

Управление охраны здоровья Гомельского облисполкома

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Абраменко М.Е., Бордак С.Н.,
Ксензов С.В., Будько В.М., Мезенцев А.Я.**

**ОЧЕРКИ
ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Учебное пособие

Гомель 2005

УДК 614 (091) (476.2) «1917-2005»
ББК-51
О-95

Рецензенты: **Жаворонок С.В.**, ректор Гомельского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор; **Пичуков В.П.**, кандидат исторических наук, зав. кафедрой истории Беларуси Гомельского государственного университета им. Ф. Скорины.

Авторы: **Абраменко М.Е., Бордак С.Н., Ксензов С.В., Будько В.М., Мезенцев А.Я.**

Очерки истории здравоохранения Гомельской области.

О-95 Учебное пособие для студентов / М.Е. Абраменко, С.Н. Бордак и др. — Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2005.— 136 с.: 25 ил.

ISBN 985-6779-06-5

Впервые в отечественной историко-медицинской литературе обобщен и проанализирован сложный путь становления и развития здравоохранения в Гомельской области. Многообразная, целостная картина возникновения, утверждения системы медицинского обслуживания населения в одном из крупнейших регионов республики представит несомненный интерес не только для медицинских работников области, студентов и учащихся, но и для всех, интересующихся историей родного края.

Утверждено на заседании Центрального научно-учебно-методического Совета Гомельского государственного медицинского университета 12 января 2005 г., протокол №

УДК 614 (091) (476.2) «1917-2005»
ББК-51

ISBN 985-6779-06-5

© Коллектив авторов, 2005
© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2005

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	4
Глава I. Организация врачебно-санитарного дела в регионе во второй половине XIX — начале XX века. Абраменко М.Е.	6
Глава II. Образование губернского отдела здравоохранения. Утверждение новых принципов охраны здоровья населения. Абраменко М.Е.	20
Глава III. Здравоохранение региона в 30—40-е годы. Абраменко М.Е. ...	45
Глава IV. Великая отечественная война и послевоенное восстановление. Абраменко М.Е.	70
Глава V. Организаторская и лечебно-профилактическая работа в 1956—1970 годы. Ксензов С.В.	88
Глава VI. Организация здравоохранения в Гомельской области в 1970—1985 годы. Бордак С.Н.	104
Глава VII. Здравоохранение области в постчернобыльский период. Будько В.М., Мезенцев А.Я.	116

ПРЕДИСЛОВИЕ

В силу своей особой значимости для каждого человека и общества в целом, проблема здравоохранения является одной из важнейших в жизнедеятельности людей. Особенно много новых вопросов к медицине возникло после Чернобыльской катастрофы, когда состояние здравоохранения, его возможности стали объектом пристального внимания самых широких слоев населения.

Предлагаемые очерки представляют исторический обзор деятельности медицинских работников, местных и центральных органов власти по развитию и становлению новой системы здравоохранения. Точкой отсчета функционирования этой системы стал 1919 г. — отмеченный очень значимыми событиями и в истории нашего края. К этому времени уездный Гомель, ставший крупнейшим промышленным и транспортным центром юго-восточного региона Беларуси и, превзойдя по своему экономическому потенциалу Могилев, получил статус губернского города. На карте появилась новая административно-территориальная единица — Гомельская губерния, входившая до 1926 г. в состав РСФСР. После 1926 г. территория Гомельщины, претерпев ряд изменений (округ, область, слияние с Полесской областью), получила современные очертания. Наконец, что для нас важно, именно в 1919 г. был образован губернский отдел здравоохранения, и с его деятельностью связано претворение в жизнь принципов советского здравоохранения. Таким образом, значение и историческая роль этих событий для Гомеля и всего региона очевидны: 1919 г. является точкой отсчета новейшей истории края и, в частности, здравоохранения.

Проблема становления и утверждения системы здравоохранения в регионе практически не изучена, работ комплексного характера не существует, за исключением некоторых частных вопросов и то освещенных лишь фрагментарно. Авторы считают, что история здравоохранения региона заслуживает большего внимания, с одной стороны, с целью выражения признательности предшественникам, внесшим вклад в создание системы медицинского обслуживания населения, с другой, рассчитывают, что работа представит интерес для широкой медицинской общественности и явится составной частью общей истории здравоохранения страны. В основе монографии документы и факты, источники ранее не приводимые в исторической литературе, о которых мы узнаем в настоящее время. История здравоохранения края для нас не только рассказ о прошлом, она, как и всякая научная работа, развивается — от прошлого к настоящему, от современности к будущему. Читатель не найдет по ряду направлений привычных схем, стереотипов. Это касается, к примеру, взгляда о малоэффективности земской медицины; о том, что до определенных исторических событий в развитии здравоохранения все было плохо; что строительство советской

медицины — это бесконфликтное, победное шествие отрасли от хорошего к еще лучшему; по-новому, вероятно, будет выглядеть деятельность управленческих структур.

Авторы старались опираться на реальные факты, как бы они порой не казались неожиданными или не соответствующими нашим прежним представлениям. Исследование базируется на обширных документальных данных, которые в значительной степени обобщены и вводятся в научный оборот впервые. Среди них большое место занимают архивные источники. В связи с их плохой сохранностью, несистематизированностью, а то и отсутствием по целому ряду периодов и направлений, пришлось расширить географию поисков. Дополнительно проведены изыскания необходимых материалов в Национальном архиве Республике Беларусь, Национальном историческом архиве, государственных архивах Гомельской, Витебской, Минской, Могилевской областей и их филиалов, Республиканском музее истории медицины, центральных библиотеках республики. Материалы фондов ряда краеведческих музеев области представили нам студенты Гомельского государственного медицинского университета.

Настоящее исследование не претендует на полноту и глубину изложения всех процессов и явлений, имевших место в здравоохранении края. В нем предпринята попытка обобщения и анализа материала, выявления на примере Гомельщины закономерностей и особенностей политики государства в области здравоохранения в различные исторические периоды.

Авторский коллектив приносит свою глубокую благодарность всем, кто оказывал содействие в выполнении этого исследования и способствовал его выходу в свет.

Глава I

ВРАЧЕБНО-САНИТАРНОЕ ДЕЛО В РЕГИОНЕ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX — НАЧАЛЕ XX ВЕКА

После отмены крепостного права в России были проведены реформы государственного строя, военного дела, органов суда и прокуратуры, системы государственного самоуправления, народного образования и других сфер. Пойти на эти решительные меры царизм заставило признание социально-экономической и военно-технической отсталости страны, а также опасность быстрого нарастания антикрепостнического крестьянского движения.

Основным содержанием последующего развития Беларуси, как и всей империи, стала смена феодальных форм хозяйствования капиталистическими, утверждение новых черт в социально-общественной жизни общества. Энергичная капитализация экономических процессов, следовавшая за падением крепостного права, еще более обострила противоречие между народными нуждами в области здравоохранения и неприглядной действительностью. Эти процессы усилили внимание к проблемам, связанным со становлением общественной медицины. В среде прогрессивной медицинской общественности все более крепло стремление к изучению здоровья широких масс трудящихся и к разработке на этой основе программы санитарного оздоровления России, организации лечебной помощи.

До сих пор медицинское дело в белорусских губерниях оставалось в ведении Приказов общественного призрения, которым еще с 1775 г. вменялась забота об оказании медпомощи населению, строительство и содержание больниц. Деятельность этих учреждений свидетельствует, что единой государственной политики в делах медицины не существовало, никто не проявлял интереса к положению на местах, обеспечению их кадрами, состоянию материальной базы. Главное ведомство, которое курировало медицину — Министерство внутренних дел — свою деятельность свело к сбору отчетности. Этим объяснялась неравномерность в организации медико-санитарного дела в губерниях, и, в частности, распределение медицинских чинов по местностям. Так первые статистические данные 1861—1863 г.г. по одной из белорусских губерний — Минской, показывают, что она имела 115 врачей, подведомственных МВД, 5 — Министерству государственных имуществ. Лекарственными средствами население обеспечивало 22 аптеки. Один врач приходился на более чем 8 тысяч человек. Отметим, что эти показатели были лучше, чем в губерниях центральной России, исключая, конечно, Московскую. Всего по России, по данным отчета Министра внутренних дел, в 1863 г. имелось 2135 врачей, состоящих в ведомстве МВД, причем до 800 медиков практиковало в столицах и значительное число в губернских городах (1).

Появление системы по медобслуживанию населения связано в России с Положением о земских учреждениях (1864 г.), в ведение которых было отнесено попечение о бедных, сиротах и неизлечимых больных, участие в мероприятиях по сохранению народного здоровья. Это положение распространялось в 34 губерниях Российской империи. В 11 же западных, в т.ч. в Беларуси, боясь развития национального движения, царское правительство земские самоуправления пока не вводило. Здесь объем медицинской помощи строго регламентировался особым решением Госсовета «Об устройстве врачебной части в селениях тех губерний, в коих не введено «Положение о земских учреждениях» (1868 г.). Согласно этому документу, в каждый уезд назначались один сельский врач, один фельдшер на участок до 7 тыс. душ населения и 3 повивальные бабки. Медицинскому персоналу выделялся небольшой запас лекарственных средств и рекомендовалось самостоятельно проводить сбор лекарственных растений. В обязанность уездного сельского врача входило лечение обращающегося за помощью населения, проверка правильности лечения и распоряжений фельдшеров, выезд на эпидемии, организация оспопрививания. Этим положением не предусматривалось строительство и содержание сельских лечебниц, в связи с чем крестьяне многих уездов открывали их в простых крестьянских избах и содержали на свои собственные средства, нанимали сверхштатных фельдшеров, а иногда и врачей.

Постановку врачебного дела на территории контролировали врачебные отделения, которые с 1865 г. были преобразованы из врачебных управ, существовавших в составе губернских правлений. Они имели в штате губернского врачебного инспектора, его помощника, фармацевта и делопроизводителя. Инспектору принадлежало право общего надзора по медицинским вопросам в губернии и, в ряде случаев, наблюдение за прохождением медицинских дел через губернское правление.

Для рассмотрения научно-медицинских вопросов создавалось так называемое совещательное присутствие, в котором по мере надобности участвовали уездные, городские врачи, иногда представители медицинских обществ и вольнопрактикующие врачи. Врачебный инспектор осуществлял также полицейскую опеку над медико-санитарной организацией земств и городских самоуправлений.

