

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 (медицинские науки)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва – 2015

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Чеченский государственный университет» Министерства образования и науки Российской Федерации

Научный консультант: **Аликова Зара Рамазановна,**
доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой гуманитарных, социальных и экономических наук ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России

Официальные оппоненты: **Микиртичан Галина Львовна,**
доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Глянцев Сергей Павлович,
доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом истории сердечнососудистой хирургии ФГБНУ «Научный центр сердечнососудистой хирургии имени А.Н. Бакулева»

Пашков Константин Анатольевич,
доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой истории медицины ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России

Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России

Защита состоится 26 февраля 2015 года в 11 часов на заседании диссертационного совета Д 001.047.01 при ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (105064, г. Москва, ул. Воронцово поле, д. 12/1).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко по адресу: 105064, г. Москва, ул. Воронцово поле, д. 12/1 и на сайте <http://w.w.w.nriph.ru>

Автореферат разослан «___» _____ 2015 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук

Т.И. Расторгуева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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 моногра-

фические 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 казацкого 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 Ос-

тии, 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 законодательно-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, 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, а также при восстановлении государственного архива Чеченской Республики, утраченного во время военных действий.

Внедрение результатов исследования. Основные результаты исследования получили отражение в 55 научных публикациях, в том числе в рекомендуемых ВАК Минобрнауки РФ журналах – 13 и в материалах международных конференций – 10, а также в 3 монографиях.

Материалы диссертации используются в преподавании истории медицины и организации здравоохранения в Медицинском институте Чеченского государственного университета, Чеченском медицинском колледже, на медицинском факультете Кабардино-Балкарского государственного университета, а также в Северо-Осетинской и Дагестанской государственных медицинских академиях. В качестве справочного материала результаты исследования используются в национальных музеях и архивных управлениях. Результаты исследования использованы и включены в многотомную энциклопедию Чеченской Республики и многотомное академическое издание «История Чечни» – по разделу медицина и здравоохранение.

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 ку-

рторологии, 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 сучасної медицини: теорія і практика» (м. Одеса, 2014) и др.

Результаты исследования обсуждены на межкафедральной научной конференции ФГБОУ ВПО «Чеченский государственный университет» (2014) и межотдельческой конференции ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (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 55 научных публикациях, в том числе в рекомендуемых ВАК Минобрнауки РФ журналах – 13 и в материалах международных конференций – 10, а также в 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.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа изложена на 369 страницах (в т.ч. основного текста 297 стр.) и состоит из введения, шести глав, заключения и выводов, списка использованной литературы и архивных источников, приложений. Список использованной литературы и архивных ис-

точников включает 852 наименования. Приложение содержит копии материалов исследования. Работа иллюстрирована 29 таблицами и 6 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обосновывается актуальность темы, определены цель, задачи и хронологические рамки исследования, показана научная новизна и практическая значимость, представлены положения, выносимые на защиту.

В первой главе представлен критический анализ литературных материалов и источников по изучаемой проблеме, дана характеристика и оценка архивных источников. Выявленные архивные материалы, с учетом цели исследования, сопоставлялись с литературными данными, что позволило дополнить или опровергнуть имеющиеся сведения о становлении и развитии здравоохранения и медицинского образования в описываемом регионе. Показано, что до настоящего времени здравоохранение Северо-Восточного Кавказа в XIX в.-1940 г. не являлось объектом специального исследования, не изучались особенности организации и развития.

Во второй главе дана историческая, экономическая и медико-географическая характеристика Северо-Восточного Кавказа, показаны особенности народного врачевания и медицинской деятельности в XIX в.

В исследуемый период в регионе Северо-Восточного Кавказа, главным образом в бассейне реки Терек, проживали дагестанцы, чеченцы и ингуши, ираноязычные осетины, носители тюркского языка близкородственные балкарцы и карачаевцы, восточные адыги, сложившиеся в кабардинский этнос. Кроме горцев с XVII в. здесь проживали и русские – казаки в русских поселениях на Тереке, структурировавшиеся в большую самоуправляемую общину – «войско», а к 1860 г. в Терское и Кубанское казачье войско. Эти присоединенные к России территории представляли сложное пространственное измерение с неоднократными административно-территориальными изменениями при военно-народном управлении. До 1920 г. на Северо-Восточном Кавказе имелись два

административно-территориальных образования: Терская область и Дагестанская область. В социально-экономическом отношении это был отсталый аграрный регион со слабо развитой промышленностью и низким уровнем культурного развития.

В данных условиях при полном отсутствии профессиональной медицинской помощи на протяжении большого исторического периода, вплоть до второй половины XIX в., для горского населения северо-восточного Кавказа народная медицина являлась единственной возможностью получения медицинской помощи. Материалы исследования указывают, что, несмотря на свою универсальность, народное врачевание горцев имело региональные особенности, связанные с условиями его формирования и развития, географической средой обитания, традиционной культурой и мировоззрением народа. Горские народные лекари («лекарь», «лор», «Іазэ», «гаким», «хосганаг», «хаким», «табиб», «знахарь», «устарчи» и пр.) успешно лечили раны и переломы, удаляли пули, устраняли вывихи, умели делать трепанацию черепа, кровопускание. Уникальный опыт горских лекарей, их искусство в лечении боевой травмы поражали исследователей Кавказа, в том числе великого русского хирурга Н.И.Пирогова. Результаты исследования свидетельствуют, что, несмотря на сложный генезис народной медицины горцев со следами длительного взаимодействия с культурами других народов, в том числе арабского Востока, она долгое время сохраняла свою первобытность и оригинальность.

В третьей главе дана характеристика организации медицинской помощи населению Северо-Восточного Кавказа во второй половине XIX – начале XX века (до 1917 г.). Показано, что процесс организации медицинской помощи в регионе в указанный период был сложным и длительным – не хватало средств, специалистов, помещений для развертывания медицинских учреждений, не было четкой системы и опыта работы. Проходил он в сложных общественно-политических условиях, сложившихся в регионе в XIX–XX вв. в связи с продолжительной Кавказской войной (1817-1864 гг.) и ее драматическими послед-

ствиями: экономическим кризисом, голодом, эпидемиями. Устройство медицинского дела в регионе было тесно связано с административно-территориальным делением Северного Кавказа и политикой имперских институтов власти. Только с включением региона в состав России ставятся вопросы государственного медицинского обеспечения населения области, и получают свое развитие лечебные учреждения.

В 1860 г., с образованием Терской области, начала решаться проблема медико-санитарного обеспечения горского населения, жителей городов, казачьего населения, частей регулярной армии и казачьего войска, дислоцировавшихся на ее территории. Первыми врачами для коренного населения области стали окружные, а для городского населения - городские врачи. 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 округа военных отделов: Кабардинский, Осетинский, Ингушевский, Чеченский, Аргунский, Ичкеринский, Кумыкский, Нагорный. На первых порах в управления округов для организации медицинской службы были введены военные медики из регулярных частей Кавказской армии. Медицинская часть находилась до 1893 г. в ведении военно-народного управления и окружные медики подчинялись старшему доктору отдела, далее по рангу шли старший войсковой доктор, окружной военно-медицинский инспектор, генерал-штаб-доктор Кавказской армии. У окружных врачей имелась окружная аптека с небольшим количеством лекарственных средств для бесплатной выдачи заболевшим.

Значительные изменения в административном устройстве Терской области произошли после именного указа от 30 декабря 1869 г. о преобразовании административных учреждений в Кубанской и Терской областях. В связи с этим были упразднены Управление старшего доктора Терской области и военно-народное управление и введено общегубернское. Гражданская медицинская часть была сосредоточена в областном правлении по врачебному отделению,

подчиненному областному врачу. Врачебное отделение по гражданской медицинской линии подчинялось Управлению медицинской частью гражданского ведомства Наместника Кавказского в Тифлисе. Сама система охраны народного здоровья в Терской области существовала на основе особых «Правил», «Положений», «Инструкций», не всегда соответствовавших общим медицинским правилам (законам), действовавшим в этот период в России.

Нагрузки на окружных врачей были огромные. В начале XX в. в округах 1 врач приходился на 121123 человека, 1 фельдшер – на 15740 человек, 1 повивальная бабка – на 121123 человека и 1 аптека на 29152 человека. На весь Нальчикский округ с 10113 квадратными верстами территории и с населением 76395 человек, проживавшим в глухих, труднодоступных местах медицинский персонал состоял из врача, фельдшера и повивальной бабки, которые дислоцировались в слободе Нальчик. В горной Чечне с 250-тысячным населением с 1905 г. по 1917 г. имелось только два окружных врача, а в Ингушетии на 60 тысяч населения один окружной врач.

