

ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

доктора медицинских наук, профессора К.А. Пашкова на диссертацию кандидата медицинских наук Ахмадова Тахуза Зайндиевича на тему «Становление и развитие врачебно-санитарного дела на Северо-Восточном Кавказе (XIX в. – 1940 г.)», представленную к защите на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 07.00.10 – история науки и техники (медицинские науки) в диссертационный совет Д001.047.01 при ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

Актуальность избранной темы определяется тем, что до настоящего времени не было целостного представления о становлении и развитии здравоохранения на присоединенных к России, после длительной Кавказской войны, территориях Северного Кавказа, где проживали многочисленные горские народы и казачье население. Отсутствие анализа этапов организации медицинской помощи этого региона в работах современных историков медицины также придает данной работе актуальность и значимость. Также диссертация восполняет пробел в столь сложной картине целостного представления состояния здравоохранения самой России, как до 1917 г., так и в первые десятилетия советской власти. Кроме того, глубокое осмысление и анализ исторических процессов в развитии здравоохранения позволяет избежать ошибок прошлого, помогает оценить положительные тенденции в деле охраны здоровья населения в прошлом и возможности его использования в настоящее время в период модернизации здравоохранения в таком сложном южном регионе России, как Северо-Кавказский Федеральный округ.

В соответствии с актуальностью определены и цель работы – воссоздать целостную картину состояния врачебно-санитарного дела на территории Северо-Восточного Кавказа в XIX – начале XX вв. (до 1940 г.), и задачи исследования, соответственно и положения, выносимые на защиту.

Что касается **методов исследования**, то автором в работе обоснованно использованы общепринятые методологические подходы для историко-

медицинских исследований с применением историко-генетического, сравнительно-исторического, проблемно-хронологического методов, сравнительного и системного анализа. Относительно периодизации – она тоже, в общем-то, принятая в исторической литературе: дореволюционный период и период так называемой сталинской модернизации, описанные в отдельных главах, что позволяет более целенаправленно и достоверно представить целостную картину становления и развития здравоохранения в исследуемом регионе.

Значимость полученных результатов для науки и практики обусловлена тем, что они получены в результате глубокого исследования не только литературного материала, но и впервые вводимых в научный оборот архивных источников во всех национальных архивах региона, в Государственном архиве Российской Федерации, в Российском государственном военно-историческом архиве, не говоря уже о многочисленных законодательных актах. Результаты данного исследования автором опубликованы в материалах международных конференций, в т.ч. две работы за рубежом. Как положительное можно отметить, что труды автора опубликованы в разных профильных рецензируемых журналах: журналы МО РФ и МВД РФ, курортный журнал, журнал санитарно-эпидемиологической службы, журналы организаторов здравоохранения и историков медицины. Соответственно все аспекты исследования нашли отражение в опубликованных статьях.

Научная новизна результатов проведенного исследования, когда впервые показана система организации дифференцированной медицинской помощи горскому населению, терскому казачеству, населению в городах не вызывает сомнения. Важно, что восстановлены имена первых русских врачей и первых врачей из местных горских народов, и при этом показана роль государства в становлении здравоохранения. Кроме того, научные положения, выводы и рекомендации, сформулированные в диссертации обоснованны и достоверны.

Оценка содержания работы.

По своей структуре диссертационная работа состоит из введения, шести глав, заключения, выводов и списка использованной литературы и источников, а также приложены копии архивных документов, что соответствует современным требованиям к докторской диссертации. Представленная на отзыв работа изложена на 369 страницах (в т.ч. основного текста 297 стр.), иллюстрирована 29 таблицами и 6 рисунками, а список использованной литературы и архивных источников включает 852 наименования.

Во **введении**, на основе критического анализа литературы по теме исследования, конкретно обосновывается актуальность темы, сформулированы 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. Проведенный автором анализ показал, что имеющиеся сведения о состоянии медицинской помощи в исследуемом регионе в хронологических рамках носят фрагментарный характер, иногда трудно сопоставимы, требуют уточнения и поправок. Что ценно, автором 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.

Во **второй главе**, автором, основываясь на имеющиеся литературные данные, дана историческая, экономическая и медико-географическая характеристика Северо-Восточного Кавказа, показаны особенности народного врачевания и медицинской деятельности в XIX в. Что касается народной медицины понятно, это истоки и основа научной медицины. 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.