В 1869 г. Министерство внутренних дел утвердило «Инструкцию о порядке исполнения обязанностей сельскими врачами, ветеринарами и прочими служащими по сельской врачебной части. В соответствии с документом устанавливался порядок, при котором «сельский врач возможно чаще объезжает селения своего участка, наблюдает за деятельностью и поведением фельдшеров, за состоянием фельдшерских аптек. Оказывает в то же время пособие обращающимся к его помощи». Существование такой разъездной системы местные власти оправдывали соображениями экономии и необхо-

димостью так называемого уравнительного обслуживания всего крестьянского населения, поскольку оно уплачивало уравнительный земский сбор. Большинство земских врачей отрицательно относилось к разъездной системе, когда «врач всегда в разъездах, а больные не знают, где найти врача» (2). Тем более, что заболеваемость населения края была высокой. Бедные земли, аграрное перенаселение, полукрепостническое состояние не давали возможности для ведения крепкого крестьянского хозяйства. Нормы питания крестьян и сельскохозяйственных рабочих, учитывая их тяжелый физический труд, были крайне недостаточными. Пища была малопитательна и однообразна, бедна белками и жирами. К тому же в ряде имений из 6 рабочих дней 2 являлись постными. Следствием такого питания были быстрая утомляемость, невысокая производительность труда, частые желудочно-кишечные заболевания, «куриная слепота», туберкулез, ряд других болезней. Все это приводило к быстрому истощению организма, преждевременной старости.

В середине XIX ст. в Мозырском уезде из 100 детей только 52 дожило до возраста 15 лет, средняя продолжительность жизни составляла 24,2 года. С точки зрения исследователя края И. Зеленского, основными причинами высокой смертности среди жителей Полесья являлись «низменность положения и огромные пространства болот...» (3).

Правда, в литературе встречаются и другие взгляды. Видный этнограф А. Киркор отмечал, что «климатические условия, вечная сырость, болотные испарения, туманы должны иметь самое вредное влияние на людей. Между тем народ здесь здоровее, нежели в других местах. Полешуки здоровы, сильны и долговечны. Столетний старец или старуха здесь не редкость. Чихоточных здесь почти не бывает. Лесной воздух, пропитанный смоляными испарениями, кажется, содействует сохранению здоровья. Этому, вероятно, помогает обильная мясная и рыбная пища, недоступная крестьянам в других местах. Холера отмечалась только на окраинах Полесья (4).

Интересны представления местных жителей о причинах заболеваний. Холера, другие повоальные болезни не являются сами собой. Это последствия пришествия смертоносной девы, разгуливающей с огненным венником на голове, с кровавой холстиной в руках. Она проникает всюду, и где только появится, люди умирают сотнями. Да и обыкновенные болезни порождаются не случайностями, не естественным путем, но наваждением голых, простоволосых ведьм или знахарей, владеющих тайной наврочить, т.е. сглазить. Достаточно для них было подбросить под угол дома зачарованное яйцо или зелье, бросить в колесо телеги засушенную лягушку, как человек тяжело заболел. Опаснее всего для жертвы знахарей было употребление водки, запавленной змеиным ядом.

Читателям судить, насколько истинны заметки этнографов о физическом состоянии полешуков, но очевидно, что в целом по Беларуси состояние здоровья большинства населения оставляло желать лучшего.

Существующая структура охраны народного здоровья не отвечала запросам времени, положение усугублялось постоянным дефицитом средств. В декабре 1873 г. могилевский губернатор А.С. Дембовицкий один из первых поднял вопрос о неудовлетворительном состоянии медицинской помощи сельскому населению. В письме Министру внутренних дел он отмечал, что эпидемии уничтожают значительную массу народонаселения вследствие недостаточного содержания сельских врачей. Здесь же он предложил министру «разделить губернию соразмерно пространству и количеству населения на 22 врачебных участка, так, чтобы на каждый уезд пришлось по два врача, и распределить эти участки между уездными и сельскими врачами». Это было первое изложение участкового построения медицинской службы для оказания помощи сельскому населению. После вялой реакции Министерства губернские власти решили строить больницы на средства крестьян и немало в этом преуспели. К 1881 г. в губернии было построено 34 сельских больницы от 12 до 20 коек в каждой, 10 приемных покоев по 4 койки и 54 фельдшерских пункта. На одного врача приходилось не менее 3—4 больниц и 8—10 фельдшерских пунктов (5). Спустя несколько лет правительство, изучив опыт Могилевской губернии, в 1887 г. приняло закон о распространении «мнения Государственного Совета от 11 января 1883 г. по устройству сельской врачебной части Могилевской губернии» и на другие губернии.

Более ускоренными темпами сельская медицина стала развиваться после введения в 1903 г. «Положения об управлении земским хозяйством в 9 западных губерниях». Губернаторы получили право образовывать учреждения по управлению земским хозяйством и назначать их личный состав по своему усмотрению 14 марта 1911 г. было принято инициированное П. Столыпиным «положение о земских учреждениях», распространяемое только на Витебскую, Могилевскую и Минскую губернии. В Виленской и Гродненской губерниях сохранились старые порядки.

Таким образом, на территории Беларуси сложились две формы управления местным хозяйством и финансами, что сказывалось на развитии социальной сферы. Если в начале XIX века положение во всех губерниях было примерно одинаковым, то после проведения земских реформ картина резко изменилась, о чем свидетельствуют и бюджеты с 1895 г. по 1913 г. Бюджеты неземских губерний увеличились менее чем в два раза, а земских — в 5—6 раз. Но при таком значительном увеличении они не догнали старых земских губерний, средний бюджет которых в 1913 г. составлял 6400 тыс. рублей. В этом же году бюджетные расходы на медицину и общественное призрение в Минской губернии составили 1031 тыс. рублей, Могилевской — 1065 тыс. рублей, тогда как в Гродненской, к примеру, только 302 тыс. рублей. Расходы на здравоохранение в Могилевской губернии выросли в 6,7 раза, Минской — в 6 раз. В результате несколько увеличились

штаты медицинского персонала, открылись новые врачебные пункты и больницы, но общий уровень здравоохранения оставался крайне низким (6).

В 1913 г. среднее число жителей на одном сельском участке Виленской губернии составляло 79700 человек, Витебской — 27600, Гродненской — 51800, в Минской — 45500, Могилевской — 43900, а средний радиус в верстах соответственно равнялся 23,6; 14,7; 18,6; 20,6; 16,7 (7). Все виды расходов земств на одного жителя в западных губерниях были в два раза меньше, чем в центральных губерниях России, и они почти в два раза меньше тратили средств на развитие медицины, хотя удельный вес расходов на медицинскую часть в уездных земствах центральной России был почти в два раза больше губернских, а в западных губерниях фактически одинаков.

Следует отметить, что между губернскими и уездными земствами существовало разделение обязанностей в оказании медицинской помощи. В ведении губернских земств находились губернские больницы, психиатрические лечебницы, содержание фельдшерских и повивальных школ, организация санитарной части и изучение губернии в медико-санитарном отношении, выделение пособий и ссуд уездным земствам. Уездные земства содержали сеть учреждений для оказания медицинской помощи населению. В 1913 г. на территории Гомельской области в современных границах имелось 13 сельских больниц на 179 коек и 108 врачей. В конце века в Гомельском уезде было всего 10 врачей, 14 фельдшеров. Не лучше обстояло дело в Мозырском уезде. Уездная больница размещалась в двух ветхих домах. Больных обслуживали два врача и два фельдшера. Волостные больницы на 10 коек с одним врачом имелись в Лельчицах, Скрыгалове, Турове, Петрикове, фельдшерские пункты — в Житковичах, Копаткевичах и в ряде других населенных пунктах. По-прежнему оставалась слабой материальная база, в медучреждениях не хватало врачей, мало было аптек. На селе один врач приходился на 30—50 тыс. населения, а одна аптека обслуживала до 70 тыс. человек. В результате значительная часть населения вынуждена была лечиться у знахарей, бабок-повитух, цирюльников, в лучшем случае — у фельдшеров.

С сельской медициной связано новое движение в общественной жизни врачей Беларуси, получившее выражение в проведении периодических собраний и съездов. Еще ранее, в 60-е годы в губернских городах организуются научные врачебные общества. В июне 1862 г. в Министерстве внутренних дел был утвержден устав Могилевского врачебного общества, в 1867 — Минского. Врачи, члены обществ и участники своих врачебных съездов изучали санитарное состояние губерний и уездов, исследовали причины возникновения и развития эпидемических болезней, содействовали местным администрациям в развитии медицинского дела.

Подробное медико-топографическое описание населенных пунктов с обоснованием рекомендаций по устранению санитарно-гигиенического

неблагополучия подготовил Речицкий уездный врач Н.И. Савинич. Видную роль в развитии медико-санитарного дела в нашем крае сыграл К.Ю. Кононович, который начал свою деятельность в Уваровичском сельском врачебном участке Рогачевского уезда Могилевской губернии. По его инициативе здесь была построена участковая больница. Впоследствии К.Ю. Кононович, после многолетнего опыта работы главным санитарным врачом губернии, явился одним из организаторов первой в СССР санитарной станции в Гомеле (9). С момента ее основания ведет свое начало санитарно-противоэпидемическая служба в Беларуси.

Особо следует выделить деятельность заведующего Сутковским врачебным участком Речицкого уезда Е.В. Клумова. На втором съезде врачей Минской губернии на основе опыта строительства участковых больниц в Минском земстве обосновал основные показатели участковой больницы. Он организовал образцовую хирургическую помощь в своей Сутковской больнице и в соседней с ней Лоевской. Принимал активное участие в борьбе с эпидемиями холеры, за что представлялся к наградам. Позже работал в Минской губернской больнице. В советское время стал профессором Минского мединститута. В годы Великой Отечественной войны активно включился в борьбу против фашистских захватчиков. Снабжал подполье и партизанские отряды медикаментами, оказывал медицинскую помощь раненым, многое сделал в развертывании лесных полевых госпиталей. В 1943 г. Е.В. Клумов был схвачен оккупантами и, отказавшись от сотрудничества с ними, был казнен. В 1965 г. Е.В. Клумову было посмертно присвоено звание героя Советского Союза (10).

Более десяти лет, начиная с 1903 г., врачом Мозырской уездной больницы работал Г.Е. Саэт, высланный за революционную деятельность из Вильно на Полесье. Г.Е. Саэт был незаурядной личностью. Во время русско-японской войны на фронте познакомился с В.В. Вересаевым. Участвовал в военных действиях и в годы первой мировой войны. Был награжден пятью боевыми орденами и георгиевским крестом. Владел тремя иностранными языками, хорошо знал русскую и заграничную медицинскую литературу, являлся не только терапевтом высокой квалификации, но и специалистом в офтальмологии, отоларингологии, гинекологии и хирургии. В опубликованной им научной работе анализировалось географическое, демографическое и медико-санитарное состояние города Мозыря. Впоследствии, с первых дней советской власти, занимался организацией здравоохранения на Полесье и в борьбе с эпидемией в декабре 1919 г. скончался от сыпного тифа (11).