Окружные врачи, в основном, исполняли судебномедицинские и медико-полицейские функции. При этом в своем округе они должны были предотвращать причины, могущие вызвать заболевания, особенно заразные, т.е. осуществлять санитарный надзор, а также оказывать горскому населению медицинскую помощь, на которую, однако, не оставалось времени. В задачи окружных врачей входило и медико-топографическое описание округа. Недостаток лечебных заведений, нехватка медикаментов, отсутствие нормальных путей сообщения и средств передвижения, тяжелые материально-бытовые условия, незнание местных языков и обычаев горцев затрудняли работу окружных медиков. В связи с этим врачи неохотно направлялись на Северный Кавказ и не задерживались долго на службе. Так с 1860 г. по 1917 г. в 4-5 округах Терской области прошли службу около 70 врачей, и из них более десяти лет на одном месте прослужили только восемь врачей.

Аналогичное положение с окружной системой медицинского обеспечения местного населения сложилось и в соседнем Дагестане. Образованная в 1860 г. Дагестанская область делилась на 9 округов, и в каждом имелся окружной медик и фельдшер. Управление области было военно-народным, и окружные медики подчинялись не только начальнику округа, но и, до реформы 1894 г., окружному военно-медицинскому инспектору. На основании высочайше утвержденного 9 мая 1894 г. мнения Государственного совета врачебная часть была изъята из ведения военно-народного управления и передана в гражданское ведомство, в административное подчинение губернатора области, а по специальной части – в Управление медицинской частью гражданского ведомства при Наместнике Кавказа. В данный период на одного окружного врача в среднем приходилось 63534 жителя, имелась одна аптека для бесплатной выдачи лекарств больным горцам, проживающим в округах. Больниц и лечебниц в округах области не было, кроме одного приемного покоя на пять кроватей в Кюринском округе. Окружная система просуществовала в Дагестане до 1905 г. и в дальнейшем была организована сельско-врачебная часть. Среди окружных врачей, как и в Терской области, наблюдалась большая текучесть – только шесть окружных врачей из числа 80, проходивших службу в этот период, на одном месте прослужили более десяти лет.

Учитывая, что окружные медики фактически не решали вопросы медицинского обеспечения местного населения, правление Терской области стало организовывать сельско-врачебную часть, что в определенной степени приблизило медицинскую помощь к сельскому населению. Однако организация сельско-врачебной части на северо-востоке Кавказа имела свои особенности, связанные с отсутствием здесь земской медицины. В регионе она была представлена не оправдавшими себя в Центральной России участковыми фельдшерскими пунктами, организованными за счет денежного сбора с населения. В округах открывались один-два пункта, но могло их не быть вовсе. С учетом офици-

альных платежей и местных налогов расходы на медицинскую часть являлись для горцев обременительными.

Для горского населения первые фельдшерские пункты Терской области были учреждены во Владикавказском округе в 1874 г. на добровольные взносы денег по 25 коп. с каждого дыма (хозяйства) в год. К 1885 г. для местного населения Владикавказского округа было организовано семь участковых фельдшерских пунктов, в т.ч. в укреплении Назрань и селении Пседах Ингушетии. По примеру населения Владикавказского округа и таким же порядком сельско-врачебная часть была введена в Нальчикском (в 1893 г.), Грозненском (в 1889 г.), Хасав-Юртовском (в 1900 г.), Веденском и Назрановском (в 1905 г.) округах.

Фельдшерские пункты сельско-врачебной части для горского населения предназначались для оказания первоначального медицинского пособия на амбулаторном приеме и на дому. При каждом пункте имела сельская аптека. При разъездах, совершавшихся на обывательской подводе или верховой лошади, назначаемой от селения до селения, фельдшер обязан был проводить противоэпидемические прививки, выявлять случаи заразных болезней, принимать необходимые меры по их предупреждению и распространению, составлять протокола на санитарные погрешности.

Вместе с тем следует отметить, что фельдшерские пункты комплектовались, в основном, отставными ротными фельдшерами с низкой квалификацией, которые в условиях дефицита лекарственных средств и медицинского инструментария работали с большой нагрузкой. В округах Терской области на участкового фельдшера в среднем приходилось около 50 населенных мест с 20-25 тысячами человек населения и площадью в 60-200 тысяч десятин. Положение усугублялось гористой местностью, плохими дорогами (особенно в распутицу), отсутствием транспорта. В сельских округах имелись большие проблемы с родовспоможением, наблюдалась высокая смертность детей и рожениц, отсутствовало медицинское обслуживание детей. Неудовлетворительное санитарное

состояние населенных мест и низкая санитарная грамотность населения приводили к распространению инфекционных болезней. Таким образом, тяжелые условия жизни и службы в горном крае, низкое денежное содержание, непонятные традиции местного населения, низкий уровень его культурного развития вели к значительной текучести кадров медицинских фельдшеров.

Однако, несмотря на то, что медицинская служба в сельской местности с учетом малочисленности и фактического отсутствия материальной базы была слабо организована, фельдшерские пункты на данном этапе сыграли определенную роль в организации и осуществлении медицинской помощи горскому населению.

Сельско-врачебная часть в Дагестанской области, входившей ранее, как и Чечня, в Имамат Шамиля, была организована значительно позже, чем в Терской области. Как и в Терской области, в отделах и округах Дагестана с 1860 г. имелись окружные врачи с правами уездных врачей. 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. При этом один врач приходился, в зависимости от округа, на население от 35 тысяч до 80 тысяч. В окружных управлениях были учреждены аптеки, из которых больным выдавали бесплатно медикаменты.

В конце XIX в. в Дагестане была проведена реформа медицинского дела, и врачебная часть из военного управления была передана в гражданское ведомство. По высочайше утвержденному мнению Государственного Совета России от 27 ноября 1895 г. в каждом округе Дагестанской области учреждался приемный покой на четыре кровати с аптекой, для безвозмездного снабжения больных медикаментами. Штат сельской лечебницы состоял из одного сельского врача, одного старшего медицинского фельдшера, одной 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.

Значительным шагом в улучшении народного здоровья сельского населения Дагестанской области было постановление о преобразовании сельско-врачебной части от 8 марта 1904 г. Вменялось в течение двух трехлетий (1904-1906 гг., 1907-1909 гг.) все приемные покои преобразовать в больницы, дополнительно открыть три новые больницы и фельдшерские пункты с аптекой для бесплатного стационарного и амбулаторного лечения больных. Были определены источники финансирования и медицинские штаты. Расходы на преобразование сельско-врачебной части были отнесены на Закавказский земский сбор.

Врачебные участки создавали применительно к административному делению области. Дислокация для больниц и фельдшерских пунктов, места постоянного пребывания сельских врачей и границы врачебных участков определялись начальником области. Уставы сельских больниц и необходимые инструкции по сельской врачебной части утверждались Министерством внутренних дел. 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, периодическое посещение фельдшерских пунктов и надзор за ними, и принятие необходимых мер против распространения заразных болезней. Кроме того на них возлагались и судебно-медицинские функции бывших окружных врачей, должности которых по мере введения должностей сельских врачей были упразднены (в 1904-1905 гг.). При каждом сельском враче имелось по 2-3 оспопрививателя из местного населения, обученных врачами технике оспопрививания. Амбулаторную помощь оказывали сельские врачи, фельдшера и повивальные бабки. Сельское население Дагестанской области пользовалось бесплатным лечением и бесплатными медикаментами.

Несмотря на то, что для того времени принятый проект организации сельско-врачебной части в Дагестане был достаточно структурированной системой организации медицинской помощи сельскому населению, штаты сельских медицинских учреждений оставались некомплектованными. В Дагестанской области, по данным «Кавказского календаря» на 600-700-тысячное население Дагестана в 1900 г. имелось по штату 4 сельских врача (1 вакансия), участковых врачей в 1910 г. было 10 (8 вакансий), в 1913 г. – 11 (7 вакансий), в 1916 г. – 12 врачей (6 вакансий). Сельским врачам приходилось работать в сложнейших условиях труднодоступности и обширности врачебных участков, малочисленности медицинского персонала, ограниченности материальных средств, отпускаемых на народное здравие. Большинство лечебниц и фельдшерских пунктов были открыты в приспособленных помещениях, постоянно требующих ремонта. Большие сложности возникали при проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий, проблемной была изоляция инфекционных больных, ощущалась нехватка в противооспенном детрите, антидифтерийной сыворотке.

Вместе с тем, материалы исследования указывают, что, несмотря на все трудности и сложности с организацией сельско-врачебной части, появление русских врачей и фельдшеров в крае способствовало распространению медицинских знаний, осуществлению профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий среди местного населения, а также улучшению санитарного состояния населенных мест, снижению заболеваемости населения.