Здесь правомерен вопрос, стоило ли включать в работу сведения исторического, экономического и медико-географического характера. Как известно, в подобные работы в советское время все эти данные обязательно включались, однако в последнее десятилетие в России почему-то эти данные в диссертациях не приводят (Е.М.Тищенко, 2001, Беларусь; В.П.Николаев, 2007, Якутия; П.Э.Ратманов, 2010, Маньчжурия, КВЖД и др.). На мой взгляд, глава эта правомерна, потому что на становление и развитие здравоохранения в любом регионе влияют историко-политические и экономические факторы, культура и уровень образования населения, климат, география региона и т.д. Тем более что, присоединенные в XIX в. к России территории северокавказских народов (дагестанцы, чеченцы и ингуши, ираноязычные осетины, носители тюркского языка близкородственные балкарцы и карачаевцы, восточные адыги) представляли сложное пространственное измерение с неоднократными административно-территориальными изменениями при военно-народном управлении. В социально-экономическом отношении это был отсталый аграрный регион со слабо развитой промышленностью и низким уровнем культурного развития, что естественно не могло не отражаться на уровне и степени организации медицинской помощи населению.

В наиболее объемной и содержательной **третьей главе** системно и хронологически, что абсолютно правильно, изложен сложный путь становления здравоохранения в описываемом регионе в дореволюционный период. Устройство медицинского дела на Северном Кавказе в этот период

было тесно связано с административно-территориальным делением и политикой имперских институтов власти. Только с включением региона в состав России и образованием в 1860 г. Терской и Дагестанской областей ставятся вопросы государственного медико-санитарного обеспечения местного горского населения, жителей городов, казачьего населения. Первыми врачами для коренного населения области стали окружные, а для городского населения – городские врачи. Как правильно отмечает автор, 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. В задачи окружных врачей входило: исполнение судебно-медицинских и медико-полицейских функций, медико-топографическое описание округа, осуществление санитарного надзора, а также оказание горскому населению медицинской помощи, на которую, однако, не оставалось времени. Окружная врачебная система в Дагестанской области просуществовала до 1905 г., а в Терской области до 1917 г. Среди окружных врачей наблюдалась большая текучесть: из 150 врачей (их список приведен в приложении) более 10 лет прослужили только 14 врачей.

Кроме окружной системы медицинского обеспечения горского (туземного) населения постепенно начала учреждаться сельско-врачебная часть. Автор проследил динамику ее становления. Для горского населения первые участковые фельдшерские пункты Терской области были учреждены во Владикавказском округе в 1874 г. на добровольные взносы по 25 коп. с каждого дыма (хозяйства) в год. К 1885 г. для местного населения Владикавказского округа было организовано семь участковых фельдшерских пунктов. Таким же порядком, но с разными денежными сборами, 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. С учетом официальных платежей и местных налогов расходы на медицинскую часть являлись для горцев обременительными. 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.

В Дагестане сельско-врачебная часть стала формироваться в конце XIX в., когда была проведена реформа медицинского дела, и врачебная часть из военного управления передана в гражданское ведомство. С 1896 г. в каждом округе Дагестанской области (их было девять) учреждался приемный покой на четыре кровати, с аптекой. Штат сельской лечебницы состоял из одного сельского врача, одного старшего медицинского фельдшера, одной повивальной бабки и из необходимого числа младших медицинских фельдшеров. При следующей реформе 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 участковые фельдшерские пункты с аптекой для бесплатного стационарного и амбулаторного лечения больных. Однако из-за нехватки медицинских специалистов по много лет больницы оставались неоткрытыми. 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, а также и судебно-медицинские функции бывших окружных врачей.

В тоже время 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.

Отмечено, что строилась сельско-врачебная часть по особым правилам и эти 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. А также на основе особых «Правил», «Положений», «Инструкций», не всегда соответствовавших общим медицинским правилам (законам), действовавшим в этот период в России.

Вторая часть данной главы посвящена практически ранее не исследованному вопросу организации медицинской помощи Терскому казачьему войску и казачьему населению в станицах. На значительном по объему фактическом материале показано, что организация его отличалась более высоким уровнем, чем для горского населения. С 1821 г. во все войсковые структуры казачества были введены медики, появились первые войсковые казачьи военно-временные госпитали и лазареты. Одним из первых лечебных заведений в регионе был построенный еще в 1820 г. войсковой лазарет на 32 кровати 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. В станицах стали открывать станичные фельдшерские пункты, а при казачьих отделах появились участковые врачи. Четко структура медицинской части иррегулярных войск на Кавказе впервые была определена в 1845 г. в «Положении о Кавказском линейном казачьем войске».