Эти видные представители земской медицины наряду с другими уделяли большое внимание социальным корням массовых болезней, широко распространенных среди населения, особенно эпидемических. Много сил было потрачено в борьбе против распространенных фаталистических

представлений о непреодолимости этих болезней. Приезжая в земства из университетских центров со стремлением служить народу, они не позволяли относиться к себе как к простым наемникам и считали себя гражданами, исполняющими определенные общественные функции. Так, в борении с чиновниками медицинских управ сложился тот тип земского врача, носителя высоких морально-этических норм и общественных принципов, который оказал влияние на формирование лучших традиций у ряда поколений отечественных врачей.

На своих заседаниях и съездах прогрессивно мыслящие врачи активно выступали против утверждающегося «фельдшеризма». Предоставление фельдшерам полной самостоятельности в своих действиях наряду с их неподготовленностью нередко приводило к отрицательным последствиям. Земства, пренебрежительно относясь к крестьянскому населению, считали фельдшера «мужицким» доктором и в погоне за дешевой усиленно приглашали последних.

Среди врачебных обществ в уездных городах активно действовали Бобруйское и Гомельское. Их деятельность порой встречала тайное и явное сопротивление.

Так, из-за надуманного предлога в 1900 г. было закрыто Гомельское товарищество врачей под председательством Дм. Кострицкого, изучавшее санитарное состояние Гомельского уезда. Оно было распущено Министром внутренних дел якобы по причине нарушения устава, а фактически из-за неприемлемого для властей национального состава товарищества (количественного перевеса врачей-евреев) (12).

Деятельность медицинских обществ, работа съездов помогали вырабатывать организационно-практические санитарные мероприятия, способствовали установлению и укреплению научных медицинских связей.

Особенностью земской медицины явилось также создание земской санитарной организации. В 1910—1916 г.г. в губернских центрах и некоторых уездах были введены должности земских санитарных врачей, учреждались медико-санитарные советы, открывались санбаклаборатории, пастеровские станции, дезинфекционные камеры. Медико-санитарные бюро и санитарные врачи проводили статистические исследования здоровья населения, разрабатывали и ставили вопросы перед земством о проведении противоэпидемических мероприятий. Большинство затрат на развитие санитарных учреждений приходилось на долю земских управ. Городские думы, как правило, были инертны к развитию медико-санитарного дела.

Газета «Минский листок» в 1886 г. в статье о географическом и экономическом положении Гомеля отмечала «Счастлирое положение (географическое) города имеющего много каменных построек, хороших домов и недурных магазинов... Но Гомельские улицы!... Одни деревянные тротуары, которые никогда не чистятся, только и спасают местную публику от

необходимости расставаться с охотничьими сапогами и соответственными костюмами». Городская дума, — продолжал автор, — совершенно игнорирует вопрос о внешнем благообразии города, не использует возможностей хороших путей сообщения, и ведь по всей вероятности не бездоходна (13).

Наряду с земской медициной совершенствовалась структура городской медицинской помощи. Больницами управляли советы под руководством уездных предводителей дворянства. Помощь населению оказывалась городскими врачами, а там, где их не было, — уездными врачами и фельдшерами. На казенный счет содержались только военные чины, арестанты и в редких случаях лица, представившие документы о своей исключительной бедности. Плата за лечение взималась различная, но, как правило, высокая.

Вследствие этого сдерживалось поступление больных на лечение и расходы больниц не покрывались. Городовой и уездный врач время от времени осматривали больных и делали назначения. В 1903 г. Приказы и лечебные учреждения были переданы уездным и губернским земствам. Такая схема медицинской помощи сложилась в белорусских губерниях и, в частности, в Гомельско-Мозырском регионе.

Характеризуя состояние здоровья населения белорусских губерний в конце XIX — начале XX в.в., надо отметить его постоянную связь с социально-политическими, экономическими и культурными факторами. Серьезное влияние на развитие промышленности Беларуси оказали всемирный экономический кризис 1900—1903 г.г. и потом последовавшая депрессия, продолжавшаяся до 1908 г. Эти события породили застой торговых дел и сокращение объемов производства промышленных предприятий. Особенно тяжело отразился кризис на торговле местными материалами, составляющими главный предмет вывоза белорусских губерний.

Не лучше было положение в основном, аграрном, секторе экономики. Развитие капитализма в сельском хозяйстве по прусскому пути не привело к решению аграрного вопроса. Дробление крестьянских наделов, многочисленные налоги и повинности при низкой урожайности земли и отсталой агротехнике приводили к тому, что крестьянская семья, имеющая надел до 15 десятин, не могла обеспечить себе достойные условия жизни. А таких крестьянских дворов в крае насчитывалось 82,5 процента (14). Надел крестьянина являлся основным источником питания. Продуктами промышленного производства большинство населения пользовалось редко, оно постоянно недоедало, употребляло в пищу разные суррогаты.

Вполне очевидно, что существующая экономическая и политическая ситуация не могла положительно сказываться и на развитии дела охраны народного здоровья. Представление о количестве и мощности лечебных учреждений дают статистические обзоры по Минской и Могилевской губерниям за 1913 г. (15).

Таблица 1.1

Местонахождение	Тип лечебного учреждения							Проведено койко-дней
	земск.	коек	участковая	коек	тюремн.	коек	лечилось	
Мозырь	1	35	—	—	1	5	1071	20794
Лельчицы	—	—	1	10	—	—	270	—
Туров	—	—	1	10	—	—	—	—
Петриков	—	—	1	10	—	—	345	—
Речица	1	40	—	—	1	4	1250	22623
Лоев	—	—	1	10	—	—	184	3684
Брагин	—	—	1	10	—	—	247	3221
Сутково	—	—	1	10	—	—	223	3670
Хойники	—	—	1	10	—	—	261	3220
Наровля	—	—	1	10	—	—	527	3701
Озаричи	1	15	—	—	—	—	298	—
Паричи (дух. учил)	—	—	1	10	—	—	287	2850
Гомель	1	40	—	—	1	5	1409	—
Гомельский уезд	—	—	4	—	—	—	1904	—
Рогачев	1	20	—	—	—	—	329	—
Всего по региону	5	150	13	90	3	14	8606	63763

Таблица показывает совершенно недостаточное количество лечебных учреждений для населения. К примеру, никаких медицинских учреждений не было в Жлобине, не было не только врача, но и фельдшера. Население обращалось за медицинской помощью в волостной фельдшерский пункт в село Луки. Земская больница, находящаяся в Рогачеве, была практически недоступной для бедного населения. Не было при ней инфекционного отделения, все инфекционные больные оставались дома без медицинской помощи. Во время больших эпидемических вспышек в Жлобин приезжали часто практикующие врачи и фельдшеры и оказывали помощь населению, но за плату. Много людей болело тифом, натуральной оспой, холерой. Пастеровских пунктов не было, и часто наблюдались случаи заболевания бешенством. Такое же сложное положение наблюдалось и в других населенных пунктах. Так, в Кормянской волости работал один фельдшер, всего три врача имелось в таком крупном городе, как Мозырь.

Отсутствие должного количества врачебных кадров, среднего медперсонала, низкий жизненный уровень населения приводили к частым эпидемиям. В таких случаях на помощь немногочисленному постоянному персоналу посылались отряды, состоявшие из особо приглашенных земством и городами врачей или студентов-медиков старших курсов, фельдшеров,

сестер милосердия и санитаров. Постепенно накапливался опыт борьбы с эпидемиями, но еще долго оставалось положение, о котором известный речицкий уездный врач Н.В. Троицкий на 1 съезде врачей Минской губернии докладывал, что «эпидемии прекращались обыкновенно, когда все жители известного населенного пункта переболели» (16).

Следует отметить, что в связи с успехами бактериологии и эпидемиологии в XIX в. противоэпидемические и санитарные мероприятия несколько изменились и стали более эффективными. Этому способствовали примеры подобной работы в наиболее развитых земских губерниях России и в некоторых странах Европы. Важная роль в обосновании таких мероприятий принадлежала местным врачебным кадрам. Свои традиции были наработаны и на юго-востоке Беларуси. Еще в 1836 г. впервые 2567 детям Мозырского уезда была сделана прививка на оспу. В городе ее делали фельдшер городской больницы, лекарский помощник и цирюльник. В уезде этим непростым делом было занято 5 фельдшеров, один лекарский ученик, 20 цирюльников и 4 казенных оспопрививателя (17).

В конце века для профилактики заболевания врачи стали вводить населению противодифтерийную сыворотку, с 1906 г. в губерниях начали внедряться в практику прививки против скарлатины. В 1908 г. впервые были провакцинированы против холеры некоторые жители Мозырского и Речицкого уездов. Более широкие противохолерные мероприятия осуществлялись во время эпидемии 1910 г. В конце года Минская губернская управа сформировала и послала в Речицу противоэпидемический отряд в составе 2-х врачей, 4-х студентов, 4-х сестер милосердия, 9 фельдшеров и около 36 санитаров. Во время этой эпидемии для подтверждения диагноза и выявления загрязненных водных источников проводились бактериологические исследования в Минске и Киеве.

Санитарно-эпидемические отряды провели большую работу в годы первой мировой войны. В Тихиничской волости Рогачевского уезда в д. Дворец работала с отрядом врач Летуновская. В организованной ею лаборатории было принято много больных, главным образом беженцев, две трети которых страдали желудочно-кишечными заболеваниями: холерой, дизентерией, брюшным тифом.

В Гомеле на средства военного фонда и противочумной комиссии были построены колодцы, усилены ассенизационные обозы. На общегородские средства были устроены заразные бараки на 1500 человек. Смешанная военно-санитарная комиссия, разделив город на 34 участка, следила за санитарным состоянием города (18).

В начале XX века проводимые губернские съезды врачей наряду с актуальными проблемами организации лечебного дела все больше внимания уделяли санитарному благоустройству городов. Вскрывались крупные недостатки в формировании санитарного облика городов, давались рекомен-

дации по устройству скверов, введению в городах биологической очистки сточных вод, обеспечению окраин водопроводной водой. Серьезной социальной и медицинской проблемой являлось улучшение жилищных условий городского населения.

