в составе трех врачей при горздравотделе, дезотряда из трех работников, химико-токсикологической лаборатории при 1-й Советской (областной) больнице, санитарной лаборатории при Центральной поликлинике, пастеровского пункта при Центральной страховой амбулатории [228]. В первые месяцы 1925 г. в Чеченской области были организованы три эпидемических отряда, два малярийных пункта [125,555]. В городе с 1925 г. функционировал особый дезинфекционный отряд по борьбе с насекомыми и грызунами в жилых помещениях [106]. В 1928 г. к действующим санитарным учреждениям

добавились две лаборатории, два дезпункта, один малярпункт, один маляротряд и пункт санитарного просвещения.

Количество санитарных врачей с четырех в 1925 г., выросло до одиннадцати в 1927 г. Они получили возможность специализироваться по отраслям надзора – школьной, жилищно-коммунальной, общесанитарной и др., что позволило улучшить санитарное обслуживание населения. Были созданы районные и городские санитарные советы, общество социальной и экспериментальной гигиены, налажено санитарное просвещение.

На базе объединения отдельных учреждений санитарной службы в 1930 г. была организована самостоятельная Чеченская областная санитарно-эпидемиологическая станция (главный врач А.П. Дацкевич). В 1931 г. из отдельных разрозненных подразделений санитарной организации (химбак лаборатории, малярийная станция, прививочный пункт, дезинфекционный отдел) путем их реорганизации и соединения организовали Грозненскую городскую санитарно-эпидемиологическую станцию (СЭС) [228,106]. В 1940 г. в Чечено-Ингушской АССР санитарная сеть была представлена областной и тремя межрайонными СЭС, санбаклабораторией, тремя дезотрядами и тремя дезпунктами, пастеровским, коревым, малярийным и прививочным пунктами со штатной численностью врачей 18 единиц (занято 15) и среднего медицинского персонала 76 единиц (занято 53) [737].

В Дагестане, в марте 1920 г., по окончанию интервенции при отделе здравоохранения Дагестанского ревкома был организован санитарно-эпидемиологический подотдел (врач С.М. Казаров), который позже вошел в Дагестанский облздравотдел, а затем в Наркомздрав. Санитарно-эпидемиологический отдел Народного комиссариата здравоохранения Дагестана состоял из 17 сотрудников, и он возглавлял развитие санитарной службы республики, борьбу с эпидемиями в республиканском масштабе. Первыми санитарными врачами республики стали С.М. Казаров (Газарьян), Н.А. Усачев, В.Б. Аминтаев, работавшие еще с дореволюционных времен в Дагестане.

Важное значение для налаживания санитарной службы имело постановление Правительства республики Дагестан от 1923 г. «О введении в действие обязательных санитарных норм для городов республики». С 1923 г. стали появляться первые санитарно-эпидемиологические станции в городах Дербенте, Махач-Кале, Темир-Хан-Шуре [328].

К 1926 г. в Дагестане функционировали бактериологические лаборатории, стационарные дезинфекционные камеры, пастеровская станция, оспенный телятник. На 1930 г. здесь было пять санитарных участков, три районных санитарных врача и три городских, в т.ч. один эпидемиолог и два врача-пищевика, шесть бактериологов и семь помощников санитарных врачей [725]. В 1930 г. в Махач-Кале были организованы химико-бактериологический институт (директор Чанпалов П.Ф.), бруцеллезная станция (зав. Шимановская Е.А.), а в 1934 г. и санитарно-бактериологический институт для лабораторной диагностики инфекционных заболеваний. В 1938 г. в Дербенте создается и первая межрайонная санитарно-эпидемиологическая станция (зав. А.П.Кузнецов). К 1941 г. в Дагестане имелось 4 городских и 3 сельских СЭС, 4 городских и 1 сельская баклаборатории [738]. Кроме того в республике функционировали одна дезстанция, 20 малярийных пунктов и станций, три бактериологические лаборатории, три дезинфекционных пункта, в которых работало в общей сложности 78 врачей и 135 медицинских работников среднего звена. Как организационно-методический и практический центр санитарно-эпидемиологической службы республики в 1941 г. была организована республиканская санитарно-эпидемиологическая станция, первым главным врачом которой стала А.И. Мананчикова.

Сложнее решался вопрос с организацией санитарно-эпидемиологических учреждений в Кабардино-Балкарии. Нальчик, бывшая слобода до революции, с небольшим числом жителей, статус города получил только в конце 1921 г. При медико-санитарном отделе ревкома в 1920 г. был организован санитарный подотдел, которым стал заведовать врач С.А.

Беляновский, состоявший до 1917 г. нальчикским окружным врачом [775]. Строилась санитарная служба, как и по всей стране, в соответствии с директивными указаниями Совнаркома РСФСР. Перед службой были поставлены следующие задачи: наведение санитарного порядка на территории области, регистрация инфекционных и венерических болезней, проведение прививок и другой профилактической работы [660]. Кроме руководителя санитарного подотдела в городе был один санитарный врач. Функции санитарных врачей были возложены и на имевшихся в этот период участковых врачей, через которых проводилась профилактическая и прививочная работа. Дополнительно были приглашены два санитарных фельдшера. Постепенно стала улучшаться санитарно-эпидемиологическая обстановка в области. Санитарно-гигиенические навыки местного населения становились уже осознанным правилом поведения в жизни.

Первая санитарно-эпидемиологическая станция в Нальчике организована в 1927 г. В годовом отчете за 1940 г. указано, что в Кабардино-Балкарской АССР имелись областная, четыре городских, одна сельская, и три межрайонных СЭС, санитарно-бактериологическая лаборатория в которых работали 12 врачей и 16 человек среднего медицинского персонала. (*ГАРФ, Ф.482, Оп.10, Д.3326, Л.69-70*). К 1941 г. уже функционировало восемь санитарно-эпидемиологических и 12 малярийных станций [660].

Как и по всей стране, после 1933 г., на Северном Кавказе произошло разделение функций санитарно-эпидемиологической службы: при сохранении санитарно-эпидемиологических станций была организована Государственная санитарная инспекция, в задачи которой входило общее руководство санитарно-эпидемиологической работой, а также предупредительный санитарный надзор.

5.3. Организация борьбы с эпидемическими заболеваниями.

В России, как и в некоторых государствах Европы, были разработаны и внедрены особые меры борьбы с эпидемиями, включавшие три основных направления деятельности: организация карантинов, изоляция больных, оповещение населения [567]. Для защиты от эпидемий в 1825 г. было учреждено Центральное карантинное управление, а в регионах создана эффективная система карантинов [87]. Во время эпидемии в районе расположения российских войск и в казачьих станицах вводились предохранительные мероприятия: обычно оцеплялось неблагополучное место, изолировали больных, устраивали временные лазареты, на дорогах выставляли заставы и карантины, организовывали захоронения, проводили среди населения санитарно-просветительную работу.

Борьба с оспой занимала значительное место в противоэпидемических мероприятиях. Положением Комитета министров от 6 августа 1865 г. «О введении в России повсеместного правильного оспопрививания» Медицинскому совету было поручено составить общие правила оспопрививания, осуществлять контроль и обеспечивать врачебные управы и земские учреждения оспенной материей, ланцетами и другими оспенными пособиями [450]. С этого времени в России стали утверждаться специальные оспенные комитеты, оспопрививательные дома, оспопрививательные пункты [165]. В «Наставлении для распространения предохранительной оспы» было указано, что «Прививание предохранительной оспы вменяется в непременную обязанность всех без изъятия штатных медицинских чиновников», в т.ч. и «чинов военного ведомства» [534]. На сельские общества, в качестве обязательной мирской повинности, возлагались расходы на оспопрививание. Оспопрививание проводили фельдшера и акушерки и только при их недостаточности к этому делу привлекали оспопрививателей. При эпидемии оспы в законодательстве определялось: «Если в селении окажется натуральная оспа; то для скорейшего прекращения сей опасной эпидемической болезни должно немедленно привить предохранительную оспу всем детям, коим она еще привита не была», и

притом «не только в том селении, где натуральная оспа оказалась, но и в близлежащих» [206].

Что касается оспопрививания у горцев Чечни и Дагестана, до присоединения их к России, то в литературе мы не нашли данных о состоянии оспопрививания в этом регионе. Однако пристав имама Шамиля офицер Руновский, длительно контактировавший с имамом во время его ссылки, указывал, что горцы не знали оспопрививания, но при этом употребляли «пилюли», составленные из раневого оспенного отделяемого с хлебным мякишем.

С началом организации медицинского обслуживания населения вначале 60-х гг. XIX в. оспопрививатели появились в Терской области и в Дагестане. Само оспопрививание воспринималось негативно, и местное население часто отказывалось от прививок [762]. В 1876 г. в Терской области числилось 60 оспопрививателей, было привито предохранительной оспы взрослым и детям 15358 человеку [522]. В 1891 г. в Дагестане предохранительная оспа была привита 5895 детям, что было на 1065 детей больше, чем в предыдущем 1890 г. [251]. Из общего числа детей в области было вакцинировано около 44%. В 1894 г. в округах Дагестана предохранительная оспа была привита 8246 лицам.

Для предупреждения занесения чумной заразы и борьбы с нею в России указом от 11 января 1897 г. была учреждена особая Комиссия под председательством принца А.П. Ольденбургского [461]. На эту комиссию было возложено, кроме чумы, и принятие мер против холеры и желтой лихорадки (в 1900 г.), сыпного тифа (в 1908 г.). Комиссия решала вопросы определения мер, которые следует принять для предупреждения занесения заразы в пределы империи, прекращения начавшейся эпидемии, устанавливала порядок проведения этих мер и контроль за их исполнением [624]. Позже обязанности председателя этой комиссии были возложены на министра внутренних дел. Из-за активизации очагов чумы высочайше учрежденная «Комиссия о мерах по предупреждению и борьбе с чумною

заразою" командировала отряды на юг России с целью предупреждения эпидемии.

С целью профилактики и лечения дифтерии в конце XIX в., как и в России, на Северном Кавказе стали использовать заграничную противодифтерийную сыворотку Ру и Беринга [801]. Распределялась сыворотка централизованно по округам областным врачом.

В начале XX в. на Северо-Восточном Кавказе врачами была взята под контроль и ситуация с сыпным тифом. В установленные сроки окружные врачи рапортом докладывали областному врачу о всех случаях сыпнотифозных больных, а последний – в Управление главного врачебного инспектора [826]. На все случаи острозаразной болезни окружные и городовые врачи, старосты (старшины) населенных мест заполняли почтовое письмо (тип почтовой открытки) «Санитарная карточка. Сведения о больном острою инфекционной болезнью», которое отправлялось казенной почтой областному врачу [827]. Территориальные стационарные лечебные заведения каждые 15 дней подавали стандартные ведомости хода остроинфекционных болезней [828,829].

Холерный вопрос остро стоял на первом съезде Кавказских врачей. В отчете областного врача Терской области В.А. Городновского (1893) приводятся данные о проведенных медицинских мероприятиях при эпидемии холеры в 1892 г. В городах и более значимых местах уже в 1890 г. были учреждены санитарные комиссии, имелись и санитарные попечители. Особое внимание уделялось работе на Ростово-Владикавказской железной дороге, а также в приграничной с Дагестаном зоне и на Военно-грузинской дороге, где были учреждены наблюдательные пункты. В число мероприятий входила санитарно-просветительная работа среди населения. Были подготовлены наставления о мерах предупреждения холеры, переведенные на местные и арабский языки. Временно закрывались базары, учебные заведения. Все участки округов были обеспечены дезинфицирующими средствами и медикаментами [604]. Во время эпидемии у станиц выставляли кордоны,

открывали временные больницы, изолировали больных, в очаги заболевания направляли врачей. В период эпидемии в Терскую область военным ведомством были командированы 45 врачей, 40 студентов старших курсов Военно-медицинской академии, 100 фельдшеров [638]. В городах и русских поселениях было открыто 54 временных больниц.

Горское население во время эпидемий положенных предохранительных мер не принимало. Особенно не решалась проблема изоляции заболевших людей. Согласно материалам нашего исследования для лечения холеры горцы применяли различные средства народной медицины, в число которых входили отвар смеси настурции и водяного перца, настойка дягеля и особенно толченый чеснок как лечебное и профилактическое средство, делалось кровопускание [346]. Наряду с этим лечение холеры в сельских и окружных лечебницах состояло зачастую в применении растираний, припарок, грелок, каломеля, нафталина, опия, камфоры, таниновых клизм по Кантани и пр. средств [14]. У чеченцев был довольно странный метод лечения больных холерой с помощью мяты: кропили отваром больных и здоровых, натирались свежей мятой, устилали ею постель [344]. Неэффективность данных методов лечения заболевания приводила к высокой смертности среди населения.

Многочисленные материалы указывают на нежелание местной власти принимать необходимые меры по борьбе с холерой. На внеочередном Пироговском съезде врач-большевик Е.Я. Столкинд (1905) отмечал, что на Кавказе Правительство, получая большие доходы от его богатств, делает все для поддержания порядка при помощи войск, полиции и местного духовенства, но почти ничего не делает для просвещения, поднятия благосостояния и улучшения санитарного состояния Кавказа [566].

С установлением советской власти борьбе с эпидемическими заболеваниями по-настоящему придали статус государственного значения проводимых противоэпидемических мероприятий. С принятием декрета СНК РСФСР от 10 апреля 1919 г. «Об обязательном оспопрививании» в

новой Россия началась планомерная борьба с оспой [509,130]. Обязательному оспопрививанию подлежали: все вновь родившиеся до истечения первого года жизни; все поступающие в учебные заведения всех типов, приюты и интернаты; все поступающие и поступившие в армию и флот; рабочие и служащие во всех предприятиях и учреждениях; все поступающие в тюрьмы и другие места заключения.

Все расходы по организации оспопрививания брало на себя государство. Лица, уклоняющиеся от обязательного оспопрививания, а вместе с ними лица ответственные за организацию оспопрививания в медицинских учреждениях привлекались к Народному суду. Постановлением Совета Народных Комиссаров от 18 октября 1924г. в целях планомерной борьбы с натуральной оспой все граждане, проживающие на территории РСФСР, подлежали обязательному оспопрививанию первично (вакцинация) в течение первого года жизни и повторно (ревакцинация) в возрасте от 10 до 11 лет, и в возрасте от 20 до 21 года [82]. Невыполнение правил оспопрививания каралось применительно к ст.219 УК РСФСР. Прививочная работа осуществлялась в самих детских учреждениях и на районных прививочных пунктах, пунктах охраны здоровья детей и подростков, а в конце 30-х годов организация прививок была возложена на санитарно-эпидемиологическую службу [216].

Регулярное оспопрививание в национальных образованиях Северного Кавказа началось после установления советской власти, и осуществляли эту работу специальные прививочные отряды [790]. Были привлечены к данной работе и бывшие оспопрививатели из местных жителей.

Большое значение в борьбе с холерой имело принятие декрета СНК РСФСР от 27.04.1922 г. «О мерах борьбы с холерой». В целях предупреждения возможности распространения холерной эпидемии и своевременного принятия мер борьбы с нею, местные исполнительные комитеты были обязаны в месячный срок устроить неделю очистки, усилить надзор за изготовлением, хранением и продажею пищевых продуктов, в

кратчайший срок привести в порядок эпидемические и лечебные учреждения. Учреждения Наркомздрава обязаны были ввести в местах, неблагополучных по холере, обязательные прививки против холеры определенного контингента рабочих и служащих.

Для борьбы с тифами свою роль сыграло постановление Совета Народных Комиссаров «О мерах борьбы с сыпным и возвратным тифами» от 19 декабря 1921 г. [76]. Было предписано организовать изоляционно-пропускные пункты по линиям железных дорог, отрегулировать пассажиропоток, регулярно проводить дезинфекции вагонов, на вокзалах открыть пункты для ожидающих пассажиров, а также ограничить оплату наличными денежными знаками.

Для усиления борьбы с эпидемическими и социальными болезнями в национальные области и республики Северного Кавказа правительство РСФСР стало направлять специализированные отряды. Особое внимание обращалось на эпидемические болезни детей. Своим циркуляром № 32 от 8 февраля 1924 г. «О мерах борьбы с детскими инфекциями» Наркомздрав РСФСР обязывал к ранней и полной госпитализации всех заболевших скарлатиной и дифтерией [79]. В закрытых детских учреждениях дети, при подозрении на инфекционное заболевание, подлежали изоляции.

Значительная работа по организации борьбы с волной эпидемических заболеваний в 1920-1923 гг. была проделана в Северной Осетии, когда из-за наплыва беженцев появились холера и паразитарные тифы [367]. Газета «Горская беднота» писала: «Среди беженцев и жителей свирепствует повальная эпидемия холеры. Ежедневно умирает 60-80 человек. За один лишь день 14 августа умерло 94 человека. Жители разбегаются по лесам, умерших некому хоронить. Вымирают за один день целые семьи» [126]. По данным З.Р. Аликовой (1994) уже 22 июля 1920 г. была учреждена Особая Чрезвычайная Комиссия. Терский Исполком выделил 250 пудов мыла для соответствующей обработки населения и обязал население очистить дворы, улицы и канавы от мусора и навоза. Была проведена очистка системы

водоснабжения Владикавказа, установлен жесткий контроль над жилыми помещениями и продуктами питания в местах торговли. Для лечения инфекционных больных в 1-й Советской больнице был отведен барак на 40 коек.

Усилия Нальчикского окружного исполкома, его медицинского отдела и санитарного подотдела против инфекционных заболеваний привели к очевидным результатам и уже к 1922 г. на территории Кабарды не было зарегистрировано ни одного случая натуральной оспы, холеры. К концу 1927 г. заболеваемость брюшным тифом в области снизилась до 7 случаев на 10 тыс. населения против 60 в 1920 г., сыпным тифом - до 4 случаев на 10 тыс. населения против 294 случаев в 1920 г. [660].

Для совместной борьбы с сыпным и возвратным тифом народный комиссариат здравоохранения Горской республики создал Центральную межведомственную комиссию с участием военного ведомства и служб железной дороги. В 1921-1922 гг. были проведены мероприятия по выявлению и изоляции больных в лечебных заведениях. На железнодорожных станциях были созданы изоляционно-пропускные пункты, на которых беженцы проходили санобработку. Во Владикавказе и Грозном были открыты бесплатные бани, учреждены дезстанции для массовых дезинфекций и дезинсекций, которые оснастили паровыми и горячевоздушными установками дезинфекции.

В борьбе с эпидемиями большую роль сыграло открытие в 1921 г. во Владикавказе Горского химико-бактериологического института. В задачу института входило не только проведение научных исследований в области эпидемиологии и микробиологии, но и изготовление лечебных, диагностических и предохранительных бакпрепаратов для учреждений Северного Кавказа, а также производство клинико-диагностических исследований. В состав института входили пастеровское, оспенное, клиническое, вакцинное и химическое отделения, а также малярийная станция.

С целью улучшения санитарного состояния края уже в первые годы советской власти в Терском округе были изданы санитарные нормы и правила: «Временные правила санитарной охраны для городов Терского округа» и «Правила санитарной охраны для сельских местностей», утвержденные Окрисполкомом [116]. Касались эти правила населенных мест, мест компактного проживания, сферы торговли и питания, а также сферы различных услуг населению. Важно, что наблюдение за исполнением Правил возлагалось не только на органы санитарного надзора, но и на органы милиции. Все медицинские работники, работники образовательных учреждений и сотрудники милиции обязывались безотлагательно сообщать о всех замеченных случаях подозрительных на заразное заболевание.

С организацией в 1920 г. в Москве Тропического института, связано начало планомерной борьбы с малярией, как в стране, так и на Северном Кавказе. Большое значение имело создание при Наркомздраве Центральной малярийной комиссии и в последующем развертывание по стране сети противомалярийных станций и пунктов. На организацию работы по борьбе с малярией был направлен ряд правительственных документов, изданных в первое десятилетие советской власти. Декрет Совнаркома РСФСР от 12 мая 1924 г. «О мероприятиях по борьбе с малярией», который обязывал хозяйственные органы осуществлять по указанию Наркомздрава мероприятия по борьбе с малярией. Ранее на места был разослан циркуляр Наркомздрава РСФСР от 5 января 1924 г. о создании малярийных комиссий, регистрации больных малярией и обследовании малярийных очагов. Улучшению противомалярийной борьбы способствовали Постановление Совнаркома СССР от 20 мая 1934 г. N 1197 "О мероприятиях по борьбе с малярией" и Постановление СНК РСФСР от 02.07.1934 "О мероприятиях по борьбе с малярией и предупреждению малярийных заболеваний". Как и по всей стране в национальных окраинах проходили «недели водоснабжения», «недели очистки населенных мест», в которых население занималось благоустройством населенных мест. Руководили «неделями» окружные,

районные санитарные комиссии, куда входили врачи и представители общественных организаций.

На Северном Кавказе в связи со сложной ситуацией по малярии Наркомздрав Горской республики в 1922 г. создал три специальных малярийных отряда с запасом хинина. В изучаемый период на территории Чечни и Ингушетии также функционировали противомалярийные станции: в Грозном, Назрани со стационаром, в Сунженском округе, Гудермесе. Имелось несколько противомалярийных отрядов, и с 1923 г. работал Институт тропических заболеваний. Была учреждена Малярийная станция, которой руководил врач С.М. Швецов (1874–1952 гг.), бывший до 1917 г. грозненским городским врачом. По данным С.М. Швецова (1928) в Грозном малярия была довольно распространенной из-за неисправности оросительной системы в садах, наличия колодцев, а в пригородах из-за затопленных мест, где плодились комары. Вместе с тем, проводимые мероприятия привели к снижению заболеваемости малярией, составившей в 1923 г. 31,4% , в 1924 г. – 21,5%, 1925 г. – 13,4 %, 1926 г. – 6% от числа всего населения [654]. Для борьбы с малярией в Грозном в 1926 г. имелись центральная малярийная станция, городская амбулатория и лаборатория, два малярийных отряда, два обследовательско-лечебных отряда на городских слободках и школах [655]. В борьбе с малярией применялись действенные, научно-обоснованные методы: профилактическая хинизация, нефтевание участков, уничтожение зимовок комаров, гидротехнические и мелиоративные мероприятия, механическая профилактика (засетчивание). Среди населения, в том числе школьников, проводилась зимняя обследовательско-лечебная работа, большое внимание уделялось санитарно-просветительной работе. Наряду с этим была налажена лабораторная диагностика. Большую работу по выявлению и учету больных малярией во время подворных обходов проводили в эти годы медицинские работники и санитарный актив. Проводилась активная хинизация рабочих и членов их семей, только в

Грозном в 1924 г. на лечение было израсходовано 78 кг. этого дорого препарата.

Значительных успехов противомалярийная служба Чечено-Ингушской автономной области достигла к 1935 г. Согласно данным Ставропольской краевой тропической станции в 1935 г. в области было опылено с аэроплана 30750 га (1932 г. – 6100 га), проведено нефтевание на 136 га (1932 г. – 80 га), осушено мелких болот 166 га (1932 г. – 2 га), осушено крупных болот 476 га (1932 г. – 50 га), проведена профхинизация у 33000 человек (1932 г. – 2580 человек), использовалась пологизация (полог из тюля или марли для индивидуальной защиты от комаров) – в 8770 случаях (1932 г. – 500) [744].

Более сложной ситуация с малярией во все периоды была в Дагестане [46]. Уже в 1924 г. первые малярийные станции были организованы в городах Махач-Кале и Дербенте, благодаря чему стал налаживаться статистический учет заболеваемости малярией. Большим событием для Дагестана стало открытие 20 февраля 1928 г. на базе городской малярийной станции г.Махач-Кала Дагестанского Тропического института (директор В.И. Чайкин). Сотрудники института проводили все годы большую и значимую работу по изучению распространенности и эпидемиологии паразитарных заболеваний и разработке мероприятий по борьбе с ними. Тропический институт, с созданным несколько позже Санитарно-бактериологическим институтом в январе 1941 г. объединились в Дагестанский институт эпидемиологии, микробиологии и медицинской паразитологии Министерства здравоохранения ДАССР.

В 1934 г. в Дагестане работали 11 малярийных станций и несколько специальных отрядов, которые вели борьбу с комарами как разносчиками малярии, уничтожая их в личиночной стадии при помощи авиавердификации, навесного опыления парижской зеленью и аремалем, нефтеванием водоемов [14].

5.3. Организация борьбы с социальными болезнями (туберкулез, венерические болезни, трахома, лепра).

Неблагоприятные социально-экономические и политические условия на Северном Кавказе низкий уровень жизни и санитарной культуры, многочисленные эпидемии явились причиной высокой заболеваемости населения, в том числе социально значимыми болезнями. Наиболее частыми из них были туберкулез, сифилис, трахома, лепра.

О распространенности туберкулеза среди горских народностей, как до революции, так и в первые годы после установления Советской власти точных данных нами не обнаружено. По этому поводу М.П. Мультановский (1925) писал: «Кажущееся представление о небольшом распространении туберкулеза среди горцев неверно. Это статистическое благополучие в изрядной доле является кажущимся и объясняется, прежде всего, несовершенством статистики: медицинской и естественного движения населения» [366]. Туберкулез был распространен и среди городских жителей. Только в курортном городе Пятигорске с 1898 г. по 1910 г. от туберкулеза умерли 471 человек, из них от туберкулеза легких – 416 [427]. На 1910 г. в Пятигорске было 650 больных туберкулезом, из которых умерло – 65.

В связи с высокой актуальностью проблемы социальным болезням на Северном Кавказе было посвящено специальное краевое совещание в 1928 г., на котором приводились данные по их распространенности [228]. Согласно этим данным Северный Кавказ в РСФСР занимал одно из первых мест по распространенности сифилиса: на 100 тыс. населения в РСФСР больных сифилисом приходилось 415, а в Северокавказском крае – 702 человека (в Чечне – 1993, Ингушетии – 1719).

Согласно данным З.Р. Аликовой с соавт. (1994) по распространению, так называемых, социальных болезней, из всех северокавказских республик Северная Осетия в 20-х годах занимала одно из первых мест среди всех областей и республик РСФСР [16]. Не лучшим было положение и в соседних

национальных образованиях. В 1922 г. в Чечне было зарегистрировано 245 случаев туберкулеза, 99 случаев трахомы, а в Кабардино-Балкарии 247 случаев легочного туберкулеза и 187 случаев сифилиса I и II. [719,720].

О широкой распространенности туберкулеза на Северо-Восточном Кавказе еще в начале XX в.указывается в многочисленных источниках. Так, в 1913 г. в Терской области из общего числа 4858 больных туберкулезом в течение года умерло 670 (13%) [256]. Известный осетинский врач М.А. Мисиков (1916) писал: «Самое ужасное опустошение производит среди осетин чахотка. Почти нельзя найти дома, семьи, один-два члена которой не имели бы возбудителя этой ужасной болезни» [361]. Туберкулез, среди социальных заболеваний, занимал особое место и эту болезнь называли «сестрой бедности», «пролетарской болезнью». В борьбе с туберкулезом Россия придерживалась международных конвенций. В соответствии с решением Конференции международного союза борьбы с туберкулезом циркуляром Министерства внутренних дел от 17 мая 1908 г. № 449 было введено обязательное извещение о случаях туберкулеза, с принятием необходимых против распространения заразы санитарных мер и заполнением регистрационной карточки [624].

Активное проведение противотуберкулезных мероприятий началось в России в начале XX в. и основывалось первоначально на благотворительной деятельности. С созданием в 1910 г. Всероссийской лиги по борьбе с туберкулезом можно связать начало организованной борьбы с туберкулезом на Северном Кавказе. В 1912 г. во Владикавказе было открыто Терское отделение Лиги борьбы с туберкулезом, деятельность которой в основном заключалась в проведении так называемого «туберкулезного дня», или дня «Белого цветка» («Белой Ромашки»). Проблема туберкулеза явилась первоочередным предметом обсуждения на 1-м съезде врачей Терской области в 1911 г. Однако, несмотря на ряд мероприятий и обращение особого внимания вопросам заболеваемости туберкулезом со стороны медицинской общественности в начале XX в. ощутимых результатов они не принесли.

Началом активной борьбы с туберкулезом можно считать 1923 г., когда впервые на Северном Кавказе был учрежден Владикавказский туберкулезный диспансер, в штате которого числилось два врача, шесть медицинских сестер, фельдшер и сиделка [16]. Первым главным врачом диспансера стал врач Н.П. Чеботаев (1875-1934). Известный организатор противотуберкулезной службы умело сочетал лечебно-профилактическую работу с санитарно-просветительной и научной. По его инициативе во Владикавказе устраивались ежегодные туберкулезные трехдневники с чтением лекций, проведением бесед, демонстрацией кинофильмов и распространением популярной медицинской литературы, листовок.

В конце 30-х годов XX в. туберкулезные кабинеты и диспансеры стали открываться в сельской местности. В районе известного Цейского ледника в Осетии в 1924 г. был открыт туберкулезный санаторий на 32 койки. Начало научному и практическому изучению лечебных факторов Цейского курорта в Осетии положил врач А.А. Езеев (1895-1962) [192]. Значительным шагом в борьбе с туберкулезом явилось открытие в 1934 г. туберкулезной больницы, а к 1940 г. и туберкулезных отделений в некоторых районных больницах. В 1941 г. состоялась первая республиканская конференция по борьбе с туберкулезом, в которой приняли участие не только врачи-фтизиатры, но и все организаторы здравоохранения, педиатры, хирурги, санитарные врачи, терапевты, врачи сельских врачебных участков.

В 1909 г. в Дагестане было учреждено Дагестанское отделение Кавказского общества борьбы с туберкулезом, которое занималось санитарно-просветительной работой и организацией ежегодных противотуберкулезных дней «Белого цветка» [26]. Впервые в 1921 г. в Дагестане был открыт детский сезонный туберкулезный санаторий, а в 1925 г. – городской противотуберкулезный диспансер в Махач-Кале, переименованный в 1935 г. в республиканский. С 1923 г. по 1930 г. в Дагестане как и в Осетии регулярно проводились «туберкулезные трехдневки», с санитарной пропагандой и сбором денежных средств в фонд

социальной помощи больным. В 1924 г. в Буйнакске была открыта первая туберкулезная больница на 30 коек. В 1928 г. в высокогорном селении Гуниб в здании бывшего царского дворца открыт туберкулезный санаторий [147].

По данным В.Ш. Шогеновой в Кабардино-Балкарии первые туберкулезные пункты были организованы в 1926 г., а первый противотуберкулезный диспансер в 1928 г. [660].

По распространенности туберкулеза на юго-востоке Северного Кавказа в первые годы советской власти лидировал Грозненский округ. В Грозном на тысячу человек приходилось 33 больных туберкулезом, положительная реакция Пиркета наблюдалась у 45% обследованных школьников 8-10 лет и у 70% школьников 10-16 лет [106]. В 1928 г. в Грозном, по неполным данным, было зарегистрировано 813 случаев легочного туберкулеза и 414 случаев прочих органов, а в сельских районах соответственно – 1143 и 1203 случаев. С открытием в Грозном 17 июня 1924 г. противотуберкулезного диспансера началось систематическое обследование и лечение больных туберкулезом. В первые годы на рентгенологическое обследование больных направляли в Ростов-на-Дону. В дальнейшем сеть противотуберкулезных учреждений расширяется: диспансеры открыли на Старых промыслах, в Ингушетии, в селении Асламбековское и позже в Шатое располагались несколько туберкулезных пунктов, стали открывать санатории. Однако специализированных коек не хватало. В 1936 г. при нормативе 0,25 туберкулезных коек на 1000 населения в республике приходилось всего 0,03 койки. Тогда же было развернуто 30 коек для лечения костно-суставного туберкулеза и 25 коек для лечения больных туберкулезом легких.

Значительное распространение на Северном Кавказе имел и сифилис. По данным Кавказского календаря в 1913 г. в Терской области было зарегистрировано 3931 больных сифилисом, а в Дагестанской – 2272. Росту заболеваемости сифилисом способствовали экономическое неблагополучие региона, тяжелые социальные условия жизни, алкоголизм и проституция в

городах, и фактическое отсутствие информации о венерических заболеваниях среди населения.

С установлением советской власти условия и возможности борьбы с венерическими болезнями расширились в связи с введением ряда государственных, медицинских и социальных мероприятий. Борьба с венерическими болезнями была признана делом государственной важности. В 1921 г. в Москве был организован первый кожно-венерологический диспансер, а позже были созданы венерологические диспансеры и в других городах. Наркомздрав РСФСР своим циркуляром № 276 от 31 октября 1922 г. «Об организации противовенерических диспансеров» просил всех завгубздравотделами приступить к развертыванию сети специальных диспансеров [75]. В функции венерологических диспансеров входило оказание лечебной помощи больным и учет их, гигиеническое воспитание населения, организация осмотра рабочих и служащих предприятий, а также контингента детских домов, обследование семей заболевших и пр. Большое значение в борьбе с венерическими заболеваниями имело Постановление ВЦИКа и СНК РСФСР от 24 января 1927 г. «О мерах борьбы с венерическими заболеваниями». В целях предупреждения распространения венерических болезней органам здравоохранения предоставлялось право принудительного, не исключая повторного, освидетельствования лиц, относительно которых есть основание предполагать, что они страдают какой-либо венерической болезнью в заразном ее периоде, а также право принудительного лечения. Лица, уклоняющиеся от освидетельствования или лечения, а также самовольно прервавшие начатое лечение, привлекались к уголовной ответственности (штраф, принудительные работы).

На значимость борьбы с венерическими заболеваниями указывает введение в 1922 г. в Уголовный кодекс РСФСР статьи, предусматривавшей наказуемость за заведомое заражение другого лица любыми венерическими болезнями. Следует отметить, что еще в дореволюционной России в

Уголовном уставе статьей 103 половая связь больным, страдающим венерическими болезнями, запрещалась.

В Терской области специализированные венерологические отделения для мужчин и женщин имелись только во Владикавказской городской больнице. После установления Советской власти уроженец Владикавказа, выпускник Одесского университета С.И. Мамулянц в 1920 г. при городской больнице (1-я Советская) организовал венерологическое отделение, а позже в 1922 г. организовал и возглавил Венерологический институт Горской республики со стационаром на 15 коек (позже 50), реорганизованный в 1925 г. в Владикавказский венерологический диспансер [50]. Венерологический институт обслуживал больных всей Горской республики, рабочих железной дороги, военных. В этот же год открылся и Назрановский венерологический диспансер. По данным С.И. Мамулянца (1926) Венерологический институт в 1923 г. принял первичных больных 3638 человек и 19344 повторных, а в 1925 г. соответственно 4758 и 51808 человек [339]. Из числа первичных 12516 больных, обратившихся в 1923-1925 гг., гонорея выявлена у 14,6%, мягкий шанкр в 2,5% случаев, сифилис у 20,3% обратившихся первично за медицинской помощью, кожные болезни обнаружены в 49,5% случаев.

Признавая распространенность сифилиса большим социальным злом, «несущим с собой вырождение пораженных им народностей, – в особенности нагорья Дагестана, нагорной Чечни и Ингушетии, где почти никаких мероприятий не было проведено», данная проблема рассматривалась в первой половине 1924 г. Крайэкономсоветом Юга-Востока России и Экономическим Советом РСФСР [771]. В этот период временными нормами организации лечебной сети были: врачебный участок с 20-верстным радиусом обслуживания и с населением 20 тысяч человек, при этом половина участков амбулаторные, а половина с больницей на 12 коек. Однако этот минимум был недостаточен для ведения борьбы с сифилисом. Перед Экономсовещанием в Москве был поставлен вопрос об организации в автономных областях и республиках Юго-востока России 12

спецамбулаторий, из них четыре с 12 стационарными койками при каждой, а также об отпуске средств на «ведение санпросветработы на родных языках горских народностей, как единственной меры направленной в сторону личной профилактики горца» [772]. Планировалось в Дагестанской и Горской республиках, а также Чеченской автономной области открыть по три венамбулатории (две с койками), а в остальных автономных областях по одной.