В отдельном разделе главы нами дана характеристика медицинского дела в казачьих войсках и станицах Терской области. На большом фактическом материале показано, что организация его отличалась более высоким уровнем, чем для горского населения. В регионе проживания казаков впервые научная медицина появилась с регулярной российской армией, в состав которой входили медицинские силы. Военные медики (лекари, военные фельдшера) были и в первых русских укреплениях на Тереке: в Кизляре (с 1735 г.), Моздоке (с 1763

г.), Георгиевске (с 1777 г.), Владикавказе (с 1784 г.). Первые медицинские учреждения на Северном Кавказе появились в последней четверти XVIII в. в российских регулярных войсках – это были военные госпитали и лазареты отдельного Кавказского корпуса.

С 1821 г. берет начало организация медицинской службы казачества на государственном уровне. В каждое из восьми казачьих войск и полков на Кавказской линии были назначены по одному младшему лекарю, фельдшер и два цирюльника, благодаря чему первая медицинская помощь раненым во время сражения стала оказываться непосредственно на поле сражения. Сотенный фельдшер имел сумку с перевязочным материалом и «карманными» медицинскими инструментами. Войсковые медики не только оказывали медицинскую помощь, но и наблюдали за санитарным состоянием подразделений, гигиеной казаков, принимали необходимые меры для предотвращения инфекционных заболеваний.

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» в 1845 г. 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. Количество, мощность и дислокация этих заведений часто менялась в зависимости от боевой обстановки, направления действия и численности действующих отрядов. При лазаретах местных войск для приходящих больных открывали врачебный или фельдшерский пункт – околодок (околоток). Медицинские учреждения казачьих войск устраивались в палатках или в приспособленных помещениях.

Одним из первых лечебных заведений в регионе был построенный в 1820 г. войсковой лазарет на 32 кровати с «деревянным полом и потолком» Моздокского казачьего полка в станице Наурской. В 1828 г. был организован казачий

военный лазарет в станице Червлёной, затем был учрежден Щедринский военно-временный госпиталь, рассчитанный на 600 мест для нижних чинов и 12 – для офицеров. Наиболее крупным для своего времени военным стационарным лечебным заведением в крае был учрежденный в 1831 г. Грозненский военно-временный госпиталь на 300 кроватей. В число лечебных заведений Терского казачьего войска входили и войсковые больницы.

В 1875 г. в Терской области имелось пять военных госпиталей и лазаретов, две войсковые больницы Терского казачьего войска. Всех медицинских чинов, служащих по гражданскому ведомству состояло 175. Из них окружных врачей было 7, городских 5, повивальных бабок 9, медицинских фельдшеров, служащих в округах, городах, станицах и горских участках 73 и оспопрививателей 70 человек.

Вместе с тем в Терской области рост числа медицинских учреждений и медицинского персонала в них не успевал за ростом численности населения. Например, с 1892 г. по 1911 г. население увеличилось на 400 тысяч человек, и при этом одна больничная койка приходилась на 668 человек, и на одного врача в среднем приходилось 7478 человек. В 1892 г. эти показатели были соответственно 566 и 7342, т.е. показатели обеспеченности населения медицинской помощью за прошедшие 20 лет даже несколько снизились. Анализ численности всего медицинского персонала в области показал, что на протяжении 1892-1914 гг. число врачей и фельдшеров увеличилось незначительно: врачей в области в 1892 г. было 102 – стало в 1914 г. 173, фельдшеров соответственно было 241 – стало 294.

К 1915 г. на территории Терской области для медицинского обеспечения Терского казачьего войска функционировали 4 войсковые больницы на 108 мест, 6 приемных покоев на 30 мест. При необходимости казаки могли получать медицинское пособие во Владикавказском и Грозненском военных госпиталях, 6 местных лазаретах на 849 кроватей. Амбулаторную медицинскую помощь казакам оказывали станичные фельдшера, врачи казачьих отделов,

участковые врачи отделов, врачи территориально дислоцированных строевых казачьих подразделений, и частей регулярной армии при неотложных состояниях. Потребность в медикаментах удовлетворялась в 43 вольных (частных) аптеках и 27 аптекарских магазинах.

Кроме того, в казачьих станицах сельско-врачебная часть в виде фельдшерских пунктов была устроена в первую очередь. Становление сельской медицины в казачьих станицах Терской области началось после административной реформы 1860 г. Если в 1848 г. только станицы Щедринская и Калиновская имели своих станичных фельдшеров, то уже к 1872 г. сельско-врачебных частей с участковым фельдшером и оспопрививателем только в Сунженском отделе было уже четырнадцать.

К 1915 г. в каждой станице имелся по вольному найму станичный фельдшер с аптекой, которая снабжалась медикаментами за счет казны и на станичные суммы. Руководили организацией медицинской помощи в станицах, контролировали ее качество и сами оказывали при необходимости врачебное пособие участковые врачи, состоявшие при Сунженском, Кизлярском и Пятигорском управлениях казачьих отделов.

Свои особенности имело и медицинское обеспечение городских жителей, которому посвящен отдельный раздел главы. Согласно данным проведенного исследования некоторые крепости и укрепления по Кавказской Линии и в Дагестане по мере утраты стратегического значения преобразовались в окружные города. 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, Порт Петровск. С учреждением городов, в ноябре 1870 г. распоряжением Наместника Кавказа при новом устройстве Терской области в городские полицейские учреждения были введены должности по медицинской части – городской врач и повивальная бабка, а в Грозном еще и старший фельдшер. К 1875 г. в городах Северного Кавказа было введено новое Городовое положение 1870

года, согласно которому городскому самоуправлению предписывалось, наряду с другими службами, организовывать лечебные заведения, а также осуществлять санитарный надзор в городе. Однако мероприятия по охране народного здоровья были только правом городских самоуправлений, но не вмененной обязанностью.

На начальных этапах организации городской медицины государство финансировало только городских 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 городах региона организовали благотворительные общества, и опекались ими. И только в начале XX в., с улучшением финансового положения, в городах северо-восточного Кавказа стали вводить должности городских врачей и учреждаться городские амбулатории и стационарные лечебные учреждения. Наряду с государственным здравоохранением развитие в городах получила частная и ведомственная медицина, малодоступная для широких слоев населения.

В городах дислоцировались ведомственные лечебные учреждения: военного ведомства, железнодорожного, юстиции, просвещения, лечебницы промышленных предприятий (фабрично-заводская медицина), которые за плату при наличии свободных мест в больнице оказывали врачебную помощь горожанам. Вместе с тем следует отметить, что в городах Северо-Восточного Кавказа явно не хватало лечебных учреждений, имелись большие сложности с их кадровым и материальным обеспечением. Несмотря на определенную положительную динамику в развитии городской медицины в Терской и Дагестанской области, она была ниже среднего общероссийского уровня городского здравоохранения.

Материалы проведенного исследования показали, что становление здравоохранения на Северо-Восточном Кавказе было тесно связано с его социально-экономическим развитием, которое значительно отставало по сравнению с

Центральной Россией. Как и в самой России, в начале XX в. в Терской области и Дагестане стали формироваться врачебно-санитарные службы ведущих министерств и ведомств, в т.ч. и система медицинского обслуживания рабочих горнометаллургической и других отраслей промышленности, фабрик и заводов. По мере становления и развития промышленного производства, разработке недр земли, роста числа рабочих насущными стали вопросы организации медицинской помощи на рудниках, заводах и фабриках. Для рабочих Алагирского серебряноцинкового завода и Садонских рудников в Осетии к 1890 г. в селении Алагир был организован горнозаводской госпиталь, а в поселке Садон амбулатория. В 1905 г. акционерным обществом «Алагир» в Садоне для рабочих рудников и обогатительной фабрики (около 300 чел.) был открыт приемный покой на 5 коек. Однако оборудован он был плохо, врач посещал больных только раз в неделю, в остальные дни прием вел фельдшер.

Из фабрик и заводов Дагестана только общество «Каспийская мануфактура» имело больницу на 20 коек, с родильным отделением на 3 койки. Рабочие и служащие холодильника и ткацкой фабрики обслуживались Тагиевской больницей на 10 коек. Промышленные предприятия города, не имевшие собственных больниц, оплачивали лечение своих служащих в городской больнице.

Для рабочих нефтедобычи и нефтеперерабатывающих заводов на Грозненских нефтепромыслах в начале XX века стали появляться стационарные и амбулаторные врачебные учреждения. В 1907 г. на семь тысяч рабочих в частном арендованном доме в Грозном была открыта небольшая больница Совета съезда Терских нефтепромышленников. В 1908 г. в больнице Терских нефтепромышленников было 16 кроватей, один врач и два фельдшера. В 1911 г. для больницы было построено на промыслах отдельное кирпичное здание, где уже размещалось 40 коек, были 3 врача и 3 фельдшера.