Жилищное строительство вели частные владельцы. Администрация, как это подтверждают губернские обзоры, была занята, прежде всего, строительством тюрем, церквей и казарм для размещения войск. Жильем для основной массы населения служили неблагоустроенные квартиры, наспех построенные тесные хибары. В городах появлялись целые районы, населенные беднейшим населением. Средоточием грязи и нищеты представлялось, к примеру, Гомельское Горелое болото (ныне район ул. Победы). Так же неприглядно выглядели жилища обитателей Гомельского оврага вблизи парка кн. Паскевича. Многие рабочие вообще не имели постоянного места жительства и ночевали где придется.

В 1913 г. в Гомеле городские доходы составили 429,3 тыс. руб., около 30% этой суммы ушло на содержание государственных учреждений, управления полиции, расквартирование военных чинов. На благоустройство же в расчете на душу населения получилась сумма, не превышающая 1 руб. На лечебную, санитарную и ветеринарную часть 1 руб. 12 коп. (данные 1911 г.) В городской смете эти расходы были равны 12,5%, что все же несколько больше, чем в других городах, для сравнения в Минске — 63 коп. (9%), Могилеве — 39 коп. (4%).

Рост городов, увеличение в них количества населения вынуждали местные власти принимать некоторые меры в области коммунального хозяйства. В Мозыре в 1906 и в Гомеле в 1909 г. были построены водопроводы длиной сети 7,5 и 12,9 километров. Городские управы получали значительные доходы от продажи воды потребителям. На Гомельском водопроводе себестоимость 100 ведер воды была 14,5 коп., а отпускная цена — 25 коп. Однако, несмотря на получение прибылей, не принималось никаких мер для улучшения и снабжения городского населения качественной водой. Водопроводы находились в запущенном антисанитарном состоянии. В Мозыре водопровод был устроен в центре города ниже гавани и паровой пристани и ниже стока грязных вод с улиц и переулков. Водопроводной сетью обслуживалась небольшая часть горожан. Основная масса населения вынуждена была пользоваться водой еще худшего качества — из рек и колодцев, которая не отвечала элементарным санитарным требованиям.

Крайне примитивной в городах была канализация, что являлось причиной их антисанитарного состояния. Удаление нечистот при помощи отводных труб не производилось, использовалась «естественная канализация» — канавы, овраги и т.д. Подобные способы предусматривались даже обязательными санитарными постановлениями городских дум. Вывозка мусора осуществлялась самими жителями или ассенизационными обозами.

Однако централизованный вывоз был налажен лишь в крупных городах. Это приводило к высокому загрязнению воздуха, почвы, водоемов.

Характерной чертой городов было слабое освещение улиц и площадей. О степени освещенности улиц можно судить по количеству фонарей. В Гомеле в 1910 г. их насчитывалось 390, тогда как в Витебске — 1125, Могилеве — 560.

Для улучшения санитарного состояния населения большое значение имело банно-прачечное хозяйство. В городах большинство бань, кроме общественных, открывалось частными лицами. Они находились в плохом санитарном состоянии, в них отсутствовала канализация. Таким же неудовлетворительным было санитарное состояние прачечных. Санитарный попечитель Гомеля писал, что местная прачечная представляет собой «...рассадник микробов. Там принимается в мойку белье из местных лазаретов (возможно и заразное), выливаемые на улицу нечистоты летом не высыхают, а зимой не замерзают и образуют страшное зловоние» (19).

Первая мировая война и последовавшая за ней хозяйственная разруха подорвали и без того слабое городское хозяйство. Многие коммунальные предприятия оказались разрушенными и бездействовали. Лечебные учреждения оказались без перевязочных средств и инвентаря, не проводилась очистка городов от нечистот. Расходы на благоустройство, организацию медицинской помощи населению были сведены до минимума.

На состояние здоровья городского населения и рабочего класса, в частности, негативное влияние оказывали условия труда и быта. Они были обусловлены большим аграрным перенаселением, искусственным скоплением в городах и многочисленных местечках еврейской бедноты, преобладанием мелких предприятий и широким распространением ремесленно-кустарных форм производства.

В гомельском уезде насчитывалось 907 предприятий, на которых работало 3323 рабочих. Среди предприятий было 13 винокуренных заводов со 116 рабочими, 18 канатных и веревочных мастерских с 85 рабочими, 21 предприятие по выделке кож с 69 рабочими. Самым крупным предприятием не только в уезде, но и в Беларуси была Добрушская бумажная фабрика, основанная в 1870 г. Ежемесячно она выпускала 50 тыс. пудов бумаги. Крупным предприятием в городе была спичечная фабрика «Везувий» Витенберга, на которой работало около 400 рабочих. Основана она была в Новобелице в 1879 г., после того как сгорела его фабрика в Черниговской губернии.

В Речицком уезде было 47 предприятий, на которых работало около 600 рабочих. В Рогачевском уезде крупнейшими предприятиями были стеклозавод в д.Наспа, где работало 122 рабочих, картонная фабрика и лесопильный завод в Рогачеве.

В Мозырском уезде наиболее крупными предприятиями считались Мозырская спичечная фабрика «Молния», основанная в 1885 г. и Копце-

вичский фанерно-лесопильный завод. На всех предприятиях Мозыря в 1911 г. работало 680 рабочих.

Общий уровень зарплаты в Беларуси был ниже, чем в среднем по России. Среди рабочих было много женщин, детей и подростков, труд которых оплачивался намного дешевле, чем мужской. Так, на фабрике «Везувий» девушки зарабатывали 35—50 коп. в день, а мужчины — 75 коп. — 1 рубль (20). К тому же зарплата нередко задерживалась на целые месяцы, выплачивалась не полностью.

Тяжелые условия жизни и труда рабочих имели своим следствием широкое распространение различных заболеваний, высокую смертность, небольшую продолжительность жизни. В свое время бывшей директор-распорядитель Добрушской бумажной фабрики Паскевича Стульчинский вынужден был признать, что рабочие, работая в исключительно плохих санитарно-гигиенических условиях по 12 часов в день при нищенской зарплате, «не могут выделяться сильным телосложением и претендовать на долголетие» (21).

Еще в 1866 г. под официальным предлогом холерных эпидемий, а по существу из боязни развивающегося стачечного движения, правительство издало постановление, обязывающее фабрикантов устраивать заводские больницы из расчета 1 койка на 100 рабочих. Но осуществление этого закона на практике затянулось на многие годы и охватывало только часть наиболее крупных предприятий. В 80-е годы была создана больница при Добрушской писчебумажной фабрике. В Мозыре было две фабрики и два завода, но медицинская помощь оказывалась только на спичечной фабрике «Молния».

В Речице для лечения рабочих на 6-ти лесопильных заводах и спичечной фабрике заводчики, объединившись, наняли одного врача. Не имея больничных касс и не получая достаточной медицинской помощи на фабриках, рабочие в то же время не могли пользоваться и общей медицинской сетью, городской и земской. Отсутствие социального страхования не позволяло рабочим прибегнуть к их помощи. Лишь после длительной борьбы в 1912 г. правительством было принято постановление об организации рабочих касс. И то, этим чрезвычайно урезанным страхованием рабочим почти не удалось попользоваться в связи с разразившейся мировой войной.

Одним из важнейших факторов, препятствующих развитию отрасли, явилось совершенно недостаточное финансирование. Расходы на здравоохранение составляли мизерную сумму и составили на всю Беларусь в предвоенный год всего 800 тыс. рублей. При этом уездным городам средств поступало, естественно, меньше, чем губернским. Минское городское самоуправление на здравоохранение израсходовало 42208 рублей, тогда как Мозырь — 13996 тыс. рублей. Расходы на одного жителя в части здравоохранения составили в Беларуси 30—40 коп., тогда как, к примеру, в Московской губернии эта сумма равнялась двум рублям (22).

Недостаток денежных средств сказался и на состоянии материальной базы здравоохранения. В дореволюционной Беларуси было всего 240 маломощных больниц на 6445 коек (9,3 койки на 10 тыс. населения), 139 амбулаторий и 224 фельдшерских пункта.

На территории, входящей в состав теперешней Гомельской области, не было специализированных медицинских учреждений по борьбе с туберкулезом, пастеровских станций. Население всех белорусских губерний было слабо обеспечено медицинским персоналом и больничными койками. На 6,9 млн. населения в 1913 г. имелось 1167 врачей (1,7 на 10 тыс. жителей), 2180 средних медицинских работников (3,2 на 10 тыс.) (23). Учебных заведений для подготовки врачей в Беларуси не существовало. Сюда приезжали выпускники медицинских факультетов Московского, Виленского, Киевского университетов и Петербургской военно-медицинской академии. Малочисленность врачебного персонала и больничных учреждений на территории Беларуси обусловила большую площадь и радиус врачебных участков, высокую численность населения на одного врача и больничную койку.

Неудовлетворительная обеспеченность медицинской помощью, тяжелые условия труда и жизни большинства населения влекли за собой широкое распространение различных болезней, а также эпидемий инфекционных заболеваний, которые давали высокую летальность.

Царская Россия по величине смертности походила на группу колониальных, зависимых стран, имея высокую рождаемость, но и высокую смертность. В белорусских губерниях в 1913 г. рождаемость составила на 1 тыс. жителей 43,6, смертность — 25,5, естественный прирост равнялся 18,1. Эти данные подтверждают низкий уровень жизни людей и санитарное неблагополучие (24).

В целом анализ развития медицинского дела в конце XIX — начале XX века показывает процесс приспособления работы медицинских организаций и учреждений к запросам капиталистического производства. Идеи коренного преобразования всей системы охраны здоровья во многом были воплощены уже на новом историческом этапе.

Глава II

ПРЕОБРАЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НА НОВЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПРИНЦИПАХ

В первые же месяцы после победы Октября новое советское правительство издало ряд декретов, имевших непосредственное отношение к охране народного здоровья. Это декреты о 8-часовом рабочем дне, охране труда, социальном страховании, бесплатной передаче больничным кассам всех лечебных учреждений при предприятиях. Вместе с ломкой прежде существующей бюрократической машины медицинские службы в различных министерствах и ведомствах были преобразованы во врачебные коллегии с врачами-большевиками во главе. В мае 1918 г. был учрежден центральный орган советского здравоохранения — «Известия советской медицины», в дальнейшем «Известия народного комиссариата здравоохранения». 11 июля 1918 г. был подписан декрет Совета Народных Комиссаров об учреждении Народного комиссариата здравоохранения РСФСР. Вслед за этим Совнарком утвердил Положение о медико-санитарных отделах местных Советов.

В возникших на территории бывшей Российской империи советских республиках началось строительство новой медицины по примеру Российской федерации. Но в Беларуси эта программа мирного строительства неоднократно прерывалась интервенцией.

Еще до 1917 г. она была разделена линией фронта на западную и восточную части. Значительная часть территории находилась под оккупацией, восточные же районы стали прифронтовой зоной, где не было никаких условий для развития народного хозяйства.