По данным З.Р. Аликовой и др. (1994) первое массовое обследование населения Северной Осетии на дерматовенерологическую патологию было организовано в 1925 г. венерологическим отрядом Наркомздрава РСФСР, возглавляемым врачом Островским. При обследовании 406 дворов (2330 человек) в одном из сел Осетии было выявлено больных венерическими заболеваниями 108 человек (4,6% обследованных) и 239 (12,1%) – различными формами кожных заболеваний. К 1934 г. было отмечено снижение венерической заболеваемости: на 1000 населения было зарегистрировано 3,0 больных сифилисом, против 7,1 на 1000 населения в 1927 г.; гонореи было зарегистрировано соответственно 26,9 и 52,9 случаев.

Значительное распространение сифилис получил в Дагестане еще в царское время. Заражение чаще всего происходило в городах, куда сельские жители приезжали на заработки (отходничество). Доманский К. (1866) отмечал, что туземцы лечатся у своих врачей ртутью в виде окуривания киноварью, или принимают сулему внутрь [184].

О распространенности сифилиса в Дагестане говорят и архивные данные, согласно которым: за медицинской помощью по поводу сифилиса обратилось в 1905 г. – 1027, а в 1910 г. – 2394 человек [815,820]. Распространенность сифилиса в крае была отражена и в ведомости болезней в Панораме жизни Кавказского края [821,822]. В Дагестане имелись села, где практически все население было поражено сифилисом, который носил бытовой характер. Почти поголовно сифилисом было заражено население в аулах Капучи, Чох, Согратль, Хойшар и Бежито Анцухо-Капучинского

участка [818,819,820]. Так, сельский врач Цулукидзе в селении Бежито выявил сифилис у 82% осмотренных, а из осмотренных 70 детей и 32 женщин оказались больными все. В связи с этой ситуацией сроком на месяц в с. Бежито были командированы врач и фельдшер для проведения лечебно-профилактических и санитарно-просветительных мероприятий.

Для борьбы с сифилисом в октябре 1907 г. областной врач Дагестана предлагал следующие меры: организовать летучие отряды из врача, двух фельдшеров и фельдшерицы для лечения больных сифилисом; организовать обязательные медицинские осмотры всех приезжающих с заработок из России и арестантов при окружных управлениях; распространить среди населения популярные брошюры о сифилисе на наиболее распространенных в Дагестане языках; обеспечить данные мероприятия достаточным финансированием [815]. Данная проблема военным губернатором Дагестана была доведена до сведения Наместника Кавказа с просьбой выделить денежные средства и медицинские штаты. Однако вопрос этот не получил положительного решения [816,817].

Учитывая масштабы распространенности сифилиса и актуальность данной проблемы для республики в 1923 г. при Наркомздраве Дагестана была создана секция по борьбе с венерическими заболеваниями [26]. Врач М.А. Майоркин в 1924 г. открыл первый кожно-венерологический кабинет, через два года ставший городским кожно-венерологическим диспансером, имевшим 15 коек в республиканской больнице. В 40-х годах XX в. кожно-венерологические кабинеты, а позже и диспансеры были открыты в Дербенте и Буйнакске. Указанные учреждения за период с 1924 г. в течение 10 лет организовали около 30 бригад, которые обследовали жителей 36 из 39 районов, с целью выявления и организации лечения кожно-венерических больных [548]. Только в период с 1925 г. по 1928 г. венотрядами было обследовано 155 селений в 11 районах, осмотрено 34 тысячи человек и выявлено пять тысяч сифилитических больных [226]. В республике обследованием населения занимались и венерологические отряды под

руководством профессора З.Н. Гржебина [492]. Наиболее пораженным оказался Буйнакский округ. Одним из мероприятий в районах с высокой заболеваемостью сифилисом являлась организация врачебных пунктов с «венерологическим уклоном». Для улучшения венерологической службы в Дагестане городской кожно-венерологический диспансер в 1940 г. был реорганизован в республиканский.

Сифилис и другие венерические заболевания в Чечне и Ингушетии наблюдались повсеместно [228]. Для таких больных в самой крупной сельской больнице им. Н.А. Семашко в первые годы советской власти было открыто 30-коечное кожно-венерологическое отделение, которое возглавил врач В.Г. Дмитриев. В последующие годы в Грозном, а также на Новых и Старых промыслах были открыты кожно-венерологические кабинеты и диспансеры. Для стационарного лечения таких больных при 1-й Советской больнице имелось специальное отделение. Значительный вклад в дело борьбы с венерическими болезнями в годы становления дерматовенерологической службы в Чечне внесли врачи В.Г. Дмитриев, Н.А. Радов, Б.М. Локерман, А.Х. Пошев.

Причиной значительного распространения венерических заболеваний, по данным некоторых исследователей, являлись большой поток переселенцев и беженцев, особенно в кризисные 20-е гг., особенности быта горцев и городских жителей, несоблюдение санитарно-гигиенических норм, а также полное отсутствие специализированной медицинской помощи [129]. В 1924 г. в Чечне на 10 тысяч человек приходилось 123 больных свежим сифилисом, в Ингушетии отмечалось 874 первичных посещений по поводу сифилиса [106]. По данным М.М. Рябиновского в 1924 г. из 5546 первичных больных, посетивших вендиспансер, венерические болезни зарегистрированы у 3362 (60%): сифилис 61%, гонорея 36%, мягкий шанкр 3% [501]. В Грозном венерологические учреждения появились в 1924 г., когда в бывшем доме купца Дильдарова открыли венерологический кабинет, по типу диспансера, и венерологическое отделение в 1-й Советской больнице; позже еще один

диспансер был открыт на Старых промыслах. В Ингушетии имелся Назрановский вендиспансер со стационаром на 20 мест. В некоторых районах функционировали венерологические отряды и пункты. По мере становления дерматовенерологической службы распространенность венерических заболеваний в Грозном уменьшалась: в 1924 г. показатель на 1000 населения по сифилису составил 43, по гонореи – 36, а в 1926 г. – 21 и 12 соответственно [501].

Материалы нашего исследования выявили несколько иную картину, сложившуюся в сельской местности. Направленный Наркомздравом РСФСР экспедиционный отряд, возглавляемый доктором Л.Ф. Раухваргером в 1925 г. обследовал жителей нескольких селений Веденского округа [485]. В общем числе 3146 осмотренных больных сифилисом и подозрительных по сифилису оказалось 919 человек, при этом открытая форма была в 42,3% случаев, а скрытая – в 57,7%. Автор, сравнивая эти данные с результатами обследования других районов Чечни считал, что пораженность сифилисом населения (показатель сифилизации) составляет в среднем 25%. Отмечая преимущественно бытовой путь распространения сифилиса исследователь пишет: «Среди коренного населения – ни в амбулатории, ни в обследованных аулах – ни одного случая мягкого шанкра и гонореи – этих даров проституции – мы не имели» [485]. Л.Ф. Раухваргер (1928) считал, что сифилитическая инфекция в Чечне имеет эндемический характер и, что сифилис свил здесь свое гнездо в давние времена; пройдя через ряд поколений инфекция ослабла и течение болезни приняло мягкий характер. М.Т. Индербиев (1972) и П.Б. Виноградов (2003) указывают, что борьбу с сифилисом в Чечне и Ингушетии затрудняли некоторые особенности распространения сифилиса: проституция, как одна из основных причин заражения, отсутствовала; налицо был бытовой путь распространения болезни связанный с гостеприимством и многоженством, коллективным раскуриванием «шамилевского» табака из одной трубки, употребление

общей жвачки из смолы (сегIаз), обычай «молочного» братства и другие причины бытового характера.

Антропонозное заболевание трахома с эпидемическим распространением встречалась на Северном Кавказе часто: в Терской области в 1913 г. было зарегистрировано 1874 случая, а в Дагестанской области 2269 [647]. Трахома являлась наиболее частой причиной слепоты. В царское время в рамках программы Общества попечительства о слепых (1881), для борьбы со слепотой от трахомы, создавались летучие глазные отряды, которые выезжали в затрахомленные районы страны и оказывали больным с глазной патологией специализированную врачебную помощь. Среди них был летучий глазной отряд военного врача Л.Я. Цвибака, работавший в 1902-1903 гг. на Северном Кавказе.

С установлением советской власти придавалось большое значение борьбе с трахомой и профилактике слепоты. Для этого в стране была развернута сеть специальных лечебных учреждений для борьбы с трахомой (трахоматозные сестринские и фельдшерские пункты, трахоматозные диспансеры, научно-исследовательские трахоматозные институты). Постановление ВЦИК, СНК РСФСР от 28.11.1927 г. «О мерах борьбы с трахомой» давало органам здравоохранения право принудительного освидетельствования лиц, относительно которых есть основание предполагать, что они страдают трахомой, а также право принудительного лечения таких лиц. Во многих крупных городах страны были созданы глазные отряды, которые были направлены в сельские районы, где имелись очаги трахомы.

На Северном Кавказе в 1920-1940 гг. ежегодно работал глазной отряд под руководством проф. С.В. Очаповского (1878-1945), которому принадлежит большая заслуга в ликвидации трахомы в крае. С группой врачей и студентов профессор Кубанского медицинского института С.В. Очаповский каждое лето выезжал в отдаленные места автономных областей Северо-Кавказского края, выявлял больных с глазной патологией и лечил на

месте. «Мы странствуем по горам и предгорьям, – писал он, – Мы открываем очаги глазных заболеваний, народного горя…» [40]. С 1921 г. за десять лет глазными отрядами было принято 145 тысяч больных и до 5 тысяч произведено операций. На долю трахомы среди больных глазными заболеваниями приходилось в Северной Осетии 11%, Ингушетии и Чечне 2,5%, в Карачае и Балкарии менее 1%. [410].

Деятельность глазных экспедиций в Осетии способствовала открытию в 1928 г. нескольких глазных пунктов и кабинетов [16,18]. В результате заболеваемость трахомой резко снизилась до 1,3 на 1000 населения в 1933 г., тогда как в 1924 г. показатель составил 1,8.[16]. По данным Д.Р. Тхостова (1970) в первые годы советской власти трахому выявляли чаще в горных районах Осетии.

Обследовательские и лечебные функции в Балкарии и в 1928 г. в Большой и Малой Кабарде выполнял глазной отряд проф. К.Х. Орлова из Ростова-на-Дону [423]. Данным отрядом при подворном обходе обследовано 3972 (муж.1457, жен.2515) взрослых и 4617 детей в возрасте до 15 лет. Среди обследованных больных с глазной патологией выявлено1162 человека, основная доля которых приходилась на конъюнктивиты и заболевания слезных путей. Больных трахомой выявлено было только 5, излечимо слепых 42, неизлечимо слепых – 46.

В 1923-1924 гг. в Чечне трахома особенно была распространена среди детей, чаще наблюдалась у беспризорников. В Грозном в 1923 г. были открыты детские трахоматозные изолятор и отделение при больнице. В 1923-1924 гг. на базе местных больниц в г. Грозном работал глазной летучий отряд врача Киселева, а в станице Михайловской Чечни врача Дагаевой, которые вместе обследовали около 800 больных, неизлечимо слепых выявили 50 человек и провели хирургическое лечение в 58 случаях [503].

В плоскостных районах Чечни летом 1928 г. работал глазной отряд под руководством М.М. Сахаровой из Ростова-на-Дону, выявивший среди 778 амбулаторных больных лишь 37 (4,7%) случаев трахомы (*Сахарова М.М.*

1928, №12, С.61-68). Слепых на оба глаза было выявлено 52 (6,6%) человека, на один глаз – 182 (23,3%).

В конце 30-х годов XX в. в Чечне работали медицинские отряды под руководством проф. С.В. Очаповского и проф. М.Н. Бугулова. Впервые на достаточно высоком уровне ими было проведено обследование и лечение местного населения. Так, отряд М.Н. Бугулова из Владикавказа выявил, только 37 больных трахомой, 6,6% слепых на оба глаза и 23,3% на один глаз. Врачи отряда провели 126 глазных операций, 20 больным возвратили зрение. Основными причинами слепоты являлись оспа и травма глаза [69-71,228].

Значительное распространение трахома имела в горных и высокогорных районах Дагестана. В 1930-1934 гг. здесь работали Московский глазной отряд, глазные отряды проф. С.В. Очаповского и доктора Х.О. Булача из Махач-Калы [72]. Трахома в Дагестане отличалась крайней неравномерностью распространения: от 1,4% в Караногайском районе до 30,4% в Кахибском. В г. Махач-Кале на долю трахомы приходилось 1,5% из всей глазной патологии, выявлялась она, в основном, у персов (25,7%) и у приезжих из Поволжья русских (20,0%). В г.Дербенте из 577 первичных больных, принятых отрядом С.В. Очаповского (1933г.) трахома выявлена у 89. Среди больных трахомой часто наблюдались тяжелые осложнения: заворот век, трихиазиз, паннус, язва роговицы. Среди причин слепоты трахома занимала четвертое место. По предположениям Х.О. Булача трахома в необследованных глазными отрядами районах Дагестана могла колебаться в пределах от 15% до 30% [72].

Улучшению ситуации с трахомой в Дагестане способствовали систематически направляемые с 1930 г. в сельские местности специальные глазные отряды, а также расширение амбулаторной и стационарной глазной помощи. Были открыты глазные кабинеты и трахоматозные пункты в г.Хасав-Юрте, Лакском, Левашинском, Ахвахском и ряде других районов [548]. В городских поликлиниках Махач-Калы, Дербента, Буйнакска

функционировали глазные кабинеты, в городских больницах – глазные отделения.

Лепра (проказа), по данным доктора медицины И.И. Пантюхова, встречалась и на северном и на южном Кавказе, «как между туземцами, так и между русскими» еще в XIX в. [416]. В 1913 г. на Северном Кавказе были устроены две лепрозории: для христианского населения близ станицы Хольмской Екатеринодарского отдела на 100 мест и для мусульманского населения близ селения Карачаевки Баталпашинского отдела на 50 мест [624]. В Терской области, где число больных колебалось между 40 и 60, лепрозорий на 60 мест был организован близ станицы Александрийской Пятигорского казачьего отдела.

В связи с тем, что по поводу заразительности лепры не было единого мнения, по каждому случаю заболевания собиралась специальная комиссия из нескольких врачей, возглавляемая областным врачом [624]. Согласно циркуляру Медицинского департамента Министерства внутренних дел от 24 апреля 1902 г. № 4429 решался вопрос возможности передачи заразы окружающим и целесообразности изоляции прокаженного.

Лепру в Терской области изучали доктор К.О. Козловский и профессор Киевского университета Г.И. Минх. Профессор Г.Н. Минх с 1886 г. по 1892 г. четырежды посетил Терскую область, и он был приверженцем теории заразительности лепры. Изучая лепру в Терской области, Г.Н. Минх отмечал, что болезнь проявилась там главным образом среди пришлого казачьего населения, у горских же жителей она почти отсутствовала. Он писал: «Я не хочу сказать, чтобы между последними не попадались отдельные случаи заболеваний, хотя я таковых не видал. Указывая на это отсутствие, я имел в виду то, что ни в литературе, ни путем личных справок, я не мог найти даже отдельных указаний на существование у туземцев гнезд проказы, которые могли бы дать повод заподозрить ее давность и, следовательно, дать право искать в туземном населении источник развития проказы в наших станицах» [357].

В начале XX в. лепру в Терской области изучал и И.И. Гюберт [166]. Автор приводит фамилии и фотоснимки 81 больного, среди которых был один горец из Кабарды. Георгиевский городовой врач И.И. Гюберт осуществлял врачебное попечительство в частном приюте для прокаженных, открытого в 1897 г. в станице Александрийской. Достоверных данных о лепре среди горцев автор не приводит, но указывает, что чеченцы называли проказу «шер-ун», ногайцы «урус-котур», калмыки «чапли».

Наблюдение больных в лепрозориях продолжалось и после установления советской власти [189]. По специальной анкете Наркомздрава была проведена регистрация всех больных. На Северном Кавказе в 1925 г. было зарегистрировано 295 больных лепрой (146 муж., 149 жен.) [368]. Из общего числа больных в Терском лепрозории находились 70 больных. В исследованных нами материалах обнаружены факты ошибочного лечения лепрозных больных (более 75%) антисифилитическими препаратами, что было связано со сложностью диагностики лепры [298].

В Дагестане по «Отчетам о состоянии народного здравия» за 1890-1912 гг. было зарегистрировано 18 случаев заболевания лепрой [492]. С 1922 г. по 1936 г. было выявлено 46 больных лепрой и при этом очаги были разбросаны, с некоторым преобладанием их числа в Кахибском и Кизлярском районах, где соответственно было обнаружено 13 и 11 больных. К.А. Серопян (1947) указывает, что всего за 50 лет (с 1864 по 1914 г.) по всему Дагестану было учтено 36 больных лепрой и около половины из них были горцы [547]. В 1937-1940 гг. при специальном обследовании жителей аулов в пяти горных районах северо-западного Дагестана было обнаружено на дому 18 новых лепрозных больных горцев. Диагноз был подтвержден нахождением палочки Хансена в носовом отделяемом и при биопсировании лепромы. Оба автора отмечают, что в Дагестане имелись условия для возникновения очагов лепры – это не только близость Астрахани, Кубани, Терской области, Азербайджана, Ирана, где имеются старые эпидемические очаги, а также жаркий и влажный климат, но и «недостаточность культурно-

санитарных навыков, теснота и скученность в жилищах, совместное проживание больных лепрой со здоровыми членами семьи». По мнению дагестанских ученых А.В. Россова (1938), К.А. Серопяна (1947) Дагестан, это старый эпидемический очаг лепры, и занос ее в горные районы видимо имел место во времена нашествия персов, арабов, татаро-монголов.

Важную роль в борьбе с социальными болезнями на всех этапах играла санитарно-просветительная работа среди населения. Санитарное просвещение, как часть государственной системы здравоохранения, начало формироваться в 20-е годы XX века. Наркомздравом РСФСР было разослано на места «Положение о Домах Санитарного Просвещения» № 91 от 19 апреля 1924 г. [80]. Были определены и штаты Домов Санитарного Просвещения: врач-заведующий, лектор-демонстратор с медицинским образованием, библиотекарь, уборщица. Организованный в Москве в 1928 г. Центральный научно-исследовательский институт санитарного просвещения Наркомздрава оказывал научно-методическую помощь лечебным учреждениям в проведении санитарно-просветительной работы.

Для Северокавказского региона, с значительными проблемами в области здравоохранения и многонациональным составом населения санитарно-просветительная работа приобретала особо важное значение. Санитарно-просветительная работа в Чечне и Ингушетии в первые годы советской власти проводилась врачами экспедиционных отрядов и силами врачей крупных лечебно-профилактических учреждений. Лекционное бюро, в составе которого имелось около 20 врачей, было создано при здравотделе в 1926 г. [106]. В составе областной санитарно-эпидемиологической станции в 1930 г. организован пункт санитарного просвещения, в задачи которого входило проведение бесед, распространение брошюр, плакатов, листовок санитарно-гигиенического характера [228]. Следует отметить, что санитарно-просветительная работа проводилась, в основном, среди местного населения, не владевшего русским языком, вследствие чего возникал языковый барьер. Поэтому здесь стояла задача подготовки хорошего переводчика.

Санитарно-просветительная работа большое значение имела и для многонационального Дагестана. «Будучи очень важным вообще, вопрос о санитарном просвещении у нас в Дагестане является одним из передовых» – отмечали в Наркомздраве [791]. По инициативе врача С.М. Казарова в 1923 г. в Махач-Кале (Порт-Петровске) был организован Дом санитарного просвещения. Здесь выпускались санитарные бюллетени, листки и агитплакаты по борьбе с социальными болезнями, по охране материнства и младенчества, организовывались стационарные и передвижные выставки. Эти выставки посещали в организованном и индивидуальном порядке в среднем по 200-300 человек в день [329]. Дом санитарного просвещения имел более 2000 книг на различных языках, большое количество муляжей, изготовленных известным муляжистом Фивейским, получал 15 различных медицинских журналов из многих городов России [14]. Основные мероприятия проводились в рамках санитарно-просветительной недели.

Таким образом, регион Северо-Восточного Кавказа как в дореволюционное время, так и в годы советской власти оставался неблагополучным в санитарно-эпидемиологическом отношении. Главными причинами, ухудшающими санитарное состояние населенных мест, были местные климатические условия, бедность населения, низкий уровень санитарной культуры, отсутствие медицинской помощи. Значительные противоэпидемические мероприятия в советский период были проведены против оспы, малярии, тифов, холеры и других инфекций. Огромное внимание уделялось борьбе с социальными болезными. С первых лет советской власти стали учреждаться структуры санитарно-эпидемиологического надзора, что в определенной степени привело к ликвидации особо опасных инфекций и снижению заболеваемости населения социальными болезнями. Значительное место в противоэпидемической работе занимала санитарно-просветительная работа.

Глава 6. РАЗВИТИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ДЕЛА НА СЕВЕРНО-ВОСТОЧНОМ КАВКАЗЕ В XIX в. – 1940 г.

6.1. Характеристика минеральных источников региона и начало их регулярного использования для лечения больных в XIX –начале XX вв.

На территории Северного Кавказа больше сотни больших и малых минеральных источников, расположенных в предгорье от Черного до Каспийского моря. В пределах Терской области, в исследуемый нами период, были расположены известные, и давно используемые, минеральные источники: в Пятигорском казачьем отделе – источники Пятигорья, в Кизлярском отделе – Горячеводские, в Сунженском отделе – Михайловские и в Грозненском округе – Брагунские. Минеральные источники Кабарды, Балкарии, Осетии, Ингушетии, Дагестана бальнеологических сооружений не имели и в XIX в. официально не использовались в лечебных целях.

История Кавказских минеральных вод ведет свое начало от великого преобразователя России – Петра Великого, который лично был знаком с европейскими курортами Карлсбад и Пирмонт. По его указу Сенату от 24 июня 1717 г. «О приискании в России минеральных вод» доктор Шуберт (орфография сохранена) должен был «…искать в нашем государстве (а особенно в таких местах, где есть железные руды) ключевые воды, которыми можно пользоваться от болезней…» [436]. Лейб-медик Петра I Готлиб Шобер (Gotlieb Schober) в 1717 г. отправился на Северный Кавказ, где исследовал и описал Брагунские горячие источники в Чечне. Г. Шобер, только основываясь на устных сведениях, полученных от горцев, упоминал, что есть еще Бештаугорские ключи и знаменитый среди них кислый родник (Нарзан). Сам Шобер в районе Бештау (Пятигорье) не был из-за военных действий.

В XVIII в. в России сведения о минеральных источниках на Кавказе были скудными. Упоминание о горячих источниках в районе Пятигорских Черкасс можно встретить в книге «Большому чертежу» (1627) [277]. О них сведения были получены в 1744 г. через служивых Моздокского военного укрепления, а в 1756 г. от доктора В.Я. Гевитта [310]. Подлинно научное исследование Кавказских минеральных вод началось после 1774 г., когда по Кючук-Кайнарджийскому мирному трактату с Турцией Кабарда вместе с Пятигорьем отошла к России. Первое научное описание минеральных источников Горячей горы Пятигорья дал академик Гюлденштедт в 1774 г. А.И. Гюлденштедт в этот период возглавлял академическую Астраханскую экспедицию и с июля 1768 г. по март 1775 г. изучал Юг Европейской части России [85]. В последующие годы Кавказские минеральные воды исследовали и описали Я. Рейнегс (1784), Паллас (1793), Ф.П. Гааз (1810), А.П. Нелюбин (1823), П.Н. Савенко (1828), Ф.А. Баталин (1861), М.В.Скоров (1876), В.С. Богословский (1881), Л.Дрю (1883), В.О.Прейс (1890), С. Кулибин (1896), Н.В. Десницкий (1914), П.Ф.Иорданов (1915) и многие другие [117,378,504,550,45,63,186,477,299,258,175,231,481,541].

В соответствии с представлением Медицинской коллегии и доклада министра внутренних дел В.П. Кочубея императору Александру I в 1803 г. было признано государственное значение Кавказских Минеральных Вод и необходимость их устройства [8]. В 1803 году, который считается началом становления Кавказских минеральных вод, к водам были определены два постоянных врача [440].

Кавказские минеральные воды, начиная с 1803 г. находились в ведении министерства военного и министерства внутренних дел, позже общее руководство осуществляли горный департамент министерства государственных имуществ, министерства земледелия и государственных имуществ, министерства торговли и промышленности [456,291]. Региональное управление осуществлял командующий войсками Кавказской линии, наместник Кавказа, начальник (губернатор) Терской области.

Учитывая, что Кавказские минеральные воды, несмотря на то, что они располагались в Терской области, принадлежали государственной казне, и управлялись централизованно, а также были достаточно исследованы и описаны, мы посчитали возможным не включать их в данное исследование.

6.1.1. Минеральные источники Чечни и Ингушетии.

Целебная сила минеральных вод Чечни была известна с давних времен [53,267]. Задолго до официального открытия русскими исследователями «горячих теплиц» в Чечне горцами в лечебных целях использовались многочисленные термальные минеральные источники [506]. Местные жители ухаживали за источниками, обкладывая деревом или камнями каптаж. Из подручного материала у источника возводили небольшие постройки, в центре которых была яма на несколько человек с термальной минеральной водой (писцина). Горцы использовали горячие минеральные источники в виде паров и делали для этого простейшие приспособления.

Геологическое описание минеральных источников Чечни сделали путешественники-исследователи И.П. Фалк (1773), Штедер (1781), Г.Ю.Клапрот (I.Klaproth), (1808,1809), А.Шерер (A. Scherer) (1820), Г.В.Абих (1858), А.Б.Берже (1859), горные инженеры Ф.Г. Кошкуль (1879), А.М.Коншин (1890) и др. [4,663,274]. В 1915 г. геолог Я.В. Лангваген (1874–1941) начал гидрогеологическое исследование источников минеральных вод. Необходимое бурение скважин велось вручную в местах естественного выхода источников.

Возможные в то время химические анализы данных вод были сделаны московским химиком Р. Германом (R.Hermann) (1829), академиком Н.Н. Зининым (1853), магистром фармации Штакманом (1883) в лаборатории Кавказского окружного военно-медицинского управления в Тифлисе и они же отметили их целебные свойства [217]. Позже химический состав их был

изучен в 1913 г. ассистентом Тифлисской военно-медицинской лаборатории магистром фармации И.Д. Купцисом [104].

Достаточно полное медицинское описание целебных свойств минеральных источников Чечни дали доктора медицины Либау (1870). Н.А. Вертепов (1892), Е.А. Ларин (1897) [325.99,316]. В 1884 г. минеральные источники Чечни вошли в путеводитель по лечебным местностям Бертенсона и Воронихина [58].

С учетом результатов научных исследований минеральных источников, российские подданные, как и горцы, стали использовать полезные свойства минеральных вод Терского правобережья в лечебных целях. Представители регулярных подразделений русской армии и казачьего войска, жители казачьих станиц левобережья Терека (иногда целыми семьями), применяли минеральные воды, как для внутреннего, так и наружного употребления [196,673]. Однако ухудшение военно-политической обстановки в ходе Кавказской войны отбросило все перспективы дальнейшего использования Терских минеральных вод и организации стационарных условий лечения и значительно сократило поток больных [67]. Дальнейшее становление и развитие курортов Чечни происходило в условиях освоения российским государством территории Северо-Восточного Кавказа.

В XVIII-XIX вв. в Чечне были известны Брагунские, Горячеисточненские и Михайловские (Серноводские) минеральные источники. ***Брагунские*** горячие минеральные источники в районе между реками Терек и Сунжа в 1717 г. по именному повелению Петра I обследовал и кратко описал лейб-медик, доктор медицины Готлиб Шобер (Schober Gottlib, 1670–1739). Он назвал их источниками Святого Петра, а также признал в них целебные свойства для лечения многих болезней. В 1722 г. эти источники посетил сам Петр I: при своем возвращении из Персидского (Каспийского) похода русский царь в низовьях реки Койсу (Сулак) заложил новую крепость «Святой Крест» и побывал на «Брагуновских теплых водах и

лично исследовал целебное свойство тамошних горячих минеральных источников» [473,327].

Брагунский источник был расположен на землях частного владельца – «княжеский источник». По регламенту того времени горячие слабо сернисто-щелочные глауберовые источники считались близкими к Боржому и аналогичными Будапештским термам в Венгрии. Источник имел местное значение и, в основном, здесь лечились горцы – чеченцы, кумыки, представители народностей Дагестана. Как описывает П.С. Тенчинский (1891) в 1883г. здесь на источниках был сарай из саманного кирпича и в нем три ямы с водой проточной по 3-4 квадратных сажени, глубиной одну сажень. До 1920 г. на этом источнике никаких бальнеологических сооружений не было.

Горячеводские минеральные источники в разные годы назывались по-разному: Теплицы Святой Екатерины, Гребенские горячие воды, Старо-Юртовские минеральные воды, Терские источники, Горячеисточненский курорт, Горячеводская врачебно-санитарная станция, Барятинская курортно-санаторная лечебница. Находились они на северных склонах Терского хребта и по описанию А.П. Берже (1859), образовывались из пяти родников, выбивающихся из песчано-иловатого грунта и падающего каскадами с пятисаженной высоты. Слабо минерализовенные серно-соляно-щелочные воды достигали до 67-96 градусов Цельсия, а суточный дебит составлял 600 тысяч ведер [380].

Первое обстоятельное исследование Горячеводских источников минеральных вод сделал Иоган Антон Гильденштедт (1745–1781 гг.) в апреле 1770 г. и назвал последние «Теплыми целительными водами святой Екатерины» [145,287,85]. Описывая целительные силы теплых вод, он пишет в книге «Путешествие по Кавказу…»: «Из всего доложенного мной о химических составных частях и свойствах теплых целительных вод становится достаточно ясным, что воды эти, похожие на мыло, обладают силой, как при внутреннем, так и при внешнем лечении, смягчать и очищать

тело, разжижать соки, устранять запоры, действовать как потогонное и мочегонное» [145].

В 1821 г. недалеко от села Старый Юрт, на войсковых землях у Горячеводских минеральных источников был возведен казачий редут для охраны почтового тракта от Грозного до Моздока и Кизляра. Сами источники позже были взяты казачьим военным ведомством для лечения воинских чинов. Для этого соорудили несколько водоемов в виде огромных лестничных ступеней; вода, охлаждаясь, шла вниз. Водопад горячей минеральной воды наполнял вымощенный пруд. У главного источника был сооружен домик с двумя ваннами. Начало деятельности курорта и правильного лечебного использования источников относится к 1849–1850 гг. [506,86].

Как водолечебная станция для чинов военного ведомства, Горячеводск стал функционировать с 1849 г., когда впервые сюда для лечения водами был прислан транспорт с больными из Грозненского военного госпиталя [316]. В следующем 1850 г. при водах было открыто особое отделение для долечивания того же госпиталя [316,222]. Здесь построили ванные корпуса, отстойники и охладители. Первые водолечебные сооружения были самого примитивного устройства. Над группой источников, обложенных каменной стенкой, был построен деревянный домик с люками в полу; через эти люки по мере надобности впускался пар от источников в помещение, где им и больные парились. Для купанья были устроены две каменные ванны в виде резервуаров, а над ними раздевальни из досок. Больные помещались в палатках, а на следующий сезон были устроены 21 досчатый барак, каждый на 20 больных. С течением времени лечебные сооружения и помещения для больных, функционировавшие в летний сезон, расширились.

Постепенно обустраивалась и сама лечебная местность. В 1853 г. для заселения местности близ источника было поселено 180 женатых солдат Кавказского линейного батальона – так образовался поселок Горячеводский позже приписанный к казачьему сословию [316]. Поселок переименовали в

станицу Горячеисточненскую (позже Барятинская). Станица Горячеисточненская стала военным укреплением вместе с водолечебницей вооруженным лагерем, окруженным высоким валом и охраняемой тремя ротами солдат с пушками [316].

С 1861 г. здесь находился самостоятельный Горячеводский военный госпиталь, вскоре закрытый. Позже, в 1869 г. в Горячеводск перевели военный госпиталь из станицы Михайловской. В 1886 г. Горячеводск посетил Кавказский окружной военно-медицинский инспектор, почетный лейб-медик доктор медицины А.А. Реммерт, который высоко оценил терапевтическое значение Горячеводских минеральных источников и вынес заключение о необходимости устройства здесь водолечебного курорта, отвечающего всем современным требованиям [316].

В следующие годы здесь появились красивые каменные постройки. Правильно спланированные, одетые каменной кладкой берега озер минеральной воды, спуски к воде в виде каменных лестниц, железные перила, купальни; клумбы цветов и бассейны фонтанов производили впечатление полного благоустройства. Для бальнеолечения на врачебно-санитарной станции имелись минеральные ванны, паровые ванны, души, купальные пруды. Кроме специальных сооружений на Горячеводской санитарно-лечебной станции имелись помещения для нижних чинов, офицерский флигель, помещения для персонала, служебные постройки – кухня, пекарня, ледник и др.

Вокруг источников строились дома, разводились сады – возникал «маленький город». В 1874 году в Горячеисточненской станице было домов – 81, жителей – 372 человека [577]. В конце XIX в. в станице было уже около 200 домов, где казаки приезжим курсовым сдавали комнаты для временного проживания. В центре станицы имелись и гостиницы для приезжих, ресторации.

Вскоре Горячеводск становится известным курортом. На дилижансе Владикавказ-Грозный сюда приезжали из разных уголков России [267].

Знаменитые Горячеводские открытые пруды (озера) с проточной водой для купанья на открытом воздухе и с громадной пропускной способностью в тысячу человек, составляли особый метод бальнеологического лечения, требующий, однако, клинического изучения. Озера минеральной воды составляли наиболее излюбленное место купания приезжающих на лечение: мужчины купались на одном берегу, женщины – на противоположном.

Курорт имел возможность принимать, как стационарных, так и амбулаторных больных. Здания санитарно-лечебной станции были рассчитаны на 200 мест, а в казачьей станице летом могли размещаться больные в количестве до одной тысячи человек [380]. Здания станции отапливались проведенной в них водой Горячеводского источника. Наряду с основными каменными зданиями существовали и деревянные бараки. Ванное здание было небольшим, состояло из отдельного павильона с кабинами, помещениями для фельдшера и прислуги. Здание паровых ванн и душей было построено также в виде отдельного павильона с красивой архитектурой.

Особое значение курорт, как военная санитарно-лечебная станция приобрел во время Первой мировой войны. В январе 1915 г. лечебные местности Чечни осмотрел, с представителями от разных ведомств и специалистами-консультантами, верховный начальник санитарной и эвакуационной части российской армии и тыла генерал-адъютант принц Александр Петрович Ольденбургский (1844-1932) и признал «весьма важное бальнеологическое и климатическое значение этих вод» [754]. Было принято решение соорудить барачные постройки для лечения нижних чинов в Горячеводске на 2000 человек, считая стоимость постройки от 40 до 60 рублей на кровать и 100 рублей на ее оборудование

По данным старшего врача бараков К.В. Гриневича (1917) в Горячеводске к принятию больных бараки были готовы уже 1 июня 1915 г. [160]. В первый летний сезон с 25 июня по 31 октября 1915 г. прошло лечение 2063 человека. Большинство из них составляли больные с последствиями огнестрельных ранений (53%), и хроническим ревматизмом

(25,5%). В результате лечения с выздоровлением выписано 30,3%, получило улучшение 57,3%, и осталось без улучшения – 12,3%. Лечение в Горячеводске состояло из ежедневного купания в пруду с минеральной водой, принятия водяных и паровых ванн, душа. Наряду с водными процедурами применяли массаж, солнечно-воздушные ванны, электролечение (фарадический аппарат Штаммера), медикаментозное лечение.