Свои лечебные заведения имела и Ростово-Владикавказская железная дорога, которая в 1897 г. достигла Дербента, а в 1899 г. поезда ходили уже до Баку. К 1916 г. на дороге было 24 врачебных участка и на каждый участок при-

ходило в среднем 8300 железнодорожников и членов их семей. Для обслуживания рабочих железной дороги в 1900 г. в г. Петровске и в г. Дербенте было по одному лазарету, а в 1915 г. эти лазареты стали больницами – соответственно на 30 и 50 коек, которые по тем временам считались крупными лечебными заведениями.

На рыбных промыслах, особенно бурно развившихся после проведения железнодорожной ветки (1893 г.), в 1915 г. имелись одна частная больница на 16 кроватей, приемный покой при Морской врачебно-наблюдательной станции на 3 койки, больница бондарного завода, приемные покои на отдельных крупных промыслах, в которых работали 2 врача и 16 фельдшеров. Однако, несмотря на определенную положительную динамику в вопросах медицинского обеспечения рабочих организация медицинского дела была на низком уровне, часто носила формальный характер. Стационарные учреждения были малочисленны и маломощны, не хватало врачебного персонала.

Следует отметить, что особенности организации медицинской службы в Терской области и Дагестане были законодательно отражены в Уставе врачебном, Своде законодательства по Медицинскому управлению, Своде законов и правительственных распоряжений по казачеству.

Подобные территориальные особенности местного здравоохранения имелись в соседней казачьей Кубанской области, вследствие чего нами был проведен сравнительный анализ отдельных показателей уровня обеспеченности населения медицинской помощью (табл. 1). На Северном Кавказе, по сравнению с Центральной Россией, обеспеченность койками на 10 тысяч населения была ниже, нагрузка на врача была больше и недостаточным было финансирование медицинской части, особенно в Дагестане. Вместе с тем следует отметить, что, несмотря на то, что средние показатели состояния здравоохранения по России были выше, чем по Северному Кавказу, однако, в некоторых губерниях и областях самой России, например в среднеазиатской части, уровень оказания медицинской помощи был ниже, чем в северокавказском регионе.

Состояние народного здравоохранения на Северном Кавказе на 1913 год

Регионы	Число больниц	Число коек в них	Число коек на 10 тыс. населения	Число врачей	Число жителей на 1 врача	Расходы на медицинскую часть в среднем на одного жителя
Россия	8461	227868	14,3	24031	6900	1,1 руб.
Терская область	41	776	6,2	149	8300	0,40 руб.
Дагестанская обл.	68	535	7,6	38	18400	0,29 руб.
Кубанская область	71	2209	7,5	243	12000	0,69 руб.

Кроме того, сельско-врачебная часть по российскому типу для сельского горского населения в исследуемых регионах начала устраиваться с 1895 года только в Дагестанской области, за счет земского сбора. В 1913 году врачебные участки в Дагестане были предназначены для горцев, а в Терской и Кубанской области для казачьего населения. Участковые фельдшерские пункты в Терской области были учреждены для горцев за счет их личных денежных средств, когда в других местах за счет казны.

Вместе с тем, несмотря на все сложности и трудности на нынешней территории Северо-Кавказского федерального округа, по линии Терско-Сунженского хребта, рек Сунжи и Терека, где дислоцировались полки Терского казачьего войска и располагались казачьи станицы к 1917 г. сложилась достаточно стройная по тем временам система медицинской службы Терского казачьего войска и казачьего населения, состоявшая из лазаретов, госпиталей, больниц и приемных покоев, аптек, врачей и фельдшеров войсковых подразделений.

Особое внимание в данной главе уделено вопросам подготовки медицинских кадров на Северо-Восточном Кавказе в XIX – начале XX вв., имевших для региона важное значение. Согласно материалам исследования вплоть до 1920 г. в крае не было учебных заведений для подготовки врачей, фельдшеров, медицинских сестер. Гражданских фельдшеров обучали в Тифлисской фельдшерской школе при Михайловской больнице. В 1871 г. ее окончил кабардинец Т. Тамбиев, а из коренных народностей Дагестана в конце XIX в. и в начале XX в. А. Айдинбеков, Д.М. Мейланов, М.Ю. Нахибашев, М. Дибиров, Г. Гасанов, Г. Алхасов.

У женщин Северного Кавказа большой популярностью пользовалась Ставропольская фельдшерско-акушерская школа, которая была открыта в 1913 г. Для обеспечения родовспомогательной помощи в военных лазаретах Терской области была организована подготовка повивальных бабок. С этой целью к лечебному учреждению прикреплялись для обучения женщины войскового происхождения (казачки) не моложе 20 лет в количестве до пяти человек. Согласно «Правилам для образования войсковых повивальных бабок» (1872 г.) по окончании учебы им выдавались свидетельства за подписью областного врача. С 1875 г. для Северного Кавказа присяжных квалифицированных повивальных бабок начали готовить в Закавказском повивальном институте в г.Тифлисе.

Подготовка медицинских и аптечных фельдшеров для казачьих войск Кавказа осуществлялась в военно-фельдшерских школах общевойскового назначения. Фельдшеров из числа казаков готовили в Екатеринодарской военно-фельдшерской школе, несколько ранее в Новочеркасской и Тифлисской военно-фельдшерской школе (ВФШ) в соответствии с «Положением о казачьих фельдшерах» от 22 декабря 1873 г. В Тифлисской ВФШ из общего числа учеников (150) в 1867-1868 уч. году русских было 144, из числа северокавказских народностей обучалось 4 осетина и 2 абхазца. 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. Так

называемых ротных фельдшеров обучали в местных военных госпиталях или лазаретах.

Особенно остро на Северо-Восточном Кавказе в XIX-начале XX вв. ощущалась потребность во врачебных кадрах. В отсутствие своих национальных кадров, приезжие врачи не задерживались в крае по многим объективным причинам, описанным выше. Во второй половине XIX в. благотворительные и сельские общества на общественные суммы стали направлять на обучение лиц с гимназическим образованием в университеты на медицинские факультеты. Вместе с тем, 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, подготовленные в вузах России, являлись активными носителями медицинских знаний в горской среде, становились известными врачами и учеными, организаторами здравоохранения.

В четвертой главе показаны основные направления развития здравоохранения в автономиях Северо-Восточного Кавказа в 1917 – 1940 гг. Первая мировая война 1914-1917 гг., военная интервенция, Гражданская война 1918-1920 гг. нанесли значительный ущерб слабо развитой системе медицинской помощи на Северо-Восточном Кавказе. Возникли огромные трудности экономического характера, появились эпидемии особо опасных инфекций, повсеместно наблюдалась острая нехватка медицинских кадров.

Коренные изменения в здравоохранении национальных образований Северо-Восточного Кавказа произошли с установлением Советской власти в начале 1920 года. Охрана здоровья населения была признана приоритетной задачей государства, делом первостепенной важности. Чрезвычайные меры, принимаемые правительством РСФСР в сфере здравоохранения, становились постепенно плановыми мероприятиями.

Во всех национальных образованиях при Революционных комитетах были организованы медико-санитарные отделы, позже реорганизованные в отде-

лы здравоохранения Исполнительных комитетов. В 1921 г. была образована Горская республика, которая включала все национальные округа северо-востока Кавказа. Первым руководителем Наркомздрава Горской АССР был назначен революционер врач Н.Ф. Носов. Несмотря на сложности периода, Наркомздрав Горской республики начал строить советскую систему бесплатного здравоохранения, установил связи между органами здравоохранения и профессиональными союзами, обеспечивал лечебной помощью рабочих, крестьян, советских служащих. Лечебно-санитарная сеть сельских местностей была переведена на местные средства, а областные (окружные) медицинские учреждения содержал Совнарком Горской АССР. С ликвидацией Горской республики в 1924 г. на правах автономий в Северокавказский край вошли территории до 1917 г. входившие в Дагестанскую и Терскую области: Сунженский и Терский округа, Ингушская, Кабардино-Балкарская, Северо-Осетинская и Чеченская автономные области, а также автономные города Владикавказ и Грозный. В край вошли также города Кавминвод и несколько позже Дагестанская автономная республика. По данному административно-территориальному делению строилась и единая государственная система охраны здоровья населения края.

Согласно данным нашего исследования с началом районирования территории края в 1925 г. произошло реформирование организационных структур здравоохранения, и сельская лечебная сеть возросла (на 37,9%) с одновременным уменьшением (на 4,9%) городской сети. Данный процесс был связан с увеличением числа врачебно-больничных участков с 184 до 220, а также врачебно-амбулаторных участков почти в два раза, с 121 до 221, и их укрупнением. Рост общего числа врачебных участков привел к существенному снижению обслуживаемого населения на участке. В 1925 г. на один участок приходилось 14147 человек, тогда как в 1922 г. данный показатель составлял 20000, а в 1914 г. – 52000 человек. Таким образом, при увеличении сети врачебных участков в 2,5 раза по сравнению с 1914 г. в 4 раза уменьшилось количество жителей, при-

ходившихся на один участок, что благоприятно сказалось на уровне и качестве медицинского обслуживания.