Автором тщательно прослежена динамика открытия лечебных заведений для терских казаков, что отражено в таблицах и на рисунках. С годами, хоть и незначительно, росло число лечебных учреждений – накануне Великой русской революции 1917 г. для медицинского обеспечения Терского казачьего войска функционировали 4 войсковые больницы на 108 мест, 6 приемных покоев на 30 мест. Амбулаторную медицинскую помощь казакам

оказывали станичные фельдшера, врачи казачьих отделов, участковые врачи отделов, врачи территориально дислоцированных строевых казачьих подразделений. Потребность в медикаментах удовлетворялась в 43 вольных (частных) аптеках и 27 аптекарских магазинах.

Благоприятное впечатление исследование оставляет и тем, что проводится сравнение показателей состояния здравоохранения Терской области и таковой же казачьей Кубанской областью, а также с Центральной Россией. Показано, что в обеих областях обеспеченность населения больничными койками и врачами была ниже общероссийских. Констатируется, что в Терской области рост числа медицинских учреждений и медицинского персонала в них не успевал за ростом численности населения. Также автором приведена в приложении схема вертикали сложившейся системы организации медицинской помощи в регионе, вплоть до Военного министерства и Медицинского департамента МВД.

В отдельном параграфе приведены данные о сложившейся системе медицинского обеспечения городского населения и рабочих производственных предприятий. Городская медицина устраивалась согласно Городовому положению 1870 года, по 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. По материалам исследования видно, что первые лечебные заведения в городах открывали благотворительные общества, а затем и городские самоуправления, по мере становления экономики города. Что касается фабрично-заводской медицины, то в регионе имелась ведомственная медицина нефтяников, железнодорожников и рыбаков.

Вместе с тем в исследовании отмечено, 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. На низком уровне оставалась и фабрично-заводская медицина, организация ее часто носила формальный характер.

В этой же главе рассматриваются и вопросы кадрового обеспечения лечебных учреждений и подготовки их в регионе. Здесь работали штатные врачи, фельдшера, акушерки и повивальные бабки, направленные из Центральной России, а также медики, приехавшие в быстро растущие города региона самостоятельно, и занимавшиеся, в основном, частной практикой. Подготовка медицинских специалистов в крае не проводилась, ввиду отсутствия специализированных образовательных учреждений. Гражданских фельдшеров обучали в Тифлисской фельдшерской школе при Михайловской больнице, а военных из числа казаков готовили в Екатериноградской военно-фельдшерской школе, несколько ранее в Новочеркасской и Тифлисской военно-фельдшерской школе. Врачей готовили на медицинских факультетах университетов крупных российских городов и в Военно-медицинской академии.

Во второй половине XIX в. и в начале XX в. благотворительные и сельские общества на общественные суммы из числа горского населения 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.

В четвертой главе показаны основные направления развития здравоохранения в автономиях Северо-Восточного Кавказа в 1917 – 1940 гг. Отмечено, что как и везде Первая мировая война 1914-1917 гг., военная интервенция, Гражданская война 1918-1920 гг. нанесли значительный ущерб слабо развитой системе медицинской помощи. На первом этапе шла

организация медицинской помощи населению путем восстановления сохранившихся в той или иной степени дореволюционных лечебных учреждений, в том числе и реквизированных частных, с привлечением имевшегося на месте медицинского персонала, который поименно был взят на пролетарский учет. При жесткой централизации власти охрана здоровья населения была признана приоритетной задачей государства, делом первостепенной важности. Приведенные автором цифровые выкладки полностью характеризуют состояние здравоохранения в период первых пятилеток, коллективизации страны и индустриализации, а также результаты осуществленных государством реформ этой сферы. Освещена деятельность и первых экспедиций врачебных отрядов из Центра на Северный Кавказ.

Горское население в национальных автономиях Северо-Восточного Кавказа проживало в сельской местности, и поэтому 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.

Автором дифференцировано по каждой республике в многочисленных таблицах приводятся в динамике статистические данные по состоянию здравоохранения, в том числе и сравнительные по республикам. Лечебная сеть Северокавказского 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.

С установлением советской власти в крае государство принимает активные меры в кадровом обеспечении системы охраны здоровья населения. Со всех краев РСФСР сюда направлялись медицинские кадры, было положено начало целевой подготовке национальных кадров врачей и среднего медицинского персонала. Несмотря на тяжелые условия работы и жизни русские 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.

С открытием в каждой автономной республике Северного Кавказа средних медицинских учебных заведений, а в Дагестане и Северной Осетии медицинских институтов к 1940 г. позволило в некоторой степени решить вопрос кадрового дефицита. Ученые медицинских вузов активно участвовали в решении сложных проблем практического здравоохранения.