Первые медицинские наблюдения на Горячеводских источниках провели: лекарь В. Александровский в летний сезон 1852 г., П.С. Тенчинский, бывший в 1883-1885 гг. заведующим Горячеводским госпитальным отделением, доктор медицины И.К. Юцкевич (1894), врач М.Б. Гольденберг (1897), заведующий санитарно-лечебной станцией на этих водах в летний сезон [10,670,671,576,150]. В последующем исследования этих вод провели доктор медицины А.А. Новицкий и его коллеги по госпиталю К.В.Гриневич, П.Ф. Смоличев, М.М. Шварц [324]. Все они указывали на высокую эффективность данных вод при ревматизме, последствиях травматического повреждения, заболеваниях нервной системы, кожных болезнях.

Первые работы по освоению ***Михайловских*** горячих источников были проведены военными из подразделений Тенгинского полка, дислоцированными по Сунженской линии и в Грозном [483]. Рядом с источниками в 1845–1846 гг. на войсковых землях была заложена на Сунженской линии станица Михайловская, и от нее источники получили свое название – Михайловские горячие минеральные источники [229,573]. По инициативе командира 1-го Сунженского линейного казачьего полка Н.П. Слепцова здесь, в Михайловской, был открыт в 1848 г. казачий военный госпиталь и отделение на минеральных источниках [98,100,101,373,229]. В летний сезон сюда присылали на лечение от 50 до 80 больных казаков и офицеров Терского казачьего войска. Постепенно, устроенная здесь военная

санитарно-лечебная станция расширилась, улучшились условия лечения и проживания [580].

Однако, бальнеологические сооружения источников требовали постоянного ремонта. Из-за отсутствия достаточного финансирования хозяйство курортной лечебницы со временем пришло в упадок и в 1869 г. командование Кавказского военного округа продало с аукциона все хозяйство курорта за 187 руб. и 81 коп. [98,101]. Бывший здесь лазарет в 1870 г. был упразднен и переведен в Горячеводск. Саманные здания и деревянные постройки разрушены, и в последующем четверть века все пребывало в запущенном состоянии.

С проведением в 1893 г. Петровской ветки Владикавказской железной дороги встал вопрос и о минеральных источниках. Вблизи железнодорожной станци – Михайловский разъезд, где останавливался пассажирский поезд, областная администрация с помощью частных лиц, администрации железной дороги, военного казначейства каптировали источник и построили ванное отделение. К началу 1895 г. источники были приспособлены для пользования больными – поставлены пять ванн в крытой купальне, приглашен медицинский фельдшер для постоянного наблюдения больных. На самих источниках заканчивалась постройка 12 жилых номеров и буфета частного арендатора с оплатой 10 рублей за одиночный номер и не свыше 15 рублей за семейный номер в месяц. Значительная заслуга в этом была местного лекаря Н.А.Вертепова, выходца из зажиточной казачьей семьи [401,149].

Однако за неимением денежных средств на дальнейшее устройство водолечебных приспособлений и свободных штатных единиц для эксплуатации этих вод областное правление сдало их в аренду частным предпринимателям. Источники и сооружения на них были поручены Михайловску участковому врачу Н.А. Вертепову, у которого при войсковом приемном покое и содержалась контора вод [833]. Благодаря усилиям Вертепова в конце XIX в. Михайловские минеральные воды (курорт Серноводск) становятся признанной здравницей для Терского казачьего

войска и населения Терской области. В первом десятилетии XX в. Михайловский курорт благоустраивается и несколько расширяется: строятся новые ванные здания, бассейн. В 1910 г. на курорте лечилось 8 тыс. человек, а в 1915 г. уже 19 тысяч [121]. К 1915 г. здесь имелось около 30 зданий: деревянных и построенных из саманного кирпича. Врачебное обслуживание курортных больных улучшилось с учреждением в станице Михайловской 27-коечной казачьей войсковой больницы, где амбулаторный прием вели врачи по многим специальностям.

Согласно архивным материалам, во время Первой мировой войны курорт использовался для лечения раненых и больных Действующей русской армии. В связи с постановлением Военного совета от 17 марта 1915 г. было решено на Михайловских источниках (курорт Серноводск) построить за счет казны специальные бараки на 1000 мест для размещения больных и раненых, оснастив их необходимым имуществом [754]. Терское казачье войско обязано было выделить средства из войскового капитала и построить на Серноводском курорте каменное ванное здание на 50 ванн «для нужд раненых воинов и войсковых больных». В скором времени были построены бараки на тысячу мест, а также новое ванное отделение и начато лечение раненых и больных солдат и офицеров [836,837,606].

Первыми медицинское описание Михайловских вод сделали лекарь И. Верзейн (1849) [92], лекарь М. Кедров, заведовавший здесь полковым лазаретом [273], профессор И.С. Залесский (1896) [585], врачи Тулупов, Либау и др. При этом перед Кавказским окружным военно-медицинским инспектором был поставлен вопрос об открытии на Михайловских источниках военной санитарно-лечебной станции [834]. Достаточно полное исследование всех источников Михайловской и Слепцовской балок, их химический состав, клинические наблюдения, климатические наблюдения местности провел Н.А.Вертепов [98,100,101]. Имевшиеся врачебные наблюдения показали высокую эффективность данных вод при лечении

больных ревматизмом, последствиями травм и ранений, воспалительными заболеваниями, кожными болезнями.

6.1.2. Минеральные источники Дагестана.

В предгорьях Дагестана имелись многочисленные источники минеральных вод. И как отмечал проф. О.А. Байрашевский (1947) «…Дагестан, как никакая другая область, равная ему по территории в Советском Союзе и даже в целом мире, изобилует природными богатствами целебного значения. Здесь и многочисленные удобные морские пляжи, и прекрасные местности для климатического лечения на различных высотах горного рельефа, много рапных и грязевых озер и, наконец, многочисленные и разнообразнейшие по своему составу минеральные источники питьевого и бальнеологического характера» [37]. Издревле их использовало местное население. С началом русско-дагестанских взаимоотношений стали изучать природные богатства Дагестана, в т.ч. и минеральные источники. Академик Г.В. Абих в 1860 г. впервые детально изучил Кара-Кайтагские (ныне Каякентские) минеральные воды, а позже и ряд других источников Дагестана [3]. К 1891 г. в регистр минеральных вод Дагестана входил 21 источник. На этот период примитивные бальнеологические сооружения были только при Кара-Кайтагских, Ишкартинских, Андреевских и Ахтынских источниках, химический состав вод которых был известен. В Программе «Панорама жизни Кавказского края» в 1909 г. были даны сведения об источниках в округах: Теми-Хан-Шуринском, Андийском, Кайтаго-Табасаранском, Кюринском и Самурском, и более менее приспособленными для использования из них были Кайтагские и Ахтынские минеральные источники [823]. Некоторые изливающие воды вокруг образовывали болотистую местность, где плодились комары, и вопрос осушения болот поднимался не раз [811]. В те годы изучением дагестанских минеральных вод занимались

А.М.Коншин (1893), Л.Б.Бертенсон (1901), Э.Э.Карстенсон (1915), А.С.Ермолов (1916), И.Д.Купцис (1917) и др.

Славились у местного населения и у военных, Ахтынские целебные источники. В русском укреплении, заложенном в XIX в., для военнослужащих гарнизона были обустроены Ахтынские бани – небольшие здания с плоскими крышами у источников. С тех пор и до настоящего времени эти источники называются «солдатскими», «мужскими», «женскими», «офицерскими». Входили эти источники в Самурский округ, по поводу которых окружной врач в ноябре 1882 г. докладывал в военно-народное управление Дагестанской области: «Ахтынские горячие серно-щелочные воды своими целебными свойствами против различного рода болезней и с большой верою посещаются преимущественно недостаточным классом туземного населения почти всего Южного Дагестана …Целебные свойства ахтынских источников, помимо указанного доверия к ним населения, доказаны также научным путем: за них говорит качественный химический состав воды этих источников… и статистические выводы, основанные на практических наблюдениях над больными в лазаретном отделении Ширванского пехотного полка» [830]. Одновременно излагалась и просьба о благоустройстве этих источников. К 1897 г. были возведены дополнительные постройки, отремонтированы старые здания, исправлены каменные ванны [84,34]. Источники находились в ведении Управления государственными имуществами Бакинской губернии и Дагестанской области и с торгов сдавались в аренду частным лицам [308]. Минеральные воды Ахтынских источников неоднократно исследовались: Р.Д. Купцисом в 1913 г., Ю.В. Морачевским в 1925 г., Н.Н. Ростовцевевым в 1934 г., А.И. Чернцовым и С.А. Гатуевым в 1945 г.

На протяжении XIX в. и в начале XX в. минеральные источники Дагестана использовались только местными жителями и военными из близ дислоцированных частей Кавказской армии с помощью самых примитивных бальнеологических приспособлений. Больные из госпиталей Темир-Хан-

Шуры и Порт-Петровска на долечивание направлялись обычно на Талгинский серный источник, расположенный в 30 верстах от окружного города. В Талгах имелись три источника (Ивановский, Михайловский, Георгиевский) почти одинакового химического состава. По материалам тех лет в воде источников содержались сероводород, серная кислота, свободная углекислота, натрий, кальций, магний. Здесь лечились больные с хроническими заболеваниями мышц, суставов и кожи [667].

Материалы нашего исследования указывают на отсутствие заинтересованности к использованию минеральных источников Дагестана со стороны государственных структур, медицинских обществ, а также русских военных врачей, служивших на Кавказе. Определенный интерес к ним проявило Управление медицинской частью гражданского ведомства на Кавказе, когда в 1913 г. предписало врачебному отделению правления Дагестанской области собрать подробные сведения о всех минеральных водах с одновременным взятием проб воды для анализа. Обследована была только часть минеральных источников, наиболее популярных среди местного населения, и взятые пробы направлены в Тифлисскую специальную лабораторию для химического анализа [337]. Миатлинские (Сулакские) минеральные источники в тот период находились на территории Хасав-Юртовского округа и соответственно последние обследовало врачебное отделение Терской области [835]. Остальные источники: Кара-Кайтагский, Тупсус, Каякентский, Ахтынский, Чирик-Булак, Талгинский, Гиук-Су, Иси-Су, Атлыбуюнский, Гильярский, Рычальский обследовала уже местная врачебная команда. Химические анализы, отзывы врачей явились основанием для признания источников целебными. По данным М.Малыгина (1924) вопрос о Талгинском источнике обсуждался в Тифлисском обществе содействия развитию отечественных курортов и позже в 1915 г. в научно-бальнеологической секции Всероссийского общества для содействия развитию русских лечебных местностей (Петроград), где пришли к заключению, что по содержанию сероводорода и других составных частей,

по бальнеологическим свойствам «источник должен быть признан первым не только в России, но вероятно и во всей Европе» [337]. По количеству свободного сероводорода он превосходил не только Пятигорские, но даже и Мацестинские сероводородные источники.

С учетом результатов предыдущих исследований самое обстоятельное описание Талгинского источника было сделано инженер-химиком А.С. Ермоловым, который совместно с геологом А.Н. Огильви и химиком Управления Кавказских минеральных вод Э.Э. Карстенсом осенью 1915 г. обследовал источники в Талгинской долине (Гииксалганские, Петровские, Таркинские) и дал им бальнеологическую оценку [198,308]. Результаты обследования в марте 1916 г., с предложением использовать данные источники в лечении раненых и больных во время войны 1914-1916 гг., были доложены на заседании Всероссийского общества развития и усовершенствования лечебных местностей [182,122].

Несмортя на наличие многочисленных минеральных источников в Дагестане и возможности их практического использования с лечебной целью как гражданским населением, так и военными, развитию их не уделялось должного внимания. Отдаленность Дагестана от промышленно-культурных центров, малодоступность отдельных его районов в силу их топографических особенностей, отсутствие удобной связи с местами расположения источников, а иакже неблагоприятная эпидемиологическая обстановка в XIX-начале XX вв.также не способствовали развитию лечебных местностей в крае.

6.1.3. Минеральные источники Кабарды и Балкарии.

О целебных свойствах минеральных вод Кабарды знали уже в отдаленные времена, и народ пользовался ими, о чем свидетельствуют примитивные деревянные и каменные приспособления для купания, обнаруженные в районах минеральных источников верховьев рек Баксан и Малка [38,39,179]. Популярным среди местного населения были источники

Джилы-су («Теплая вода»). О том, что кабардинцы издревле знакомы с минеральными источниками района Бештау указывал еще Ш.Б. Ногмов (1862) [381]. Источники в районе нынешнего Кисловодска, где проживали кабардинцы, назывались «Нарт-Сана» – нартский напиток, а в районе Пятигорска «Псы-хуаби» – теплая вода. Открытие Железноводских и Ессентукских минеральных источников приписывают кабардинскому князю Измаил-бею Атажукину, которому была посвящена поэма «Измаил-бей» М.Ю. Лермонтова. Согласно некоторым сведениям кабардинцы и балкарцы издавна пользовались и грязелечением, используя для этого целебную грязь Тамбуканского озера [345]. Источникам Минги-Тау (Эльбрус) при регулярном употреблении воды из них приписывались свойства сохранения молодости и здоровья.

В 1841 г. доктор медицины М.Д. Жабчинский в своей работе «De aquis mineralibus Caucasi in Magna Cabarda» дал подробное описание целебных свойств минеральных источников Большой Кабарды [682]. Минеральный источник Джилы-Су был исследован и описан впервые академиком Г. Абихом (1874), а химический анализ воды проведен провизором Ф.Ф. Шмидтом. В дальнейшем источник неоднократно исследовался разными специалистами, в том числе доктором Е. Павловым (1866 г.), горным инженером А.М.Коншиным (1899 г.), геологом А.П. Герасимовым (1905 г.). Химическая природа источников многократно исследовалась химиком Э.Э.Карстенсом (1909) [675,271]. Согласно заключения профессора А.П. Герасимова корни источников Джилы-су и других родственных им вод, залегающие в толще древне-палеозойских пород связаны с магматическим очагом, в былые времена питавшем извержения ныне потухшего вулкана Эльбруса [139].

На 1891 г. в Нальчикском округе числились шесть источников: Теплый Нарзан на северном склоне горы Таш-бурун, Малкский в долине реки Малки, Эльбрусский, Хассаутский, Джариштио, Черкесский [250]. Еще в XIX в. источники подвергались разноплановым исследованиям геологами,

гидрологами, химиками (академик А.Я. Купфер, 1829 г.; А.Першин, 1835 г.; Н.А.Резцов, 1884 г.; А.И.Фомин, 1891 г.и др.). В начале XX в. были собраны сведения об источниках под горой Эльбрус на берегу реки Малка [761]. В этот период отдельные источники Кабарды и Балкарии обследовали горный инженер Л.К. Конюшевский (1905 г.), известный кавказский геолог А.П. Герасимов (1905-1913 гг.) и главный химик Управления Кавминвод инженер-технолог Э.Э. Карстенс в 1905-1909 гг. и 1912-1913 гг. Однако, несмотря на это кабардинские минеральные источники не были известны во врачебном мире и не нашли в XIX- начале XX вв. широкого применения. Источники использовались только местным населением без медицинского наблюдения и «кустарным образом». Нальчик воспринимался только как климатическая станция, куда на летний период съезжалось до двух тысяч больных [767,768]. Следует указать, что вопрос о развитии в Нальчике курортного дела поднимался местными властями неоднократно, было образовано Общество курортного благоустройства слободы Нальчик [777,778]. Вместе с тем в период Первой мировой войны Нальчик не имел какой-либо курортной организации и представлял собой простое поселение полугородского типа, которое использовали как климатическую станцию для больных солдат и офицеров [487,321]. Уже в феврале 1915 г. на средства Кабардинского общества и жителей слободы Нальчик был открыт первый благотворительный лазарет на двадцать коек, где работали окружной врач С.А. Беляновский, фельдшер Ефим Драч и сестра милосердия Фардаус Сарова, выпускница Ставропольской фельдшерско-акушерской школы. Лазареты Всероссийского земского союза (ВЗС) на 270 мест здесь были устроены на дачах в предместье Долинском, в частных домах, в общежитии при реальном училище. Предназначены они были для лечения, в основном, больных, отравленных на фронте газами. Наряду с ними здесь лечились и больные с туберкулезом легких. Благоприятные климатические условия, чистый горный воздух, хорошее питание оказались вполне эффективными при лечении данной категории больных. Учреждениями Всероссийского

земского союза через Нальчик было проведено в 1916-1917 гг. лечение около 3,5 тыс. больным, большая часть из которых страдала легочной формой туберкулеза [318,659].

6.1.4. Минеральные источники Осетии.

Многочисленные минеральные источники Северной Осетии имеют длительную историю народного курорта. Известный осетинский врач доктор медицины М.А. Мисиков (1916) писал, что лечение водами среди осетин довольно распространено и пользуется большим доверием [361]. Знаменитым был высокогорный Цейский ледник, спускающийся ниже линии снежного покрова среди отвесных скал и дающий начало реке Цейдон, где и купались больные. Другим популярным местом у населения был Кармадон (Теплый источник) у истоков реки Генал-дон – горячий источник вытекал прямо из под ледника. Контингент в обоих местах был одинаковый: больные туберкулезом, ревматизмом, малокровием.

К 1891 г. в Осетии (Владикавказский округ) были известны следующие минеральные воды: Санибские, Алагирские и другие источники – Нарский, Стыр-хох, Даргавский, Ногкауский [250]. Особой популярностью среди местного населения пользовался Санибский источник. Минеральные источники Осетии в XIX – начале XX вв. специалистам не были известны и не изучались. Имеются лишь упоминания путешественниками М. Энгельгартом и Ф. Парротом в 1811 г. об Алагирских серных источниках.

Особой славой и широкой популярностью пользовалась местность в Алагирском ущелье, в высокогорной долине реки Цей-дона, у Цейского ледника. Здесь же находится Священная роща «Реком» с часовней – осетинской святыней глубокой древности. З.Р.Аликова с соавторами (1994) пишет, что Цейский народный курорт существовал с незапамятных времен и еще до христианской эры, более двух тысяч лет назад сюда стекались больные, чаще всего страдающие чахоткой [16]. Горноклиматические

условия Цея способствовали улучшению состояния больных именно с легочной патологией. Для посетителей курорта, уроженцем Осетии Б.Зангиевым, в Цее в 1909 г. был построен дом из девяти комнат.

Вопрос о научно обоснованном использовании климатических особенностей края встал на 1-м съезде врачей Терской области в 1911 г., когда осетинский врач А.Г. Тлатов сделал сообщение об использовании Цейского ледника (Цейское ущелье) для лечения туберкулезных больных [594]. Об использовании Цейского и Караугомского ледников в Осетии, как высокогорных климатических станций, видные специалисты по климатологии, гидрологии и бальнеологии О.А. Чечетт, А.Х. Григорьев, В.В. Маркович писали в Трудах Второго Всероссийского съезда деятелей по климатологии, гидрологии и бальнеологии (Пятигорск, 1903 г.). В 1915 г. на Петроградском съезде по улучшению отечественных лечебных местностей профессор О.А. Чечет повторно поднимал вопрос о необходимости устройства климатической станции для чахоточных больных в Осетии [646].

Таким образом, богатые целебные возможности северокавказского края в XIX- начале XX вв. не получили должного развития. Несмотря на проводившиеся разными специалистами исследования минеральных источников, имевшихся на территории Северо-Восточного Кавказа и обоснование необходимости их использования с лечебной целью, строительство курортных мест откладывалось за неимением средств. Большая практическая значимость использования минеральных источников была доказана во время Первой мировой войны в результате лечения раненых и больных солдат и офицеров Русской Армии.

6.2. Формирование советской системы санаторно-курортного дела в северокавказских автономных республиках в 1920-1940 гг.

После установления советской власти все курорты в сентябре 1918 г. были переданы Народному комиссариату здравоохранения РСФСР, а 20

марта 1919 г. В.И.Ленин подписал декрет „О лечебных местностях общегосударственного значения". Данным декретом все лечебные местности и курорты со всей инфраструктурой и прилегающими землями объявлялись собственностью государства для использования в лечебных целях широкими слоями населения. Начался новый этап модернизации административно-правового статуса курортов, создания экономической базы, развития бальнеологической науки, а также становления культурного облика курорта. Во всех областях курортной жизни была провозглашена «медицинская диктатура» – красной нитью проходило лечебное направление курортов [310]. В 1923 г. в целях развития курортного дела и создания необходимых условий для перехода курортов общегосударственного значения на хозрасчет Совет Народных Комиссаров 13 марта 1923 г. принял декрет «Об организации курортного дела» и для управления курортным делом в составе Наркомздрава образовал Главное курортное управление, реорганизованное в 1936 г. во Всесоюзное объединение курортов «Союз».

В первые годы советской власти на Северном Кавказе только небольшая часть исключительных по своей ценности и разнообразию курортных местностей была благоустроена и эксплуатировалась [542]. В первую очередь это касалось курортов Кавказских минеральных вод, а также курортов Горячеводск и Серноводск в Чечне, разоренных в годы Гражданской войны. В сентябре 1920 г. был организован санаторно-курортный подотдел Терского облздравотдела, который разработал план изучения минеральных источников, в т.ч. и Кавказских минеральных вод [16]. У местных ревкомов были запрошены сведения о тех источниках и климатических станциях, имеющих первоочередное значение. Были выделены и денежные средства в сумме 5560 тыс. рублей. Следует помнить, что в тот период для автономных областей курортное хозяйство, играя большую роль как отрасль здравоохранения, одновременно являлось и экономическим фактором, в некоторой степени определяющим культурное и хозяйственное благосостояние местных трудовых масс [358]. Первые годы

советской власти ознаменовались восстановлением курортов и приспособлением их для лечения трудящихся, а, начиная с 1925 г. появилась возможность и дальнейшей реконструкции источников и санаториев [575,482,275,399,55,310].

С установлением советской власти начались восстановительные работы и на курортах Чечни и Ингушетии. В ноябре 1922 г. доктор медицины А.А. Новицкий выступил с предложением Горячеводские и Брагунские источники, вместе с Серноводскими, выделить в особую группу Кавказских Минеральных Вод, подчиненных в административном отношении Управлению Вод в Пятигорске на тех же условиях, как Ессентуки, Кисловодск и Железноводск [380]. Однако это поддержки не нашло. В 1926-1936 гг. научные исследования минеральных источников Чечни и Ингушетии проводили гидрогеолог Я.В. Лангваген (1926-1927 гг.), А.А. Григорьев (1928), профессор Э.А. Штебер (заведующий кафедрой химии Северо-Кавказского технологического университета, Владикавказ), профессор Н.Н. Нижибицкий (заведующий кафедрой терапии Кубанского медицинского института, Краснодар), доцент Г.С. Леонтьев, врачи Н.П. Чеботаев, М.Н. Фотиева, П.Е. Бреславцев и др. [662,159,315].

Целенаправленное развитие курортного дела в советской Чечне началось с создания в 1926 г. Чеченского курортного управления (Чечкурорт). Первыми руководителями медицинской частью Чечкурорта были врачи А.П. Дацкевич и позже Н.П. Чеботаев. В курортное управление входило пять курортов, два завода минеральных вод, научно-исследовательская лаборатория [106,27]. В числе курортов была и климатическая станция Шатой в горной области для отдыха горнорабочих Грозненского района [749]. В 1930 г. объединение Чечкурортов было ликвидировано и функции управления курортами были переданы курортному подотделу Чечоблздравотдела. В отчете Чечкурорта за 1930 г. указывалось, что «курорты переживают тяжелое и даже катастрофическое положение в смысле дебета источников и строительства, угрожающее в

случае непринятия срочных мер полной ликвидацией столь ценных курортов» [311].

Следует отметить, что вопрос необходимости широкого развертывания на курортах научно-исследовательской работы остро стоял с первого дня учреждения Чечкурорта [746]. В связи с этим Чечоблздравотдел наладил контакт с Бальнеологическим институтом на Кавказских Минеральных Водах [111]. В этих исследованиях значительна была роль и ученых Бальнеологического института, созданного в Пятигорске в 1920 г., а позже и Пятигорского НИИ курортологии и физиотерапии. Специалистами курортного дела, ведущими учеными-курортологами научных учреждений Кавминвод кураторство Чечни продолжалось все годы советской власти.

На сезон 1934 г. было запланировано функционирование 40 коек в Ачалуках, 100 коек в Брагунах, 350 коек в Серноводске, 350 коек в Армхи и 50 коек в Шатое [745].

В 1928 г. курорт Брагуны по дебиту воды занимал первое место не только в СССР, но и во всей Европе – до 200 тысяч ведер в сутки [228]. В начале же XX в. дебит воды был еще больше – 650 тысяч ведер в сутки [380]. Имелось достаточное количество и лечебной грязи. Однако из-за проблем с жильем и медицинским персоналом курорт не мог работать круглогодично [750]. В сезон 1929 г. на курорте Брагуны прошло лечение 855 больных, а в 1930 г. уже 2816, в основном, крестьяне из близлежащих местностей [311]. Несмотря на ряд правительственных решений колхозный курорт Брагуны так и не получил своего развития. В летний сезон 1934 г. в трех деревянных бараках без отопления и в достроенном пансионате имелось 150 мест. В 1937 г. из-за отсутствия надлежащий условий для функционирования курорт Брагуны был закрыт [106].

В 1922 г. Грозненское нефтяное управление арендовало Горячеводский курорт у Горской республики сроком на пять лет [159]. Был проведен ремонт зданий, помещений для бальнеопроцедур, оборудован электросветолечебный кабинет, устроены хозяйственные службы, клуб-

театр, поставлена электрическая станция, укомплектованы штаты. Курорт предназначался для круглогодичного лечения и оздоровления рабочих и инженерно-технических работников. Его бальнеотерапевтическая емкость по дебиту источника при условии полного использования была исчислена в 9600 бальнеологических единиц (1200 человек в день) [338].

В 1924 г. курорт стал именоваться «Всесоюзным курортом им. Ленина» (сокр.- «Ленин-курорт»). Санаторий имел 100 мест для взрослых и 50 для детей [124]. В 30-х гг. XX в. здесь имелся стационар уже на 180 коек. Размещались отдыхающие в 6 зданиях по 20–40 человек в каждом. На курорте работали 6 штатных врачей и 7 медицинских сестер [106]. Амбулаторные больные (80%), размещались в станице, где жители сдавали в аренду около 400 комнат на 800 мест [338]. В конце 1926 г. курорт был передан в ведение областного объединения курортов Чеченской автономной области.

В 1920 г. курорт Серноводский (бывший Михайловский) был национализирован и передан в ведение Чеченского облздравотдела, затем, в 1926 г., в ведение Чечкурорта [228,106]. В сезон 1924 г. стационарных мест на курорте было 50 и еще в станице было 220 комнат с 430 кроватями для приезжих [106].

В 1926-1927 гг. были проделана большая работа по каптажу и приведению в надлежащий порядок источников. В летний сезон 1928 г. функционировали Чеченский пансионат на 50 коек, Осетинский на 30 коек, Сунженский на 25 коек. Помещений постоянно не хватало, большая часть, из имевшихся, были небольших размеров, с низкими потолками, сырые и плохо освещенные [751]. Курорт испытывал трудности с пресной водой, продуктами питания. Бальнеопроцедуры отпускались, в основном, в общем бассейне. Однако недостатки в деятельности курорта постепенно устранялись. Было заведено подсобное хозяйство, санаторий имел и небольшую животноводческую ферму.

Согласно отчету за сезон 1930 г. прошло лечение в стационаре 350 больных (рабочих 47,7%), в основном, местных жителей из Чечни и Осетии [311]. Через пансионаты прошло 810 больных, через поликлинику 2830, преобладали рабочие и колхозники. Из общего количества больных осетин было 1202, ингушей 90, чеченцев 38, кабардинцев 55 и пр. Фактически курорт имел межобластное значение, тем более в этот период в Осетии, Ингушетии и Кабардино-Балкарии своих бальнеологических курортов не было, в то время когда в Чечне их было три.

Известно заключение комиссии Пятигорского Бальнеологического института, которое в 1931 г. было вынесено по курорту «Серноводск»: «По обследованию на месте курорта Серноводск и после ознакомления с организацией его работы комиссия полагает, что данный курорт является в настоящее время единственным надлежащим образом обставленным, обслуживающим восточную часть Северного Кавказа, а за последние годы и население отдаленных областей Союза. Курорт имеет блестящие перспективы по своему расположению, климатическим условиям и по разнообразию минеральных источников» [106,748].

В 1939 г. на курорте ввели в строй капитально отстроенный современный спальный корпус на 150 коек, с бальнеологическим отделением в полуподвальном этаже. В период Великой Отечественной войны в санатории размещались два эвакуационных госпиталя для реабилитации раненых на фронте солдат и офицеров действующей Красной Армии.

Курорт Серноводск с своими 4 типами минеральных вод практически на одной территории: сульфидными, гидрокарбонатно-сульфатно-натриевыми, хлоридно-натриевыми и йодобромными в советское время стал особенно перспективным. С началом круглогодичного функционирования пропускная способность этого курорта возросла до 10 тысяч человек в год.

Официальное обследование целебных свойств Ачалукских минеральных вод и грязей Ингушетии началось в марте 1925 г. [640]. По решению Правительства Ингушской автономной области здесь было

построено ванное здание на шесть ванн и сооружен барак на 50 человек; в бутылки стали разливать воду для лечебных учреждений. Значительную работу по исследованию всех источников Ачалукской котловины провел профессор Э.А. Штебер (1927) [662]. Из 30 источников были выделены группы соляно-щелочных, щелочно-сернистых, соляно-глауберовых минеральных вод.

Первый сезонный санаторий «Армхи» на 45 человек в Солнечной долине реки Армхи Ингушетии был открыт 15 июня 1928 г. [747]. Главное здание на 22 комнаты было деревянным. По данным Н.П. Чеботаева (1929) в первый сезон (01.07. – 16.09.) здесь было 30 больных и 123 отдыхающих [644]. Автор предлагал для развития климатической станции и самой территории по ущелью реки Армхи построить семейные домики, заложить аулы-городки для местного населения. Сама местность по климатическим условиям подходила для лечения бронхо-легочной патологии.

По мнению известных курортологов г .Нальчик представлял «богато одаренную природой климатическую станцию, которая ожидает своего благоустройства» [318]. В июне и июле 1920 г. в Нальчике были открыты два санатория: один в Затишье, а второй в районе Долинска [660]. Они были специализировались по туберкулезу, и в них было 100 мест. В 1928 г. комиссия Главкурупра Наркомздрава РСФСР исследовала минеральные источники Кабардино-Балкарской автономной области и признала Нальчик курортом местного значения [309]. Коллегия Наркомздрава РСФСР 26 октября 1928 г. из 65 мест с источниками признала местностью лечебного и курортного значения район долины рек Уллу- и Чегет-Лахранов, и Нарзанов (Хасаутских), местностью лечебного значения: район верховья реки Баксан, район источников Джилы-су у подножья Эльбруса, район Ингушлинского источника [309]. Хасаутские нарзаны, которые составили славу «Долины нарзанов» расположены у подножья правобережной террасы реки Хасаут, почти у самого его русла [140]. Эти источники обстоятельно были исследованы в 1905 г. Л.К. Конюшевским, в 1912-1913 гг. и 1928 гг. А.П.

Герасимовым, а химический анализ вод был сделан Э.Э. Карстенсом. Источники эти давали слабо радиоактивную, газовую щелочную, соляно-карбонатно-землистую воду с невысокой температурой.

Изучением и систематизацией минеральных источников в последующем занимались уже сотрудники Курортного управления Кабардино-Балкарской АССР и другие специалисты. С открытием и началом использования (1934) Белореченской минеральной воды и воды источника «Нартан» Нальчик стал климато-бальнеологическим курортом республиканского значения [659]. В 1936 г. курорт «Нальчик-Эльбрус» постановлением Совнаркома СССР включается в число курортов союзно-республиканского значения. К 1941 г. в республике уже имелось 6 санаториев и домов отдыха, в которых было развернуто около 600 коек, в том числе в санатории «Нальчик-Эльбрус» было 270 коек, в санатории имени С.М.Кирова – 200 коек, в бальнеологической клинике под Эльбрусом 50 коек (летом – 100) [406]. Наличие широкого диапазона минеральных вод с благоприятными климатическими условиями и развитыми путями сообщения делают низкогорные курорты Нальчика наиболее перспективными курортами России. Особо перспективным направлением считалось создание различных климатических курортов: субальпийские (до 800 м.), альпийские до 2000 метров и надальпийские – свыше 2000 метров над уровнем моря.

Вопрос о лечебных местностях в Осетии остро стал только после установления советской власти. Санаторно-курортный подотдел Терского облздравотдела уже в 1920 г. разработал план изучения минеральных источников области [157]. В первую очередь было намечено исследовать источник у ледника Караугом в Дигории, горячие серные источники Кармадон и уже известную климатическую станцию Цей.

Первым курортным учреждением стал открытый в 1924 г. в Цее Дом отдыха Горской республики, реорганизованный в санаторий на 50 коек. По сообщению врача санатория в 1925 г. на Цейской климатической станции были четыре деревянных флигеля дореволюционной постройки на 26 комнат,

маленькая кухня с русской печкой, ледник и кладовая [193]. Приезжающие амбулаторные больные устраивались в примитивных палатках или шалашах вокруг санатория в антисанитарных условиях. За июль-август 1925 г. в санатории прошло лечение 130 больных, со сроком лечения от 2-х недель до 1 месяца, амбулаторных больных было под наблюдением 180 человек, всего 310 [193]. Из общего числа больных туберкулезом легких было 170, туберкулезным плевритом 37, бронхитом хроническим 7, у остальных больных были малярия (20), малокровие (20), неврастения (20) и прочие болезни. Улучшение наступило у 153 больных туберкулезом легких, у всех больных плевритом и бронхитом. По отношению к общему числу больных положительный эффект после проведенного лечения наблюдался в 86,7% случаев.

В 1926 г. в Цее за счет средств Краевой страхкассы началось строительство двухэтажного каменного здания санатория на 100 мест с солярием и электрическим освещением. С этого времени Северо-Осетинский облздравотдел «…стал на путь санаторно-курортного строительства, положив в его основу научное изучение климатических местностей и минеральных вод» [16].

Вопросы использования природных богатств Осетии в лечебно-оздоровительных целях неоднократно поднимались партийно-советскими органами, облздравом республики, и были отражены в научных публикациях [133,272,192].

В 40-х годах минеральные источники Осетии исследовали сотрудники Бальнеологического института в Пятигорске (Э.Э. Карстенс, 1930-1931 гг.). Центрального института курортологии (проф. В.А. Александров,1936) и другие. По химическому составу Тибские источники оказались идентичны минеральным водам Боржоми (Грузия) и Виши (Франция), Зарамагские – водам Ессентуки-4, Згильские – водам Виндульгема (Германия) и Смирновским (Железноводск) [16].