В результате наступления германских войск в феврале 1918 г. свободными от оккупации остались только 14 уездов Витебской и Могилевской губерний. Впоследствии Гомельский, Речицкий, Мозырский уезды по приказу командования немецких оккупационных войск были присоединены к гетманской Украине. В связи с указанными обстоятельствами изменила свои очертания Западная область, существовавшая с марта 1917 г. Центр области был перенесен из Минска в Смоленск, в ее состав была включена и сама Смоленская губерния. В сентябре 1918 г. Западная область, включающая территорию Витебской, Могилевской, Минской и Смоленской губерний была переименована в Западную Коммуну, которая просуществовала до объявления БССР. После освобождения территории Беларуси от очередной, уже польской оккупации, в июле 1920 г. был вновь организован отдел здравоохранения Минского губревкома, переименованный с 1 августа в отдел здравоохранения Военревкома БССР. С 10 сентября 1920 г., по решению 11 съезда Советов, этот орган был преобразован в народный комиссариат здравоохранения БССР (1).

По итогам подписанного в октябре 1921 г. Рижского мирного договора между Советской Россией и Польшей, территория БССР включала 6 уездов бывшей Минской губернии, в их число входил и Мозырский уезд. Вся имеющаяся материальная база здравоохранения уезда отошла, соответственно, в ведение Наркомздрава БССР.

Свои особенности в формировании органов здравоохранения были на Гомельщине. Исходя из существующих тогда политических условий, в феврале 1919 г. в Москве было принято решение об образовании новой территориально-административной единицы — Гомельской губернии. Губернский центр переносился из Могилева в Гомель. В состав новой губернии вошел ряд уездов Могилевской, Минской и Черниговской губерний. Сама же вновь образованная губерния вместе с Витебской оставалась пока в составе РСФСР.

До образования губернии организацией врачебного дела на территории уезда занимался Гомельский уездно-городской отдел здравоохранения. До образования губздравотдела, угорздрав, состоявший из 5 подотделов, осуществлял управление сетью лечебных учреждений, принимал первоочередные меры по борьбе с эпидемиями. В своей повседневной деятельности он руководствовался постановлениями, приказами наркомздрава РСФСР и Могилевского губздрава. Первые практические мероприятия по налаживанию санитарно-врачебной работы имели в своей основе государственный характер, утверждалось в качестве определяющего профилактическое направление, к делу охраны здоровья широко привлекалось само население. Эти принципы нового здравоохранения развивались прогрессивными деятелями медицины еще задолго до 1917 г., но впервые были возведены в ранг государственной политики в первые годы советской власти в невероятно сложных социально-экономических условиях.

В начале 1919 г. Отдел гражданской медицины НКЗ РСФСР направил на места примерную структуру губернских, уездных и городских медико-санитарных отделов. В условиях возрастания масштабов эпидемий комиссариатом было разработано «Временное положение об обеспечении медицинских работников, пострадавших в борьбе с эпидемиями». Документ содержал указания о порядке компенсации зарплаты в случае болезни работников, участвующих в противоэпидемических мероприятиях. До губернских и городских медико-санитарных отделов были доведены тарифные ставки для врачей, которые предусматривали дифференцированный подход в оплате врачебного персонала в зависимости от квалификации и занимаемых должностей. Подобных декретов и приказов, касающихся самых разных сторон деятельности органов здравоохранения, было достаточно много и, очевидно, в условиях дефицита времени, нехватки квалифицированных врачебных кадров такой директивный стиль руководства был оправдан. В рамках этих директив более целеустремленной становится деятельность Гомельского уздрава. Уже в своем циркуляре, разосланном в январе 1919 г. всем волостным ис-

полкомам, четко разъясняется суть текущего момента и предлагается определенный порядок деятельности. Так, в частности, разъяснялось, что введенная трудовая повинность для врачей и фельдшеров заключается только в оказании широкой и доступной помощи населению. Отмечалось, что координирующим центром в этой работе является уездно-городской отдел здравоохранения при ревкоме Гомеля и уезда, все врачебное дело переходит в его руки. Ввиду продовольственного кризиса волостные ревкомы обязывались создать запасы продовольствия для снабжения больниц. После перечисления еще ряда первоочередных задач документ заканчивался следующим призывом к местным властям: «Смотреть на служебный медперсонал не как на общественных паразитов, а как на людей исполняющих обязанности, возложенные на них советской властью» (2). Но развертыванию этой работы мешала сложная военно-политическая обстановка. Уже в конце февраля начала военные действия Польша. Войскам интервентов содействовали выступления против большевиков внутри страны. В феврале-марте прошли антисоветские выступления в Гомельском и Рогачевском уездах. В марте 1919 г. вспыхнул, но был быстро подавлен стрекопытовский мятеж в Гомеле. Но, тем не менее, повседневная работа угорздрава не прекращалась. Рассматривалось состояние лечебных учреждений после немецкой оккупации. Оно было повсеместно удручающим. К примеру, земский врач Д.Т. Самойленко сообщал в отдел, что имущество земской больницы по ул. кн. Паскевича распродано немцами, занимавшими это здание, просил разыскать его. Надо было безотлагательно решать вопросы оплаты труда медицинских работников. Приходилось через ревком изыскивать средства для организации питания больных. Деятельность угорздрава в этот период времени была напряженной и, несомненно, полезной в меру имеющихся возможностей.

Как уже отмечалось, в результате принятого решения центральных властей об образовании Гомельской губернии, с 20 апреля 1919 г. начал осуществлять свою деятельность Гомельский губернский комитет РКП(б), образовавший на своем первом заседании губернский исполнительный комитет. На этом же заседании были уточнены административные границы новой губернии, определена структура нового исполнительного органа. Отдел здравоохранения приступил к работе в начале мая, а заседание первой коллегии состоялось 20 мая 1919 г. под председательством Л.А. Сенькевича, бывшего члена коллегии Могилевского губздрава. На этом же заседании были приняты первые решения: в ведение губздрава переходили губернская глазная больница доктора Брука и венерологический барак по 30 коек каждые, утверждена структура отдела и штатное расписание.

Общим подотделом ведал Евтихеев И.Н., счетно-финансовым — Лоссер Я.Р., военно-санитарным — Рабинович А.К., зубоврачебным — Каганович В.М., литературно-статистическим — Ходас И.Н., фармацевтическим — Златкин А.Б., школьно-санитарным — Селюткин Ю.А., больнично-

судебным — Каган, венерическим — Попов М.Г., снабжения — Попов М.И. Заведование губернским аптечным складом осуществлял Едидович Е.С.

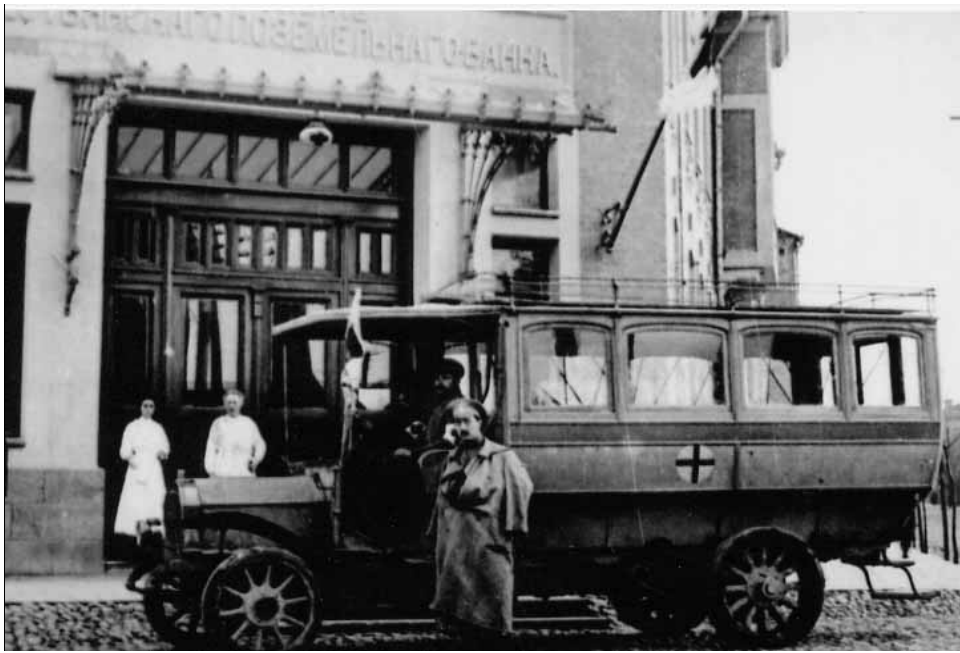
Предстояло создать унифицированную, стандартную структуру на местах. Этому способствовало постановление НКЗ от 4 июня 1919 г. Комиссариат, учитывая, что местные отделы носили самые разнообразные наименования (медсанотдел, комиссия народного здоровья, а то и собственные НКЗ), вызывающие подчас серьезные затруднения в сношениях Центра с отделами, предложил всем медико-санитарным отделам впредь именоваться «отделами здравоохранения» (3).

С деятельностью губздравицы связано усиление материальной и методической помощи местным органам, которые часто за разрешением отдельных вопросов обращались в местные исполкомы, а последние, не понимая порой сложности проблемы, разрешали их не по существу. К тому же сами исполкомы вмешивались в дела райздравиц. Свою политику нажима на райздравицы пытались проводить уездные отделения профсоюзов. «Всемирно-санитарный труд». В конце концов, после обсуждения ситуации на 3-м Всероссийском съезде здравотделов вопрос был решен в пользу единоначалия. Заведующий отделом являлся ответственным лицом за работу отдела и вправе был принимать любые решения в пределах своей компетенции (4).

Работа органов здравоохранения губернии имела свою специфику в связи с постоянной военной угрозой. На территории свободных от польских войск северных уездов губернии — Могилевском, Рогачевском, Быховском — дислоцировались части 16 армии, в Гомельском, Речицком уездах — подразделения 12-й армии. Отношения между военными и гражданскими властями не всегда были лояльными.

Главная причина напряженности заключалась в том, что и без того малочисленные врачебные кадры губернии призывались в армию, губздрав ставился при этом в тяжелое положение. Близлежащие к фронту уезды обязывались выполнять тяжелые продовольственные наряды, из-за чего не получали пайки семьи красноармейцев, голодали приюты и больницы. Врачей обязывали крайне осторожно относиться к выдаче удостоверений на право выезда из прифронтовой полосы. Нарушения предписаний могли привести к аресту и ревтрибуналу.