Особое место в работе органов здравоохранения республик Северного Кавказа занимали вопросы охраны материнства и детства. Большая работа проводилась организованными при Наркомздравах республик отделами охраны материнства и младенчества по развитию сети родовспомогательных и детских учреждений. В республиках не хватало детских врачей, школьных врачей, акушер-гинекологов. Особенно республики нуждались во врачах-женщинах, наличие которых могло привлечь в родильные стационары горянок. Родильные койки при больницах не всегда заполнялись, так как женщины рожали, в основном, на дому. Высокими были показатели материнской и младенческой смертности. Статистические данные указывают на низкие темпы строительства в 20-х гг. женских и детских консультаций, детских яслей.

В 20-е и 30-е годы XX в., несмотря на все сложности, в национальных образованиях Северного Кавказа открывались лечебно-профилактические учреждения. 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). Однако материалы исследования указывают, что становление здравоохранения проходило в условиях недостаточного финансирования и низкого уровня материально-технического обеспечения лечебно-профилактических учреждений, хронического дефицита медицинских кадров. Большинство лечебных учреждений, особенно стационарных, были расположены в приспособленных помещениях, которых катастрофически не хватало. Больницы нуждались в медицинском оборудовании и инвентаре, белье и медикаментах. Тяжелыми были условия работы и жизни медицинского персонала, которого и так было мало. Из-за отсутствия санитарных врачей, единицы которых имелись только в городах, страдала санитарная организация в крае.

Определенная положительная динамика развертывания лечебной сети в Северокавказском крае наблюдалась к 1935 г., несмотря на имевшиеся недостатки на местах, зачастую связанные с недостаточным вниманием руководителей районного масштаба к вопросам здравоохранения. Недостатки и дефекты в работе вскрывались, обсуждались на республиканских активах, принимались меры по их устранению. В результате, лечебная сеть края в январе 1935 г. состояла из 111 больниц с 7750 койками, из которых 52 больницы находились в национальных образованиях с общим количеством коек 3552. На территории края функционировали 64 врачебные амбулатории, 308 врачебных участков, 250 фельдшерских участков в сельской местности, 16 вендиспансеров, 10 тубдиспансеров и 200 аптек.

Одним из главных вопросов становления и развития здравоохранения на Северном Кавказе в советский период было участие государства в кадровом обеспечении системы охраны здоровья населения. Со всех краев Российской Федерации сюда направлялись медицинские кадры, было положено начало целевой подготовке национальных кадров врачей и среднего медицинского персонала. Несмотря на тяжелые условия работы и жизни врачи с честью исполняли свой долг и стали носителями научных и гигиенических знаний, пропагандистами прогрессивной культуры среди горцев. Однако, несмотря на проводимые мероприятия, долгое время ощущался дефицит в медицинских кадрах, особенно в сельских районах.

Определенное улучшение в деле организации медицинской помощи населению в национальных автономиях наметилось к концу 40-х годов. Увеличилось не только число амбулаторных учреждений, но выросла и больничная сеть, увеличилось число врачей и среднего медицинского персонала (табл. 2).

Однако, когда в целом по РСФСР обеспеченность койками на 10 тыс. населения была 34,5, то в автономиях Северного Кавказа была от 23,3 до 26,9. Обеспеченность врачебными кадрами в большинстве республик была от 2,8 до 4,0 на 10 тыс. населения, а по РСФСР – 4,9; при этом укомплектованность

штатов в городских ЛПУ была 73-96%, а в сельской местности – 35-79% – по РСФСР соответственно 92% и 85%. Такое-же положение было и со средним медицинским персоналом.

Таблица 2

Обеспеченность населения лечебно-профилактической помощью в автономных республиках в северо-восточном регионе Кавказа на 1936 год

Регион	Число коек в ЛПУ	Число коек на 10 тыс. насе- ления	Штатные врачебные должности				Обеспеч. населения врачебн. кадрами на 10 тыс. населения
			Город		Село		
			Всего	% уком- плек.	Всего	% уком- плек.	
РСФСР	352361	34,5	66289	92	15325	85	4,9
ДАССР	2160	25,4	316	96	178	61	2,8
КБАССР	808	26,9	69	73	87	67	3,5
СОАССР	678	23,3	195	96	52	79	5,4
ЧИАССР	1527	24,4	436	82	142	35	4,0

С открытием в 1920 г. в Северной Осетии первой на Северном Кавказе фельдшерско-акушерской школы постепенно стала решаться задача подготовки специалистов из лиц коренной национальности, в которых особенно нуждалось сельское здравоохранение. В 1923 г. постановлением Терского Совнаркома при медицинском техникуме во Владикавказе были организованы подготовительные курсы для горской молодежи. Подобные учебные заведения стали открываться в городах Махач-Кале, Нальчике, Грозном, правда, с небольшим числом учащихся. В год открытия медицинского техникума в Грозном в 1930 г. директор и преподаватели ездили по аулам и агитировали местную молодежь, особенно горянок, для учебы на фельдшеров и акушерок. В итоге из чеченцев поступило на подготовительное отделение 26 человек, среди них были две женщины-горянки. В конце 30-х годов лица коренной национальности составляли 1/4 от общего числа учащихся. Благодаря деятельности медицинского училища в 1940 г. в медицинских учреждениях Чечено-Ингушской АССР уже работали

1434 человека среднего медицинского персонала, из них в сельской местности - 540, что сказалось на показателях обеспеченности лечебно-профилактических учреждений специалистами среднего звена.

На Северо-Восточном Кавказе значительным шагом в деле подготовки врачебных кадров явилось открытие медицинских вузов в Дагестане (в 1932 г.) и Северной Осетии (в 1939 г.). До этого времени врачи из лиц коренных национальностей готовились в Кубанском медицинском институте и на медицинском факультете Северокавказского (Донского) университета в Ростове – на – Дону.

С открытием в регионе двух медицинских вузов (гг. Махач-Кала и Орджоникидзе) появилась возможность подготовки врачей для всех республик северо-востока Кавказа. В 40-х гг. Дагестанский медицинский институт становится научным и практическим центром здравоохранения автономной республики. Институт в 1933 г. организовал научную ассоциацию врачей, а позже Дагестанское научно-медицинское общество. Ученые института активно участвовали в решении сложных проблем практического здравоохранения: борьба с малярией (проф. И.Н. Пикуль), трахомой (проф. 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), а также изучение рекреационных возможностей края (проф. О.А. Байрашевский).

В 1939-1940 уч. году в Дагестанском медицинском институте обучалось около 1000 студентов, а всего в довоенный период вузом было подготовлено 483 высококвалифицированных специалистов, в том числе 68 из коренных народностей республики. Особенно важно было иметь специалиста со знанием местных языков для жителей сельских районов.

Первый, ускоренный выпуск врачей в Северо-Осетинском медицинском институте состоялся только в 1943 г., в разгар Великой Отечественной войны.

В пятой главе характеризуется становление и развитие санитарно-эпидемиологической службы на Северо-Восточном Кавказе (XIX в. – 1940 г.).

На большом статистическом материале рассматриваются вопросы санитарно-эпидемиологической обстановки в регионе и организации санитарного надзора, указывающие на то, что северо-восток Кавказа издавна являлся 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. Крайне неблагополучной была ситуация в связи с частыми и опустошительными эпидемиями холеры (1823 г., 1828-1830 гг., 1892 г.). В эпидемию 1892 г. в Терской области заболело холерой 29629 человек, из которых умерло 14068 (47%). Значительное распространение получили и другие особо опасные инфекции. На Северо-Восточном Кавказе свирепствовали эпидемии чумы, оспы, разновидности тифа, эпидемического паротита и малярии, а среди детей корь, дифтерия и скарлатина. По данным И.И. Пантюхова (1899) в структуре смертности детей 35-40% составляли заразные болезни. Только от оспы погибала треть всех родившихся детей. При эпидемии число жертв порой превышало потери во время длительной Кавказской войны. Высокой оставалась заболеваемость сыпным и возвратным тифами, дизентерией и туберкулезом легких. При этом многочисленные материалы указывают на недостаточный уровень мероприятий по борьбе с эпидемической заболеваемостью и по улучшению санитарного состояния Северного Кавказа.