В 1932 г. было образовано Управление курортов. Первый в Северной Осетии бальнеологический санаторий «Тамиск» был открыт в 1937 г. на базе Тамисских минеральных вод Алагирских источников и к 1941 г. в республике имелось уже два курорта: «Цей» на 200 мест и «Тамиск» на 120 мест [16]. Постепенно, с годами, по мере расширения лечебной базы и строительства жилых помещений возрастала пропускная способность курортов Осетии.

Многими исследователями Дагестан характеризовался в 20-30-е годы XX в., как исключительный край по наличию и сочетанию разнообразных естественно-лечебных богатств, мало используемых для блага больного человека [616,617,154,155,37]. Сразу же после установления советской власти в Дагестане стал вопрос об использовании лечебных местностей и строительства санаториев для оздоровления рабочих и крестьян. Уже к лету 1921 г. были открыты санатории в Казанищах и Ишкартах, а также детский санаторий в Буйнакске [781].

Для решения ряда организационных вопросов при Наркомздраве Дагестанской АССР в 1924 г. было учреждено Курортное управление. Уже с 1925 г. начал действовать курорт Талги. Ряд положительных изменений в использовании минеральных источников, в строительстве бальнеологических устройств и сооружений, укреплении материально-технической базы имеющихся бальнеолечебниц произошли именно в годы советской власти.

Все лечебные местности Дагестана делились на местности с минеральными источниками, местности с залежами грязи и высокогорные климатические станции. Из двадцати девяти районов Дагестана двадцать два располагали одним или несколькими, в том или ином состоянии, естественно-лечебными местностями. Минеральные воды по регламенту того времени делились на сернистые, соляные, серно-щелочные, соляно-щелочные, известковые и акратотермы (индифферентные). По температуре воды подразделялись на горячие или термальные (37-42°С и выше), теплые

(20-37°С) и холодные (ниже 20°С); по общей минерализации на слабоминерализованные (до 1 г/л), среднеминерализованные (от 10 до 50 г/л) и рассолы (выше 50 г/л) [142]. Показаниями к использованию вод в лечебных целях были болезни органов движения, нервной системы, обмена, сердечно-сосудистые заболевания (без декомпенсации), женские и кожные болезни.

В ноябре 1926 г. по предложению правительства Дагестана специальная комиссия Наркомздрава РСФСР в составе известных бальнеологов, геологов, химиков, климатологов – Ушинского, Валединского, Хрисанфова, Коростелева, Леднева, Огильви, Штильмарка подробно обследовала и изучила Талгинскую лечебную местность (источники Гиик-Салгинский, Тарканский, Тилингинтау, Петровский) в 18 км от Махачкалы [398,615,37,619]. В этот период здесь были примитивные бальнеотерапевтические сооружения: открытый бетонный бассейн на 2500 ведер, грязевой пруд, саманные постройки, кухня и полубрезентовый барак для размещения больных [639].

По материалам экспедиции, которая исследовала 31 источник, известно, что в Дагестане наиболее изобилуют источниками Буйнакский округ, Махач-Калинский, Гунибский, несколько меньше источников в Андийском, Дербентском, Кайтаго-Табасаранском и других округах [639]. На период обследования практическое значение имели Талгинский, Ахтинский, Миатлинский, Рычальский и Каякентский источники, использование которых носило «кустарный характер». В 1927 г. Совнаркомом РСФСР район Талгинского источника был признан местностью лечебного значения. Профессор Н.Ушинский (1927) так характеризовал Талгинский источник: «Талгинский источник – это мировой гигант среди минеральных вод своего рода и не должен далее оставаться в заброшенном состоянии» [617]. В 1928 г. здесь построили первый санаторный корпус и ванное здание сезонного типа.

Исследовавший Рычальские минеральные воды (Рычал-вац, Рычал-кам, Рычал-чай) доктор В.Н.Ренгартен (1926) считал эти воды близкими к водам

Элеса в Пруссии, а условия благоприятными для устройства небольшого курорта [488].

В мае 1933 г. на заседании Академии наук СССР проф. О.А. Байрашевский (1947) сделал доклад «О природных лечебных богатствах Дагестана» по обсуждению которого было вынесено решение организовать широкое планомерное научное исследование минеральных источников и других целебных ресурсов республики, а также учреждение физиотерапевтического института [37]. Летом 1933 г. по приглашению правительства Дагестана была организована экспедиция Государственного Центрального института курортологии под руководством профессора В.А. Александрова. Они всесторонне обследовали следующие местности: Талги, Рычал-Су, Махач-Кала и Гуниб [168]. В статьях В.Г. Дика, П.Н. Палей с соавторами описаны не только санаторный фонд, но и дана химическая характеристика минеральных вод, а также грязевого озера и соленого озера Ах-Гель, недалеко от Махач-Калы.

В первые годы советской власти на Талгинском и Ахтинском источниках имелись небольшие санатории по 35 коек с примитивными постройками для лечения местного населения. Был предложен проект нового санатория в Гийк-Салгинском ущелье на Талгинском источнике [432]. В начале 40-х годов двадцатого столетия Дагестан уже имел один курорт общегосударственного значения (Талги) и два местного значения (Гуниб, Ахты). Курорт Талги подлинного расцвета достиг за годы советской власти со своей уникальной термальной сероводородной водой с концентрацией сероводорода 550-575 мг/л. [490].

Материалы нашего исследования показали, что к 1940 г. в Дагестане было зарегистрировано около семидесяти групповых и одиночных минеральных источников, в основном, сернистых и сероводородных, углекислых и железистых, а также около двадцати солено-рапных и грязевых озер. Однако намеченные планы освоения лечебных местностей, с учетом рекомендаций АН СССР и проведенных научных экспедиций по

исследованию источников, не были осуществлены в связи с началом Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.

Подводя итог, следует сказать, что история развития курортов Северо-Восточного Кавказа в 1920-1940 гг. характеризовалась качественно новым этапом, связанным с созданием Главного курортного управления Народного комиссариата здравоохранения РСФСР и определением места санаторно-курортной помощи в единой общегосударственной системе советского здравоохранения. В годы советской власти организация санаторно-курортного дела на Северо-Восточном Кавказе осуществлялась на строго научных принципах. Способствовало развитию курортного дела и открытие Бальнеологического института в 1920 г., курировавшего развитие курортного дела в регионе. Были разработаны научно обоснованные показания к направлению на курортное лечение, тщательно изучались результаты лечения на курортах, механизмы действия курортных факторов на организм. Стало научно обоснованным планирование строительства и развития санаторно-курортных учреждений, как одного из важных звеньев в системе лечебно-профилактической помощи населению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ становления и развития здравоохранения и медицинского образования в республиках Северного Кавказа (Чечено-Ингушетии, Дагестане, Кабардино-Балкарии и Северной Осетии) позволил создать целостную картину оказания медицинской помощи населению в разные исторические периоды XIX – начала XX вв. Прежде всего вопросы истории здравоохранения и подготовки медицинских кадров в регионе рассматривались в контексте с историей их развития в России, что позволило выявить как типичные, так и характерные черты, обусловленные географическими, социально-экономическими и этнокультурными особенностями региона.

В исследуемый нами период в регионе Северо-Восточного Кавказа на пространстве от верхней части реки Кума на западе, до берегов Каспийского моря на востоке, главным образом в бассейне реки Терек, проживали дагестанцы, чеченцы и ингуши, ираноязычные осетины, носители тюрского языка близкородственные балкарцы и карачаевцы, восточные адыги, сложившиеся в кабардинский этнос. Эти присоединенные к России территории с горским населением представляли весьма сложное пространственное измерение с неоднократными административно-территориальными изменениями при военно-народном управлении.

Кроме горцев здесь проживали и русские – казаки, иногородние, пришлое крестьянство, переселенцы, были и военные поселения с отставными солдатами. Впервые русские поселения на Тереке появляются около четырех веков назад. В первой половине XVII в. казаки структурируются в большую самоуправляемую общину – «войско». В 1786 г. была организована Кавказская линия казаков, которую в 1832 г. переименовали в Кавказское линейное войско, а с 1845 г. – в Кавказское линейное казачье войско, и в 1860 г. в Терское и Кубанское казачье войско.

До включения территорий национальных образований в состав России здесь господствовала народная медицина. Средства и методы лечения горских врачевателей всегда вызывали интерес у российских военных и врачей, соответственно и оценка была разной. Однако практически всеми ценилось лечение горскими лекарями ран и травматических повреждений. Жизнь в суровых горных условиях, многочисленные войны, особенно последняя Кавказская война, вели к массовому травматизму, и это обусловило появление «специалистов» по костоправству и лечению ран, получила развитие т.н. народная хирургия. При отсутствии в северокавказском регионе организованной медицинской помощи народные лекари делали неоценимое по значимости дело: их труд, их примитивные знания и навыки немало способствовали сохранению здоровья народа. Медицина северокавказских народов дольше, чем в европейских странах и в т.ч. в России, сохранила свою первобытность и оригинальность.

Первые профессиональные медики появились в крае в начале XVIII в. в составе русской армии в военных укреплениях. С формированием Кавказского корпуса были учреждены многочисленные военные госпиталя и лазареты, для лечения солдат и офицеров регулярных военных частей. В начале XIX в. первыми лечебными учреждениями ведомства Военного министерства в крае для казачьего сословия стали казачьи войсковые приемные покои, войсковые больницы, лазареты и госпиталя, аптеки. Эти медицинские учреждения в период Кавказской войны были предназначены, в основном, для лечения раненых казаков.

С образованием в 1860 г. Терской и Дагестанской областей стал вопрос медицинского обеспечения горского населения. Однако это не входило в обязанности администрации области. В дореволюционный период основное бремя материально-финансового компонента данной проблемы было возложено на сами горские общества и сельские (аульные) органы власти. В Терской области за счет местных добровольных сборов и взносов на сельско-врачебную часть на участках округов открывались фельдшерские пункты,

приобретались для них медицинское оборудование и медикаменты, оплачивалась работа фельдшеров. Вместе с тем материалы исследования указывают, что стало это возможным только ближе к концу XIX в.

На первых порах, согласно Положению, в горские округа военно-народным правлением Дагестана и Терской области были определены окружные медики – по одному на округ. Выполняли они, в основном, судебно-медицинские и медико-полицейские функции, и на медицинское обслуживание местного населения у них практически не оставалось времени. Сложные природные и дорожные условия, недостаточное материальное обеспечение медицинского дела, культурно-бытовые особенности горцев и ряд других факторов отрицательно сказывались на системе окружной медицины, где наблюдалась большая текучесть кадров.

Организация сельско-врачебной части на северо-востоке Кавказа имела свои особенности, связанные с отсутствием здесь земской медицины. В регионе это были, не оправдавшие себя в Центральной России, участковые фельдшерские пункты, организованные за счет денежного сбора с населения. В некоторых округах обычно открывались один-два пункта, но могло их и вовсе не быть. С учетом официальных платежей и местных налогов расходы на медицинскую часть были для горцев обременительными. Нагрузка на участковых фельдшеров была большой, часто не хватало лекарственных средств и медицинского инструментария, недостаточной была и квалификация самих фельдшеров, которые, в основном, были отставными ротными фельдшерами. Тяжелые условия жизни и службы в горном крае, низкое денежное содержание, непонятные традиции местного населения, низкий уровень его культурного развития вели к большой текучести медицинских кадров.

В Дагестанской области лишь ближе к концу XIX в. была организована сельско-врачебная часть в виде приемного покоя на четыре кровати и одной аптекой на каждый округ. В начале XX в. приемные покои были

преобразованы в сельские лечебницы и дополнительно в каждом округе открыли фельдшерские пункты.

Однако государственная система здравоохранения в регионе была поставлена в зависимость от сословной принадлежности и не содержала целей коренного улучшения здоровья «туземного» населения, несмотря на ряд проведенных реформ здравоохранения.

С учетом малочисленности сельско-врачебной части и слабости ее материальной базы, в тот сложный период жизни горского населения, они сыграли определенную роль в организации и осуществлении медицинской помощи жителям. Несмотря на то, что окружным врачам и участковым сельским врачам часто приходилось исполнять судебно-медицинские и медико-полицейские функции они занимались профилактикой заболеваний, осуществляли санитарно-надзорные функции и оказывали медицинскую помощь жителям горских аулов. Сами медики служили в сложных жизненных условиях, с трудностями бытового характера, недостаточным денежным содержанием.

Что касается числа лечебных заведений для казачьего войска и казачьего населения, то здесь прослеживается положительная динамика. Если в 1828 г. терское казачество имело два лазарета, то к 1917 г. во всех станицах были открыты фельдшерские пункты, имелись шесть приемных покоев, четыре войсковые больницы, шесть лазаретов и один госпиталь – общим числом койко-мест 1587. Однако для полумиллионного казачьего населения этого было недостаточно. Положение осложнялось хроническим отсутствием необходимого числа медицинских кадров. Следует учесть, что для медицинского обслуживания казачьего населения длительный период также не было создано никаких медицинских структур. Официальная медицина стала появляться с началом формирования Терского казачьего войска. На основании анализа материалов исследования в истории становления медицинской службы Терского казачьего войска нами выделены три этапа: первый – эмпирический, характеризовавшийся использованием в казачьих

частях методов и средств народной медицины; второй – связанный с организацией и становлением штатной войсковой медицины; третий – характеризовавшийся совершенствованием войсковой медицинской службы и появлением сельской (станичной) медицины.

Как показало исследование в вопросах организации населению медицинской помощи в лучшем положении, по сравнению с горцами, были городские жители Терской и Дагестанской областей. Первыми медиками здесь стали городовые (правительственные) врачи, фельдшера и повивальные бабки (акушерки). Первые амбулатории и лечебницы в городах были организованы за счет благотворительных средств, врачи работали здесь бесплатно. На более высоком уровне и лучше обеспечена в городах была частная медицина, в т.ч. и частные лечебницы. Со становлением городского самоуправления и избранием городской думы в начале XX в. стали появляться городские амбулатории и больницы. Однако эти медицинские учреждения были малочисленны, плохо оснащены и малодоступны для бедного населения, ощущалась постоянная нехватка в них медицинского персонала.

К концу XIX в. сложилась также ведомственная медицинская служба. В нефтедобывающей промышленности, на рыбных промыслах и в сфере железнодорожного транспорта были небольшие амбулаторные и стационарные медицинские учреждения. Однако организация медицинского обслуживания рабочих была на низком уровне, часто носила формальный характер, а сами лечебницы были малочисленны и маломощны

Достаточно оснащенными для того времени с высокопрофессиональными кадрами были только военные лечебные учреждения в городах Терской и Дагестанской областей. Однако в связи с окончанием Кавказской войны число их во второй половине XIX в. заметно уменьшилось.

Недостаточность сил и средств у здравоохранения региона, которое значительно отставало от уровня здравоохранения Центральной России, в

сочетании с недостаточным финансированием местной администрации, с учетом ряда других условий, обусловило то, что здесь почти постоянно наблюдались эпидемии тяжелых инфекционных заболеваний. При этом санитарно-эпидемиологического надзор практически отсутствовал. Для улучшения ситуации со здравоохранением на Северном Кавказе Правительство России существенных мер не предпринимало. При этом следует указать, что только во второй половине XIX в. в горных аулах впервые появились лечебные учреждения, в которых коренное население могло получать медицинскую помощь. В этот период появились и первые национальные кадры профессиональных медиков.

Несмотря на все сложности и недостатки в деле организации медицинской помощи в регионе, формирование на Северо-Восточном Кавказе на государственном уровне лечебно-профилактических учреждений и проведение мероприятий против эпидемических заболеваний, способствовало интеграции присоединенных территорий и народов Терской и Дагестанской областей в общеимперское социокультурное пространство России.

Коренные изменения в здравоохранении национальных образований Северо-Восточного Кавказа произошли с установлением советской власти. Вся лечебная сеть была объединена управленческими медицинскими структурами – отделы здравоохранения, управления, народные комиссариаты здравоохранения. Охрана здоровья населения была признана приоритетной задачей государства, делом первостепенной важности, с принципами бесплатности, доступности, профилактики и т.д. Чрезвычайные меры, принимаемые правительством РСФСР в сфере здравоохранения, становились постепенно плановыми мероприятиями.

Вместе с тем, сложные условия становления государственности в северокавказском регионе в 20-х гг. XX в. наложили тяжелый отпечаток на развитии системы охраны здоровья населения. После установления советской власти основные мероприятия и были направлены на ликвидацию

эпидемических и социальных заболеваний. В крае свирепствовали туберкулез, сифилис, трахома. Организация врачебных экспедиций в отдаленные горные районы, открытие специализированных диспансеров, пунктов, станций и прочих медицинских структур в регионе привело к снижению и даже к ликвидации некоторых из этих заболеваний. Этому способствовало и улучшение социально-экономической ситуации в регионе.

В 20-е и 30-е годы, несмотря на все сложности, в национальных окраинах на Кавказе открывались лечебно-профилактические учреждения, при этом особое внимание уделялось вопросам охраны здоровья материнства и детства, а также организации сельского здравоохранения. Главным в становлении и развитии здравоохранения в советский период было участие государства в финансовом и кадровом обеспечении системы охраны здоровья населения. Со всех краев РСФСР в национальные автономии направлялись медицинские кадры, было положено начало целевой подготовке местных кадров врачей и среднего медицинского персонала. Несмотря на тяжелые условия работы и жизни, направленные на Северный Кавказ врачи с честью исполняли свой долг и стали носителями научных и гигиенических знаний, пропагандистами прогрессивной культуры среди горцев. Несмотря на проводимые мероприятия по улучшению состояния здравоохранения долгое время ощущался постоянный дефицит в медицинских учреждениях и медицинских кадрах, страдало материально-техническое обеспечение больниц и амбулаторий. Особенно остро эти проблемы стояли на селе.

Материалы исследования свидетельствует о значении санаторно-курортных учреждений в оказании медицинской помощи населению края. Положительные изменения в экономической и социальной сферах на северо-востоке Кавказа позволили использовать многочисленные минеральные источники края с лечебной целью и развернуть работу по строительству санаториев и домов отдыха. Были образованы курортные управления, наладилось научное исследование минеральных вод. Тщательно изучались

механизмы действия курортных факторов, были разработаны научно обоснованные показания к направлению на курортное лечение. Вместе с тем к 1940 г. курортное дело в автономных республиках Северного Кавказа не получило должного развития.

В целом, материалы исследования показывают, что становление профессиональной медицинской помощи населению на Северо-Восточном Кавказе значительно отставало от его уровня в Центральной России, по всем показателям. Связано это было не только с медико-географическими особенностями региона, особенностями распространения болезней, в частности эпидемических, но и с продолжительными военными действиями на Кавказе, тяжелым социально-экономическим положением горцев, с их поздним вступлением на путь преобразований.

Многочисленные литературные данные и источники, обработанные в ходе исследования, свидетельствуют о положительной динамике в деле становления и развития здравоохранения в регионе в первой половине XX в. Основную роль в становлении и развитии играло государство, его экономическая составляющая, его установка на постоянное улучшение здоровья человека. Успехи здравоохранения отражались не только в росте числа медицинских учреждений, увеличении выпуска врачей и средних медицинских работников, роста их профессионализма, но и в положительной динамике здоровья населения, росте продолжительности жизни и снижении смертности, естественном приросте населения региона.

Одновременно анализ исторического пути здравоохранения национальных областей и республик на Северо-Восточном Кавказе позволил выявить недостатки и негативные явления в становлении и развитии врачебно-санитарного дела, показать перспективные пути его дальнейшего развития. Исторический опыт здравоохранения позволяет представить и оценить значение сегодняшних достижений в этой сфере социальной жизни, определить цели и направления более плодотворного движения вперед.

ВЫВОДЫ

1. Предпринятый анализ материалов исследования показал, что вопросы становления и развития здравоохранения на северо-востоке Кавказа в комплексе с вопросами санитарной службы, санаторно-курортного дела, подготовки медицинских кадров в XIX–начале XX вв. и в первые годы советского здравоохранения не были предметом специального обобщающего историко-медицинского исследования. Отсутствуют историко-медицинские работы, отражающие организацию медицинского дела в городах Северо-Восточного Кавказа, медицинского обслуживания казачества Терской и Дагестанской областей до 1917 г., рабочих промышленных предприятий. Не получили освещения окружная и участковая сельская системы организации медицинской помощи населению в регионе.

2. Значительное отставание в организации медицинского дела на Северо-Восточном Кавказе было обусловлено низким уровнем социально-экономического и этнокультурного развития, геополитическими процессами, связанными с длительной Кавказской войной в XIX в. и Гражданской войной в XX в., своеобразием административно-территориального устройства региона с военно-народным управлением до 1917 г.; характеризовалось практически полным отсутствием лечебных учреждений, медицинских кадров, материальных и финансовых средств для осуществления медицинской помощи населению.

3. На протяжении большого исторического периода народная медицина вплоть до второй половины XIX в., являлась на Северо-Восточном Кавказе единственной формой медицинской помощи населению и играла важную роль в поддержании здоровья народа. Характерные черты ее определялись условиями формирования и развития, географической средой обитания, традиционной культурой и мировоззрением народа, длительным взаимодействием с культурами других народов, в том числе восточной (арабской). Местное население, несмотря на то, что во второй половине XIX-

начале XX вв. имело возможность получать медицинскую помощь у профессиональных врачей, отдавала предпочтение своим народным врачевателям.

4. Вопросы государственного медицинского обеспечения населения северо-востока Кавказа получили развитие только с включением региона в состав России в 1860 г. и организацией сложной, многоведомственной системы медицинского обслуживания, существовавшей на основе особых «Правил», «Положений», «Инструкций», не всегда соответствовавших общим законам, действовавшим в этот период в России. Ввести общероссийское законодательство о здравоохранении в Терской и Дагестанской областях предполагалось только после образования земских учреждений, что так и не было сделано. При этом устройство медицинского дела в регионе было тесно связано с динамикой административно-территориального деления присоединенных территорий и созданием административных учреждений.

5. В округах Терской и Дагестанской области в XIX в. впервые государственное гражданское здравоохранение было организовано в виде окружной системы, и спустя много лет по сельскому участковому принципу. Однако данная система в условиях Северного Кавказа, из-за малочисленных и плохо оснащенных медицинских учреждений, неудовлетворительного финансирования и хронического отсутствия медицинских кадров была малоэффективна и не решала задачи оказания медицинской помощи горскому населению. Медицинская помощь в округах с более, чем 100-тысячным населением осуществлялась одним окружным врачом, исполнявшим, в основном, судебно-медицинские и медико-полицейские функции, а также участковыми фельдшерами и повивальной бабкой; в результате заболеваемость населения оставалась высокой, санитарное состояние городов и аулов неудовлетворительным, а смертность долгое время превышала рождаемость.

6. Важным этапом в становлении сельского здравоохранения на Северо-Восточном Кавказе в XIX в. стала организация сельско-врачебной части, которая имела свои особенности. В Терской области (с 1874 г.) она существовала в форме участковых фельдшерских пунктов за счет добровольного сбора денег по общественному приговору, и в форме сельских лечебниц и участковых фельдшерских пунктов в Дагестане (с 1895 г.) на средства администрации области; возможно наиболее приемлемых в тех общественно-политических и экономических условиях. Однако государственная система здравоохранения была поставлена в зависимость от сословной принадлежности и не содержала целей коренного улучшения здоровья местного населения. Состояние здравоохранения второй половины XIX в. и начала XX в. на Северо-Восточном Кавказе в определенной степени отражало социально-экономическое положение региона.

7. Более организованной, с достаточными для своего времени силами и средствами была войсковая медицина Терского казачьего войска и казачьего населения станиц, просуществовавшая до 1920 г. Сельско-врачебные части были организованы за счет казны во всех казачьих станицах намного раньше, чем для горского населения. Медицинская помощь казачьему войску на Кавказской линии осуществлялась по форме войсковой медицины регулярной армии России в военно-временных и постоянных госпиталях и лазаретах, казачьих больницах и приемных покоях. Однако рост числа лечебных заведений и их кадрового обеспечения значительно отставал от потребности в них.

8. Начало организации городской медицины на Северо-Восточном Кавказе связано с Городовым положением (1870), согласно которому предписывалось, наряду с другими службами, организовывать лечебные заведения, а также осуществлять санитарный надзор в городе. Однако данные мероприятия были только правом городских самоуправлений, но не вмененной обязанностью. С приданием статуса города военным укреплениям впервые появились городовые (правительственные) врачи. Начало

организации лечебниц в городах региона было связано с деятельностью благотворительных обществ, и по мере улучшения финансового положения городских самоуправлений стали открываться городские амбулатории и лечебницы. Наряду с государственным здравоохранением развитие в городах получила малодоступная для широких слоев населения частная и ведомственная медицина. Несмотря на определенную положительную динамику в развитии городской медицины в Терской и Дагестанской области, она была гораздо ниже общероссийского уровня городского здравоохранения.

9. Наиболее сложными на Северо-Восточном Кавказе в течение XIX - начала XX вв. оставались вопросы кадрового обеспечения, особенно в сельской местности. Тяжелые условия жизни и службы в горном крае, низкое денежное содержание, непонятные традиции местного населения, низкий уровень его культурного развития, языковый барьер вели к значительной текучести врачебных и фельдшерских кадров. Несмотря на подготовку врачей из лиц коренных национальностей, проблема обеспеченности медицинскими кадрами в регионе не могла быть решена в связи с их малочисленностью. Вместе с тем, деятельность русских врачей и фельдшеров, служивших на Кавказе, способствовала повышению санитарно-культурного уровня населения, улучшению санитарного состояния населенных мест, снижению заболеваемости населения, в том числе инфекционной.

10. Северо-Восточный Кавказ издавна являлся неблагополучным в санитарно-эпидемиологическом отношении, основными причинами которого являлись плохое санитарное состояние населенных мест, особые климатические условия, бедность населения, низкий уровень санитарной культуры, отсутствие медицинской помощи. Начало планомерной борьбы с эпидемическими и социальнообусловленными заболеваниями в крае связано с созданием в первые годы советской власти государственных структур санитарно-эпидемиологического надзора, однако вначале из-за отсутствия

санитарных врачей, единицы которых имелись только в городах, осуществлялся он на недостаточном уровне. Значительные противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия, проведенные в советский период против оспы, малярии, тифов, холеры и других заболеваний, способствовали ликвидации особо опасных инфекций и снижению заболеваемости социальными болезнями.

11. Становление и развитие здравоохранения в 20-е и 30-е годы XX в., в национальных образованиях Северного Кавказа проходило в условиях недостаточного финансирования, дефицита медицинских кадров и низкого материально-технического уровня лечебно-профилактических учреждений, большинство из которых, особенно стационарных, размещались в приспособленных помещениях. Особое внимание было уделено развитию сельского здравоохранения, основной организационной формой которого стал сельский врачебный участок (сельская участковая больница, фельдшерско-акушерский пункт, родильные дома, в том числе колхозные).

12. С установлением Советской власти в 20-х и 30-х годах XX в. особое внимание уделялось научному изучению минеральных источников Дагестана, Чечни, Ингушетии, Северной Осетии, Кабардино-Балкарии и их эффективному использованию. Санаторно-курортное строительство в крае позволило максимально использовать богатые рекреационные возможности Северного Кавказа для реабилитации больных в санаториях местного, а в последующем республиканского и всесоюзного значения.

13. Система научно-обоснованных организационных и медицинских мероприятий по охране здоровья населения в национальных областях и республиках Северо-Восточного Кавказа сложилась в советском государственном здравоохранении в первые десятилетия XX в. и была направлена на решение региональных проблем улучшения медицинской помощи и повышение ее качества путем создания сети лечебно-профилактических учреждений, в том числе охраны материнства и детства и сельского здравоохранения. Однако постоянное недофинансирование

отрасли, связанное с социально-экономическим уровнем развития региона обусловило низкий уровень здравоохранения в первые десятилетия советской власти.

14. Решение вопросов кадрового обеспечения учреждений здравоохранения на Северо-Восточном Кавказа в первые годы Советской власти происходило за счет врачей, средних медицинских работников, провизоров и фармацевтов, прибывших в республики по направлению или самостоятельно, а также путем целевой подготовки национальных кадров в вузах страны. В 20-х и 30-х годах проблема подготовки медицинских кадрах стала решаться и в самих республиках Северо-Восточного Кавказа, где стали открываться медицинские техникумы, а в Дагестане и Осетии организовали и медицинские вузы. Тем не менее, дефицит медицинских специалистов ощущался остро и к началу 40-х годов.

15. Многоаспектный анализ развития здравоохранения в сложных и неоднозначных условиях Северо-Восточного Кавказа позволил выявить имевшиеся в регионе в разные исторические периоды проблемы и оценить эффективность проводимых мероприятий, направленных на их решение. Данный опыт должен быть критически осмыслен и использован в современных условиях реформирования регионального здравоохранения в России с целью определения оптимальных путей его развития.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ

1. Абдулхабиров М.А. Медицина Кавказа при имаме Шамиле. //Врач. 1998. № 2. С.44-45.
2. Абдурахман из Газикумуха. Книга воспоминаний Сайида Абдурахмана, сына устада шейха тариката Джамалуддина ал-Хусайни о делах жителей Дагестана и Чечни. Махачкала, 1997.
3. Абих Г.В. Теплые минеральные источники в Дагестане. /Медицинский сборник Кавказского медицинского общества. Тифлис, 1866. № 2. С. 79.
4. Абих Г.В. О газах минеральных вод групп Терско-Сунженской, Брагунских и Псекупских, в связи с геологическим их происхождением. /Медицинский сборник, издаваемый Кавказским медицинским обществом. Тифлис, 1867. № 3. Вып. 1-й. С.47-53.
5. Адухов М.Д. Формирование системы светской школы в Дагестане. //Научная мысль Кавказа. 2004. № 10 (приложение).
6. 2.Адухов М.Д. Становление и развитие светского образования в Дагестане (вторая половина XIX-XXвв.): Автореф. дис. докт. ист. наук. Махачкала, 2004.
7. Адыги, балкарцы и карачаевцы в известиях европейских авторов XIII-XIX вв. Нальчик, 1974.
8. Акты Кавказской археографической комиссии (АКАК). Том 2. Тифлис, 1868. С.252.
9. Александров А., Лобанов С. Заметки из путешествия по Дагестану. //Этнографическое обозрение, 1910. №1-2. С.155-169.
10. Александровский В. Отчет о лечении Старо-юртовскими минеральными водами (на Кавказской линии) в течение курса 1852 г. //Военно-медицинский журнал,1853. Т. LXII. № 2, декабрь, VII 2. С.119-131.

11. Алибеков С.Ю. Пятнадцать лет Дагестанского медицинского института. /Труды Дагестанского государственного медицинского института.Том4-й. [Ответ. ред. Алибеков С.Ю.] Махачкала, 1948. С.5-22.
12. Алиев М.А. Призрение душевнобольных в Дагестане. Махачкала: Издат. «Пресс-Сервис», 2013. 60 с.
13. Алиева П.Ш. Народная медицина аварцев. Этнографическое исследование. Махачкала, 2009. 206 с.
14. Аликишиев Р. Ш. Очерки по истории здравоохранения Дагестана. М.: Изд-во «Медгиз», 1958. 175 с.
15. Аликишиев Р.Ш. Врач-просветитель И.С.Костимировский. //Врачебное дело, 1954. № 1. С.79-82.
16. Аликова З.Р., Гурциев О.Н., Салбиев К.Д. Очерки истории здравоохранения Северной Осетии. Владикавказ, 1994. 203 с.
17. Аликова З.Р. Народная медицина Северного Кавказа (древний период – начало XX в.). Владикавказ: Проект-пресс, 2000. 151 с.
18. Аликова З.Р., Аликова Т.Т., Гетигежева А.З. Организация борьбы с трахомой на Северном Кавказе в XX веке. /Бюллетень ННИИ общественного здоровья. Вып. темат., М., 2012. С.13-14.
19. Алисов Б. П. Климат СССР. М.: Высшая школа, 1969. 104 с.
20. Алмазов Б.А., Новиков В.Т., Манжола А.П. Казаки. СПб.: Изд-во «Диамант», 1999. 88 с.
21. Амиров Г.-М. Среди горцев Северного Дагестана: Из дневника гимназиста. /Сборник сведений о кавказских горцах. Вып. 7. Тифлис, 1873. С.1-77.
22. Андреевский Э.С. Записки. Из архива К.Э. Андриевского. 1-3 т. Одесса, 1913-1914.
23. Анучин Д.Н. Амулет из кости человеческого черепа и трепанация черепов в древние времена в России. /Из 1-го тома Трудов Виленского археологического съезда. Москва, 1895. 17 с.

24. Аскерханов Р.П.Развитие хирургии в Дагестане от Н.И.Пирогова до наших дней. Махачкала, 1979. 212 с.
25. Астафьев А.Д. Материалы к характеристике медучастков. /В кн.: Социально-гигиеническое исследование народностей. Даргинцы. Вып. 1-й. Под ред. проф. А.В.Молькова. М.-Л.: Государственное медицинское издательство, 1930. С.215-224.
26. Асхабова Л.М., Гаджиева Л.А. Истоки медицинского дела и становление здравоохранения в Дагестане. Махачкала, 2004. 208 с.
27. Ахмадов Т.З. Первые чеченские врачи: из истории становления здравоохранения в Чечне. – Грозный: ФГУП «ИПК «Грозненский рабочий», 2009. 304 с.
28. Ахмадов Т.З., Батаев Х.М., Ахмадов М.П. О медицинском обеспечении горского населения Северного Кавказа в XIX – начале XX века (на примере Чечни). /В матер. междун. симпозиума «Роль медицинской общественности в здравоохранении России: история и современность». Бюллетень НИИ общественного здоровья РАМН, 2009. С. 157–158.
29. Ахмадов Т.З. Здравоохранение Чечни: очерки истории. Грозный: ФГУП «ИПК– «Грозненский рабочий», 2010. 272 с.
30. Ахмадов Ш.Б. Чечня и Ингушетия в XVШ-начале XIX века. Грозный, 2002. С.45-47.
31. Ахмадов Я.З. История Чечни с древнейших времен до конца XVIII века. – М.: «Мир дому твоему», 2001. 426 с.
32. Ахмадов Я.З., Хасмагомадов Э.Х. История Чечни в XIX–XX веках. – М.: Пульс, 2005. 996 с.
33. Ахмадов Я.З. Очерк исторической географии и этнополитического развития Чечни в XVI-XVIII веках. Москва: Благотворительный фонд поддержки чеченской литературы, 2009. 423 с.
34. Ахмедов Д.Н. Современная Ахты-наме. Махачкала, 2000.
35. Ахриев Ч.Э. Заметки об ингушах. /Сборник сведений о Терской области. Владикавказ, 1878, вып.1, С. 276-290.