В прифронтовой полосе, где материальная база здравоохранения была практически уничтожена, сложилась крайне неблагоприятная эпидемиологическая обстановка. Речицкий уездный отдел сообщал в губздрав: «В Речице и пока только в некоторых уездах губерний, в Горвале, Василевичах, Молодуше, сильно развивается дизентерия со смертельными исходами. Единичные случаи появились и в Лоеве. В самой Речице не менее 300 человек больных. Об их изоляции нет и речи, момент упущен, да и некуда изолировать. После польского нашествия уезд оголен в медицинском отношении, участки без врачей, больницы ограблены. Из Речицы целиком увезен центральный аптечный склад, забрано белье из больниц» (5).



Санитарный автобус времен первой мировой войны

В прифронтовой полосе, где материальная база здравоохранения была практически уничтожена, сложилась крайне неблагоприятная эпидемиологическая обстановка. Речицкий уездный отдел сообщал в губздрав: «В Речице и пока только в некоторых уездах губерний, в Горвале, Василевичах, Молодуше, сильно развивается дизентерия со смертными исходами. Единичные случаи появились и в Лоеве. В самой Речице не менее 300 человек больных. Об их изоляции нет и речи, момент упущен, да и некуда изолировать. После польского нашествия уезд оголен в медицинском отношении, участки без врачей, больницы ограблены. Из Речицы целиком увезен центральный аптечный склад, забрано белье из больниц» (5).

Разруха и интервенция ухудшали, усугубили до предела тяжелое положение населения. Через губернию возвращались домой массы австрийских, немецких и русских военнопленных, на ее территорию направлялись многочисленные потоки беженцев и переселенцев. Все это способствовало нарастанию здесь эпидемий инфекционных заболеваний. Необходимо было незамедлительно создать здесь сеть санитарных учреждений и в широких масштабах осуществить санитарно-профилактические и противоэпидемические мероприятия для охраны здоровья людей. В прифронтовой зоне инициативу на себя брала армия.

По распоряжению члена реввоенсовета 12-й армии М.К. Муралова, в Гомеле была организована Чрезвычайная Комиссия по борьбе с эпидемиями.

В ходе развивающейся тифозной эпидемии реорганизовывались в заразные госпитали соматические лечебные учреждения, устраивались прачечные, бани, производился сбор белья, весь медицинский персонал мобилизовывался

для оказания бесплатной помощи на дому всему населению. Работой этой комиссии руководил М.П. Серафимов, деятельность которого произвела столь сильное впечатление на его соратников, что те решили за неустанный и полезный труд вышеназванного товарища в деле борьбы с эпидемиями, назвать 1-ю советскую больницу его именем. Однако эта инициатива не получила поддержки руководителей угорздрава, более того, сама деятельность комиссии за дезорганизацию работы местных органов была подвергнута критике (6).

В 1920 г. начал свою деятельность Мозырский уездный отдел здравоохранения. Состоял он из канцелярии, хозяйственного подотдела, санитарно-эпидемиологического и военно-санитарного. И его сотрудникам пришлось решать сразу же, практически после создания отдела, задачи стабилизации эпидемиологической обстановки. 14 декабря состоялось первое заседание смешанной Чрезвычайной комиссии под председательством городского врача И.И. Бабицкого. Участвовали в ее работе представители 17-й стрелковой дивизии. При таком смешанном составе удалось организовать совместную работу на территории, избежать противоречий и трений между военными и гражданскими учреждениями (7).

По сути дела эти Чрезвычайные комиссии после окончания военных действий сыграли главную роль в борьбе не только с эпидемиями, они явились организующим ядром в постановке всего лечебного дела. В июле 1920 г. на заседании Гомельской чрезвычайной комиссии отчитывался о своей деятельности губернский отдел здравоохранения. Была отмечена пестрота в материальной базе уездов, в частности, в бывших уездах Черниговской губернии лучше сохранилась материальная база. Уезды, относящиеся к Минской и Могилевской губерниям, после интервенции белополяков особенно пострадали. Больше всего досталось Мозырскому уезду. В самом городе были разрушены две больницы, разграблены участковые больницы в Петрикове, Турове и Лельчицах и имели, как сообщал завуздравом, вид заезжих домов. В таком же состоянии находилось 18 фельдшерско-акушерских пунктов. Возвращаясь из своей первой командировки в Наркомздрав Беларуси, глава Мозырского уздрава вез с собой всю помощь комиссариата: несколько халатов и наволочек, 7 катушек ниток, 50 жестяных кружек, 12 кусков обоев. Начинать приходилось практически с пустого места (8).

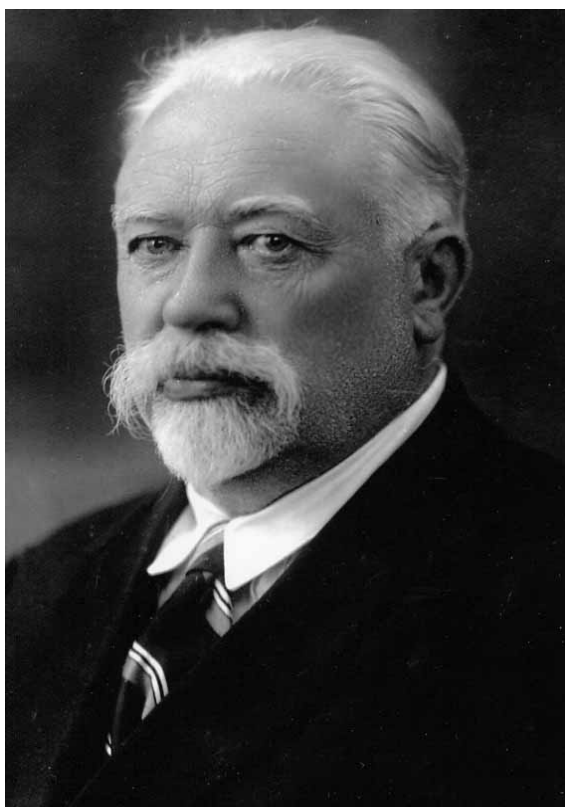
Угроза дальнейшего распространения эпидемий требовала принятия дополнительных мер по борьбе с ними. Создавались новые организации и учреждения: формировались дезинфекционные отряды, санитарно-бактериологические лаборатории и институты, бюро очистки и дезинфекции, санитарные инспекции, санитарно-контрольные пункты на вокзалах и пристанях.

Параллельно с практической работой по борьбе с эпидемиями в 1919—1922 гг. создавалось санитарное законодательство. И здесь была полезна помощь Наркомздрава РСФСР. Декреты, инструкции, положения о мероприятиях по борьбе с эпидемиями, об обязательном оспопрививании, строитель-

стве бань, о мерах по улучшению водоснабжения, канализации и ассенизации в республике, об обеспечении всеми необходимыми средствами и материалами бактериологических институтов, лабораторий и др. легли в основу аналогичных законов, принятых правительством БССР и проводившимися в жизнь органами власти и учреждениями здравоохранения республики.

С самого начала формирования санитарной службы исключительно важное значение было уделено организации специализированных научно-исследовательских учреждений — теоретической и практической базы санитарной организации.

Важным шагом в организационном укреплении санитарного просвещения явилось создание в губернских, а затем и в уездных городах Домов санитарного просвещения. Первым таким домом в регионе был Гомельский городской ДСП им. Н.И. Пирогова, открытый в конце 1920 г. по инициативе врачей К.Ю. Кононовича и А.И. Рубинерзона.



**К.Ю. Кононович —
главный санитарный врач Гомельской губернии**

С 1921 г. в Гомеле стала функционировать санитарно - бактериологическая лаборатория, которая послужила основой для создания комплексного санитарно-эпидемического учреждения — первой санстанции в СССР. Имеющийся опыт борьбы с эпидемиями показал слабость единичных разрозненных лабораторий, поэтому создаваемая санитарная станция имела в своем составе бактериологическую и санитарно-гигиеническую лаборатории, при-

вивочные отделения, стационарный дезинфекционный пункт с 4 дезкамерами, изолятор на 10 коек, санитарный транспорт для перевозки инфекционных больных и вещей, подлежащих дезинфекционной обработке, пастеровское отделение с оспенным телятником и малярное отделение. Руководил работой этого подразделения главный врач СЭС Л.С. Марголин. Первые врачи проходили совершенствование на специальных курсах в Москве, и с этого времени началась специализация санитарных врачей по отраслям. Санитарная станция являлась авторитетным учреждением в губернии и послужила прототипом создания аналогичных объектов в других республиках.

Выработке единого научного подхода в борьбе с эпидемиями способствовали регулярно созываемые съезды гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов и санитарных врачей, которые начали проводиться с 1918 г. Они проходили под эгидой НКЗ РСФСР, и хотя носили название Всероссийских, в их работе принимали участие представители всех союзных республик. Так в деятельности нового здравоохранения стала утверждаться новая принципиальная особенность — единство науки и практики.

В борьбе с эпидемиями врачи проявляли большую инициативу и настойчивость, нередко их деятельность носила характер самопожертвования. От сыпного тифа умер врач Житковичской участковой больницы Дм. Крейнс. Также жертвой тифа стал бывший заведующий Мозырским уездным здравотделом И.И. Бабицкий. Оставив в 1921г. административную работу, он являлся в последующем заведующим 1-й городской Советской больницы и врачом амбулатории при фанерной фабрике. Несмотря на больную ногу, не оставлял без помощи ни одного больного, пользовался большим уважением среди населения. «Любовь к нему беспредельна, смерть его явилась великой утратой для рабочих», — отмечалось в ходатайстве окружного отделения союза «Медикосантруд» перед НКЗ Беларуси относительно пенсии семье, потерявшей кормильца (9).

Самоотверженно действовали врачи Гомельской губернии в 1921 г., когда по решению центрального правительства началась эвакуация голодающих и больных детей из Поволжья. Для их приема и лечения была подготовлена одна из городских больниц, куда доставлялись дети из санпоездов и детдомов. С августа по ноябрь в губернию прибыло 6850 детей, из них было передано на иждивение частным гражданам 1570, в организации 1245, в детские дома 3984. Всего же на Гомельщину прибыло 11465 детей (10). Медицинские работники губернии не только много делали по спасению прибывших детей, но и более 10 человек из них, врачей и среднего медперсонала, выехали в районы голода и эпидемий для оказания помощи населению. Так закладывались основы солидарности и взаимопомощи между медиками разных районов страны.

Интенсивная деятельность органов здравоохранения, практически противоэпидемические мероприятия и широкая санитарная работа принесли свои результаты.



НЕ ПЕЙ СЫРОЙ ВОДЫ.

Плакат времен послевоенного восстановления СССР.