Санитарно-эпидемиологическая обстановка резко ухудшилась в период интервенции, Гражданской войны. Неблагоприятные социально-экономические условия жизни на Северном Кавказе, низкая санитарная культура населения вели к возникновению и распространению социально значимых заболеваний (туберкулез, сифилис, трахома, лепра). Согласно данным специального краевого совещания в 1928 г. Северный Кавказ в РСФСР занимал одно из первых мест по распространенности туберкулеза и сифилиса. На 100 тыс. населения в РСФСР больных сифилисом приходилось 415, а в Северокавказском крае – 702 человека.

Сложные условия становления государственности в северокавказском регионе в 20-х и 30-х годах XX в. наложили тяжелый отпечаток на развитие системы охраны здоровья населения. После установления советской власти основные мероприятия были направлены на ликвидацию эпидемических и социальных заболеваний.

Регулярное оспопрививание в национальных образованиях Северного Кавказа началось после установления советской власти, и осуществляли эту работу специальные прививочные отряды. Были привлечены к данной работе и бывшие оспопрививатели из местных жителей.

Для борьбы с сыпным и с возвратным тифами народный комиссариат здравоохранения Горской республики создал Центральную межведомственную комиссию с участием военного ведомства и служб железной дороги, для совместной борьбы с эпидемией. В 1921-1922 гг. были проведены мероприятия по выявлению и изоляции больных в лечебных заведениях, на железнодорожных станциях, созданы изоляционно-пропускные пункты. Во Владикавказе и Грозном были открыты бесплатные бани, учреждены дезстанции для массовых дезинфекций и дезинсекций. В борьбе с эпидемиями особое значение имело открытие в 1921 г. во Владикавказе Горского химико-бактериологического института, в задачу которого входило не только проведение научных исследований в области эпидемиологии и микробиологии, но и изготовление лечебных, диагностических и предохранительных бакпрепаратов для медицинских учреждений Северного Кавказа, а также производство клинико-диагностических исследований.

В связи со сложной ситуацией по малярии Наркомздрав Горской республики в 1922 г. создал три специальных малярийных отряда с запасом хинина. С 1923 г. в Грозном работал Институт тропических заболеваний, была учреждена Малярийная станция. Наиболее сложной ситуация с малярией во все периоды была на Каспийском побережье Дагестана. Уже в 1924 г. первые малярийные станции были организованы в городах Махач-Кале и Дербенте, а в 1928 г. от-

крыт Дагестанский тропический институт, проводивший значимую работу по изучению распространенности и эпидемиологии паразитарных заболеваний и разработке мероприятий по борьбе с ними.

В борьбе с малярией применялись научно-обоснованные методы: профилактическая хинизация, нефтевание участков, уничтожение зимовок комаров, гидротехнические и мелиоративные мероприятия, механическая профилактика (засетчивание). Медицинскими работниками и санитарным активом проводились подворные обходы, а также активная хинизация населения. Проводимые мероприятия снизили заболеваемость населения малярией, составившую в Чечне в 1923 г. 31,4%, 1925 г. – 13,4 %, 1926 г. – 6%.

Несмотря на то, что еще в 1912 г. во Владикавказе было открыто Терское отделение Лиги борьбы с туберкулезом, деятельность которой в, основном, заключалась в проведении «Туберкулезного дня» или «Белой Ромашки», ощутимых результатов в борьбе с туберкулезом в крае не было. Проблема туберкулеза явилась первоочередным предметом обсуждения на 1-м съезде врачей Терской области в 1911 г. Началом активной борьбы с туберкулезом можно считать 1923 г., когда впервые на Северном Кавказе был учрежден Владикавказский противотуберкулезный диспансер. Специализированные диспансеры в последующие годы были открыты в Грозном (1924), Дагестане (1925) и Кабардино-Балкарии (1928). В конце 30-х годов XX в. туберкулезные кабинеты и диспансеры стали открываться в сельской местности. Значительным шагом в борьбе с туберкулезом явилось открытие специализированных туберкулезных больниц в 1934 г. в Буйнакске, Владикавказе, а к 1940 г. и туберкулезных отделений в некоторых районных больницах. Однако специализированных туберкулезных коек не хватало. В 1936 г. при нормативе 0,25 туберкулезных коек на 1000 населения в Чечне приходилось всего 0,03 койки. С 1923 г. по 1930 г. во всех республиках регулярно проводились «туберкулезные трехдневники», с санитарной пропагандой и сбором денежных средств в фонд социальной помощи.

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 направлена на борьбу с социальными болезнями. 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. 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. Учитывая масштабы распространенности сифилиса и актуальность данной проблемы для республики в 1923 г. при Наркомздраве Дагестана была создана секция по борьбе с венерическими заболеваниями. В 1922 г. организовали Венерологический институт Горской республики (г. Владикавказ) со стационаром, реорганизованный в 1925 г. во Владикавказский венерологический диспансер. Тогда же был открыт и Назрановский венерологический диспансер (Ингушетия).

Экспедиции врачебных отрядов в этот период направляло и Северокавказское краевое управление здравоохранения (г. Ростов-на-Дону). Особой известностью пользовались глазные отряды профессора Кубанского медицинского института С.В. Очаповского, профессора К.Х. Орлова, доктора М.М. Сахаровой из Ростова на Дону, профессора М.Н. Бугулова из Орджоникидзе и Х.О. Булача из Махач-Калы. Большую роль в борьбе с трахомой и в профилактике слепоты играли учрежденные в регионе специальные трахоматозные сестринские и фельдшерские пункты, трахоматозные диспансеры.

Становление в регионе санитарного надзора было полностью связано с динамикой формирования профилактической медицины и санитарно-гигиенических учреждений в целом по России. При всех медико-санитарных отделах национальных образований были учреждены в 1920 г. санитарные подотделы, а в 1924 г. в каждом районе (раймедчасть) введена должность сани-

тарного врача. В соответствии с санитарным законодательством РСФСР по всему региону, по мере развития здравоохранения и улучшения экономического положения, стала создаваться широкая сеть санитарно-эпидемиологических учреждений. Как и по всей стране, после 1933 г., на Северном Кавказе произошло разделение функций санитарно-эпидемиологической службы: при сохранении СЭС была организована Государственная санитарная инспекция, в задачи которой входило общее руководство санитарно-эпидемиологической работой, а также предупредительный санитарный надзор.

Важную роль в борьбе с эпидемическими и социальными болезнями на всех этапах играла санитарно-просветительная работа среди населения, которая в республиках Северного Кавказа с многонациональным составом населения, не владевшего русским языком, приобретала особое значение. Активную работу по распространению брошюр, плакатов, листовок санитарно-гигиенического характера, переведенных с русского на местные языки, организации стационарных и передвижных выставок проводили Дома санитарного просвещения.

В шестой главе представлен анализ состояния санаторно-курортного дела на Северо-Восточном Кавказе в XIX в. – 1940 г., как одного из важных факторов в организации лечебно-профилактической помощи населению. Многочисленные целебные минеральные источники Кабарды, Балкарии, Осетии, Ингушетии, Дагестана из-за отсутствия бальнеологических сооружений в XIX в. официально в лечебных целях практически не использовались. Спустя много лет после первых исследований, стало возможным официально использовать для лечения Кавказские минеральные воды (1803 г.), Горячеводенские (1850 г.) и Михайловские воды (1849 г.) в Чечне, в основном, для лечения солдат и офицеров регулярной армии и казачьих войсковых частей. Во время Первой мировой войны они же использовались для лечения раненых и больных Действующей русской армии. Многие минеральные источники в регионе до 1917 г. остались без должного внимания из-за отдаленности их от промышленно-

культурных центров, отсутствия удобной связи с местами расположения источников.

С установлением в регионе советской власти и с созданием в 1923 г. Главного курортного управления в стране, реорганизованного в 1936 г. во Всесоюзное объединение курортов, начался новый этап модернизации административно-правового статуса курортов, создания экономической базы, развития бальнеологической науки. В сентябре 1920 г. был организован санаторно-курортный подотдел Терского облздравотдела, который разработал план изучения минеральных источников. Первые годы советской власти ознаменовались восстановлением курортов и приспособлением их для лечения трудящихся; начиная с 1925 г. появилась возможность дальнейшей реконструкции источников и имевшихся санаториев. На некоторых минеральных источниках Северо-Восточного Кавказа только в советское время начали строить бальнеотехнические сооружения и санатории.

К 1940 г. санатории местного или республиканского значения имелись в Чечне – «Серноводск-Кавказский» и «Ленин-курорт», Ингушетии – «Армхи», Дагестане – «Талги», «Гуниб» и «Ахты», Северной Осетии – «Тамиск» и «Цей», Кабардино-Балкарии – «Нальчик-Эльбрус» и «Санаторий им. С.М.Кирова».

За годы советской власти организация санаторно-курортного дела на Северо-Восточном Кавказе осуществлялась на строго научных принципах. Важное значение для развития курортного дела в регионе имело создание Бальнеологического института в 1920 г. (г. Пятигорск). Были разработаны научно обоснованные показания к направлению на санаторно-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.