36. Баддели Д. Завоевание Кавказа русскими 1720-1860 /Пер. с англ. Л.А.Калашниковой. М.: ЗАО Издательство Центрполиграф, 2011. 351с.
37. Байрашевский О.А. О природных целебных ресурсах Дагестана. /Труды Дагестанского медицинского института. Том III. Махач-Кала, 1947. С.359-363.
38. Балкаров М.И. Курортные богатства Кабарды. Нальчик, 1955. 248с.
39. Балкаров М.И. Минеральные воды курорта Нальчик. Нальчик, 1963.
40. Бардадым В.П. Радетели Земли Кубанской. Краснодар: Советская Кубань, 1986.
41. Барнаш А.В. Состояние и опыт культуры врачевания горских народов Северного Кавказа в Х1Х веке. //Научные проблемы гуманитарных исследований. Пятигорск, 2010. Вып.9. С.12-16.
42. Бароян О.В. Санитарное состояние лакских аулов Дагестана: Автореф. дис. канд. мед. наук. Махачкала, 1939.
43. Батаев Х.М., Яхъяева З.И. История народной медицины чеченцев и ингушей (XVIII–XX вв.). Грозный: Книжное издательство, 2010. 180 с.
44. Батаев Х.М., Яхъяева З.И., Василенко В.Г. Обучение медиков в автономиях Северного Кавказа в первые десятилетия советской власти. //Медицинские науки. 2007. № 5. С.42-44.
45. Баталин Ф.А. Пятигорский край и Кавказские Минеральные Воды. Том 1 и 2. СПб.,1861.
46. Батурина Л. М. Особенности эпидемиологии малярии в горных условиях Дагестана. Махачкала,1950.
47. Бахутов К. Медико-топографическое и санитарное состояние губернского города Ставрополя. /В кн.: Ставрополь в описаниях, очерках, исследованиях за 230 лет [под ред. В.А.Шаповалова]. Ставрополь: Изд. СГУ, 2007. С.106-195.
48. Башир А.И. Из культурного прошлого вайнахского народа. Грозный, 1965. 44 с.

49. Безъязычный В.И. К Кавказской биографии А.И.Полежаева. /Известия Грозненского института и музея краеведения, вып.4. Грозный, 1952. С.109.

50. Белова-Рахимова Л.В. Пути развития отечественной дерматологии в России и СССР (1917-1927 гг.). //Вестник последипломного образования, 2007, № 2, С.13.

51. Березин И. Путешествие по Дагестану и Закавказью. Казань, 1849. 339 с.

52. Березин В.Г. Здравоохранение в Дагестане. //Известия Народного комиссариата здравоохранения, 1925, № 1, С.2.

53. Берже А.П. Чечня и чеченцы. Тифлис, 1859. 140 с.

54. Берже А.П. Выселение горцев Кавказа //Русская старина. СПб., 1882. Т. 36. С.49

55. Бернштейн А. Курорт Пятигорск. Ставрополь: Изд-во Ставрополь,1963. 189 с.

56. Беров М.Л. На страже здоровья трудящих. /Сб. 50 лет советской автономии Кабардино-Балкарии. Нальчик, 1971. С. 163.

57. Бертенсон Л.Б. Бакинские нефтяные промыслы и заводы в санитарно-врачебном отношении. СПб., 1897. С. 17.

58. Бертенсон Л., Воронихин Н. Минеральные воды, грязи и морские купания в России и заграницею. СПб: Издание К.Риккера. 1884. 425 с.

59. Беручашвили Н.Л. Кавказ: ландшафты, модели, эксперименты. Тбилиси: Изд-во ТГУ, 1995. 315 с.

60. Бесолова А.А. Становление и развитие благотворительности и общественного призрения Терского казачьего войска (вторая половина XIXв.-1918г.): Автореф. дис. канд. ист. наук. Владикавказ, 2008. 21 с.

61. Бларамберг И.Ф. Историческое, топографическое, статистическое, этнографическое и военное описание Кавказа. /Перев. И.М. Назаровой. М.: Изд. Надыршин, 2005.

62. Блиев М.М., Бзаров Р.С. История Осетии с древнейших времен до конца XIX в. Владикавказ: Изд-во «Ир», 2000. 354с.

63. Богословский В.С. Пятигорские и с ними смежные минеральные воды. М.,1881. 288с.

64. Богуславский Л. История Апшеронского полка. Т.2. СПб.,1892. С.200-201.

65. Борлакова Ф.А. Развитие здравоохранения Карачая и Черкесии в 1860-1941 гг.: Автореф. дис. канд. истор. наук. Черкесск, 2002.

66. Братков В.В., Салпагаров Д.С. Ландшафты Северо-Западного и Северо-Восточного Кавказа. М.: Илекса, 2001. 256 с.

67. Броневский С. Новейшие географические и исторические известия о Кавказе. Ч.1 и 2. М. 1823.

68. Брусилов А. Царская Россия в цифрах накануне Первой Мировой. Электронный ресурс: http://old-fox.livejournal.com/253881.html (дата обращения 20.08.2013.).

69. Бугулов М.Н. Развитие глазной помощи в Северной Осетии и ее достижения за 40 лет Советской власти. //Здравоохранение и медицина в Северной Осетии. Орджоникидзе,1958. Вып.7. С.42-51.

70. Бугулов М.Н. Памятка о трахоме. Наркомздрав АзССР, Трахомный центр. Баку : Тип. "III Интернационал", 1938. 11 с.

71. Бугулов М.Н. Вступительная лекция по глазным болезням: для студентов 5-го курса мед. ин-та. Орджоникидзе,1970. 44 с.

72. Булач Х.О. Трахома в Дагестане. /Труды Дагестанского государственного медицинского института. Том 1-й. Под общ. ред. проф. О.А.Байрашевского. Махач-Кала, 1938. С.415-424.

73. Бурденко Н.Н. /В кн.: Пирогов Н. И. Начала общей военно-полевой хирургии, взятые из наблюдений военно-госпитальной практики и воспоминаний о Крымской войне и Кавказской экспедиции. Под ред. Н.Н.Бурденко. Ч. 1. М.-Л.: Медгиз, 1941. 338 с.

74. Бюллетень Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР. М., 1920—1940 гг.
75. Бюллетень Народного Комиссариата Здравоохранения, 1922, 15 ноября. № 20-21. С.4-5, 9.
76. Бюллетень Народного Комиссариата Здравоохранения, 1922, 10 января. № 1. С.2.
77. Бюллетень Народного Комиссариата Здравоохранения, 1923, 25 февраля. № 3-4. С.17-18.
78. Бюллетень Народного Комиссариата Здравоохранения, 1923, 5 августа. № 15. С.12-14.
79. Бюллетень Народного Комиссариата Здравоохранения, 1924, 20 февраля. № 2-3. С.15.
80. Бюллетень Народного Комиссариата Здравоохранения, 1924, 20 мая. № 8-9. С.8.
81. Бюллетень Народного Комиссариата Здравоохранения, 1924, 5 июля. № 12. С.2.
82. Бюллетень Народного Комиссариата Здравоохранения, 1924, 1 ноября. № 19. С.2.
83. Бюллетень Народного Комиссариата Здравоохранения, 1925, 5 мая. № 7-8. С.25-39.
84. Вагабов А.-В. Курорт Ахты. Махачкала, 1973.
85. Вазганов В.М., Сидоренко Ф.Ф. Первооткрыватели Кавказских Минеральных Вод (научно-популярные биографии). Пятигорск, 2003. 492 с.
86. Ваксман А.А. Записки краеведа. Грозный: Чечено-Ингушское книжное издательство, 1984. 96 с.
87. Василенко В.Г. История здравоохранения и медицинского образования на Дону и Северном Кавказе (XIXв.-1940г.). Армавир, 2006. 284 с.

88. Василенко В.Г. Истоки военно-медицинского образования в Кубанской области (80-егг.XIX-начало XXвв.). Тамбов. //Ж. Грамота, 2012. 1 (15): в 2-х ч. Ч. I. С. 43-45.

89. Васильевский Н.П. Задачи санитарной деятельности в городах. /Труды первого съезда служащих врачей гражданского ведомства на Кавказе. Том 1-й, вып.3-й. Тифлис, 1914. С.323-338.

90. Велиханов Т.Т. Рыбная промышленность Дагестана: Порт-Петровские промыслы в конце XIX - начале XX вв. //Вестник Московского государственного областного университета. Серия: История и политические науки. М., 2008. № 3. С. 79-86.

91. Велиханов Т.Т. Основание, становление и развитие города Порт-Петровска Дагестанской области (вторая половина XIX – начало XX века): Автореф. дис. канд. истор. наук. М., 2010.

92. Верзейн И. Описание Михайловских минеральных источников, находящихся на Сунженской линии. //Военно-медицинский журнал, 1849, часть LIII, № 2, июнь, разд. VII, С.1-17.

93. Верлин Я. Медицинская топография Ичкеринского округа Терской области. /Медицинский сборник, издаваемый Кавказским медицинским обществом. Тифлис, 1870. № 10, отд.1. С.1-20.

94. Вертепов Г. Ингуши: историко-статистический отчет. /Терский сборник, вып.2, кн. 2. Владикавказ, 1892. С. 71-138.

95. Вертепов Г.А. Рождаемость, смертность и естественный прирост в Терской области за 1883-1893 гг. /Записки Терского медицинского общества, вып.2, за 1894 г. Владикавказ, 1895. С.9-17.

96. Вертепов Н.А. К статистике детской смертности среди казачьего населения Терской области. /Записки Терского медицинского общества, вып.2, за 1894 г. Владикавказ, 1895. С.87-101

97. Вертепов Н.А. К статистике детской смертности среди казачьего населения Терской области. /Записки Терского медицинского общества. Вып.2-й за 1894 г. Владикавказ, 1895. С.87-103.

98. Вертепов Н.А. Дальнейшие наблюдения на Михайловских минеральных водах. /Записки Терского медицинского общества, вып. 3-й. Владикавказ, 1895. С.33-43.

99. Вертепов Н.А. Горячеводская минеральная вода. /Терский сборник: приложение к Терскому календарю на 1892 г., вып.1, кн.II. Владикавказ, 1892. С.104-131.

100. Вертепов Н.А. Михайловские минеральные воды. /Терский сборник: приложение к Терскому календарю на 1894 г., вып. 3, книга II. Владикавказ, 1893. С. 3-40.

101. Вертепов Н.А. Курорт Серноводск. Михайловские минеральные источники. /Терский календарь на 1911 г. Владикавказ, 1910. С.205-211.

102. Вестник курортов и лечебных учреждений. Журнал. Харьков, 1908-1916 гг.

103. Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. Журнал. Петроград, 1889-1917 гг.

104. Весь Грозный и его окрестности: под ред. Д. Приволжского. Владикавказ, 1914.

105. Виноградов В.Б. О скифских походах через Кавказ. /Труды Чечено-Ингушского НИИ при СМ ЧИАССР, том IX. Грозный, 1964. С.21-48.

106. Виноградов П.Б. Страницы истории развития здравоохранения Чечено-Ингушетии в 1917–1937 годах. Тверь: ООО «РТС-Импульс», 2003. 192 с.

107. Вирсаладзе С.С. К вопросу о народной медицине вообще и в частности о трепанации черепа у горцев Дагестана. //Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. Кн. IX, сентябрь. СПб., 1898. С.697-702.

108. Витсен Н. Северная и восточная Татария. /В кн: Адыги, балкарцы и карачаевцы в известиях европейских авторов XIII-XIX вв. Нальчик, 1974. С.88.

109. Военно-медицинский журнал. Журнал. СПб., 1823—1917 гг., М., с 1944 г. по н/в.
110. Волкова Н.Г. Динамика численности вайнахских народов до XX века /Археолого-этнографический сборник. Т.2. Грозный, 1968. С. 116-123.
111. Вопросы здравоохранения, 1930, № 2, С. 64.
112. Воронов Н. Статистические данные о Терском казачьем войске. /Кавказский календарь на 1867 год. Тифлис, 1866. С.340-341.
113. Воронцов-Дашков И.И. Всеподданнейшая записка по управлению Кавказским краем. СПб., 1907. С. 4.
114. Воропаев Н. Статистические данные о Терском казачьем войске. /Кавказский календарь на 1867 год. Тифлис, 1866. С.340.
115. Восканян Э.А., Околов В.Л. Научное хирургическое общество и ассоциация врачей хирургического профиля на Кавказских Минеральных Водах: от истоков до наших дней. //Медицина, 2011. № 2. С.48-51.
116. Временные правила санитарной охраны для городов Терского округа. Ростов на Дону, 1928. 35 с.
117. Всеволожский Д.А. Очерк теперешнего состояния Кавказских минеральных вод и улучшений, сделанных в устройстве оных с 1846г. /Кавказский календарь на 1949 год. Тифлис, 1848. С.32-40.
118. Вышегород Я.Д. Материалы для антропологии кабардинского народа (адыге). СПб.,1895.
119. Гаджиева Л.А. Развитие здравоохранения в дагестанском селе. /Сб. Социально-культурное строительство в Дагестанском селе (1920-1980). Ответ. Ред. Каймаразов Г.Ш. Махачкала, 1989. С.54-63.
120. Гаджиева С.Ш. Кумыки. М., 1961.
121. Гаджикулиев А.–С.А., Шорохова И.Ф. Курорт Серноводск-Кавказский. Грозный: Чеч.-Ингуш. кн. изд., 1963.
122. Гаджимирзоев Ю. Здравницы Дагестана. Махачкала, 1973. С.6-7.
123. Газета «Нефтерабочий». – 1924, 27 августа, № 197.

124. Газета «Грозненский рабочий» – 1924, 14 ноября, № 5 (846).
125. Газета «Грозненский рабочий». – 1924, 18 декабря, № 34.
126. Газета «Горская беднота» – 1920, 22 августа.
127. Газета «Грозненские новости». – 1914, 25 мая, № 1.
128. Газета «Грозненские новости». – 1914, 27 июня, № 23.
129. Гальперин С. Вопросы борьбы с венеризмом на Северном Кавказе. //Вопросы здравоохранения, 1928, № 13, С.64-67.
130. Гамалея Н. Ф. Оспопрививание. 2-е изд., Л., 1924.
131. Гаммер М. Шамиль. Мусульманское сопротивление царизму. Завоевание Чечни и Дагестана. М.: КРОН-ПРЕСС, 1998. 512 с.
132. Гапуров Ш.А., Израйилов А.М., Товсултанов Р.А. Чечня на завершающем этапе Кавказской войны. Нальчик: Эль-Фа, 2007. 312 с.
133. Гарданов К.С. О высокогорных климатических станциях и минеральных источниках Северной Осетии. Владикавказ: Ир, 1926. 48 с.
134. Гарунова Н.Н. Кизляр в XVIII – первой половине XIX века: проблемы политического, социально-экономического и культурного развития. Махачкала: Дагестанское книж. издат., 1986. 168 с.
135. Гатиев Б. Суеверия и предрассудки у осетин. /Сборник сведений о кавказских горцах. Вып. IX. Тифлис: Издание Кавказского Горского Управления, 1876. С.66.
136. Гацаев Ш.М., Межидов С-М.Н., Эльмурзаева Х.Х. Чеченский базовый медицинский колледж. 80 лет свершений (1930-2010). Грозный, 2010. 80 с.
137. Гвоздецкий Н.А. Физическая география Кавказа. Общая часть. Большой Кавказ. Вып.1. М.: Издат. Москов. ун-та, 1954. 208с.
138. Гвоздецкий Н. А. Кавказ. Очерк природы. М.: Гос. изд-во географической лит-ры, 1963. 260 с.

139. Герасимов А.П. Источники Джилы-су. /В кн.: Курорт Нальчик и лечебные местности Кабардино-Балкарской автономной области. М.,1929. С.94-118.

140. Герасимов А.П. Хасаутские нарзаны. /В кн.: Курорт Нальчик и лечебные местности Кабардино-Балкарской автономной области. М., 1929. С.119-127

141. Герсеванов М.А. Очерк гидрографии Кавказского края. СПб., 1886.

142. Гецеу, В.В. Минеральные источники Дагестана. – Махачкала: Изд-во «Дагкнигоиздат», 1964. 142 с.

143. Гецеу, В. В. Типы подземных минеральных вод Дагестана и их бальнеологическое значение. Махачкала: «Дагкнигоиздат», 1972. 117 с.

144. Гильденштедт И.А. Географическое и статистическое описание Грузии и Кавказа (из путешествий 1770-1773). СПб., 1809.

145. Гильденштедт.И.А. Географические и исторические сведения о новой пограничной Линии Российской империи, проведенной между рекою Тереком и Азовским морем. Ч.IV. СПб., 2002. С.152.

146. Гильденштедт И.А. Путешествие по Кавказу в 1770–1773 гг. – СПб.: Петербургское Востоковедение, 2002. 512 с.

147. Гиреев Т.Г., Асхабова Л.М. История создания противотуберкулезной службы в Дагестане. /В кн.: Становление государственной медицины в России (XVIII-XX вв.). М., 2012. С.72-74.

148. Головлев А.А. Горные ландшафты Чеченской Республики и особенности их освоения: Автореф. дис. докт. геогр. наук. Воронеж, 2005. 39 с.

149. Головлев А.А. Братья-казаки Вертеповы, как краеведы и географы Терской области. /Самарская Лука: проблемы региональной и глобальной экологии, том 22, 2013, № 2, С.126-134.

150. Гольденберг М.Б. Горячеводские минеральные воды. //Военно-медицинский журнал, 1897, № 6, часть 189, С.518-554.

151. Города России в 1904 году. СПб., 1906.

152. Городновский В.А. Краткий отчет о холерной эпидемии в Терской области в 1892г. /Труды первого съезда кавказских врачей.Тифлис, 1893. Вып.2. С.147-148.

153. Грабовский Н.Ф. Экономический и домашний быт жителей Горского участка Ингушевского округа /Сборник сведений о кавказских горцах. Вып. 3. Отд. 5. Тифлис, 1870. С.14-15.

154. Гревизирский А.П. Курортно-бальнеологические богатства гор. Махач-Кала (б.Петровск) и его окрестности. Махач-Кала: издат. Даггиза, 1931. 79 с.

155. Гревизирский А. Курорты и лечебные местности Дагестана. Махач-Кала: Даггиз, 1934. 21с.

156. Грибанов Э.Д. Из истории Терского медицинского общества. //Здравоохранение и медицина в Северной Осетии. Вып.10. Орджоникидзе, 1962.

157. Грибанов Э.Д. К истории здравоохранения Северной Осетии в первые годы советской власти. /Известия Северо-Осетинского НИИ. Том 21. Вып.1. Орджоникидзе, 1958. С.73-88.

158. Григорьев А.А. Борьба с социальными болезнями на Северном Кавказе. //Советская медицина на Северном Кавказе. 1928. № 11. С.25-29.

159. Григорьев А. Курорты Чечни: Горячеводск. Серноводск. Брагуны. Шатой. Ростов на Дону: Книгоиздательство «Северный Кавказ», 1928. С.8.

160. Гриневич К.В. Горячеводские бараки Всероссийского земского союза в 1915 г. /В кн.: Лечебная местность Горячеводск (Терской обл. Кизлярского отдела). Под общ. ред. А.А. Новицкого. Тифлис, 1917. С.18-29

161. Гриценко Н.П. География расположения казачьих станиц по рекам Тереку и Сунже в XVI - середине XIX века /Вопросы исторической

географии Чечено-Ингушетии в дореволюционном прошлом. Грозный, 1984. С.133-134.

162. Гриценко Н.П. Экономическое развитие Чечено-Ингушетии в пореформный период (1861-1900гг.). Грозный: Чечено-Ингушское книжное издательство, 1963. 129с.
163. Гриценко Н.П. Города Северо-восточного Кавказа и производительные силы края V–середина XIX века. Ростов-на-Дону: Изд. Ростов. гос.унив.,1984. С.129.
164. Губернии Российской империи: история и руководители (1708-1917). Москва: Объединенная редакция МВД России, 2003. 480 с.
165. Губерт В.О. Прививание телячьей и гуманизированной оспы. Казань, 1887.
166. Гюберт И.И. Проказа в Терской области и Терская лепрозория. Владикавказ,1911. 109 с.
167. Дагестан в известиях русских и западно-европейских авторов XIII-XVIII вв. Составитель Гаджиев В.Г. Махачкала, 1982.
168. Дагестанская экспедиция государственного Центрального института курортологии 1933 года. /Под редак. проф. В.А.Александрова. Том VII. Ростов на Дону: Азово-Черноморское краевое книгоиздательство, 1934. 216с.
169. Дадаев Ю.У. Государство Шамиля. Социально-экономическое положение, политико-правовая и военно-административная система управления. Махачкала, 2006. 505с.
170. Далгат М.М. Краткий очерк санитарного состояния г. Владикавказа. /Записки Терского медицинского общества за 1900 г. Вып.II. Владикавказ, 1901. С.1-11.
171. Данилевский Н.Я. Кавказ и его горские жители в нынешнем их положении. М.: Университетская типография, 1846. 188 с.

172. Движение горцев Северо-Восточного Кавказа в 20-50гг. XIX века. Сборник документов. Сост. В.Г.Гаджиев, Х.Х. Рамазанов. Махачкала: Дагестанское книжное издательство, 1959. 588 с.

173. Дворников В.С., Воскобойников М.Х., Дворников С.В. История создания, становления и развития санитарно-эпидемиологической службы Республики Северная Осетия – Алания. //Журнал «Успехи современного естествознания», 2009. № 7. С. 51–53.

174. Дембо Л.И. Врачебное право. Вып.1. Санитарно-социальное законодательство. Спб., 1914. 85 с.

175. Десницкий Н.В. Кавказские Минеральные Воды: к сезону 1914 г. Пятигорск, 1914. 83 с.

176. Дзалаева К.Р. Осетинская интеллигенция (вторая половина XIX – начало XX вв.). 2–е изд., перер. Владикавказ, 2012. С.111-117.

177. Дзалаева К.Р. Профессиональная и общественная деятельность осетинских медиков (вторая половина XIX-начало XX вв.). /Труды молодых ученых. Вып.4. Владикавказ, 2010.

178. Дзидзоева М.Г. Становление и развитие системы социальной защиты населения на Северном Кавказе во II-й пол.XIX-нач.XXв.: Автореф. дис. канд. ист. наук. Владикавказ, 2004. 23с.

179. Джаппуев М.И. Лечебные минеральные воды и грязи. Нальчик: Эльбрус, 1993. 96 с.

180. Дибиров М.А. Народная медицина. //Ж. «Возрождение», 1995. № 2, С.43-46.

181. Дибиров М. А. Письменные источники Дагестана XVIII-XIX вв. Махачкала, 1989.

182. Дик В.Г. Современное состояние главнейших курортных местностей Дагестана. /В кн.: Дагестанская экспедиция Государственного Центрального института курортологии 1933г. Том 7-й. Ростов-на-Дону, 1934. С.32-70.

183. Доброславин А. П. Очерк основ санитарной деятельности. СПб., Тип. Я. Трея. 1874 286 с.

184. Доманский К. О сифилисе между туземцами Южного Дагестана. /Медицинский сборник, издаваемый Кавказским медицинским обществом. Тифлис, 1866. № 2. С.13-23.

185. Дроздовский А.И. Краткий медико-топографический очерк Кабардинского огкруга Терской области. /Медицинский сборник Кавказского медицинского общества. Тифлис, 1870. № 9. С.29-30.

186. Дрю Л. Отчет о Кавказских минеральных водах. Париж, 1883. 131 с.

187. Дубровин Н.Ф. История войны и владычества русских на Кавказе : в 6 т. СПб., 1871-1888.

188. Дубровин Н.Ф. История войны и владычества русских на Кавказе: Том1, Кн.1. Спб.,1871. 640 с.

189. Дуйко В. В. Основные направления организации медико-социальной помощи больным лепрой в современных условиях: Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 1913. 48с.

190. Думка Н.С. О скифской медицине. //Советское здравоохранение, 1956. № 5. С.57-60.

191. Егиазаров И.Н. О призрении душевнобольных на Кавказе. /Труды первого съезда служащих врачей гражданского ведомства на Кавказе. Том 1-й, вып.1-й. Тифлис, 1912. С.233-250.

192. Езеев А.А. Цейский курорт и его климато-лечебные факторы. Дзауджикау: Ир,1935. 78с.

193. Езеев А.А. Цейский курорт в 1925 г. //Курортное дело, 1926. № 4. С.104-112.

194. Емельянов О.Б. Развитие медицины в Терско-Гребенских станицах в первой половине XIX века. /В кн.: Научно-творческое наследие Федора Андреевича Щербины и современность. Краснодар, 2004. С. 443–446.

195. Емельянов О.Б., Емельянова Л.А., Клочков С.В. Страницы истории станицы Незлобной Волжского казачьего полка. Пятигорск, 2009.

196. Емельянов О.Б. Терско-гребенское казачество и начало «туризма» на Северном Кавказе в XVIII – первой четверти XIX вв. /Материалы международной конференции «Глобализация и туризм: проблемы взаимодействия». Саратов, 2009. С. 34-38.
197. Емельянова Н.М. Мусульмане Осетии: на перекрестке цивилизаций. М.,2003. С.61.
198. Ермолов А.С. Гиик-Салганский или Талгинский горячий минеральный серный источник в Дагестанской области, близ города Петровска. Петроград, 1916.
199. Жардецкая Н. Народная медицина и лечебная магия у черкесов. / Религиозные пережитки у черкесов-шапсугов (материалы Шапсугской экспедиции 1934 г.). М., 1940. С.58-64.
200. Жизнь, оплаченная серебром. «Медицинский вестник» (газета), 2009. № 25–26.
201. Жиль Ф.А. Письма о Кавказе и Крыме. /перевод с фр. К.А.Мальбахова. Нальчик: ГП КБР РПК, 2009. С.131-132.
202. Жугова Т.Ч., Шомахов А.О., Кимова Л.Ф. Из истории медицины Кабардино-Балкарии. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2001. № 6. С. 55–59.
203. Журнал русского общества охранения народного здравия. СПб.,1898-1910.
204. Журналы первого очередного ставропольского губернского земского собрания. Ставрополь, 1914. С.608-613.
205. Заза Панаскертели-Цицишвили. Лечебная книга Карабадин. М.: Изд-во Читра, 2002. 260 с.
206. Законы и распоряжения правительства по оспе. СПб., 1896.
207. Записки Русского бальнеологического общества в Пятигорске. Пятигорск,1863-1931 гг.
208. Записки Русского бальнеологического общества в Пятигорске. Пятигорск, 1898. Том 1. № 1. С. 41.

209. Записки Русского бальнеологического общества в Пятигорске. Пятигорск, 1899. Том 2. № 1. С. 8.
210. Записки Русского бальнеологического общества в Пятигорске. Пятигорск, 1900. Том 3. № 1.
211. Записки Терского медицинского общества. Владикавказ, 1891-1910 гг.
212. Записки Терского медицинского общества, вып. 1-й за 1891-1893 гг. Владикавказ, 1895. 86 с.
213. Записки Терского медицинского общества, вып. 5-й. Владикавказ, 1896. С.16-30.
214. Записки Терского медицинского общества, вып. 6. Владикавказ,1897. С.59-60.
215. Здравоохранению Республики Дагестан 90 лет. Махачкала: Издат. «Лотос», 2010. – 120с.
216. Здравоохранение России в XX веке. Под ред. академика В.И.Покровского, академика О.П.Щепина. Москва, 2001.
217. Зинин Н.Н. Минеральные воды Терско-Сунженской долины. //Военно-медицинский журнал, 1853. Часть 62, № 2, разд.7. С.1-17.
218. Зудгоф К. Медицина Средних веков и эпохи Возрождения. – М.: Вузовская наука, 1999. 160 с.
219. Ибн Кайим Аль-Джаузия. Пророческая медицина. Казань: Изд-во ОАО ПИК «Идеал-Пресс», 2005. 368 с.
220. Ибрагимов М. И. Становление и развитие системы здравоохранения Дагестана. Махачкала, 2012. С. 31.
221. Ибрагимова З.Х. Медицинское обслуживание населения Терской области во второй половине Х1Х – начале XX века. //Известия ВУЗОВ. Северо-Кавказский регион. Общественные науки, 2009. № 3А. С.91-95.
222. Ибрагимова М.Х. Чеченский народ в Российской империи: адаптационный период. М.: Изд. ПРОБЕЛ-2000, 2006. С.642.
223. Ибрагимова З.Х. Мир чеченцев. XIX век. М.: ПРОБЕЛ-2000, 2007. 1024 с.

224. Идрисов Ю. Борьба русских и первых профессиональных дагестанских врачей с холерой в Дагестане в XIX - начале XX вв. /Россия и Дагестан: История многовековых взаимоотношений и единения. Махачкала, 2009. 376с.

225. Ильин А.С. Призрение душевно больных в Терской области. /Труды первого областного съезда врачей Терской области. Владикавказ, 1912. С.94-103.

226. Имамалиев И.Г. Состояние дела здравоохранения в Дагестане. //Плановое хозяйство Дагестана, 1928. № 10,11,12. С.65-72.

227. Имамалиев И.Г. Состояние дела здравоохранения в Дагестане. /Сб. «Вопросы здравоохранения», 1929. № 4. С.65-67.

228. Индербиев М.Т. Очерки истории здравоохранения Чечено-Ингушетии. Грозный: Чечено-Ингушское книжное издательство, 1972. 178 с.

229. Индербиев М.Т. Курорт Серноводск-Кавказский. Грозный: Чечено-Ингушское кн. изд., 1978. 96 с.

230. Ионов Ю.В., Ионов А.Ю. Из истории медицины Кубани. Краснодар: Традиция, 2009. С.86-87. 176 с.

231. Иорданов П.Ф. О настоятельных нуждах Кавказских минеральных вод. /Труды состоящего под Высочайшим его Императорского Величества покровительством Съезда по улучшению отечественных лечебных местностей. Под редак. доктора мед. П.Н.Булатова. Вып. 1-й. Петроград, 1915 С.1-8.

232. Историческая справка Северо-Осетинского медицинского колледжа от 08.02.2013 г., представленная директором Н.П.Торчиновой.

233. Историческая справка Дагестанского медицинского колледжа от 21.02.213 г., представленная директором Х.Г.Махачевой.

234. Историческая справка Пятигорского медицинского колледжа от 21.01.2013 г., представленная директором А.Н.Фенько.

235. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XXв.). М.В.Поддубный, И.В.Егорышева, Е.В.Шерстнева и др.; под ред. Р.У.Хабриева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 248с.
236. История Кабардино-Балкарской АССР, том 1-2. Нальчик, 1967.
237. История народов Северного Кавказа с древнейших времен до конца XVIII в. [Отв. ред. В.Б.Пиотровский]. М.: Наука, 1988. 540 с.
238. История Северо-Осетинской АССР, 1-2 том. Орджоникидзе, 1959.
239. Кабардино-Балкарская АССР. Сборник. Нальчик, 1946. С.282-300
240. Кавказ: европейские дневники XIII-XVIII веков. Состав. В.Аталиков. Нальчик: Издат. М. и В. Котляровых, 2010. 304 с.
241. Кавказский календарь на 1846-1917 гг. Тифлис, 1845-1916.
242. Кавказский календарь на 1849 год. Тифлис, 1848. С.41-50.
243. Кавказский календарь на 1865 год. Тифлис, 1864. С.124.
244. Кавказский календарь на 1868 год, Тифлис, 1867. С.368-370.
245. Кавказский календарь на 1870 год. Тифлис, 1869. С.115.
246. Кавказский календарь на 1873 год. Тифлис, 1872. С.106-107.
247. Кавказский календарь на 1877 год. Тифлис, 1876. С.61.
248. Кавказский календарь на 1880 год. Тифлис, 1879. С.194-197.

249. Кавказский календарь на 1886 год. Тифлис, 1885. С.190.
250. Кавказский календарь на 1891 год. Тифлис, 1890. С.206-227.
251. Кавказский календарь на 1893 год. Тифлис, 1892. С.173-178.
252. Кавказский календарь на 1894 год. Тифлис,1893. С.231.
253. Кавказский календарь на 1897 год. Тифлис, 1896. С.142-184.
254. Кавказский календарь на 1900 год. Тифлис, 1899. С. 180.
255. Кавказский календарь на 1901 год. Тифлис,1900. С.77.
256. Кавказский календарь на 1915 год. Тифлис, 1914. С.300-315.
257. Кавказский календарь на 1917 год. Тифлис, 1916. С.184; С.249-367.
258. Кавказские Минеральные Воды – к столетнему юбилею 1803-1903. СПб: Товарищество Р.Голике и А.Вильборг, 1904. С.24.

259. Кадников Е.А. Скифский врач Токсарис. //Советское здравоохранение, 1984. № 7. С.68-70.

260. Казаков А.И. Страницы истории города Грозного: краеведческие этюды.– Грозный: Чечено-Ингушское книжное издательство, 1989. 88 с.

261. Казачьи войска. Опыт военно-статистического описания. Составил Хорошхин. СПб., 1881.

262. Казбек Г.Н. Военно-статистическое описание Терской области. Ч. 1 и 2. Тифлис, 1888.

263. Казенные вспомогательные лечебные учреждения на группах Кавказских минеральных вод. Пятигорск, 1910. 46 с.

264. Казиев Ш.М., Карпеев И.В. Повседневная жизнь горцев Северного Кавказа в Х1Х веке. – М.: Мол. гвардия, 2003. 452 с.

265. Калоев Б.А. Земледелие народов Северного Кавказа. М., 1981.

266. Калоев Б.А. Развитие скотоводства на Северном Кавказе. М., 1983.

267. Караулов М.А. Терское казачество. М.: Вече, 2007. 320 с.

268. Карпеев И.В. Чеченский конный полк Кавказской туземной конной дивизии в Первой мировой войне в 1914–1918 годы. /В кн.: Чеченцы в истории, политике, науке и культуре России: исследования и документы. – М.: Наука, 2008. – 631 с.

269. Карпов П.К. Пятигорск и его нужды. /Труды состоящего под Высочайшим его Императорского Величества покровительством Съезда по улучшению отечественных лечебных местностей. Под редак. доктора мед. П.Н.Булатова. Вып. 1-й. Петербург, 1915. С.125-136.

270. Карпов Ф. Нефтяное дело в Терской области. /Терский сборник, вып.1-й. Владикавказ, 1890. С.201-274.

271. Карстенс Э.Э. О нарзанах района Кисловодск-Эльбрус. /Записки Русского бальнеологического общества в Пятигорске, том Х, № 4. Пятигорск, 1909. С.226-238.

272. Карстенс Э.Э. Минеральные источники Северной Осетии и перспективы курортного строительства в ней. /Известия Северо-Осетинского научно-исследовательского института. Том 4. Орджоникидзе, 1932. С.248-268.

273. Кедров М. Слепцовские и Михайловские минеральные воды (на Кавказе в Терской области). Монография на степень доктора медицины. СПб.,1862. 35 с.

274. Керимов И.А., А.А.Даукаев, А.А.Абумуслимов, А.А.Даукаев. К истории изучения минеральных и целебных вод Чеченской Республики. //Вестник Академии наук Чеченской Республики, 2012. №1. С.59-64.

275. Кишкин Н.М. Государственные курорты СССР в 1926 г. //Курортное дело. 1927. № 5. С.17.

276. Клапрот Ю. Путешествие по Кавказу и Грузии, предприянтое в 1807-1808 гг./ В кн.: Адыги, балкарцы и карачаевцы в известиях европейских авторов XIII-XIX вв. Нальчик. 1974. С.261.

277. Книга Большому чертежу. Подгот. публ. К.Н.Сербиной. М.-Л.: Издат. АН СССР, 1950.

278. Книга лекарств Лукмана ал Хакима. Сост. А.Л.Исаев. Махачкала: ИД «Эпоха», 2008. 176 с.

279. Ковнер С. История средневековой медицины. Вып.1-й. Киев, 1893. 634с.

280. Ковнер С. История медицины. Вып. 3. Киев,1888. 974 с.

281. Козырев В.А. Северный Кавказ: экология, здоровье, народная медицина. Минеральные Воды: СКФ БГТУ им. В.Г. Шухова, 2007. С. 261–269.

282. Козубский Е.И. Памятная книжка Дагестанской области. Теми-Хан-Шура, 1895. С.17,146.

283. Козубский Е. И. Дагестанский сборник. Выпуск I. Темир-Хан-Шура, 1902.