В пятой главе обсуждается вопрос становления и развития санитарно-эпидемиологической службы на Северо-Восточном Кавказе (XIX в. – 1940 г.). На большом статистическом материале, с достаточно доказательной базой, 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. Здесь свирепствовали эпидемии чумы, оспы, разновидности тифа, эпидемического паротита и малярии, а среди детей корь, дифтерия и скарлатина. При этом многочисленные материалы, приведенные автором, указывают на недостаточный уровень мероприятий по борьбе с эпидемической заболеваемостью и по улучшению санитарного состояния Северного Кавказа, особенно в дореволюционный период.

До 1917 г. в крае так и не сложилась санитарно-эпидемиологическая служба. Уже после 1920 г. параллельно с лечебной сетью стало развиваться и санитарное направление здравоохранения. По всему региону, в соответствии с санитарным законодательством РСФСР, 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. В работе приведены убедительные данные, свидетельствующие и об определенном успехе в деле борьбы с социальными болезнями.

В шестой главе удачно представлен и анализ состояния санаторно-курортного дела на Северо-Восточном Кавказе в XIX в. – 1940 г., как составной части общего здравоохранения и важного фактора 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, а минеральные источники Терской области принадлежали Терскому казачьему войску и активно использовались как рекреационная база.

За 2-3 десятилетия советской власти была осуществлена на строго научных принципах модернизация административно-правового статуса курортов, создана экономическая база, стремительно развивалась и бальнеологическая наука. В результате, к 1940 г. регион имел десять санаториев местного или республиканского значения во всех нацобразованных.

В заключении в краткой обобщенной форме представлены результаты исследования, отражена целостная картина динамики становления здравоохранения в Северо-Восточном регионе. Выводы логически вытекают из содержания работы и полностью отражают достигнутые результаты.

Из **достоинств** в содержании и оформлении диссертации можно отметить хорошо составленные многоплановые таблицы и рисунки,

иллюстрирующие изложенный материал. Автор полно раскрывает многие данные по дореволюционному периоду, бывшему под некоторым идеологическим запретом, корректно указывает на недостатки в системе, обращает внимание на роль в становлении здравоохранения национальных окраин России русских медицинских специалистов, на их значительную заслугу в данном процессе.

Исследование проведено на высоком научном уровне, поставленные задачи выполнены в полном объеме, работа изложена хорошим литературным языком. Автореферат отражает содержание диссертации, опубликованные работы охватили все стороны исследования и результаты.

Из **замечаний**, возникших в процессе изучения предоставленной диссертационной работы можно отметить следующие:

1. Возможно необходима более развернутая периодизация хронологических рамок.

2. Не отражена достаточно роль Центра в становлении и развитии здравоохранения Северного Кавказа.

И т.д.

Однако высказанные замечания не влияют на положительную оценку данной работы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, изучив диссертацию и автореферат «Становление и развитие врачебно-санитарного дела на Северо-Восточном Кавказе (XIX в.– 1940 г.)» можно сделать вывод, что самостоятельно выполненный научно-квалификационный труд является законченным научным исследованием, где положения, вынесенные на защиту, и выводы обоснованы достаточным количеством материалов и источников, изученных современными методами.

Данная работа содержит новое решение актуальной научной проблемы, имеющей существенное значение для отечественной истории здравоохранения, а также имеет большое научно-теоретическое и практическое значение не только в преподавании истории медицины, но и

для поиска новых форм реформирования здравоохранения, с учетом прошлых успехов и недостатков.

По актуальности, научной новизне и практической значимости, объему и качеству выполненных исследований, обоснованности выводов и представленным результатам диссертация Т.З. Ахмадова полностью соответствует требованиям п. 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней и званий», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24 сентября 2013 г., № 842, а сам соискатель заслуживает присуждения искомой степени доктора медицинских наук по специальности 07.00.10 – История науки и техники (медицинские науки).

Заведующий кафедрой истории медицины
ГБОУ ВПО «Московский государственный
медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова» Минздрава России,
доктор медицинских наук

Edward

К.А.Пашков

Адрес: 127473, Москва, ул. Долгоруковская, д. 4, стр. 7.
Эл. адрес: historymed@mail.ru
Тел.: (499) 978-94-11

Подпись д.м.н. К.А. Пашкова заверяю.

Ученый секретарь
ГБОУ ВПО «Московский государственный
медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова» Минздрава России,
доктор мед. наук, профессор



 Ю.

Ю.А. Васюк