Однако намеченные дальнейшие планы освоения лечебных местностей, с учетом научных рекомендаций ученых и выводов, проведенных ранее научных

экспедиций по исследованию источников, не были осуществлены в связи с началом Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.

В заключении приведены основные результаты, полученные в ходе проведенного исследования. Показано, что анализ развития здравоохранения в национальных областях и республиках на Северо-Восточном Кавказе позволил выявить имевшиеся в разные исторические периоды проблемы и оценить эффективность проводимых мероприятий, направленных на их решение.

ВЫВОДЫ

1. Организация медицинского дела на Северо-Восточном Кавказе характеризовалась значительным отставанием, обусловленным 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. и практически полным отсутствием лечебных учреждений, медицинских кадров, материальных и финансовых средств для осуществления медицинской помощи населению.

2. 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). В вопросах медицинской помощи еще в начале XX вв. население края отдавало предпочтение народным врачевателям.

3. 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 меди-

цинского обслуживания, существовавшей на основе особых «Правил», «Положений», «Инструкций», не всегда соответствовавших общим законам, действовавшим в этот период в России. При этом устройство медицинского дела в регионе было тесно связано с динамикой административно-территориального деления присоединенных территорий и созданием административных учреждений.

4. В округах Терской и Дагестанской областей 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. В результате заболеваемость населения оставалась высокой, санитарное состояние городов и аулов неудовлетворительным, а смертность долгое время превышала рождаемость.

5. 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.

6. 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 бы-

ли 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.

7. Несмотря на определенную положительную динамику в развитии городской медицины в Терской и Дагестанской областях, она была ниже общероссийского уровня. Организация городской медицины на Северо-Восточном Кавказе связана с Городовым положением 1870 года, 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 городские (правительственные) врачи. Наряду с государственным здравоохранением развитие в городах получила малодоступная для широких слоев населения частная и ведомственная медицина.

8. Наиболее сложными на Северо-Восточном Кавказе в течение XIX - начала XX вв. оставались вопросы кадрового обеспечения лечебных учреждений, особенно в сельской местности. Тяжелые условия жизни и службы в горном крае, низкое денежное содержание, непонятные традиции местного населения, языковой 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.

9. 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 развития здравоохранения в первые десятилетия советской власти.

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 инфекционными и социально обусловленными заболеваниями в крае связано с созданием в первые годы советской власти государственных структур санитарно-эпидемиологического надзора, деятельность которых в условиях дефицита санитарных врачей и санитарно-эпидемиологических учреждений привела к значительному снижению эпидемической заболеваемости.

11. Решение вопросов кадрового обеспечения учреждений здравоохранения на Северо-Восточном Кавказе 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 медицинских учебных заведениях страны. В 20-х и 30-х годах проблема подготовки медицинских кадров стала решаться и в самих республиках Северо-Восточного Кавказа, где были открыты медицинские техникумы, а в Дагестане и Осетии организованы и ме-

дицинские вузы. Однако дефицит во врачах ощущался остро и к концу 40-х годов.

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. 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 возможно использован в современных условиях реформирования регионального здравоохранения в России.

Список работ, опубликованных по теме диссертации.

1. Ахмадов Т.З., Бартиев Р.А. Заболеваемость психическими расстройствами и неврологическими болезнями в зоне локального военного конфликта. /Психическое здоровье населения в условиях длительной чрезвычайной ситуации: Материалы научно-практической конференции ЮФО. Грозный, 2007. С. 26–27.

2. Ахмадов Т.З. Первые чеченские врачи: из истории становления здравоохранения в Чечне. Грозный: ИПК «Грозненский рабочий», 2009. 304 с.

3. Ахмадов Т.З., Батаев Х.М., Ахмадов М.П. О медицинском обеспечении горского населения Северного Кавказа в XIX- начале XX века (на примере Чечни). /Роль медицинской общественности в здравоохранении России: история и современность: Материалы международного симпозиума, ноябрь 2009 г. Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья РАМН. М., 2009. С.157-158.

4. Ахмадов М.П., **Ахмадов Т.З.** Социальные катастрофы и экологическая обстановка в Чечне – угроза для здоровья населения. /Цереброваскулярные заболевания в условиях длительной чрезвычайной ситуации: Материалы научно-практической конференции ЮФО (2-3 октября 2009 г.). /Ответ. ред. академик РАМН, д.м.н., проф. Е.И.Гусев. – Грозный, 2009. С.113-115.

5. Ахмадов Т.З., Ахмадов Ш.С., Бартиев Р.А. Некоторые медико-санитарные последствия вооруженного конфликта в Чеченской Республике / Цереброваскулярные заболевания в условиях длительной чрезвычайной ситуации: Материалы научно-практической конференции ЮФО (2-3 октября 2009 г.). /Ответ. ред. академик РАМН, д.м.н., проф. Е.И.Гусев. – Грозный, 2009. С.116-130.

6. Ахмадов Т.З. Общественная медицина в Чечне (конец XIX в. – 1917 г.). / Вестник Чеченского государственного университета, 2009. Вып. 2. С.186-191.

7. Ахмадов Т.З. Ресурсы неврологической службы Чечни в посткризисный период. /Цереброваскулярные заболевания в условиях длительной чрезвычайной ситуации: Материалы научно-практической конференции ЮФО (2-3 октября 2009 г.). /Ответ. ред. академик РАМН, д.м.н., проф. Е.И.Гусев. – Грозный, 2009. С.131-134.

8. Харкимова З.С.-М., Адаев Д.А., Ахмадов Т.З., Харкимов С.-С. С.-М. Состояние здравоохранения Чеченской Республики в кризисный период 1994-2000 гг. /Цереброваскулярные заболевания в условиях длительной чрезвычайной ситуации: Материалы научно-практической конференции ЮФО (2-3 октября 2009 г.). /Ответ. ред. академик РАМН, д.м.н., проф. Е.И.Гусев. – Грозный, 2009. С.176-179.

9. Ахмадов Т.З. К вопросу о становлении курортов Чечни и роли в этом Русского бальнеологического общества и Пятигорского бальнеологического института. /Актуальные вопросы курортологии, восстановительной медицины и профпатологии: Материалы научно-практической конференции. Пятигорск, 2010. С.45-47.

10. Ахмадов Т.З., Ахмадов Я.З. Становление медицинской службы Терского казачьего войска на территории Чечни (до 1917 г.). /Вестник Чеченского государственного университета, 2010, вып.1, С.54-60.

11. Ахмадов Т.З. Из истории народной медицины Чечни. /Вестник Чеченского государственного университета, 2010, вып.1, С.80-89.

12. Ахмадов Т.З. Здравоохранение Чечни: очерки истории. Грозный: ИПК «Грозненский рабочий», 2010. 272 с.

13. Ахмадов Т.З., Ахмадов Я.З. Курорты Чечни: из истории становления и развития. //Вестник Академии наук Чеченской Республики. – 2010. – № 2. – С.90-97.

14. Ахмадов Т.З. Военно-полевая хирургия Н.И.Пирогова и врачевание у горцев Северного Кавказа в XIX веке. /Сборник тезисов IX съезда травматологов-ортопедов. Саратов, 2010. С.18-19.

15. Ахмадов Т.З. Соматическое здоровье населения Чеченской республики в условиях длительной чрезвычайной ситуации. /Мониторирование состояния здоровья, качества и образа жизни населения России. Влияние поведенческих факторов риска на здоровье населения: Материалы Всероссийской конференции. Москва, 2011. С. 15-16.

16. Ахмадов Т.З., Ахмадов Я.З. О горской медицине в период Кавказской войны. /Ахмат-Хаджи Кадыров и актуальные проблемы истории Чеченской Республики и России: Сборник материалов научно-практической конференции. Грозный, 2011. С.117-133.

17. Ахмадов Т.З. К вопросу о медицине Имамата Шамиля на Северном Кавказе (XIX в.). //Общественное здоровье и здравоохранение. – 2011. – № 3. – С.59-62.

18. Ахмадов Т.З. Из истории становления курортов Чечни и роль в этом Русского бальнеологического общества в Пятигорске и Бальнеологического института. //Курортная медицина. – 2011. – № 1. – С.58-62.

19. Киндаров З.Б., Ахмадов Т.З., Батаев Х.М., Гацаев Ш.М., Межидов С.-М.Н. О подготовке национальных медицинских кадров в Чечне в XX-XXI вв. //Вестник Академии наук Чеченской Республики. – 2011. – № 2. – С.230-236.

20. Ахмадов Т.З. Великий русский врач Н.И. Пирогов в Чечне (1847 г.). //Вестник Чеченского государственного университета, 2012, вып.1, С.99-102.