284. Козубский Е.И История города Дербента. Темир-Хан-Шура, 1906. С.289; С.370; 416.

285. Козубский Е.И. Очерк истории города Темир-Хан-Шуры. /Сборник материалов для описания местностей и племен Кавказа», XIX вып. Тифлис, 1894.

286. Колосов Г.А. Условия жизни населения Терской области: с точки зрения нервно-психической гигиены. М., 1909. С. 112–115.

287. Копелевич Ю.Х. Основание Петербургской академии наук. М: Наука, 1977. 210 с.

288. Копылова, Е.Э., Краснокутская Л.И. Становление и развитие военно-медицинской службы на Кавказских Минеральных Водах (1803–2007 гг.). Ессентуки: ООО «Издательский Дом», 2007. 222 с.

289. Копшицер И.З. Трепанированный череп из «Города мертвых». /Материалы по археологии и древней истории Северной Осетии (МАДИСО). т. II. Орджоникидзе, .1969, с. 158-163.

290. Коровин В.И., Коровин А.В. Гидрографическая сеть Северного Кавказа: Учеб. пособие. Краснодар: Кубанский университет, 1981. 78с.

291. Краснокутская Л.И., Михайленко В.И. Управление курортами Кавминвод (1803-2003): страницы российской истории. Пятигорск: Вестник Кавказа, 2004. 160 с.

292. Краснокутский В.С. Курорты Кавказских Минеральных Вод в годы первой мировой войны: проблемы и особенности развития. Пятигорск: Вестник Кавказа, 2012. 250 с.

293. Краткая историческая справка об административно-территориальном делении Чечено-Ингушетии. Состав. Кобзева Е.И. Грозный: ЦГА ЧИАССР, 1957. 43 с.

294. Кривякин И. Трепанация без трепана. //Военно-медицинский журнал, 1887. Кн.9, ч. CLX, отд.1. С. 145-164.

295. Кринко Е.Ф., Хлынина Т.П. История Северного Кавказа в 1920-1940-е гг.: современная российская историография . Ростов на-Дону, 2009. С.80-120.

296. Крупнов Е.И. Древняя история Северного Кавказа. М., 1960. 519 с.

297. Кузнецов Г.С. Краткий очерк Даргинского округа Дагестанской области и господствующие в нем болезни. /Протоколы заседаний Кавказского медицинского общества в 1865/6 году. Вып.2, протокол № 17 от 20 ноября 1865г. Тифлис, 1866. С. 123-135.

298. Кузнецов В.Н. Борьба с лепрой в условиях коллективизации Севкавкрая. //Советская медицина на Северном Кавказе, 1930. № 2-3. С.28-30.

299. Кулибин С. Очерк истории развития Кавказских Минеральных Вод (1717-1895 гг.). СПб., 1896. 195с.

300. Культурное строительство в Дагестанской АССР. 1918-1977 гг. Сб. документов и материалов. Том 1 и 2. Махачкала, 1980-1988.

301. Культурное строительство в Дагестанской АССР. 1918-1941.Сб. документов. Т. 1. Махачкала: Дагестанское книжное издательство, 1980.

302. Культурное строительство в Чечено-Ингушетии (июнь 1941-1980гг.) Сб. документов и материалов. Грозный, 1985.

303. Культурное строительство в Чечено-Ингушетии (1920-1940 годы). Сб. документов и материалов. Грозный: Чечено-Ингуш. кн. изд-во, 1974.

304. Культурное строительство в Северной Осетии (1917-1941) Сб. документов и материалов. Том 1. Орджоникидзе,1974.

305. Культурное строительство в Северной Осетии (1941-1977) Сб. документов и материалов. Том 2. Орджоникидзе,1983.

306. Культурное строительство в Кабардино-Балкарии. 1918-1941 гг.: Сб. документов и материалов. Нальчик, 1980.

307. Купцис И.Д. О химическом составе и радиоактивности сернистых вод Горячеводска и Псекупска. //Целебный Кавказ. Тифлис, 1915. №1-2. С.23-33.

308. Купцис И.Д. Материалы к изучению минеральных вод Кавказа. //Целебный Кавказ. Тифлис, 1917. № 2. С.3-24.

309. Курорт Нальчик и лечебные местности Кабардино-Балкарской автономной области. Под редак. Н.Е.Хрисанфова и А.Н.Огильви. М., 1929.

310. Курорты Кавказских Минеральных Вод – национальное достояние: становление и развитие (1803-2003). [Под редакцией академиков Ю.Л.Шевченко и О.П.Щепина]. М., 2003. С.20-32.

311. Курорты Чечни в 1930 г.(из отчета). //Курортно-санаторное дело, 1931, № 1, С.58-59

312. Курортное дело. Журнал. М., с 1923 по 1928г., Курортно-санаторное дело с 1929 по 1931г.

313. Кучер Т.В., Колпащикова И.Ф. Медицинская география. Учебник. М.: Просвещение, 1996. 160 с.

314. Кыштымов В.В. Медицинское обеспечение русских войск в Дагестане в войне 1834-59гг.: Автореф. дис. канд. мед. наук. Махачкала, 1953. 13с.

315. Лангваген Я.В. О возможности восстановления некоторых минеральных источников северных предгорий Кавказского хребта (Горячеводск, Брагуны). /Труды ЦНИГРИ. М., 1937.

316. Ларин Е.А. Горячеводская врачебно-санитарная станция. /Записки русского бальнеологического общества в Пятигорске. Пятигорск, 1897. С.2-26.

317. Ларин Е.А. Исторический очерк деятельности Русского бальнеологического общества в Пятигорске. /Записки Русского бальнеологического общества в Пятигорске. Пятигорск, 1901. Том 3. № 7. С. 325–356.

318. Ларин Е.А. «Нальчик», как климатическая станция. //Курортное дело, 1923. № 10. С.71-73.

319. Ларин Е.А. Исторический очерк деятельности Русского Бальнеологического общества в Пятигорске. /Записки Русского Бальнеологического общества в Пятигорске. Пятигорск,1901. Том 3. № 7.

320. Лаудаев У. Чеченское племя. /Сборник сведений о кавказских горцах. Вып. VI. Тифлис, 1872. С.22.

321. Левицкий В.А. Курортные организации для воинов на Северном Кавказе. /В кн.: Материалы по организации санаторно-курортного лечения больных и раненых воинов. Вып.1-й. М.:, 1916. С. 75-85.

322. Лелеков Л.А. Авеста в современной науке. М.: Гос. НИИ реставрации, 1992. 362 с.

323. Леонтович Ф.И. Адаты кавказских горцев. /Материалы по обычному праву Северного и Восточного Кавказа. Вып.1. Одесса, 1883.

324. Лечебная местность Горячеводск (Терской области Кизлярского отдела). Под общ. ред. А.А.Новицкого. Тифлис, 1917. 122 с.

325. Либау. О Кавказских минеральных источниках. //Военно-медицинский журнал, 1870. Часть CIX, кн.10, разд. VI. С.1-32.

326. Лисичкин С.М. Очерки по истории развития отечественной нефтяной промышленности: дореволюционный период. М.-Л., 1954. 404 с.

327. Лысцов В.П. Персидский поход Петра I 1722–1723 гг. М.: МГУ, 1951. 247 с.

328. Магомедова Р.М. Становление системы санитарно-эпидемиологической службы Дагестана 1920-1945 гг.: история, проблемы: Автореф. дис. канд. ист. наук. Махачкала, 2009.

329. Магомедова Р.М. К вопросу о проведении санитарно-просветительной работы в Дагестане в 1920-е гг. //Историческая и социально-образовательная мысль, 2012. № 1. С.57-59.

330. Магомедова С.А. Благотворительная и общественная деятельность Владикавказского городового врача М.М.Далгата. //Вестник инститкта истории, археологии и этнографии. 2010. № 24. С.51-57.

331. Макаренко В.А. Здравоохранение на Северном Кавказе. //Советская медицина на Северном Кавказе. Ростов на Дону, 1925. Прил. к № 4-5. С.7-17.

332. Макаренко М.Ю. Население Северного Кавказа в конце Х1Х – первой четверти ХХ века: историко-демографическое исследование: Автореф. дис. докт. ист. наук. Краснодар, 2011.

333. Максимов Е. Чеченцы: историко-географический и статистико-экономический очерк. /Терский сборник. Вып.3, кн.2. Владикавказ, 1893. С.3-100.

334. Максимов Е. Кабардинцы: статистико-экономический очерк. /Терский сборник. Вып.2, кн.2. Владикавказ, 1892. С.71-187.

335. Максимов Е. Осетины: историко-статистический очерк. /Терский сборник. Вып. 2, кн. 2. Владикавказ, 1892. С.3-70.

336. Максимов Е. Терское казачье войско: историко-статистический очерк. /Терский сборник. Вып. 1. Владикавказ, 1890. С. 3-167.

337. Малыгин М. Минеральные источники ДССР. /Бюллетень Дагестанского статистического управления. Махач-Кала, 1924. № 10-11. С.56-59.

338. Мамушин С.А. Курорт им. В.И.Ленина. //Курортное дело, 1925. № 3-4. С.130-131.

339. Мамулянц С.Г. Отчет за 3 года работы Владикавказского венерологического института. //Советская медицина на Северном Кавказе. 1926. № 10-11. С.61-69.

340. Манышев С.Б. Медицинское обеспечение горцев в период Кавказской войны. Ж. «Ахульго», 2010. № 11. С.44-48.

341. Манышев С.Б. Из истории народной медицины Дагестана (по материалам лечебника «Ханнал мурад»). /Матер. III Междунар.научно-

практ. конф. «Молодежь и наука: реальность и будущее», Том 3. Невинномысск, 2010. С.74-75.

342. Манышев С.Б., Манышева К.Б. Некоторые эпизоды врачебной деятельности И.С.Костемеревского в должности штаб-лекаря Дагестанского конного полка. /В кн.: Этническая толерантность и межнациональный мир на Северном Кавказе: материалы Всероссийской научно-практической конференции. Сост. А.А.Цыбульникова; отв. ред С.Л.Дударева. Армавир: РИО АГПА, 2012. С.79-81.
343. Маргошвили Л.Ю. Культурно-этнические взаимоотношения между Грузией и Чечено-Ингушетией в XIX и нач. XX в. Тбилиси: Мецниереба, 1990. С. 245–250.
344. Маркович В.В. Название, употребление и распространение некоторых более важных в народном быту растений Ичкерии. Тифлис,1898.
345. Маслов А.А. Из истории народной медицины Кабардино-Балкарии. //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры, 1980. № 5. С.66-68.
346. Маслов А.А., Карданов А.Б., Шомахов А.О., Беров М.Л. История медицины Кабардинского округа: События и лица. Нальчик: Полиграфсервис и Т, 2005. 300 с.
347. Матвейчук А.А. На стремнине нефтяного века. //Нефть России, 2012. № 12. С.106-113.
348. Медицинский вестник. Журнал. СПб., 1861-1885 гг.
349. Медицинский сборник, издаваемый Императорским Кавказским медицинским обществом. (1866-1871 – Кавказское медицинское общество). Тифлис, 1866-1907.
350. Медникова М.Б. Трепанации в Древнем Мире и культ головы. М.: Алетейя, 2004.
351. Мейер-Штейнег Т. Древняя медицина (Медицина Древнего Востока и классической древности). М.: Вузовская наука, 1999. 128 с.

352. Мейер-Штейнег Т., Зудгоф К. История медицины: перев. с нем. М.,1925. 463 с.
353. Миллер В.Ф.Осетинские этюды. Репринт (вып. I-III, 1881-1887). Владикавказ, 1992. 707 с.
354. Мильков Ф.Н., Гвоздецкий Н.А. Физическая география СССР. Общий обзор. Европейская часть СССР. Кавказ. М.: Высшая школа, 1986. 376с.
355. Миндадзе Н.Р. Народная медицина горцев Восточной Грузии: Автореф. дисс. канд. ист. наук. Тбилиси, 1977. 25 с.
356. Минкевич И.И. Трепанация у Кавказских горцев и других народов. Сравнительное исследование. /Медицинский сборник, издаваемый Императорским Кавказским обществом. 1897. № 60. С.1-24.
357. Минх Г.Н. История проказы в Терской области. Киев, 1894. 340 с.
358. Мирзоев Ф.П. О состоянии и работе краевых курортов. //Советская медицина на Северном Кавказе, 1930. № 2-3. С.30-38.
359. Мирский М.Б. Медицина России XVI–XIX веков. М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 1966. 400 с.
360. Мирский М.Б. Медицина России X-XX веков: очерки истории. М.: РОССПЭН, 2005. 632с.
361. Мисиков М.А. Материалы для антропологии осетин. Одесса, 1916. 209с.
362. Митник П.Е. Санитарные недочеты гор. Владикавказа. /Записки Терского медицинского общества. Вып.11. Владикавказ, 1901. С.11-30.
363. Митник П.Е. Санитарные недочеты города Владикавказа. /Приложение к отчету Городской Управы за 1897-1901 гг. Владикавказ, 1901. 12 с.
364. Мовчан К. Екатеринодарская военно-фельдшерская школа. Екатеринодар: Изд-во Кубанского Областного Правления, 1915. 48 с
365. Мужухоев М.Б. Средневековые культовые памятники Центрального Кавказа (к истории религиозных верований в X–XIX вв.). Грозный: Чечено-Ингушское книжное издательство, 1989.

366. Мультановский М.П. Материалы к вопросу о распространении туберкулеза среди горских народностей Северного Кавказа. //Советская медицина на Северном Кавказе. 1925. № 8-9.

367. Муравьев И.И. Инфекционная заболеваемость на Северном Кавказе за 1924г. //Советская медицина на Северном Кавказе. 1926. № 6. С.59-67.

368. Муравьев И. Проказа на Северном Кавказе. //Советская медицина на Северном Кавказе, 1926, № 2, С.20-25.

369. Муравьев И.И. Годовой медико-санитарный отчет по Северо-Кавказскому краю за 1924 г. //Советская медицина на Северном Кавказе, 1926. №4. С.70-78 и оконч. № 6. С.67-75.

370. Муратова Е.Г. Историческая география Северного Кавказа: этапы становления, тенденции развития. //Научные проблемы гуманитарных исследований. Вып. 12. Пятигорск, 2010. С.91-99.

371. Мусаева М. Хваршины. XIX-начало XX в. Историко-этнографическое исследование. Махачкала, 1995. С.189-196.

372. Муслимова А.С. Народное образование в Дагестане во второй половине XIX- начале XX веков: Автореф. дис. канд. ист. наук. Махачкала, 2002. 17 с.

373. Муталиев Х.-Б. Серноводскера Мелача-ХитIа. Газета «Сердало», 1957, 25 августа. № 17. С. 3.

374. Мухин В.М. Дело здравоохранения на Северном Кавказе. //Советская медицина на Северном Кавказе. 1928. № 11.

375. Надирадзе А. А. Развитие и размещение рыбной промышленности Дагестана в дореволюционный период. Махачкала: Изд-во ДФ АН СССР 1969. С. 161.

376. Нахушев Х.Т. К истории развития здравоохранения в дореволюционной Кабардино-Балкарии. /Ученые записки Кабардино-Балкарского научно-исследовательского института, том 25. Нальчик, 1967.

377. Неверовский А. Краткий взгляд на Северный и Средний Дагестан в топографическом и статистическом отношениях. //Военный журнал, СПб., 1847. № 5. С.31.

378. Нелюбин А. Полное историческое, медико-топографическое, физико-химическое и врачебное описание Кавказских минеральных вод. Кн. 1-я и 2-я. СПб., 1825.

379. Николаев Р. Почему не ныли раны у Шамиля? //Ж.. «Чудеса и приключения», 2006. № 4. С.62-63.

380. Новицкий А.А. Горячеводская группа Кавказских Минеральных Вод. //Юго-Восточный вестник здравоохранения, 1922. № 4. С. 8–9.

381. Ногмов Ш.Б. История Адыхейского народа. /Кавказский календарь на 1862 г. Тифлис,1861. С.42.

382. Носов Н.Ф. Сельская сеть на Северном Кавказе и плановое ее развитие. /Бюллетень народного комиссариата здравоохранения. М., 1926. №17. С.39-43.

383. Носов Н.Ф. Очередные задачи автономных областей Северного Кавказа. //Советская медицина на Северном Кавказе, 1925. № 4-5. С.3.

384. Обзор о состоянии Дагестанской области за 1892 г. Темир-Хан-Шура, 1893. С. 57

385. Обзор Дагестанской области за 1894 г. /Кавказский календарь за 1896 год. Тифлис. 1895. С.199-217.

386. Обзор о состоянии Дагестанской области за 1894 г. Темир-Хан-Шура, 1895. С.12, С.30.

387. Обзор о состоянии Дагестанской области за 1895 г. Темир-Хан-Шура, 1896. С.38.

388. Обзор о состоянии Дагестанской области за 1896 г. Т.-Х.-Шура, 1897. С.39.

389. Обзор Дагестанской области за 1900 г. Темир-Хан-Шура, 1901. С. 62-63.

390. Обзор Дагестанской области за 1910 г. Темир-Хан-Шура,1911. С.74-76.

391. Обзор Дагестанской области за 1911 г. Темир-Хан-Шура, 1912.– С.26-27.

392. Обзор Дагестанской области за 1915 г. Темир-Хан-Шура, 1916. С.45-49.

393. Обзор Терской области за 1892 г. /Кавказский календарь на 1894 год. Тифлис, 1893. С.3-31.

394. Обзор Терской области за 1894 г. /Кавказский календарь на 1897 год. Тифлис, 1896. С.141-186.

395. Общий свод по империи результатов разработки первой всеобщей переписи населения, произведенной 28 января 1897. Т.2. СПб., 1905.

396. Ованесов Б.Т., Судавцов Н.Д. Здравоохранение Ставрополья в конце XVIII – начале XX вв. Том 1 и 2. Ставрополь: ГУП «Ставропольская краевая типография», 2002.

397. Оганесян Л.А. История медицины в Армении с древнейших времен до наших дней. Ереван, 1946.

398. Огильви А.Н., Карстенс Э.Э. Ознакомление с бальнеологическими средствами Махач-Кала и его окрестностей. /Дагестанский сборник. Т. III. Ред. коллегия: А.А. Тахо-Годи, Б.Г. Маллачиханов, Д.М. Павлов. Махач-Кала. Даггосиздат. 1927г. 278 с.

399. Огильви, А.Н. Минеральные источники района Кавказских Минеральных Вод и их происхождение. Пятигорск, 1935. 79 с.

400. Окунчаев Ш. Чеченский лечебник, или как лечили наши деды. Грозный: Книжное издательство, 2010. 160с.

401. Опрышко О.Л. Терские казаки: имена в истории. Нальчик: Эльбрус, 2012. С.33-36.

402. Орлов В.А. Организация глазной помощи в Северо-Кавказском крае. //Советская медицина на Северном Кавказе. 1928. № 5-6. С.3-7.

403. Осетины, глазами русских и иностранных путешественников (XIII-XIX вв.). Орджоникидзе: Сев.-Осет. книжн. издат.,1967.

404. Остахов А.А. Военные обычаи и организация медицинской помощи у черкесов в XVIII - XIX вв. //Научные проблемы гуманитарных исследований. Вып. 3. Пятигорск, 2008. С.121-126.

405. Островский А.Д. Обследование пионеров в национальных областях Северного Кавказа. /Бюллетень народного комиссариата здравоохранения РСФСР. 1925. № 20. С. 22-23.

406. Отаров Д.Б. Здравоохранение в Кабарде за 25 лет советской власти. /В кн.: Кабардинская АССР. Нальчик: Кабардинское книжн. издат.,1946. С. 282-300.

407. Отчет начальника Терской области и Наказного атамана Терского казачьего войска. Владикавказ, 1890-1915 гг.

408. Отчет начальника Терской области и наказного атамана Терского казачьего войска за 1910 г. Владикавказ, 1911. С.2.

409. Отчет по женской фельдшерско-акушерской школе ставропольского губернского земства за 1914/1916 учебные годы. Ставрополь губернский, 1916. С.3.

410. Очаповский С.И. Глазные болезни, особенно трахома в Северной Осетии. /Известия Северо-Осетинского НИИ. Орджоникидзе,1932 Том 4. С.84-101.

411. Очерки истории Чечено-Ингушской АССР. Том 1 и 2. Грозный, 1967.

412. Очерки истории Чечено-Ингушской АССР. Том I. Грозный: Чечено-Ингушское книжное издательство, 1967. С.284-285.

413. Очерки по истории хирургии в Дагестане. Под ред. Р.П.Аскерханова. Махачкала, 1960.

414. Очерки истории Дагестана. Махачкала,1957.

415. Ошаев Х.Д. Воспоминания. Грозный, 1966. 109 с.

416. Пантюхов И.И. Влияние малярии на колонизацию Кавказа. /Кавказский календарь на 1899 год. Тифлис, 1898. С. 35-93.

417. Пантюхов И. О народной медицине в Югозападном крае. Киев, 1875. 44с.

418. Пантюхов И. Бассейн реки Риона. /В кн.: Медико-топографический сборник. Том 2. СПб.,1871. С.615-669.

419. Пантюхов И. Особенности болезней на склонах Кавказа. /В кн.: Медицинский сборник, издаваемый Кавказским медицинским обществом. Тифлис, 1866. № 1, отд.1. С.61-71.

420. Пантюхов И.И. Здоровые и нездоровые места на Кавказе. /Кавказский календарь на 1894 год. Тифлис, 1893. С.64-67.

421. Пантюхов И.И. Проказа, зоб и парша на Кавказе (отдельный оттиск из Кавказского календаря на 1900г.). Тифлис, 1900. 5с.

422. Пантюхов И. Движение населения у чеченцев. /Кавказ. 1901, 9 января. № 7.

423. Пасечник В.В. К вопросу о распространении глазных заболеваний среди кабардинцев (Большой и Малой Кабарды). //Советская медицина на Северном Кавказе, 1928. № 12. С.69-75.

424. Периодическая печать Кавказа об Осетии и осетинах. Кн.3. Цхинвал, 1987. С.255-257.

425. Пикуль Р.Н. Эпидемиология малярии в Дагестанской АССР. Махачкала, 1947.

426. Пирогов Н.И. Отчет о путешествии по Кавказу. М.: Госуд. издат. мед. лит., 1952. С.61-66.

427. Писнячевский К.В. О смертности от туберкулеза в г.Пятигорск за 1898-1910 гг.. (отдельный оттиск из Записок Русского бальнеологического общества Пятигорска, 1910/11 г., Т.XII, № 2). Пятигорск, 1911. 9 с.

428. Письма Шамиля. Отв. ред. А.Р.Шихсаидов. Махачкала: ДНЦ РАН, 1997. 320 с.

429. Пицхелаури Г.З. Медицина и выдающиеся медики средневекового Востока. Тбилиси: Сабчота Сакартвело, 1982.

430. Плахтий С.Я. Светя другим. Владикавказ: Республиканское издательско-полиграфическое предприятие им. В.А.Гассиева, 1999. 403 с.

431. Плахтий С. Я. История Северо - Осетинской государственной медицинской академии. Владикавказ: РИПП им. В.А.Гассиева. 2001.
432. Плинатус Э. Постройка первого санатория у сероводородного источника Талги в Дагреспублике. //Курортное дело, 1928. № 2. С.69-72.
433. Подварко А.Г. К вопросу эпидемиологии холеры в Дагестане. /Труды Дагестанского медицинского института. Том 3-й. Под общ.ред. проф. С.И.Ризваша. Махач-Кала, 1947. С.195-199.
434. Поддубный М.В. Попытки реформ российской военной медицины в конце XIX-начале XXвв. //Вопросы истории, 2004, № 9, С.142-147.

435. Полное собрание законов Российской Империи. (ПСЗ РИ). Три выпуска: 1-й – 45 томов (1649-1825, СПб., 1830), 2-й – 55 томов (1825-1881, СПб., 1830-1884), 3-й – 33 тома (1881-1913, СПб., 1885-1916).
436. ПСЗ РИ. Собр. 1-е, том 5 (1713-1719). Спб., 1830. С.498-499, № 3092; С.684-686, № 3338.
437. ПСЗ РИ. Собр. 1-е, том 6 (1720-1722). СПб., 1830. С.302, № 3708; С.643, № 394911.
438. ПСЗ РИ. Собр. 1-е, том 10 (1737-1739). СПб., 1830. С.136, № 7245.
439. ПСЗ РИ. Собр. 1-е, том 16 (1762-1764). СПб., 1830. С.969, № 12286.
440. ПСЗ РИ. Собр. 1-е, том 27 (1802-1803). СПб., 1830. С.552, № 20725.
441. ПСЗ РИ. Собр. 1-е, том 29 (1806-1807). СПб., 1830. С.437-630, №22208.
442. ПСЗ РИ. Собр. 1-е, том 38 (1822-1823). СПб., 1830. С. 898, № 29409.
443. ПСЗ РИ. Собр. 2-е, том 11 (1836), ч. 2. СПб., 1837. С.62-63, № 9566.
444. ПСЗ РИ. Собр. 2-е, том 19 (1844), ч.1. СПб., 1845. С.221, № 17772; С.224, № 17778.
445. ПСЗ РИ. Собр. 2-е, том 20 (1845), ч. 1. 1845. СПб, 1846. С. 186−226, № 18739.
446. ПСЗ РИ. Собр. 2-е, том 30 (1855), ч. 1. СПб., 1856. С.328, № 29300.

447. ПСЗ РИ. Собр. 2-е. том 33 (1858), ч.1. СПб.,1860. С.618-619. № 33154.
448. ПСЗ РИ. Собр. 2-е, том 35 (1860), ч. 1. СПб., 1862. С.122, №35421; С.916-918, № 36026.
449. ПСЗ РИ. Собр. 2-е, том 37 (1862), ч. 2. СПб., 1865. С. 54−55. № 38647.
450. ПСЗ РИ. Собр. 2-е, том 40 (1865), ч. 1. СПб., 1867. С.865, № 42368; С.886. № 42375.
451. ПСЗ РИ. Собр. 2-е, том 42 (1867), ч. 2. СПб., 1871. С.361, № 45249.
452. ПСЗ РИ. Собр. 2-е, том 43 (1868), ч. 1. СПб, 1873. С. 772. № 45955.
453. ПСЗ РИ. Собр. 2-е, том 44 (1869), ч. 2. СПб., 1873. С.412-415, № 47847.
454. ПСЗ РИ. Собр. 2-е, том 45 (1870), ч. 2. СПб., 1874. С.149, № 48607; С.421, № 48876.
455. ПСЗ РИ. Собр. 2-е, том 49 (1874), ч. 2. СПБ., 1876. С.353, № 54010; С.396-397, № 54100.

456. ПСЗ РИ. Собр. 3-е, том 4 (1884). СПб., 1887. С. 64, № 2038.
457. ПСЗ РИ. Собр. 3-е, том 5 (1885). СПб.,1887. С. 247, № 3008.
458. ПСЗ РИ. Собр. 3-е, том 8 (1888). СПб., 1890. С.98-105, № 5077.
459. ПСЗ РИ. Собр. 3-е, том 13 (1893), ч.1. СПб., 1897. С.277, № 9607; С.448-456, № 9791.
460. ПСЗ РИ. Собр. 3-е, том 15 (1895). СПб., 1899. С.656, № 12198.
461. ПСЗ РИ. Собр. 3-е. том 17 (1897). Спб.,1900. С.12, № 13635.
462. ПСЗ РИ. Собр. 3-е, том 21 (1901), ч.1. СПб., 1903. С.39, № 19601.
463. ПСЗ РИ. Собр. 3-е. том 24 (1904), ч. 2. СПб, 1907. С.231-233, № 24175; С.355, № 24371.
464. ПСЗ РИ. Собр. 3-е, том 30 (1910), ч. 1. СПб., 1913. С.951-952, № 33954.
465. ПСЗРИ. Собр. 3-е, том 31 (1911), ч. 1. СПб., 1914. С.1189-1190, № 36018.
466. ПСЗ РИ. Собр. 3-е, том 32 (1912), ч. 1. СПб., 1915. С.554, № 37162.
467. ПСЗ РИ. Собр. 3-е, том 33 (1913), ч. 1-я. СПб., 1916. С.209, № 38931; С.539, № 39446.

468. Положение о сельских (аульных) обществах, общественном управлении и повинностях государственных и общественных в горском населении Терской области. Владикавказ, 1871. 22 с.

469. Поляков Н.А. Краткие сведения о врачебно-санитарной части г. Владикавказа, (отд-й оттиск). Владикавказ, 1911, 14 с.

470. Пономарев. Санитарная организация в Терском округе со времени районирования, ее деятельность и перспективы. //Советская медицина на Северном Кавказе, 1925. № 10. С.5-8.

471. Попко И.Д. Терские казаки со стародавних времен. Гребенское войско. / Репр. изд./. Нальчик, 2001. 302 с.

472. Попов П.И. Лечение ран у кавказских горцев (и другие сведения о народной медицине горцев). //Военно-медицинский журнал. 1855. Ч. LXV, № 2, отд.IX. С. 41-69.

473. Потто В.А. Два века Терского казачества (1577–1801). Т. 1 и 2. / Репр.изд./. Ставрополь: «Кавказская библиотека», 1991. 384 с.

474. Потто В. Кавказская война в отдельных очерках, эпизодах, легендах и биографиях. Т.2. СПб.,1887. С.232.

475. Потто В. 44-й драгунский Нижегородский полк. Том 6. СПб., 1894. С.151-152.

476. Потто В. Кавказская война. Ставрополь, в 5 т. Т.5. 1994. С. 289-290.

477. Прейс В.О. Краткие практически-полезные сведения о минеральных водах Кавказа. /Кавказский календарь на 1891 год. Тифлис, 1890. С.201-224

478. Приволжский Д. Весь Грозный и его окрестности: нефтяные промысла, курорт Горячеводск, курорт Серноводск. Владикавказ, 1914. С.139

479. Психоневрология в нацобластях (по материалам экспедиции в С.Осетию, Ингушетию и Чечню). Руков. экспед. проф. М.Я.Серейский. Ростов на Дону, 1933. 77 с.

480. Пылков О.С. Участие Российской армии в социально-экономическом и культурном развитии Северного Кавказа (первая половина XIX в.): Автореф. дис.канд. ист. наук. Ставрополь, 2008. 30 с.

481. Пятигорск в исторических документах 1803-1917гг. Ставрополь: Кн. изд-во,1985. 352с.

482. Разумовский В.И. О постановке санаторного дела и бальнеотерапии на Кавказских Минеральных Водах. //Курортное дело, 1925. № 3-4. С.77-83.

483. Ракович Д.В. Тенгинский пехотный полк на Кавказе 1819–1846 гг. Тифлис, 1900. С.236-253.

484. Рамазанов Х.Х. Эпоха Шамиля. Махачкала, 2004.

485. Раухваргер Л.Ф. Венерологический отряд Наркомздрава в Чечне. //Советская медицина на Северном Кавказе. 1927. № 11. С.96-105; прод.1928. № 3-4. С.60-75.

486. Рейнегс Я. Всеобщее историко-топографическое описание Кавказа. СПб.,1796. /В книге: Гарданов В.К.Адыги, балкарцы и карачаевцы в известиях европейских авторов XIII-XIX вв. (АБКИЕА). Нальчик, 1974.

487. Ренгартен В.П. Каминский А.А. Нальчик, как климатическая станция. /Труды съезда по улучшению отечественных лечебных местностей. Вып.3-й. Петроград, 1915. С.398-402.

488. Ренгартен В.Н. Рычальские минеральные воды. Курортное дело, 1926. № 4. С.99-104.

489. Ризаханова М.Ш. Дагестанские русские. XIX-XX в. Историко-этнографическое исследование. Махачкала, 2001.

490. Романов Н.Е. Курорты Большого Кавказа за 60 лет советского здравоохранения. //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры, 1978. № 3. С.10-14.

491. Российский Д.М. История всеобщей и отечественной медицины и здравоохранения: библиография (996 - 1954 гг.). [Под ред. Б.Д. Петрова. Сост. при участии В.А. Невского]. М.: Медгиз, 1956. 938 с.

492. Россов А.В. Лепра в Дагестане. /Труды Дагестанского государственного медицинского института. Том 1-й. Под общ. ред. проф. О.А.Байрашевского. Махач-Кала, 1938. С.411-414.

493. Рубаева Э.М. О состоянии медицинской помощи населению в Осетии на рубеже веков (по страницам периодической печати конца Х1Х – начала ХХ вв.). /Ж.Научные проблемы гуманитарных исследований. 2009. Вып.11(2). С.101-107.

494. Рубаева Э.М. Становление и развитие системы здравоохранения в Терской области (вторая половина ХІХ-нач. ХХ вв.): Автореф. дис. канд. ист. наук. Владикавказ, 2011. 24с.

495. Рубец Н.Г. К вопросу о закрытии дефектов черепных костей. Записки Терского медицинского общества. Вып.9. Владикавказ, 1899. С. 72-83

496. Руденко И.Н., Емузова Л.З., Бураев Р.А. География Кабардино-Балкарии. Нальчик: Издат. Нарт, 1991. 192с.

497. Руководство по медицинской географии. [под ред. А.А.Келлера, О.П.Щепина, А.В.Чаклина]. СПб.: Гиппократ, 1993. 352 с.

498. Руновский А. Записки о Шамиле. Махачкала, 1989.

499. Руновский А. Шамиль: биографический очерк. /Кавказский календарь на 1861 г. Отд.IУ.Тифлис, 1860. С.4-75.

500. Русско-чеченские отношения. Вторая половина XVI–XVII в. Сборник документов. М.: Изд. фирма «Восточная литература» РАН, 1997. С.416 с.

501. Рябиновский М.М. Венерические заболевания в г.Грозном. По данным окружного Вендиспансера за 1924год. /Советская медицина на Северном Кавказе, 1929. № 4. С.39-45.

502. Сабанчиев Х.М. Создание советской интеллигенции в Кабарде. /Сборник статей по истории Кабарды, вып.2, Нальчик, 1951, с.135.

503. Савваитов А. Работа глазных отрядов в 1924 г. /Бюллетень Народного Комиссариата здравоохранения, 1925, 25 июля. №14. С.20-23.

504. Савенко П.Н. Кавказские Минеральные Воды. СПб., 1828.

505. Салтыков Н. Эндемический зоб в Западном Дагестане. /Протокол годичного заседания Императорского Кавказского медицинского общества № 8 от 16 сентября 1882 г. Тифлис, 1883. С.162-165.

506. Самойлов К. Заметки о Чечне. М.:Akademia, 2002. С.78.

507. Санитарное законодательство (1926). Под редакцией А.Н.Сысина. М.,1926.

508. Сахарова М.М. Работа красно-крестовского глазного отряда в Чечне. //Советская медицина на Северном Кавказе. 1928. № 12. С.61-68.

509. Сборник декретов, распоряжений и инструкций об обязательном оспопрививании, М., 1925.

510. Сборник материалов для изучения Кавказских Минеральных Вод. СПб., 1873, 1875.

511. Сборник материалов для описания местностей и племен Кавказа: Вып. 1–46 (указатели в 47 кн.). Репринтное издание 1881–1913,1929 гг. СПб.: Альфарет, 2010.

512. Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. Под ред. Д.Н.Жбанкова. М., 1915. С.207-212; С.344-345.

513. Сборник правительственных распоряжений по казачьим войскам. Тома 1-43. СПб., 1870-1908гг.

514. Сборник правительственных распоряжений по казачьим войскам (с 1 января 1869г. по 1 января 1870г.). Том 5. СПб., 1871, С.279, № 140; С.309-310, № 153.