К концу 1921 г. эпидемии стали стихать. В ходе борьбы с эпидемиями инфекционных болезней в годы гражданской войны вырабатывались новые принципы санитарно-профилактического и противоэпидемического обслуживания населения. Впоследствии эти принципы развивались и совершенствовались.

Борьба с эпидемиями осложнила и несколько замедлила, но не остановила реорганизацию медико-санитарного дела. В первую очередь предстояло решить задачу восстановления и укрепления материальной базы.

Декретом СНК РСФСР от 18 февраля 1919 г. «О переходе всей лечебной медицины бывших больничных касс к НКЗ» лечебная часть всех медицинских учреждений со всем оборудованием и персоналом переходили к НКЗ и его отделам на местах. Порядок передачи лечебных частей страховых организаций высылался на места с требованием немедленного исполнения.

Национализации были подвергнуты все частные медикосанитарные учреждения (больницы, амбулатории, лазареты, аптеки и др.) Они передавались в ведение государственных органов: Наркомздрава и отделов здравоохранения Советов.

На первом съезде Советов Гомельской губернии в октябре 1920 г. губздрав докладывал о фактической ликвидации ведомственной медицины, о принятии в свое подчинение лечебной части водного транспорта, страховой медицины, медицинской организации строительных работ, медсанчасти мест заключения. Наряду с этим, была закончена национализация аптек, огосударствлено зубоветеринарное дело, проведена частичная национализация бактериологических кабинетов (11). Национализированные аптеки, несколько позже, наряду с аптеками лечебных учреждений объединились в хозяйственное самостоятельное хозрасчетное объединение. Фармацевтическому отделу губздравики оставалась задача контроля и распределения медикаментов, для чего создавалась сеть распределителей. Кроме этого, за ними оставалась отчетность и надзор.

Частнопрактикующие врачи направлялись на работу в эти медицинские учреждения, им назначалась постоянная заработная плата. Относительно частной практики НКЗ РСФСР дал в мае 1921 г. следующие пояснения: «Частная медицинская практика, как пережиток капиталистического строя, противоречит основным принципам правильной организации медико-санитарной помощи и общим основам социалистического строительства. Этот пережиток надо ликвидировать». Но после такого решительного разъяснения следовал вывод о том, что запретительный метод не приведет к цели — для этого надо иметь качественную государственную медико-санитарную организацию (12).

Среди рекомендаций, как улучшить дело здравоохранения и одновременно бороться с частной практикой, особое внимание акцентировалось на беспощадную борьбу с медицинской частной рекламой.

X съезд РКП(б), состоявшийся в марте 1921 г., принял решение о переходе от военного коммунизма к НЭПу. С переходом на новую экономическую политику свои задачи встали перед здравоохранением. Главное внимание было обращено на ликвидацию санитарных последствий войны, на восстановление в городах и селах старых и создание новых медицинских учреждений, на проведение широких профилактических мер по оздоровлению условий труда и быта, на борьбу с социальными и другими заболеваниями.

Однако решение этих задач было делом непростым в связи с серьезными финансовыми трудностями. Бюджет мирного времени только начал создаваться, и рассчитывать на полную государственную поддержку не приходилось. Конец 1921 г. и весь 1922 г. прошли под лозунгом сокращения штатов и лучшего их использования, частичного перехода на хозяйственный расчет аптечного дела, обеспечения возможно более полного функционирования лечебной сети.

К перестройке работы вынуждала существующая хозяйственная разруха и большие материальные затруднения. Учитывая эти обстоятельства, всем органам здравоохранения пришлось на время отказаться от принципа общедоступности медицинской помощи всему населению. Наиболее широкое и преимущественное медицинское обслуживание стали получать рабочие. При губздраве была образована рабочая секция, контролирующая мероприятия по лечению рабочих и расходованию денежных средств, поступающих по линии социального страхования. Бесплатной для беднейшего крестьянства и умеренно платной осталась медицинская помощь крестьянству. Суть заключалась в том, что лечебная и медикоментозная аптечная помощь становилась платной для нетрудовых элементов, за их счет в большей части обслуживались рабочие и крестьяне.

Второй особенностью перехода органов здравоохранения в новых условиях являлась передача средств для оказания медпомощи с госбюджета на местные органы власти. С декабря 1921 г. отпуск централизованных средств значительно уменьшился, и последующий период по май 1922 г. был очень болезненным. В этих условиях пришлось идти на решительное сокращение штатов и лечебной сети. Всего по губернии были закрыты 9 больниц и 4 врачебных амбулаторных пункта, 24 фельдшерских пункта, 33 зубамбулатории, на 1008 сокращено число коек. При сокращении практически на 50 процентов лечебной сети, уменьшилось число медицинских работников. Таким образом, большая губерния с количеством населения более двух миллионов душ с территорией, составляющей 64864 кв. верст, имела 8 больниц на 2197 коек, 190 врачей, на каждого из которых приходилось 10526 жителей, 340 лекпомов и 112 акушерок (13). Менее болезненно прошло сокращение штатов в Мозырском уезде. Объясняется это тем, что в малочисленных лечебных учреждениях уезда штатное расписание не было заполнено. В самом Мозыре из 10 штатных врачей недостава-

ло 5, в уезде из 7 не было занято 5 должностей. Катастрофически недоставало среднего медицинского персонала. Всего же уездом было оставлено в штатах 47 человек, при этом 27 специалистов работали по совместительству при содержании их волостными исполкомами (14).

Секвесторизация отрасли происходила по следующим направлениям: сокращались наиболее слабые в материальном плане учреждения, уменьшалось, где можно, количество коек, некоторые объекты объединялись, что давало небольшое сокращение хозяйственных расходов. При переходе на местный бюджет оказалось, что и сокращенную сеть трудно содержать. Пути выхода из положения рассматривались в губернском экономическом совете, на губернских и уездных съездах советов.

В конце августа 1921 г., заслушав предложения тогдашнего заведующего Гомельским облздравотделом М. Кагановича, бюро губкома РКП приняло решение о путях преодоления кризиса. Предлагалось в сельской местности содержание материальной базы возложить на местное население в форме натурального налога, взимающегося через местный исполком.

Наилучшие результаты, как показала практика, дало самообложение. Там, где участковые медицинские работники пользовались доверием, население помогало средствами в ремонте учреждений, снабжении топливом, оплате труда. Сам же губисполком разработал специальное положение о представлении губздраву средств через 10% промысловый налог с предприятий всех форм собственности на нужды здравоохранения. Вводился налог на лиц, занимающихся частной практикой. Лечебные детские учреждения переводились на содержание хозяйственных органов и т.д. (15).

Значительную реорганизацию претерпело и аптечное дело. Исходя из экономии, одновременное существование фармацевтического подотдела в губздраве и аппарата управления хозяйственными аптеками стало ненужным. Фармацевтический отдел губздрава был преобразован в управление аптечным делом. В его ведомстве находились центральные аптечные склады, химико-фармацевтические лаборатории, аптеки. Стала широко практиковаться сдача аптек в аренду. Выполнение договоров об аренде тщательно проверялось представителями профсоюзов.

В результате проводимых мероприятий по сокращению сети, без работы в Гомеле оказалось 110 человек, они состояли на учете в медсекции при бирже труда, имели, как правило, низкую медицинскую квалификацию. В сельской местности безработных не было, поскольку там были худшие условия труда и быта, низкая зарплата, и городские врачебные кадры в деревню не ехали. Они были связаны с семьей и занимались частной практикой по своему местожительству.

Меры по реорганизации лечебной сети и кадров были вынужденными, временными и, конечно, не способствовали улучшению качества медицинского обслуживания.

Следует отметить особенности в функционировании местных отделов здравоохранения. Если в Гомельской губернии здравотделы обладали самостоятельным статусом в управленческих структурах, то в БССР они входили на правах подотделов в Отделы благоустройства, к тому же были малочисленны.

Подотдел здравоохранения в Мозыре состоял из заведующего, одновременно являющегося уполномоченным НКЗ республики и инспектором по лечебной части, инспектора по санитарно-эпидемической части, совмещающего работу судебного эксперта, инспектора по охране материнства и младенчества, медицинского статиста. На этот небольшой аппарат возлагались весьма многочисленные обязанности, выполнять которые было сложно, поскольку все денежные и материальные средства отпускались на Отдел благоустройства. Со временем обозначилась ущербность подобной структуры, низкая степень понимания медицинских проблем со стороны заведующих Отделов благоустройства. В октябре 1924 г. на I съезде уже окружных здравотделов органы здравоохранения были выведены из их состава и отныне строили свою деятельность по принципу полной самостоятельности (16).

Экономическое положение здравоохранения было тяжелым в городе и в деревне. В некоторых источниках встречаются цифры, говорящие о значительном увеличении финансирования в отрасли на душу населения. Утверждается, что уже к 1923г. расходы на одного человека в крупных городах Беларуси достигли 2 руб. 40 коп., на селе 40 коп. Имеющиеся данные позволяют усомниться в такой тенденции. Всего на здравоохранение по всей республике, включая госбюджет, циковский, местный и по фонду «Г» (страхование) расходовалось в 1923/24 г.г. 3,131,908 рублей, или 1.562.954 довоенных рубля. Одна же Минская губерния в 1914г. на здравоохранение тратила 1.151.000 рублей земской смете, что давало на душу 80—90 коп. в городе и 30—40 коп. в деревне. Вот уже в 1925/26 г.г. новый бюджет по здравоохранению имел значительный прирост порядка 70%. В итоге на душу населения республики стало приходиться свыше 1 рубля (17). С этого момента начинается относительный рост финансирования отрасли, и доля здравоохранения в бюджетах местных органов будет довольно значительна.

Таблица 2.1. (18)

Наименование уезда	% уздрава к общему итогу сметы исполкома
Мозырский	17,3
Бобруйский	13,57
Слуцкий	15,0
Борисовский	15,0
Червенский	14,2
Минский	12,48
г. Минск	18,2

В среднем по БССР15
по РСФСР 7,64
в т.ч. Гомельский гуздрав11,59

Некоторое преимущество в финансировании Гомельской, а также Витебской губерний, в сравнении с другими территориями РСФСР, объясняется более поздним выходом из гражданской войны и большими материальными потерями. Вскоре индустриализация и реконструкция народного хозяйства потребуют от республики большего напряжения, и удельный вес охраны здоровья в местных бюджетах начнет постепенно снижаться.