21. Ахмадов Т.З. О роли сельско-врачебной части в становлении здравоохранения в Терской области в XIX-начале XX вв (на примере Чечни). //Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2012. – № 2. – С.86-89.

22. Ахмадов Т.З. Из истории становления и развития здравоохранения Чечни (XIX–начало XX века). //Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – № 3. – С.48-50.

23. Ахмадов Т.З. Становление и развитие медицинской службы Терского казачьего войска в XIX – начале XX в. //Военно-медицинский журнал. – 2012. – № 10. – С.82-87.

24. Ахмадов Т.З., Ибракова А.Г. Состояние младенческой смертности в регионе, пережившем локальный вооруженный конфликт (на примере Чеченской Республики). /Сборник научных трудов 1-й Всероссийской интерактивной научно-практической конференции по педиатрии. Тула, 2012. С.55-58.

25. Ахмадов Т.З., Киндаров З.Б. Становление и развитие медицинского образования в Чечне. /Роль здравоохранения в охране общественного здоровья: Материалы международной конференции, 11-12 апреля 2012 г. Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. М., 2012. Вып.2. С.25-28.

26. Ахмадов Т.З. О медицинском обслуживании горского населения в Терской области на примере Чечни (середина XIX–XX вв.). /Традиции и новаторство в истории отечественной медицины: Материалы международного симпозиума, ноябрь 2012 г. Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. Вып. тематич. М., 2012. С.17-19.

27. Ахмадов Т.З. Первые лечебницы для горского населения Чечни в XIX в. /Тенденции развития здравоохранения: методики, проблемы, достижения: Сборник материалов 1-й международной научно-практической конференции. Новосибирск, 2012. С.65-69.

28. Ахмадов Т.З. К вопросу о становлении здравоохранения в Терской области в XIX веке. /Становление государственной медицины в России (XVIII-XX вв.): Материалы международной конференции, 14 декабря 2012 г. М., 2012. С.9-11.

29. Ахмадов Т.З., Поддубный М.В. Минеральные источники северо-востока Кавказа и их роль в лечении военнослужащих Русской армии в XIX-начале XX в. //Военно-медицинский журнал. – 2013. – № 7. – С.62-66.

30. Ахмадов Т.З. К вопросу об организации медико-санитарного обеспечения населения во время проведения контртеррористической операции на территории Чеченской Республики. //Медицина катастроф. – 2013. – № 3. – С.29-32.

31. Ахмадов Т.З. Истоки народной медицины чеченцев. //Здравоохранение Российской Федерации. – 2013. – № 4. – С.51-54.

32. Ахмадов Т.З., Егорышева И.В. Становление медицинской помощи рабочим на Северо-Восточном Кавказе во второй половине XIX – начале XX века. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 5. – С.56-58.

33. Ахмадов Т.З., Алиев М.А. Из истории психиатрической службы на территории Северо-Восточного Кавказа. //Социальная и клиническая психиатрия.–2013.– т.23, №4. – С.98-102.

34. Ахмадов Т.З., Аликова З.Р. Из истории организации медицинской помощи населению в городах Северо-Восточного Кавказа в XIX- начале XX века. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 6. – С.58-61.

35. Ахмадов Т.З. К вопросу организации сельского здравоохранения в Дагестанской области в конце XIX-начале XX вв. /Развитие российского здравоохранения на современном этапе: Сборник научных трудов Всероссийской медицинской научно-практической конференции. М., 2013. С.11-12.

36. Ахмадов Т.З. Организация эвакогоспиталей в Чечено-Ингушской АССР в годы Великой Отечественной войны. /Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.: Материалы IX Всероссийской конференции с международным участием. М., 2013. С.19-21.

37. Ахмадов Т.З. К вопросу о становлении здравоохранения на Северо-Восточном Кавказе в конце XIX в. /Роль здравоохранения в охране общественного здоровья: Материалы международной научно-практической конференции. Бюллетень НИИ общественного здоровья, вып.1. М., 2013. С.68-72.

38. Ахмадов Т.З., Байсултанов И.Х. Ш.А.Алиев – первый профессор медицины Чечено-Ингушетии. /Медицинская профессура СССР: Материалы международной конференции. Москва, 2013. С.22-25.

39. Ахмадов Т.З. Становление психиатрической службы на Северном Кавказе в XIX – начале XX вв. /Актуальные проблемы региональной психиатрии: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвя-

щенной 100-летию психиатрической службы в Дагестане и 75-летию кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии ДГМА. Махачкала, 2013. С.10-17.

40. Ахмадов Т.З. Роль окружных врачей в становлении здравоохранения в Терской области в XIX- начале XX вв. /Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения: Материалы международного симпозиума, ноябрь 2013 г. Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. Темат. вып. М., 2013. С.19-21.

41. Ахмадов Т.З., Егорышева И.В. Становление среднего медицинского образования на Северном Кавказе в конце XIX- начале XX вв. /Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения: Материалы международного симпозиума, ноябрь 2013 г. Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. Темат. вып. М., 2013. С.17-19.

42. Ахмадов Т.З. Русские врачи у истоков здравоохранения народов Северного Кавказа во второй половине XIX в. /Сучасна медицина: актуальні проблеми, шляхи вирішення та перспективи розвитку: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, 11-12 жовтня 2013 р. Одеса, 2013. С.77-82.

43. Ахмадов Т.З. Органы и учреждения санитарного надзора на Северном Кавказе в первой половине XX в. /Проблемы демографии, медицины и здоровья населения России: история и современность: Сборник статей XI международной научно-практической конференции. Пенза, 2013. С.88-92.

44. Ахмадов Т.З. Становление фабрично-заводской медицины в Грозненском нефтепромышленном районе (конец XIX в. – начало XX в.). II Ежегодная итоговая конференция профессорско-преподавательского состава Чеченского государственного университета: Материалы конференции. Грозный, 2013. С.93-96.

45. Ахмадов Т.З. Из истории становления курортов Чечни и роль в этом Русского Бальнеологического Общества в Пятигорске и Бальнеологического института. /Актуальные вопросы курортной науки: прошлое, настоящее и будущее: Материалы юбилейной научно-практической конференции. Пятигорск, 2013. С.139-142.

46. Ахмадов Т.З., Глухов А.Н. Вертепов Н.А. – основатель курорта Серноводск в Чечне. /Актуальные вопросы курортной науки: прошлое, настоящее и будущее: Материалы юбилейной научно-практической конференции. Пятигорск, 2013. С.147-150.

47. Ахмадов Т.З. Курортное лечение больных и раненых воинов на Северном Кавказе в годы Первой мировой войны. /Актуальные вопросы курортной науки: прошлое, настоящее и будущее: Материалы юбилейной научно-практической конференции. Пятигорск, 2013. С.152-154.

48. Ахмадов Т.З. История здравоохранения и медицинского образования на Северо-Восточном Кавказе (XIX в. – 1940 г.). Ростов-на-Дону, 2014. 535 с.

49. Ахмадов Т.З. Формирование системы охраны здоровья населения в первые годы советской власти в национальных образованиях Северного Кавказа. /Сборник научных трудов Второй Всероссийской медицинской научно-практической конференции «Развитие российского здравоохранения на современном этапе». Мурманск, апрель 2014 г. М.: Эдитус, 2014. – С.118-123.

50. Поддубный М.В., Ахмадов Т.З. Организация медицинской части Терского казачества в XIX – начале XX вв. /Роль здравоохранения в охране общественного здоровья: Материалы международной научно-практической конференции, 8-9 апреля 2014 г. Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. Вып. 1. М., 2014. С. 233-237.

51. Ахмадов Т.З. Организация медицинской помощи женщинам и детям в первой половине XX в. в национальных автономиях Северного Кавказа. /Пріоритети сучасної медицини: теорія і практика: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 11 квітня 2014 р. – Одеса: Міжнародний гуманітарний університет, 2014. – С.118-122.

52. Ахмадов Т.З. К вопросу становления и развития санитарно-эпидемиологической службы Чеченской Республики в 1920-2000 гг. //Здоровье населения и среда обитания. – 2014.– № 5.– С.8-10.

53. Ахмадов Т.З. Профессор Б.А.Висаитов – у истоков высшего медицинского образования в Чечено-Ингушетии. /Медицинская профессура СССР: Материалы международной научной конференции, май 2014. М., 2014. С.16-17.

54. Ахмадов Т.З., Ахмадов Я.З. Медицинская служба Кавказской туземной конной дивизии в 1914-1917 гг. //Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2014. – № 10 (69). – С.396-398.

55. Ахмадов Т.З. Роль управления медицинской частью гражданского ведомства на Кавказе в становлении и развитии здравоохранения региона в XIX – начале XX вв. //Медицинский вестник МВД. – 2014.–№ 6.–С.77-79.