515. Сборник правительственных распоряжений по казачьим войскам. Т. 8, ч. 1. 1872. № 53. СПб, 1873. С. 173−174..

516. Сборник правительственных распоряжений по казачьим войскам. Т. 9, ч. 2. 1873. № 183. − СПб, 1874. − С.45−54.

517. Сборник правительственных распоряжений по казачьим войскам. Том 15, часть 2. СПб.,1880. С.316, № 169.

518. Сборник правительственных распоряжений по казачьим войскам. Т. 21, ч. 1. 1885. № 61. СПб, 1886. С. 73−75.

519. Сборник правительственных распоряжений по казачьим войскам. Т. 36. 1900. № 119. СПб, 1901. С.184−185.

520. Сборник сведений о кавказских горцах. 1-10 вып. Управление Кавказского главнокомандующего. Горское управление. Тифлис, 1868-1881.

521. Сборник сведений о Северном Кавказе. [Под ред. Г.Н. Прозрителева]. Том 4. Ставрополь, 1910-1911.

522. Сборник сведений о Терской области. [Под ред. Н. Благовещенского]. Вып.1. Владикавказ, 1878. 382 с.

523. Сборник сведений о Кавказе. [Под ред . Н. Зейдлица]. Том 1-9. Тифлис, 1871-1885.

524. Сборник сведений о Северном Кавказе. [Под ред. А.С.Собриевского]. Том 1-12. Ставрополь, 1906-1914,1920.

525. Сборник статистических сведений о Кавказе (составитель Н.И.Воронов).Том 1. Тифлис, 1869.

526. Сборник узаконений и распоряжений Рабоче-крестьянского правительства за 1918 г. № 13. Ст. 193. М., 1921. С. 205.

527. Свод военных постановлений 1869 г., ч.1-6. СПб., 1869-1911.

528. Свод военных постановлений 1869 г., ч. 4, книга 16. СПб., 1893. – С.121, п.547.

529. Свод военных постановлений 1869 года. Кн.9-11. Спб., 1907.

530. Свод законов Российской империи (СЗРИ). Том 1-16. СПб., 1832-1892.

531. Свод законов Российской империи, том. II. СПб., 1857. С. 175, ст. 508-510.

532. Свод законов Российской империи (Устав врачебный), том 13. СПб., 1912, С.176-257

533. Свод узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части в империи. Издание Медицинского департамента под ред. Л.Ф.Рагозина. Вып.1-3. Спб., 1895-1898.

534. Свод узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части в Империи. Вып.2. Спб., 1896-1897, С.228, п.п. 761-762.

535. Свод узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части в Империи. Вып. 3. СПб., 1897-1898., С.76-81, Ст.ст. 414-435.

536. Святловский В.В. Очерки и картинки из Кавказских воспоминаний: очерки, эссе. Одесса : Книгоиздательство Г. Г. Москвича, 1898. 273с.

537. Северный Кавказ в исследованиях русских ученых. М., 1993. С. 17.

538. Семенов Н. Туземцы северо-восточного Кавказа. СПб., 1895.

539. Семенов П. О народной медицине в станице Слепцовской Сунженского отдела Терской области. /В кн.: Сб. материалов для описания местностей и племен Кавказа. Тифлис, 1893, вып.XVI, отд.II.С.1-15.

540. Семенцов М.В. Народная медицина кубанских казаков. Краснодар, 1992.

541. Серегина О.И. Курорты Северного Кавказа в военной, экономической и культурной жизни России в конце XVIII — начале XX вв.: Автореф. дис. канд. ист. наук. Ставрополь: Оперативная полиграфия, 2003. 25с.

542. Сергеев М.В. К современному состоянию минеральных источников и Кавказских курортов. //Курортное дело. 1923. № 3-4. С.110.

543. Сергиев П.Г., Якушева А.И. Малярия и борьба с ней. М., 1956

544. Серебряная М.И. География Северной Осетии. Орджоникидзе: Ир, 1978. 104с.

545. Серенко А.Ф.Здравоохранение Дагестана за годы советской власти. /Труды Дагестанского государственного медицинского института. Том 4-й. [Ответ. ред. С.Ю.Алибеков]. Махач-Кала, 1948. С.23-33.

546. Серенко А. Народное здравоохранение в Дагестане. /Очерки истории Дагестана. Вып. 2-й. Под ред. Г.А.Аликберова. Махачкала: Дагестанское государственное издательство, 1950. С.221-232.

547. Серопян К.А. Материалы к изучению лепры в Дагестане. /Труды Дагестанского медицинского института. Том 3-й. Под общ. ред. С.И.Ризваша. Махач-Кала, 1947. С.335-337.

548. Синанов Б.А. «Новое студенчество» Северной Осетии в 1920-е гг.: выдвиженцы в вузах СССР. /Известия Алтайского государственного университета. Серия истории и политологии. Барнаул, 2009. № 4/3. С.196-198.

549. Скитский Б.В. Очерки истории горских народов. Орджоникидзе, 1972. 379 с.

550. Скоров М.В.. Минеральные воды Кавказского наместничества. /Кавказский календарь на 1877 год. Тифлис, 1876. С.1-36.

551. Скоров. Несколько слов о туземной медицине и врачах-туземцах./ Кавказ, 1859, № 26.

552. Смирнов А.И. Эндемический зоб в Кабарде //Клиническая медицина. 1934. Т. 12, №.3. С. 344-360.

553. Смирнов П.В. Из народной медицины. /Протокол заседания императорского Кавказского медицинского общества, 1896, № 5. 164 с.42.

554. Собрание российских законов о медицинском управлении. Ч.3 (1812-1827). Спб., 1828, С.164-235.

555. Советская медицина на Северном Кавказе, 1925. № 4–5. С. 3–7.

556. Советская медицина на Северном Кавказе, 1927. № 8-9. С.3-14.

557. Соклаков А.Ю. Подготовка нестроевых чинов для казачьих войск на рубеже 19−20 веков /Сборник научных трудов МАДИ (ТУ). Гуманитарные науки. Вып. 9. М.: Изд-во МАДИ, 1999. С.138-145.

558. Сорокина Т.С. История медицины. М.: Издательский центр «Академия», 2005. 560 с.

559. Сорочинский П.П. Фельдшерский вопрос в округах Нальчикском и Назрановском Терской области. /Труды первого съезда врачей Терской области. Владикавказ, 1912. . С.41-47.

560. Сотавов Н.А. Северный Кавказ в русско-иранских и русско-турецких отношениях в XVIII в. Москва:Наука, 1991. 226 с.

561. Спенсер Э. Путешествия в Черкесию. Майкоп: РИПО «Адыгея», 1994. С.113.

562. Становление и развитие здравоохранения в первые годы Советской власти (1917-1924гг.). /Сборник документов и материалов. Под ред. М.И.Барсукова. М.1966. С.480.

563. Столетие Военного министерства 1802-1902. Кн. 8, Ч.1-4. СПб., 1902-1911гг.

564. Столетие Военного министерства. Главный военно-санитарный комитет: исторический очерк. Составил С.И.Езерский. 3-й том, 2 отд. СПб., 1902.

565. Столетие Военного министерства (1802-1902). Том 3-й, отд 2. СПб., 1902. С.106-107.

566. Столкинд Е.Я. О мерах борьбы с холерой. /Пироговский съезд по борьбе с холерой. М., 1905. Вып. 2. С. 167-169.

567. Сточик А.М., Затравкин С.Н., Сточик А.А. Возникновение профилактической медицины в процессе научных революций 17-19 веков. М.: Шико, 2013. 136с.

568. Страшун И.Д. Русская общественная медицина в период между двумя революциями 1907-1917. М.: Медицина, 1964. 207 с.

569. Сухарев Ю. Кавказская война генерал-адъютанта Евдокимова. Интернет доступ: http.//warweb.chat.ru/kavkaz.html (дата обращения 05.09.2013).

570. Сухоцкий Г. Медико-топографическое описание Кайтаго-Табасаранского округа. /Медицинский сборник, издаваемый

Кавказским медицинским обществом. Вып.1, № 3. Тифлис, 1867. С.38-46.

571. Тавернье Жан Батист. Шесть путешествий в Турцию, Персию и Индию. / В кн.: Кавказ: европейские дневники XIII-XVIII веков. Состав. В.Аталиков. Нальчик: Изд-во М.и В. Котляровых, 2010. С.62-63.
572. Тарнуев В.А., Намсараева Г.Т. Кровопускание в традиционной восточной медицине. Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1995.
573. Твердый А.В. Топонимический словарь Северного Кавказа. Ч. 1. Ч. 2. Краснодар, 2006.
574. Тедеева Н.В. Женщины Северной Осетии в контексте модернизационных процессов: Автореф. дис. канд. истор. наук. Владикавказ, 2008.
575. Тезяков Н.И. К итогам летнего курортного сезона 1922 г. //Курортное дело. 1923. № 1. С.51-63.
576. Тенчинский П.С. Бальнеологические очерки. СПб., 1891. С.54.
577. Терская область. Список населенных мест по сведениям 1874 г. Тифлис, 1878.
578. Терские ведомости, 1875, 12 февраля, № 7. С.3.
579. Терские ведомости, 1892, 28 февраля, № 26.
580. Терские ведомости, 1892, 20 марта, № 35.
581. Терский календарь (24 выпуска на 1891-1915гг). Владикавказ, 1890-1914.
582. Терский календарь на 1891 год. Владикавказ, 1890. С.38-55.
583. Терский календарь на 1894 год. Владикавказ, 1893. С.118-134.
584. Терский календарь на 1895 год. Владикавказ, 1894. С.61-62; 191.
585. Терский календарь на 1897 год. Владикавказ, 1896. С.73-76.
586. Терский календарь на 1900 год. Владикавказ, 1899. С.162.
587. Терский календарь на 1903 год. Владикавказ, 1902. С.218.

588. Терский календарь на 1904 год. Владикавказ, 1903. С. 62−68, С.288-293.
589. Терский календарь на 1909 год. Владикавказ, 1909. С.61.
590. Терский календарь на 1911 год. Владикавказ, 1910. С.217.
591. Терский календарь на 1912 год. Владикавказ, 1911. С.66-74; 67.
592. Терский календарь на 1915 год. Владикавказ, 1914. С.95-96; 98.
593. Ткачев Г.А. Ингуши и чеченцы в семье народностей Терской области. /Труды Терского общества любителей казачьей старины. Вып.2. Владикавказ, 1911.
594. Тлатов А.Г. Цейский ледник, как летняя климато-лечебная база. /Труды 1 съезда врачей Терской области. Владикавказ, 1912. С.327-338.
595. Тлатов М.И. Хождение в Мекку. //Ж. «Дарьял», 2004, № 2.
596. Тменов В.Х., Тменов А.В. Традиционная медицина и ее отражение в этнографии горцев Северного Кавказа. /Материалы V Конгресса этнографов и антропологов России. Омск, 9–12 июня 2003 г. М., 2003.
597. Торнау Ф.Ф. Воспоминания кавказского офицера. М. 2008. 378 с.
598. Торопов Н.И. Опыт медицинской географии Кавказа относительно перемежающейся лихорадки. СПб., 1864.
599. Трипольский Н. Аварский округ. /Медицинский вестник, 1866, 5 марта № 10; 26 марта № 13.
600. Труды и протоколы Кавказского медицинского общества. Том 1-52. Тифлис, 1865-1916.
601. Труды I съезда терских нефтепромышленников в Грозном: с 25 июня по 9 июля 1898 г. Грозный, 1898.
602. Труды первого съезда врачей Терской области. Владикавказ, 1912. 355 с.
603. Труды первого съезда российских терапевтов (Москва, 19–23 дек. 1909 г.) / Под ред. В.А. Воробьева, М.П. Кончаловского. М., 1910. 246 с.
604. Труды Первого съезда Кавказских врачей. Холерная эпидемия 1892 года на Кавказе. Т.1. Вып.2. Тифлис,1893. С.141-357.

605. Труды Первого съезда кавказских врачей. Холерная эпидемия 1892 года на Кавказе. Т.III. Тифлис,1894. С.49; С.243,С.245.

606. Труды съезда по улучшению отечественных лечебных местностей. Вып.1. Петроград, 1915. С.152.

607. Труды высочайше утвержденного первого Всероссийского съезда деятелей по климатологии, гидрологии и бальнеологии. Рус. о-во охранения нар. здравия; секретарь В. О. Губертъ. Том 1-й. СПб. : Тип. П. П. Сойкина, 1899 850с.

608. Туаева Б.В. Из истории народного здравоохранения на Северном Кавказе (вторая половина XIX – начало XX веков. /Бюллетень Владикавказского института управления. Владикавказ: Изд-во ВИУ, 2009, № 28, С.112-121.

609. Тулатов М.И. Хождение в Мекку. Предисловие и публикация С.Плахтия. /Ж. «Дарьял», 2004, № 2.

610. Тхагапсова Г.Г. Народная медицина адыгов (историко-этнографический аспект). Майкоп: «Адыгея», 1996. 157 с.

611. Тхостов Д.Р. К истории развития здравоохранения в Северной Осетии. /Известия Северо-Осетинского НИИ. Том 28. Орджоникидзе, 1970. С.49-61.

612. Урусова Г. От лазаретов и штаб-лекарей до Нарздравотдела. /Газета «СМ» КБР. 2007, 1 августа. С. 4.

613. Урусов С.М. Краткий географический очерк Терской области. Пятигорск, 1914. 67с.

614. Усачев Н. А. Санитарное-эпидемиологическое состояние Дагестанской республики. //Гигиена и эпидемиология, 1926. №.2.

615. Ушинский Н.Г. О Талгинском источнике близ гор. Махач-Каала (бывш. Порт-Петровск). //Бакинский медицинский журнал, 1927. № 2, май.

616. Ушинский Н. Заметки о сернистых источниках Дагестана. /Дагестанский сборник. Т. III. Даггосиздат. 1927г. 278 с.

617. Ушинский Н. Заметка о сернистых источниках Дагестана. Издание Дагестанского НИИ и Дагнаркомздрава. Махач-Кала, 1927. 17с.
618. Фавр В.В. Опыт изучения малярии в России в санитарном отношении. Харьков: Печатня С.П.Яковлева, 1903. 106 с.
619. Фёдорова, Н. Н. Талгинские сероводородные минеральные воды и их лечебное применение. – Махачкала, 1961. 122 с.
620. Фиалков Л.Б. Медицина и религия. Киев, 1987. С.23
621. Фиалков Л. История медицины. Хайфа, 2010. 474с.
622. Фигуровский И.В. Опыт исследования климатов Кавказа. Том 1-й. СПб., 1912.
623. Фисенко В.Л., Щепотин В.А. Путь в 130 лет. (Становление и развитие железнодорожного здравоохранения Северного Кавказа). /Вопросы истории железнодорожной медицины./ Под ред. О.Н.Сорокина, С.Д.Кривуш, А.З.Цфасмана. М.: РАПС, 2000. С.100-111.
624. Фрейберг Н.Г. Врачебно-санитарное законодательство в России (в трех изданиях). СПб., 1901-1913. С.58, 65,1008-1009.
625. Фрейберг Н.Г. Сборник законов и распоряжений Правительства РСФСР по врачебно-санитарному делу (с 1-го сентября 1919г. по 1-е января 1925г.). М.: Издание Госмедторгпрома, 1925. С.288-299.
626. Хабекирова Х.А. О лечебной пище адыгов. /Вестник Караево-Черкесского института гуманитарных исследований. Вып.1-й. Черкесск-Ставрополь, 1999. С.87-99.
627. Хаггард Г.В. От знахаря до врача. История науки врачевания. М.: ЗАО Центрполиграф, 2012. 447 с.
628. Хазрат Мавлана Ашраф Али Тханави, Мухаммад Рафик Мавлана Ахмад Хатхурани. Лечение аятами Корана и помощь в повседневных нуждах: перев. с араб. СПб.: Издат. «ДИЛЯ», 2012. 160 с.
629. Хан-Гирей. Записки о Черкесии. Нальчик, 1992. 288 с.

630. Ханутин Л., Горева Н. Обследование Гудермесского округа Чеченской автномной области в отношении малярии. //Советская медицина на Северном Кавказе, 1926. № 10-11. С.55-65.

631. Хархарова С. Г., Хархаров М. А. Лечат растения. Махачкала, 1991. 100 с.

632. Хасбулатов А.И. Развитие промышленности и формирование рабочего класса в Чечено-Ингушетии (конец Х1Х–начало ХХ в.). М.: Дело, 1994. С.79.

633. Хасбулатов А.И. Установление российской администрации в Чечне (II пол. XIX – нач. XX в.). Москва: Русь, 2001. С.44. , С.75.

634. Хасбулатова З.И., Мадаева З.А. Народная медицина чеченцев. Элиста: ЗАОр «НПП «Джангар», 2012. 176 с.

635. Хасбулатова З.И., Мадаева З.А. Народные лекари. /В сб.: Лавровские (Среднеазиатско-Кавказские) чтения 1998–1999 гг. СПб., 2001. С. 129–131.

636. Хасбулатова З.И. Магия в системе домусульманской семейно-бытовой жизни чеченцев. /Материалы региональной научно-практической конференции «Вузовская наука – народному хозяйству». Грозный, 2003. – С. 170–171.

637. Хашхожева Т.Х., Темиржанов В.Х. Кабардино-Балкарская АССР. БСЭ. М., 1968-1978.

638. Холерная эпидемия 1892 г. на Кавказе. /Труды первого съезда Кавказских врачей. Том1-й, вып.2-й. Тифлис,1893. 357с.

639. Хрисанфов Н.Е. Курортные перспективы Дагестана и Талгинские сероводородные минеральные воды. //Курортное дело. 1926. № 11. С.27-46.

640. Хрисанфов Н.Е. Ачалукские минеральные воды и грязи. //Курортное дело, 1928. № 10-11. С.103-107.

641. Цуциев А. А. Атлас этнополитической истории Кавказа (1774-2004). Москва: Европа, 2007. 128 с.

642. Чайкин В. И. Еникилопов С. К. Краткая эпидемиологическая характеристика Дагестанской АССР. //Медицинская паразитология и паразитариые болезни. Т.4. вып.1-2. М.,1935.

643. Чеботаев Н.П. Курорты Ингушской автономной области и перспективы их развития. /В кн.: Известия Ингушского научно-исследовательского института. Владикавказ, 1929, С.128-129.

644. Чеботаев Н.П. Санаторий в горах Ингушетии. Владикавказ, 1929.

645. Чечено-Ингушская АССР за 60 лет Советской власти. Статистический сборник. Грозный: Чечено-Ингушское книжное издательство, 1977. 154 с.

646. Чечетт О.А. К устройству горной санатории и климатической станции для чахоточных на Кавказе у Цейского ледника в горной Осетии. /Труды съезда по улучшению отечественных лечебных местностей. Вып.3-й. Петроград, 1915. С.94-122.

647. Чирковский В.В. Трахома. 3-е изд. Ленинград: Медгиз, Ленингр. отд-ние, 1940. 264 с.

648. Чудовский К.И. Статистические данные о заразных болезнях в Терской области. /Труды первого областного съезда врачей Терской области. Владикавказ, 1912. С.103-109.

649. Чудовский К.И. Медицинская помощь населению Терской области. /Труды первого областного съезда врачей Терской области. Владикавказ, 1912. С.16-29.

650. Чупахин В.М.Физическая география Северного Кавказа. Ростов на Дону: Издат-во Ростовского ун-та, 1974. 200с.

651. Шамеев А.М. Подготовка кадров местной интеллигенции в довоенные десятилетия XX века. /Архивы и общество, Нальчик, 2012. № 19-20.

652. Шарипов М.Р. Зарождение и развитие фабрично-заводской промышленности в Дагестане во второй половине XIX - начале XX вв.: Автореф. дис. канд. истор. наук. Махачкала, 1998. 30 с.

653. Шафранова О.И. Образование, общественная и профессиональная деятельность женщин Северного Кавказа во второй половине XIX - начале XX вв: Автореф. дис. канд. ист. наук. Ставрополь, 2004.

654. Швецов С.М. Малярия в Грозненском округе. //Советская медицина на Северном Кавказе, 1927. № 10. С.56-70.

655. Швецов С.М.Борьба с малярией в г.Грозном в 1926 г. //Советская медицина на Северном Кавказе, 1927. № 8-9. С.52-63.

656. Шегрен А. Религиозные обряды осетин, ингушей и их соплеменников при разных случаях. //Газета «Кавказ», 1846. № 27–30.

657. Шенгелия М.С. История медицины Грузии: учебное пособие. Тбилиси: Ганатлеба, 1984. 208 с.

658. Шигабудинов М.Ш. О роли коренного населения в пополнении рабочих нефтяных промыслов Грозного в начале XX века // Известия СКНЦВШ, 1981. № 3. С.66-69.

659. Шогенова В.Ш. Здравоохранение и курортные богатства. /В кн.: Кабардино-Балкарская АССР. Нальчик: Каб.-Балкар. книжн. издат., 1957. С.587-600.

660. Шогенова В.Ш. Здравоохранение в Кабардино-Балкарии. Нальчик: Кабардино-Балкар. кн. издат., 1966. С.21-93.

661. Шошин А.А. Основы медицинской географии. М.-Л., 1962. 148 с.

662. Штебер Э.А. Ачалукские минеральные воды и лечебные грязи Ингушетии. Владикавказ, 1927. 31 с.

663. Штедер. Дневник путешествия в 1781 году от пограничной крепости Моздок во внутренние области Кавказа. /В кн.: Кавказ: европейские дневники XIII-XVIII веков. Состав. В.Аталиков. Нальчик: Изд-во М.и В. Котляровых, 2010. С.204-206.

664. Шульева Н. Год работы охраны материнства и младенчества в Грозненском округе. //Советская медицина на Северном Кавказе. 1926. № 5. С.84-88.

665. Эвморфонуло Л.М. Водоснабжение городов Северного Кавказа за трехлетний период (1923-1926гг.) //Советская медицина на Северном Кавказе, 1927. № 11.

666. Эдвард Г. Браун. Мусульманская медицина. Фитцпатриковские лекции, прочитанные в Королевском медицинском колледже в 1919–1920 гг. СПб.: «Издательство «ДИЛЯ», 2009. 160 с.

667. Энциклопедический словарь Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона. — С.-Пб.: Брокгауз-Ефрон, 1890-1907.

668. Этнографическое обозрение. Журнал. СПб.,1889-1916 гг. (Этнография. Советская этнография. М., 1926-1991 гг.).

669. Юго-Восточный Вестник здравоохранения, 1923, № 1-4, С.48.

670. Юцкевич И.К. Горячеводские минеральные воды: местоположение источников, характер окружающей местности и климат. /Медицинский сборник, издаваемый Кавказским Медицинским Обществом, 1889, № 50. Тифлис,1889. 34с.

671. Юцкевич И.К. Влияние Горячеводских минеральных ванн, в связи с употреблением той же минеральной воды для питья, на азотистый обмен и усвоение азотистых частей пищи. /Медицинский сборник, издаваемый Кавказским Медицинским Обществом, 1894, № 56. Тифлис,1894. 21с.

672. Яновский В.С. К вопросу о социально-экономическом облике городов-курортов Кавказских минеральных вод (1844-1917). /Вопросы южнороссийской истории. Вып.14. Армавир, 2008. С.153-158.

673. Яновский В.С. К вопросу о вкладе казачества в развитие курортов Кавказских Минеральных Вод. /Материалы VI междун. Кубанско-Терской конф. «Из истории и культуры линейного казачества Северного Кавказа». Краснодар. Армавир, 2008. С. 76–81.

674. Яхьяева З. И., Батаев Х.М. Развитие профилактического направления в охране материнства и младенчества в республиках Северного Кавказа в

первой половине 20 века. //Вопросы современной педиатрии, 2012. Том 11, N 1. С. 10-13.

675. Abich H. Beitrage zur geologischen Kenntniss der Thermalguellen in den Kaukasischen Landern. I Kief. Tiflis, 1865.
676. Abich O.W. Geologische Forschungen in den Caucasischen Landern. Vena, 1878.
677. Ackerknecht E. H. A short History of Medicine. N. Y., 1955.
678. Alexander F., Seleznik Sh. The history of psychiatry. N. Y.,1968.
679. Ataev Z.V., Bratkov V.V. The climatic features and the temporal structure of the foothill landscapes in the Northeastern Caucasus. // European Researcher. 2011. № 10 (13). P. 1439-1444.
680. Bartels M. Die Medicin der Naturvolker. Ethnologische Beitrage. Leipzig, 1893.
681. Conrad L. The Arab – Islamik medical tradizion //The Western medical tradizion 800 BC to 1800. – Cambridge: University Press, 1995. P. 129–130.
682. Żabczyński Michał. De aquis mineralibus caucasi in Magna Cabarda. Издатель typis Josephi Zawadzki, 1841. 69 с.

Архивные источники

Архивное управление Правительства Чеченской Республики

683. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.353. Л. 1-261.
684. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.369. Л. 1-5.
685. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.369. Л. 36-37.
686. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.913. Л.27.
687. АУП ЧР. Ф.236. Оп. 1.Д.918. Л. 9.
688. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.927. Л.116-118.
689. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.927. Л.1-3.
690. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.927. Л. 102.
691. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.927. Л.96-97.
692. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д. 927. Л. 98-99.

693. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д. 927. Л. 102-103.
694. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д. 927. Л. 106-109.
695. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д. 927. Л. 1-4.
696. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.931. Л.1.
697. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.931. Л.42.
698. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.931. Л.49.
699. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.931. Л.10.
700. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.932. Л.7-8.
701. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.940. Л. 1-141.
702. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.944. Л.35.
703. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.952. Л. 1-165.
704. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.954. Л. 185-190.
705. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.955. Л.1-3.
706. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.955. Л.15.
707. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.958. Л.30-33.
708. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.958. Л. 1-286.
709. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.963. Л.25.
710. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.963. Л.1-293.
711. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.966. Л.1-263.
712. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д. 970. Л.1-153.
713. АУП ЧР. Ф.236. Оп.1. Д.971. Л. 1-165.

Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ)

714. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.66. Л.160.
715. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.66. Л.162.
716. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.66. Л.165об.
717. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.66. Л.55.
718. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.66. Л.56.
719. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.66. Л.55-56.
720. ГАРФ. Ф.482. Оп. 10. Д.66. Л.161-162.

721. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.74. Л.4-5.
722. ГАРФ. Ф.482. Оп.3. Д.376. Л.2.
723. ГАРФ. Ф.482. Оп. 3. Д.376. Л.3об.
724. ГАРФ. Ф.482. Оп.3. Д.376. Л.2об.
725. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.1930. Л.14.
726. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.1930. Л.3-4.
727. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.3326. Л.45-46.
728. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.3326. Л.116.
729. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.3326. Л.117-118.
730. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.3326. Л.107.
731. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.3326. Л.124.
732. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.3326. Л.90.
733. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.3326. Л.94.
734. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.3326. Л.62.
735. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.3357. Л.2об.;
736. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.3326. Л.97.
737. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.3326. Л.125.
738. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.3326. Л.55.
739. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.3326. Л.69-70.
740. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.3434. Л.28.
741. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.3359. Л.1-10.
742. ГАРФ. Ф.482. Оп.10. Д.3357. Л.26-34.
743. ГАРФ. Ф.Р-1235. Оп.120. Д.88. Л.39-40.

Государственный архив Ставропольского края (ГАСК)

744. ГАСК. Ф. Р-2416. Оп.3. Д.1. Л.1-17.
745. ГАСК. Ф. Р-2795. Оп.1. Д.5. Л.2.
746. ГАСК. Ф. Р-2795. Оп.1. Д.5. Л.21.
747. ГАСК. Ф. Р-2795. Оп.1. Д.5. Л.4об.
748. ГАСК. Ф. Р-2795. Оп.1. Д.5. Л.3.
749. ГАСК. Ф. Р-2795. Оп.1. Д.5. Л.16об.

750. ГАСК. Ф. Р-2795. Оп.1. Д.5. Л.14об.
751. ГАСК. Ф. Р-2795. Оп.1. Д.5. Л.11об.
752. ГАСК. Ф. Р -2795. Оп.1. Д.13. Л.27об.-29 об.

Российский государственный военно-исторический архив (РГВИА)

753. РГВИА. Ф.1. Оп.1. Д.42024. Л.1.
754. РГВИА. Ф.490. Оп.25. Д.10024. Л.2-3.
755. РГВИА. Ф.546. Оп.3. Д.1440. Л.14.
756. РГВИА. Ф.546. Оп.3. Д.1440. Л.73.
757. РГВИА. Ф.546. Оп.3. Д.1451. Л.4.
758. РГВИА. Ф.546. Оп.3. Д.1451. Л.39.
759. РГВИА. Ф.546. Оп.3. Д.1451. Л.1-43.

Управление Центрального государственного архива Архивной службы Кабардино-Балкарской Республики (УЦГА АС КБР)

760. УЦГААС КБР. Ф.1. Оп.1. Д.15. Л.104-105.
761. УЦГААС КБР. Ф.6. Оп.1. Д.590. Л.8-11.
762. УЦГААС КБР. Ф.И3. Оп.1. Д.13. Л.4-24.
763. УЦГААС КБР. Ф.И6. Оп.2. Д.28. Л.16.
764. УЦГААС КБР. Ф.И6. Оп.2. Д.28. Л.16об.
765. УЦГААС КБР. Ф.И6. Оп.1. Д.602. Л.16об.
766. УЦГААС КБР. Ф.И6. Оп.1. Д.214. Л.14-15.
767. УЦГААС КБР. Ф.И6. Оп.1. Д.218. Л.96-98.
768. УЦГААС КБР. Ф.И6. Оп.1. Д.864. Л.72.
769. УЦГААС КБР. Ф.Р-2. Оп.1. Д.170. т.2. Л.425.
770. УЦГААС КБР. Ф.Р-8. Оп.1. Д.566. Л.51.
771. УЦГААС КБР. Ф.Р-8. Оп.1. Д.566. Л.49об.
772. УЦГААС КБР. Ф.Р-8. Оп.1. Д.566. Л.50.
773. УЦГААС КБР. Ф.Р-15. Оп.2. Д.168. Л.1, 1 об.
774. УЦГААС КБР. Ф.Р-15. Оп.1. Д.3. Л.1.
775. УЦГААС КБР. Ф.15. Оп.1. Д.6. Л.65-67.
776. УЦГААС КБР. Ф.16. Оп.1. Д.1719. Л.60-67.

777. УЦГААС КБР. Ф.35. Оп.1. Д.2. Л.168-169.
778. УЦГААС КБР. Ф.35. Оп.1. Д.3. Л.76-78.

Центральный государственный архив Республики Дагестан (ЦГА РД)
779. ЦГА РД. Ф. Р-4. Оп.3. Д.42. Л.17.
780. ЦГА РД. Ф.Р-4. Оп.3. Д.42. Л.1.
781. ЦГА РД. Ф.Р-4. Оп.3. Д.42. Л.2
782. ЦГА РД. Ф.Р-4. Оп.3, Д.42. Л.6.
783. ЦГА РД. Ф.Р-4. Оп.3, Д.42. Л.7.
784. ЦГА РД. Ф.Р-4. Оп.3, Д.42. Л.10.
785. ЦГА РД. Ф.Р-4. Оп.3. Д.42. Л.9.
786. ЦГА РД. Ф.Р-4. Оп.3. Д.42. Л.12.
787. ЦГА РД. Ф.Р-4. Оп.3. Д.42. Л.8.
788. ЦГА РД. Ф.Р-4. Оп.3. Д.42. Л.14.
789. ЦГА РД. Ф.Р-4. Оп.3. Д.42. Л.1.
790. ЦГА РД. Ф.Р-4. Оп.3. Д.42. Л.16.
791. ЦГА РД. Ф.Р-4. Оп.3. Д.42. Л.15.
792. ЦГА РД. Ф.Р-4. Оп.3. Д.42. Л.13.
793. ЦГА РД. Ф.Р-4. Оп.2. Д.49. Л.3-5.
794. ЦГА РД. Ф.Р-4. Оп.2. Д.49. Л.6.
795. ЦГА РД. Ф.Р-4. Оп.2. Д.49. Л.8.
796. ЦГА РД. Ф.Р-4. Оп.2сч. Д.94. Л.1.
797. ЦГА РД. Ф. Р-4. Оп.2сч. Д.94. Л.41
798. ЦГА РД. Ф. Р-168. Оп.19. Д.118. Л.82.
799. ЦГА РД. Ф Р-512. Оп.16. Д.4. Л.22.
800. ЦГА РД. Ф. Р-512. Оп.16. Д.27. Л.45.
801. ЦГА РД. Ф.32. Оп.1. Д.1. Л.2-3.
802. ЦГА РД. Ф.32. Оп.6. Д.3. Л.4.
803. ЦГА РД. Ф.32. Оп.5. Д.14. Л.38.
804. ЦГА РД. Ф. 32. Оп.1. Д.14. Л.48.

805. ЦГА РД. Ф.32. Оп.2. Д.16. Л.1-6.
806. ЦГА РД. Ф.32. Оп.2. Д.17. Л.1.
807. ЦГА РД. Ф.32. Оп.2. Д.17. Л.20.
808. ЦГА РД. Ф.32. Оп.2. Д.17. Л. 3, 89.
809. ЦГА РД. Ф.32. Оп.2. Д.18-а. Л.3.
810. ЦГА РД. Ф.32. Оп.5. Д.19. Л.2-3.
811. ЦГА РД. Ф.32. Оп.2. Д.20. Л.1-3.
812. ЦГА РД. Ф.32. Оп.2. Д.22. Л. 1-27.
813. ЦГА РД. Ф. 32. Оп.3. Д.59. Л.29.
814. ЦГА РД. Ф. 32. Оп.3. Д.59. Л.29об.
815. ЦГА РД. Ф. 32. Оп.3. Д.59. Л.31,31об.,31-а.
816. ЦГА РД. Ф. 32. Оп.3. Д.59. Л. 111.
817. ЦГА РД. Ф. 32. Оп.3. Д.59. Л. 126.
818. ЦГА РД. Ф.32. Оп.3. Д.59. Л.1-3.
819. ЦГА РД. Ф.32. Оп.3. Д.59. Л.36-46.
820. ЦГА РД. Ф.32. Оп.3. Д. 59. Л.109,109 об.
821. ЦГА РД. Ф.32. Оп.3. Д.60. Л.42-44.
822. ЦГА РД. Ф.32. Оп.3. Д.60. Л.55-56.
823. ЦГА РД. Ф.32. Оп.3. Д.60. Л.60-61.
824. ЦГА РД. Ф.32. Оп.3. Д.60. Л.42-44.
825. ЦГА РД. Ф.32. Оп. 3. Д. 60. Л.55-56.
826. ЦГА РД. Ф.32. Оп.3 Д.66. Л.1.
827. ЦГА РД. Ф.32. Оп.3. Д.66. Л.10.
828. ЦГА РД. Ф.32. Оп.3. Д.68. Л.1.
829. ЦГА РД. Ф.32. Оп.3. Д.68. Л.38.
830. ЦГА РД. Ф.196. Оп.2. Д.58. Л.9.

Центральный государственный архив Республики Северная Осетия-Алания (ЦГА РСО-А)

831. ЦГА РСО-А. Ф.11. Оп.65. Д.1647. Л.183-186.
832. ЦГА РСО-А. Ф.161. Оп.1. Д.65. Л.205.

833. ЦГА РСО-А. Ф.161. Оп.1. Д.301. Л.1-7.
834. ЦГА РСО-А. Ф.161. Оп.1. Д.307. Л.15.
835. ЦГА РСО-А. Ф.161. Оп.1. Д.312. Л.26.
836. ЦГА РСО-А. Ф.161. Оп.1. Д.313. Л.50.
837. ЦГА РСО-А. Ф.161. Оп.1. Д.314. Л.12.
838. ЦГА РСО-А. Ф.161. Оп.1. Д.411. Л.13.
839. ЦГА РСО-А. Ф.161. Оп.1. Д.679. Л.142.
840. ЦГА РСО-А. Ф.162. Оп.1, Д.33. Л.38.
841. ЦГА РСО-А. Ф.162. Оп.1. Д.33. Л.83-86об.
842. ЦГА РСО-А. Ф.162. Оп.1. Д.33. Л.89-91.
843. ЦГА РСО-А. Ф.162. Оп.1. Д.34. Л.71−76.
844. ЦГА РСО-А. Ф.162. Оп.1. Д.43. Л.51.
845. ЦГА РСО-А. Ф.162. Оп.1. Д.44. Л.87-87об.
846. ЦГА РСО-А. Ф.162. Оп.1. Д.44. Л.124-124об.
847. ЦГА РСО-А. Ф.162. Оп.1. Д.48. Л.9-36.
848. ЦГА РСО-А. Ф.162. Оп.1. Д.49. Л.44.
849. ЦГА РСО-А. Ф.162. Оп.1. Д.62. Л. 70−74.
850. ЦГА РСО-А. Ф.162. Оп.1. Д.75. Л.1.
851. ЦГА РСО-А. Ф.162. Оп.1. Д.78. Л.5.
852. ЦГА РСО-А. Ф.199. Оп.1. Д.186, Л.11-13.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

ОРГАНЫ И УЧРЕЖДЕНИЯ УПРАВЛЕНИЯ НАРОДНЫМ ЗДРАВИЕМ В РОСИИ И НА КАВКАЗЕ (до 1917 г.)

Аптекарский приказ (конец XVI в.-1721 г.)

Медицинская канцелярия (1721-1763 гг.)

Физикаты в Петрограде и Москве (штад-физики) – 1733 г.

Медицинская коллегия (1763 – 1803 гг.)

Приказы общественного призрения в губерниях (1775 г.)

Врачебные управы в губерниях (1797 г.)

Министерство внутренних дел (1802 г.)

Экспедиция государственной медицинской управы (1803 г.). Медицинский департамент (1811 г.) – генерал-штаб-доктор по гражданской линии. Хозяйственный департамент. Управление главного врачебного инспектора (1904 г.) – главный врачебный инспектор. Управление местного хозяйства (1904 г.). Главное управление государственного здравоохранения (Главное государственное врачебное управление, IX – 1916 г.).

Земская медицина (1864 г.)

Врачебные отделения губерний (1865 г.) Губернский врачебный инспектор

Военное министерство (1802 г.)

Медицинский департамент – генерал-штаб-доктор армии и флота. Главное военно-медицинское управление – главный военно-медицинский инспектор. Главный военно-санитарный комитет.

Наместничество Кавказское (1785 – 1917 гг.)

Управление медицинской частью гражданского ведомства на Кавказе (1846 г.).

Врачебные управы губерний.

Врачебные отделения областей.

Военное управление Наместника Кавказа

Генерал-штаб-доктор при Управлении дежурного генерала Главного Штаба Кавказской армии. Управление главного доктора Кавказской армии – генерал-штаб-доктор. Старший доктор Терской области. Старший доктор войск Дагестанской области. Окружное военно-медицинское управление Кавказского военного округа (1865 г.) – окружной военно-медицинский инспектор.

Приложение 2.

Список окружных врачей Терской области
(по материалам ежегодных Кавказских календарей 1858-1917 гг.)

Нальчикский (Кабардинский) округ – Генрих Фердинандович Шнайдер (1859), Антон Иванович Дроздовский (1860-1870), Виктор Степанович Баженов (1870-1879), Николай Константинович Кириллов (1882-1888), Панфил Евстигнеевич Соколовский (1888-1890), Олимпий Никифорович Батманов (1891-1902), Рафаэль Яковлевич Плетнев (1892-1894), Василий Николаевич Грамматиков (1894-1899), Людвиг Лукич Юркевич (1904-1906), Павел Платонович Сорочинский (1907), Сергей Афанасьевич Беляновский (1910-1917);

Владикавказский округ (Осетинский) – Иоанн-Баптист Иванович Гейдеман (1861-1868), Освальд Августович Кох (1869), Николай Францевич Ляуданский (1870-1877), Магомет-оглы Долгат (1877-1879), Александр Федорович Ментов (1882-1891), Панфил Евстигнеевич Соколовский (1892-1910), Людвиг Лукич Юркевич (1912), Яков Максимович Евплов (1913-1914), Николай Дмитриевич Карагачев (1915-1917);

Грозненский округ – Павел Иванович Градов (1871-1877), Александр Федорович Ментов (1879), Иосиф Иосифович Залесский (1882-1891), Александр Кондратьевич Криштопенко (1892-1897), Федор Иванович Ветошников (1898), Петр Алексеевич Взоров (1899-1900), Афанасий Георгиевич Розмаинский (1901-1903) Виктор Николаевич Шевлягин (1904-1912), Алексей Антонович Денежкин (1913-1915);

Веденский округ – Александр Федорович Ментов (1871-1877) , Виктор Викентьевич Новицкий (1879-1882), Александр Степанович Ильин (1882-1885), Николай Абрамович Вертепов (1886), Тимотеуш-Иосиф Константинович Тиль (1910-1917);

Хасав-Юртовский (Кумыкский) округ – Фердинанд Иванович Ляудон (1861-1873), Николай Иванович Надеждин (1879-1891), Александр Степанович Ильин (1892-1894), Макарий Лаврентьевич Чечин (1895-1901), Петр Алексеевич Взоров (1901-1902), Алексей Иосифович Воронов (1904-1907), Гавриил Георгиевич Наумов (1910), Гавриил-Георг Наумович Антаки (1910-1915), Файвель Натанович Шефтель (1917);

Назрановский округ (Ингушевский) – Петр Гаврилович Ревенко (1863-1865), Федоров (1866-1868), Иван Иванович Алмазов (1869-1871), Павел Платонович Сорочинский (1910), Алексей Иванович Хошев (1911-1914), Степан Евдокимович Морозов (1914-1917);

Аргунский округ – Кузьма Кузьмич Голицинский (1861-1869), Григорий Львович Надежин (1872-1874), Петр Иванович Лисовский (1877), Евгений Евстафьевич

Рудыковский (1879-1882,), Николай Тер-Никогосов (1882-1889); Пятигорский округ (Георгиевский) – Виктор Степанович Баженов (1871-1879), Александр Павлович Аствацатуров (1882), Николай Дмитриевич Померанцев (1882-1884), Александр Кондратьевич Криштопенко (1885);

Кизлярский округ – Иван Иванович Алмазов (1871-1885); Чеченский округ – Иван Иванович Добротин (1861-1865), Валентин Федорович Кипарский (1866-1868), Феликс Осипович Бацевич (1869), Павел Иванович Градов (1870);

Ичкеринский округ – Василий Степанович Нестеровский (1861-1868), Яков Яковлевич Верлин (1869-1870)

Нагорный округ – Петр Иванович Осипов (1863-1866), Александр Федорович Ментов (1869-1870)

Приложение 3.

Список окружных врачей Дагестанской области (по материалам ежегодных Кавказских календарей 1860-1904 гг.)

Аварский округ (Аварское ханство) – Алексей Степанович Ульяновский (1860-1861), Петр Алексеевич Дмитриев (1863-1866), Иосиф Михайлович Страшкевич (1867-1877), Яков Богданович Калустов (1879), Соломон Симхонович Пинскер (1881-1886,), Мерцалов (1888), Симон Моисеевич Коц (1889-1893), Моисей Меерович Гольдштейн (1896), Николай Яковлевич Тер-Томасов (1897-1900), Федор Федорович Габеркорн (1903).

Андийский округ – Григорий Степанович Кузнецов (1864-1867), Казимир Константинович Кобордо (1869-1875), Савва Романович Дворецкий (1879), Иван Иванович Кривякин (1882-1885), Михаил Григорьевич Зуев (1886- 1888), Савва Романович Дворецкий (1877), Михаил Иванович Гусев (1889), Николай Васильевич Переверзев (1890), Амаяк Авессаломович Тер-Габриелов (1890), Василий Сергеевич Любецкий (1892-1893). Земислав Рафаилович Зенкевич (1896-1899).

Гунибский округ – Иван Семенович Костемеревский (1860-1866), Иван Юрьевич Банцлебен (1869-1884), Евгений Дмитриевич Поцхверов (1885-1899), Эварист Игнатьевич Гулевич (1902-1905).

Даргинский (Дагестанский) округ – Франц Львович Зеневич (1860-1874), Григорий Иванович Немчинов(1875-1879), Александр Венедиктович Рыбаковский (1882-1884), Николай Иванович Якимов (1886-1893), Федор Федорович Габеркорн (1896-1897), Меер Зуселевич Гальперин (1903).

Казикумухский округ – Николай Максимович Трипольский (1860-1866), Иван Семенович Костемеревский (1867), Семен Захарович Чекин (1869-1874), Анатолий Александрович Турский (1874-1875), Иван Иванович Фирсов (1881-1886), Игнатий Яковлевич Клиненбергер (1887), Мечеслав Яковлевич Пиотровский (1888-1889), Алексей Венедиктович Рыбаковский (1890), Федор Федорович Габеркорн (1892-1893). Амаяк Авессаломович Тер-Габриелов (1896-1897), Эварист Казимирович Гулевич (1899-1900), Иосиф Адольфович Фаленцкий (1902), Бронислав Иосифович Будревич (1903).

Кайтаго-Табасаранский округ – Евгений Устинович Сухоцкий (1860-1875), Дмитрий Иванович Сиверцев (1877), Иван Алексеевич Никольский (1879), Яков Богданович Калустов (1881-1884),Александр Васильевич Елиокин (1885-1886), Даниил Павлович

Шибиневич (1888-1893), Павел Федорович Свидерский (1896-1897), Моисей Исаакович Гольдштейн (1900-1902), Роман Иванович Новак (1903-1905).

Кюринский округ – Алексей Федорович Цветков (1866-1875), Казимир Константинович Кобордо (1877), Григорий Иванович Нимчинов (1879), Иван Иосифович Войтекович (1881-1886), Николай Федорович Девель (1888-1889), Миловский (1890), Георгий Мартович Земмер (1892-1893)). Рувим Аронович Янкелевич (1896), Спиридон Семенович Вирсаладзе (1897), Николай Константинович Гладышевский (1899), Ушер Зейлик Овшей Менделевич Эйчес (1900), Бей-Бала Султанов (1902-1905),

Самурский округ – Казимир Иосифович Савич (1860-1861), Василий Иванович Гамбурцев (1863), Владимир Иванович Козляковский (1864-1872), Павел Борисович Шкуратов (1874), Станислав-Венедикт Антонович Рымгайло (1879), Михаил Антонович Стржижевский (1881-1885), Якубович (1886), Николай Васильевич Марков (1888), Владимир Васильевич Михайлов (1889-1893), Василий Терентьевич Давидов (1896), Антон Никифорович Ефимов (1897-1905).

Темир-Хан-Шуринский округ – Николай Львович Пламеневский (1869-1879), Рафаил Хаимович Франк (1882-1899), Евгений Дмитриевич Поцхверов (1900-1903), Василий Филиппович Резвов (1905).

Бежитский округ – Константин Осипович Пятницкий (1860-1865).

Приложение 4

15

ТЕРОБЛ. ПРАВ. 2/4 Іюня 1889 г. № 11593
Врачеб. ОТД. СТОЛ. № 1857

Во Врачебное Отдѣленіе Областнаго Правленія Терской области

Запаснаго Младшаго медицинскаго фельдшера Михаила Турченко,

Прошеніе

Желая поступить на должность фельдшера въ Терской области, покорнѣйше прошу Врачебное Отдѣленіе о назначеніи меня на имѣющуюся вакансію фельдшера гдѣ-либо въ области.

При семъ прилагаю три свидѣтельства.

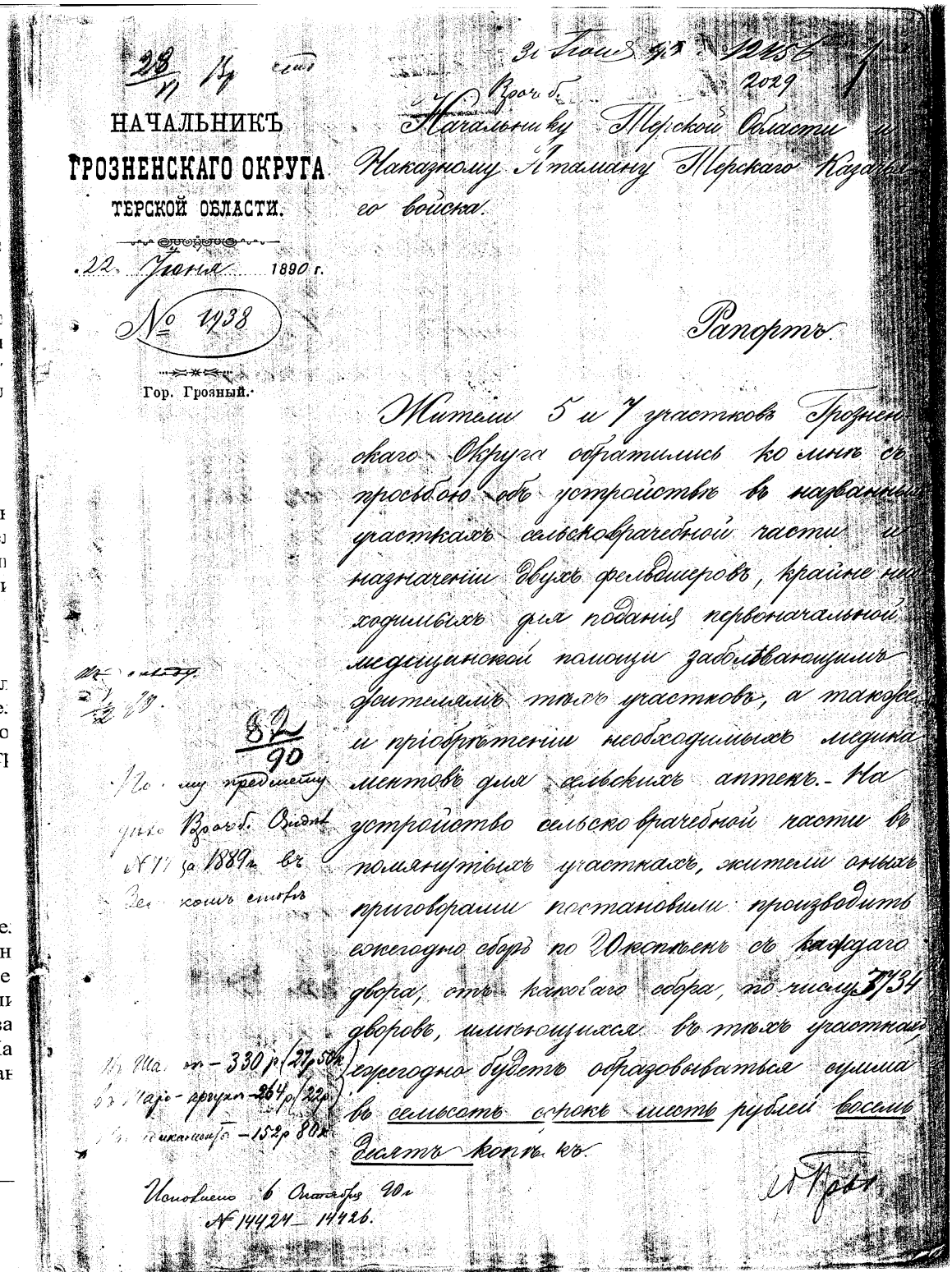
Младшій Медицинскій фельдшеръ
Михаилъ Турченко

Исполнено 14 Іюня 89 г.
№ 8450

3-е Іюня 1889 года
г. Владикавказъ
Временно проживаю во 2-й части на Ростовской ул. въ д. Козлова

Заявление фельдшера М. Турченко о назначении на вакантную должность в Терской области. 1889 г. АУПЧР. Ф.236.Оп.1.Д.369.Л.15

Приложение 5



НАЧАЛЬНИКЪ
ГРОЗНЕНСКАГО ОКРУГА
ТЕРСКОЙ ОБЛАСТИ.

22 Іюня 1890 г.

№ 1438

Гор. Грозный.

Начальнику Терской Области и Наказному Атаману Терскаго Казачьяго войска.

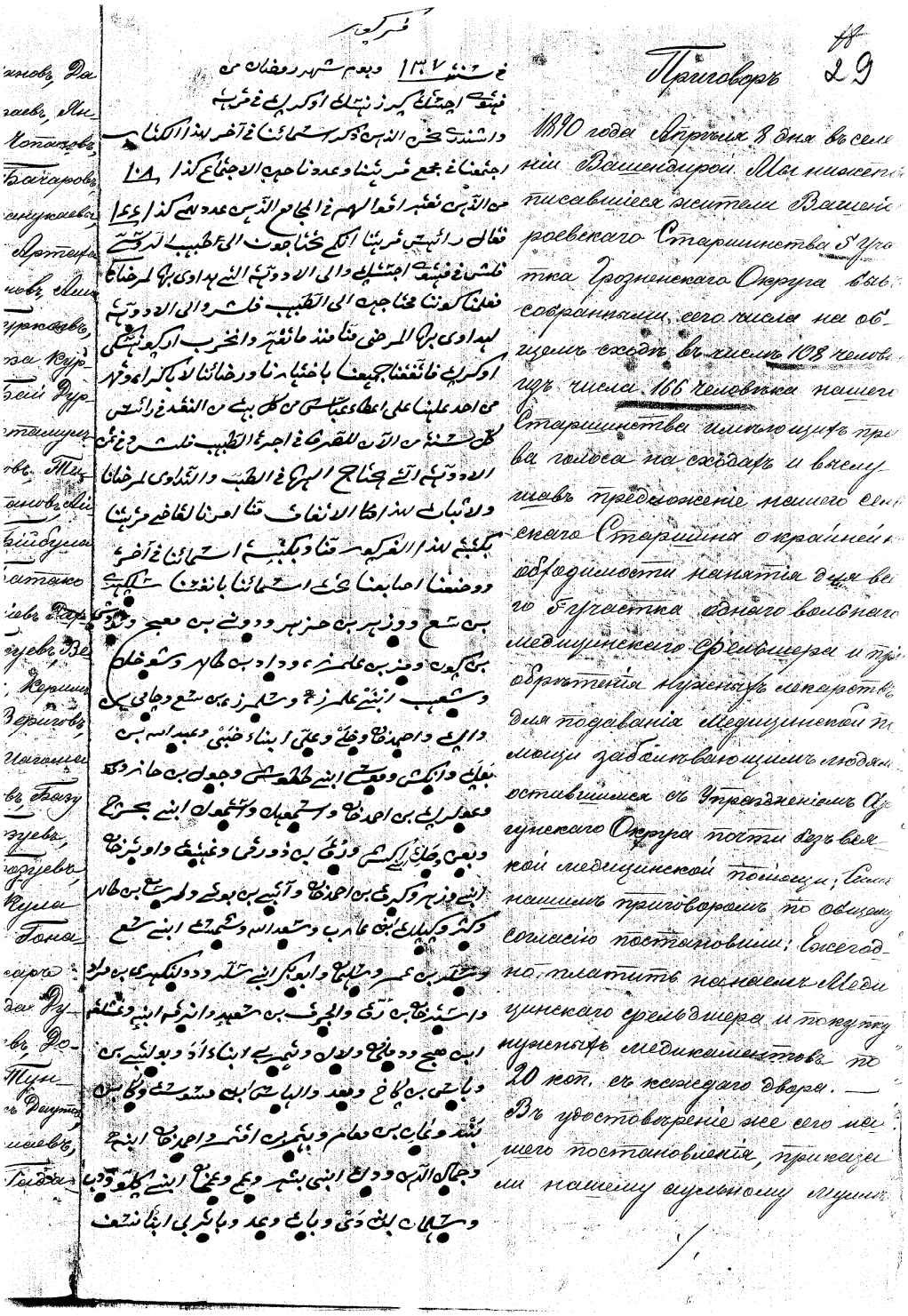
Рапортъ.

Жители 5 и 7 участковъ Грозненскаго Округа обратились ко мнѣ съ просьбою объ устройствѣ въ названныхъ участкахъ сельско-врачебной части и назначеніи двухъ фельдшеровъ, крайне необходимыхъ для поданія первоначальной медицинской помощи забаствующимъ жителямъ тѣхъ участковъ, а также и пріобрѣтеніи необходимыхъ медикаментовъ для сельскихъ аптекъ. - На устройство сельско-врачебной части въ помянутыхъ участкахъ, жители оныхъ приговорами постановили производить ежегодно сборъ по 20 копѣекъ съ каждаго двора, отъ каковаго сбора, по числу 3734 дворовъ, имѣющихся въ тѣхъ участкахъ, ежегодно будетъ образовываться сумма въ семьсотъ сорокъ шесть рублей восемь десятъ копѣекъ.

Исполнено 6 Октября 90 г.
№ 14424 — 14426.

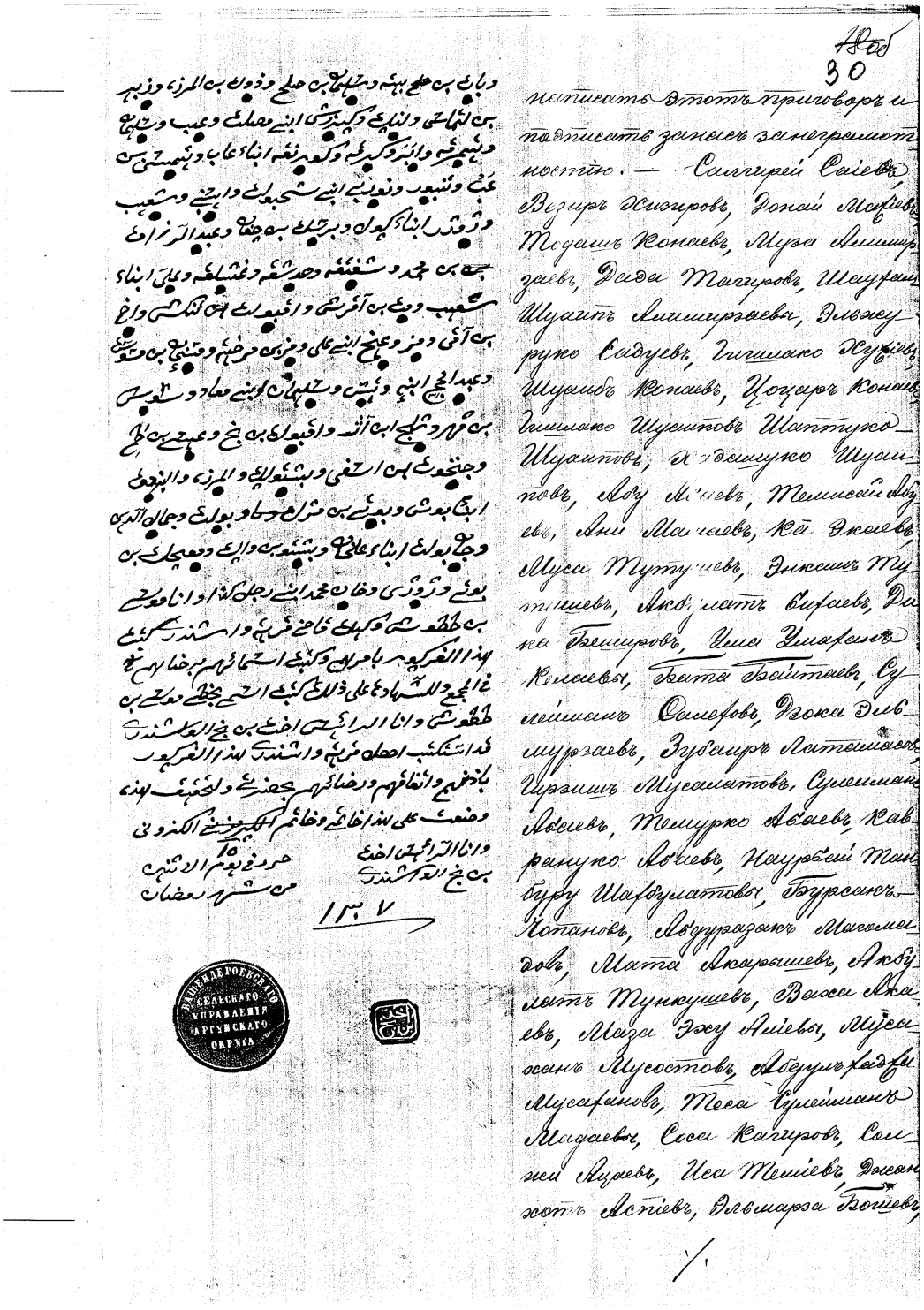
Рапорт начальника Грозненского округа об открытии фельдшерских пунктов на 5 и 7 участках в соответствии с общественным приговором. 1890 г.
АУПЧР. Ф.236. Оп.1. Д.927. Л.1

Приложение 6



Общественный приговор жителей с.Вашендерой Грозненского округа о сборе денег на наем фельдшера и покупку медикаментов по 20 коп. с каждого двора. 1890 г. АУПЧР. Ф.236. Оп. 1. Д. 927. Л.29

Приложение 7



Общественный приговор жителей с. Вашендерой Грозненского округа о сборе денег на наем фельдшера и покупку медикаментов по 20 коп. с каждого двора (продолжение). 1890 г. АУПЧР. Ф.236. Оп. 1. Д. 927. Л.30

Приложение 8

~~59~~ 96

Копія.

ИНСТРУКЦІЯ.

Участковымъ фельдшерамъ туземнаго населенія Владикавказскаго округа.

1. Для оказанія первоначальнаго врачебнаго пособія и прививанія предохранительной оспы туземному населенію Владикавказскаго округа назначаются семь участковыхъ фельдшеровъ.

2. Фельдшера эти имѣютъ постоянное пребываніе въ слѣдующихъ населенныхъ мѣстахъ: въ 1-мъ участкѣ—въ селеніи Хумалакѣ; во 2-мъ участкѣ—въ селеніи Ардонъ; въ 3 участкѣ одинъ въ селеніи Алагиръ, а другой въ селеніи Садонъ; въ 4-мъ участкѣ въ гор. Владикавказѣ; въ 5 участкѣ въ укр. Назранъ и въ 6-мъ участкѣ въ селеніи Пседахъ.

3. Каждый изъ сихъ фельдшеровъ снабжается спискомъ селеній, входящихъ въ раіонъ его участка.

4. Назначеніе, перемѣщеніе и увольненіе участковыхъ фельдшеровъ на общемъ основаніи производится Врачебнымъ Отдѣленіемъ Терскаго Областнаго Правленія въ вѣдѣніи котораго они и состоятъ, а въ отношеніи дѣйствій по врачебной части непосредственно подчиняются окружному врачу.

5. Жалованье участковымъ фельдшерамъ опредѣляется каждому *по девяти пятидесяти* руб. въ годъ, каковое и производится имъ помѣсячно окружнымъ врачемъ.

6. При каждомъ участковомъ фельдшерѣ имѣется сельская аптека, каковая должна быть помѣщена въ квартирѣ фельдшера.

7. Участковый фельдшеръ, независимо поданія первоначальнаго пособія жителямъ своего участка, прибывающимъ въ его ставку, обязанъ являться и по приглашенію обывателей въ селенія для поданія пособія въ болѣзняхъ и несчастныхъ случаяхъ; но коль скоро у обывателей окажется болѣзнь заразительная, или угрожающая опасностію жизни, или же требуетъ производства хирургической и акушерской операціи, то онъ немедленно доноситъ о томъ сельскому старшинѣ и участковому приставу для зависящихъ съ ихъ стороны распоряженій.

8. При открытіи пріемнаго покоя таковой поступаетъ въ завѣдываніе участковаго фельдшера, согласно издаваемой Врачебнымъ Отдѣленіемъ на сей предметъ особой инструкціи.

9. Для привитія дѣтямъ предохранительной оспы участковый фельдшеръ обязанъ одинъ разъ въ мѣсяцъ объѣхать всѣ селенія своего участка, затѣмъ, кому изъ дѣтей или взрослыхъ будетъ привита предохранительная оспа, онъ вноситъ ихъ въ особый списокъ (форма лит. в), въ которомъ въ подлежащей графѣ дѣлается засвидѣтельствованіе сельскимъ старшиною, или его помощникомъ, что фельдшеръ былъ въ селеніи съ такого-то по такое-то время и привилъ оспу означеннымъ въ спискѣ лицамъ. При вторичномъ же посѣщеніи селенія повѣряетъ принялась-ли оспа, или требуется вторичная прививка. Списокъ этотъ служитъ документомъ какъ для составленія мѣсячнаго и годоваго отчета объ оспопрививаніи, такъ и удостовѣреніемъ, сколько разъ посѣщалъ фельдшеръ селеніе.

Примѣчаніе. Оспа прививается дѣтямъ не моложе 4-хъ мѣсяцевъ, но при существованіи эпидеміи оспа прививается и ранѣе.

10. Во время разъѣздовъ по селеніямъ участка фельдшеръ наблюдаетъ, не существуетъ-ли на людяхъ какой-либо эпидемической болѣзни (кори, скарлатина, натуральной оспы, дифтерита, кроваго поноса, тифа и т. п) или, если таковая обнаружится, то немедленно поставлять объ этомъ въ извѣстность сельскаго старшину и участковаго пристава и въ тоже время доносить окружному врачу, который уже по разслѣдованіи указываетъ мѣры къ прекращенію болѣзни. Кромѣ того фельдшеръ самъ до прибытія врача, обязанъ дать совѣтъ о мѣрахъ къ предупрежденію распространенія болѣзни и снабдить больныхъ нужными врачебными средствами.

11. Во время существованія въ участкѣ на людяхъ эпидемической болѣзни фельдшеръ обязанъ представлять окружному врачу семидневныя и мѣсячныя вѣдомости о ходѣ этой эпидеміи по указанной врачемъ формѣ.

12. Снабженіе участковыхъ фельдшеровъ медикаментами, перевязочными припасами, канцелярскими принадлежностями и хирургическими инструментами производится окружнымъ врачемъ изъ запаса, хранящагося у него, въ слѣдующіе три срока: въ январѣ, маѣ и сентябрѣ, въ случаѣ же особенной важности, какъ наприм. при появленіи какой—либо эпидемической болѣзни, требованіе нужныхъ медикаментовъ допускается и ранѣе сихъ сроковъ.

13. Каждый изъ участковыхъ фельдшеровъ снабжается Врачебнымъ Отдѣленіемъ Терскаго Областнаго Правленія книгами: подъ лит. А. на записку больныхъ, обращающихся къ фельдшеру и подъ лит. Б. на записку прихода и расхода медикаментовъ, перевязочныхъ вещей и хирургическихъ инструментовъ. Книги эти ведутся фельдшерами и по истеченіи года представляются на ревизію чрезъ Окружнаго врача во Врачебное Отдѣленіе.

Примѣчаніе: Въ 4-мъ участкѣ въ пріемную книгу вносятся какъ больные этого участка, такъ и другіе горскіе жители Владикавказскаго округа, являющіеся за пособіемъ прямо къ окружному врачу.

14. Оставшіеся отъ расхода медикаменты, посуда и проч. переносятся на слѣдующій годъ во вновь выданную книгу и вносятся въ соотвѣтствующую графу: „осталось отъ прошлаго года".

15. По истеченіи каждой трети участковый фельдшеръ дѣлаетъ выборку изъ книги лит. А., сколько и какого медикамента и пр. израсходовано въ теченіи трети, затѣмъ расходъ этотъ вноситъ въ соотвѣтствующую графу книги лит. Б.

19. Участковый фельдшеръ обязанъ доставлять окружному врачу слѣдующіе мѣсячные и годовые отчеты: а) вѣдомость о числѣ больныхъ въ участкѣ, пользовавшихся меди-

Инструкция участковым фельдшерам Владикавказского округа (на 4л.). 1885 г. АУПЧР. Ф.236. Оп. 1. Д. 927. Л.96.

Приложение 9

ТРЕБОВАНІЕ

на медикаменты, аптечные и перевязочные предметы и хирургическіе инструменты и аппараты для аптеки «1 и 2» участка Грозненскаго округа Терской области.

На 1908 годъ.

Названіе предметовъ.	Имѣющійся на лицо остатокъ къ 1 августа 1907 года.			Къ остатку потребовано.			Стоимость предметовъ съ укупоркой въ разномѣ	
	~~фн.~~	~~фз.~~	~~фр.~~	~~фн.~~	~~фз.~~	~~фр.~~	руб.	к.
Acidi acetic concentr.	–	–	–	–	–	–		
„ borici „	–	6	–	2	–	–		50
„ carbolic. crystal	1	–	–	2	–	–		90
„ hydrochlorat solut.	–	2	–	–	6	–		10
„ tannici	–	–	–	–	6	–		72
„ salicylici	–	–	–	–	6	–		60
„ tartarici pulv.	–	–	–	–	–	–		
Alumenis pulv	–	–	–	1	6	–		15
Ammonnii caustis solut	1	–	–	3	–	–		45
„ sulfo-ichthyolic	–	–	–	–	–	–		
Argenti nitrici fusi	–	–	1	–	–	3		30
Aquae amygdal. ammarar	–	–	–	–	6	–		20
Bismuthi nitrici basici	–	–	–	–	3	–	1	05
Balsami copaiv	–	–	–	–	3	–		22
Camphorae	–	–	–	1	6	–	3	–
Chartae sinapismat	8 листовъ			12 листовъ			–	36
Chinini muriatici	–	8	–	1	6	–	11	25
Chloral. hydrati	–	–	–	–	1	–	–	15
Chloroformii	–	–	–	–	–	–		
Cortel chinae	–	–	–	1	–	–	1	10
Codeini	–	–	–	–	–	–		
Coffeini	–	–	–	–	–	–		
Cretae albi	–	–	–	–	–	–		

Требование на медикаменты, аптечные и перевязочные предметы и хирургические инструменты для участкового фельшерского пункта (на 6 л.). 1908 г.
АУПЧР. Ф.236. Оп.1. Д. 954. Л. 185.

Приложение 10

6

4

Копія.

На подлинномъ написано: «Утверждаю». 23 января 1904 года.

Подписалъ: За Министра Внутреннихъ Дѣлъ, Товарищъ Министра, Сенаторъ Зиновьевъ.

Вѣрно: Вице-Директоръ Медицинскаго Департамента Малиновскій

УСТАВЪ

Грозненской Городской лечебницы.

Общія положенія.

1

Грозненская Городская лечебница учреждается съ цѣлью пользованія взрослыхъ и дѣтей обоего пола.

Примѣчаніе 1. Плата за пользованіе въ лечебницѣ опредѣляется постановленіемъ Думы. Отъ платы освобождаются:

1) Больные, пользующіеся безплатнымъ леченіемъ на основаніи Устава общественнаго призрѣнія, 2) больные, пользующіеся безплатнымъ леченіемъ на основаніи распоряже-

Устав Грозненской городской лечебницы (на 14 л.). 1904 г.
ЦГАРСО-А. Ф.11. Оп. 65. Д.2875. Л.6.