Важной составной частью утверждающегося нового здравоохранения являлось социальное страхование и охрана труда рабочих на предприятиях. В губернии были созданы специальные отделения медпомощи застрахованным и страховые советы при них. Страховой совет согласовывал деятельность отделений медпомощи с профессиональными и страховыми организациями и заинтересованными ведомствами. В него входили представители отделения медпомощи, губернского совета профессиональных союзов, управления госстраха, губернского совета народного хозяйства, губохраны труда, союза «медикосантруд». В ведение этого органа входила организация медицинской помощи застрахованным, установление норм этой помощи, распределение основного лечебного фонда. Следует отметить, что с самого начала между органами здравоохранения и социального страхования возникли противоречия в том, кто должен распоряжаться страховочным фондом, или фондом «Г». Медработники обосновывали свои притязания исходя из того, что вывод средств фонда «Г» из-под их контроля приведет к расходованию средств страховыми кассами не по назначению, кроме того, вывод фонда из-под влияния медиков грозил нарушению принципа единства медицины, ибо органы страхования, если им будет предоставлено право выделять средства по своему усмотрению, будут стремиться к восстановлению специальной страховой медицины. В конце концов Наркомтруд РСФСР принял в конце 1923 г. декрет о фонде «Г» в пользу органов здравоохранения, но в жизнь он претворялся очень медленно.

Чтобы некоторые процессы, происходящие в регионе, были более понятны, рассмотрим их ход в масштабах республики. Многие были сделаны по становлению фармацевтической службы. Единой системы руководства аптечным делом в первые годы советской власти не существовало. Аптечные учреждения на местах открывались стихийно. В крупных городах (Минск, Витебск, Могилев) аптеки находились в подчинении аптечных управлений, в остальных — в ведении исполкомов или горздравотделов. Городское аптечное управление в Минске было создано 15 мая 1922 г. по решению Мингорисполкома.

В составе НКЗ для координации деятельности фармацевтической службы был создан фармподотдел. В июле 1922 г. СНК БССР принял постановление «О торговле аптекарскими товарами и оптовой торговле ме-

дикаментами». В том же году фармподотдел НКЗ был преобразован в фармацевтический отдел, на который были возложены функции по организации торговли (снабжению) медицинскими товарами. В последующем, 1932 г., данный отдел был реорганизован в фармацевтическую инспекцию НКЗ. В это время были созданы хозрасчетные аптечные управления в округах, приняты положения об окружных аптечных управлениях.

В январе 1927 г. коллегией НКЗ БССР решено создать единый централизованный аптечный центр с отделениями в округах. До этого все вопросы, касающиеся оптовой торговли медикаментами, находились в ведении созданного в 1923 г. «Белмедторга». В 1924 г. по решению НКЗ в Минске организуется галенофармацевтическая фабрика (19).



Участники съезда фармработников Гомельской губернии 1924 г.

Предпринятая в 1925 г. попытка организации Белорусского фармацевтического товарищества на паевых началах не удалась.

В целях планового и экономного снабжения медицинским имуществом и производства медикаментов в республике коллегия НКЗ организовала объединенное фармоуправление при наркомате с отделениями в окружных городах. Во главе фармоуправления стоял нарком и его заместитель, в окружных отделениях — заведующий окрздрава или его заместитель. В функции фармоуправления входило: закупка и распределение медикаментов, инструментов и другого имущества по всей медико-санитарной сети Беларуси, производство медикаментов, организация работы аптек по планам и нормам НКЗ, а также само содержание и управление аптечной сетью. Эта структура работала на основе хозрасчета и органично вписывалась в механизм новой экономической политики.

Завершив восстановление народного хозяйства, советское государство приступило к строительству мощной индустриальной базы и созданию аграрного сектора на коллективных началах. Новые задачи, стоящие перед страной, потребовали пересмотра форм организации медпомощи трудящимся, разработки новых методов работы лечебно-профилактических учреждений, и, прежде всего дифференцированного подхода в обслуживании различных групп населения. На повестку дня был поставлен вопрос о преимущественном обеспечении медицинской помощью промышленных рабочих и тружеников социалистического аграрного сектора, придавалось большее внимание подъему санитарной культуры населения. здравоохранение должно было всемерно способствовать выполнению народно-хозяйственных планов, росту производительности труда, снижению потерь рабочего времени в связи с нетрудоспособностью. Значительную роль в решении этих задач должно было сыграть совершенствование государственного аппарата, повышение эффективности его работы. Первым шагом в этом направлении явилось предпринятое в 1927 г. сокращение управленцев на уровне наркоматов. Наркомздрав уменьшил свой штат на три процента, и теперь в нем насчитывалось 39 человек. Для сравнения отметим, что также сократился Наркомтруд (31 чел.), Наркомфин на 12,6% (240 чел.). Зато выросли штаты Наркомпроса на 3% (85 чел.) и Наркомзема на 4,2% (197 чел.) (20). Штаты работников остальных наркоматов остались без изменений. Такое сокращение Наркомздрава привело к реорганизации аппарата в сторону изменения методов управления отраслью. Эти изменения начались в республике еще до упразднения Гомельского губздрава. При образовании округов в 1924 г. врачебно-санитарным делом занимались окрздравотделы, потом были введены Инспектуры, за которыми оставлялись все функции бывших уездных аппаратов. В связи с этим у инспекторов не хватало времени на организационную работу, ее планирование и контроль за исполнением на местах. Не были урегулированы вопросы прав и обязанностей инспекторов. Им приходилось осуществлять работу, ранее выполнявшуюся техническим персоналом, они же отвечали за прием посетителей, который отнимал много времени. В плане финансирования была проведена децентрализация средств по учреждениям и предоставлена большая самостоятельность в работе заведующим лечебными учреждениями. Новые инициативы наркомата неоднозначно воспринимались на местах. В докладе общему собранию ячейки КПБ(б) Мозырского окрздрава в январе 1927 г., где обсуждался вопрос о рационализации и о работе Окрздрава по инспекторскому методу, выражалась надежда на улучшение работы. Мотивация была следующая: окрздрав занимается исключительно самообслуживанием, в недостаточной степени обслуживает город и не ведет работы в районах. А вот инспектура позволит достичь полного медицинского обслуживания низовой массы. Так планировалось, да не так по-

лучилось. Годом позже партийцы той же ячейки на своем очередном собрании высказали недовольство в связи с тем, что после рационализации было сокращено 6 специалистов окрздрави из 8. «Мало что хорошего получилось от такой перестройки», — констатировали они (21). Не воплотилась также в жизнь идея о слиянии инфекционной больницы с окружной. Все остановилось на организации объединенного питания этих лечебных учреждений. Такие жесткие сокращения были неоправданны, поскольку положение дел в округе было тяжелым. Так, в отчете Калининковского райисполкома на бюро райкома КПБ(б) отмечалось, что имеющиеся лечебные учреждения — больница, амбулатория и детская консультация — не могут полностью обслужить население, в результате имеется много нареканий. Схожая ситуация была в Копаткевичах и других местечках, ставших районными центрами (22). С осторожностью восприняли идею реорганизации в Гомельском окрисполкоме. В июне 1927 г. на объединенном пленуме Гомельского и Речицкого окрисполкомов, когда упразднялся последний, инспектор Кнох выразил опасение о полезности столь решительного сокращения аппарата. Раньше в отделе здравоохранения работало 13 человек, теперь, уже после укрупнения округа, осталось 6 (23).

А ведь предстояло решить проблемы укомплектования врачебных участков, улучшать там условия труда и быта, добиваться приемлемой заработной платы, ибо она в округе была ниже, чем в соседней Брянской области, осуществлять нормальную координирующую и контрольную работу в окружной системе здравоохранения.

В целом проведенная реорганизация при значительном сокращении аппарата и дефиците врачебных кадров не дала должных результатов. По сути дела роль Инспектуры свелась к информированию наркомата, разбору просьб и жалоб на местах. На организацию лечебного дела в районах не хватало сил и средств.

Еще одним обстоятельством, которое никак не способствовало стабилизации структуры местных органов здравоохранения, являлось практически непрерывное изменение административно-территориального деления республики. Обозначившаяся трехзвенная система территориального деления — сельсовет, район, округ — имела крупный недостаток. Округа оказались мелкими. Начиная с 1927 г. в республике неоднократно происходили укрупнения и разукрупнения районов, ликвидировались и создавались округа, пока правительство не пришло к пониманию необходимости создания областей, получивших законодательное оформление в 1938 г.

Эта перманентная административная реформа парализовала, по сути, созидательную работу местных органов. Каждое изменение административных границ вело к созданию комиссий по приемке имущества. Они составляли инвентарные описи медикаментов и инструментария, проводили собрания в коллективах лечебных учреждений, устраняли возникающие

споры и недоразумения. В здравоохранении через каждые несколько лет надо было менять контуры лечебной сети, находить порядок соподчинения, разрешать постоянно возникающие вопросы имущественного характера, сохранять хоть какую-то преемственность в работе. Даже санитарно-статистическая отчетность была изъята из органов Наркомздрава и передана ЦСУ. В немалой степени эта реформа предопределила будущие серьезные недостатки в работе отрасли.

К числу новых моментов в организации здравоохранения этого периода можно отнести все более утверждающуюся практику планирования. Окружные отделы здравоохранения разрабатывали свои годовые планы, опираясь на предложения своих отделов. Так, план работы Мозырского окружного отдела 1926—1927 гг. состоял из пяти разделов. В нем имелась общая вводная часть и перечень мероприятий по важнейшим направлениям лечебно-санитарной работы. Со времени утверждения первого пятилетнего плана народнохозяйственного строительства начали разрабатываться и осуществляться пятилетние планы развития здравоохранения. В результате работы над планами создавалась цельная концепция развития здравоохранения республики. План наркомата определял основные направления работы органов здравоохранения и отдельных медико-санитарных учреждений, намечал контрольные параметры. Несмотря на отсутствие необходимого опыта, можно отметить, что планирование не представляло собой простого суммирования планов учреждений отрасли, а предусматривало учет и предложения с их стороны. При составлении таких перспективных и годовых планов органы здравоохранения учитывали экономическое и санитарно-гигиеническое состояние регионов, характер промышленности и сельского хозяйства, демографические показатели населения, эпидемическое состояние и т.д.

В конце 20-х начале 30-х годов руководством страны было принято немало решений, которые способствовали развитию отрасли. Насущные потребности здравоохранения нашли свое отражение в Постановлении ЦК ВКП(б) от 18 декабря 1929 г. «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян». Оно имело большое значение, поскольку в нем давался анализ всего, что было сделано за первое десятилетие Советской власти, акцентировалось внимание органов здравоохранения и медицинских работников на нерешенных задачах по преобразованию медицинской помощи трудящимся. В постановлении указывалось на отставание здравоохранения на новом этапе развития промышленности и сельского хозяйства. В нем подчеркивалось: «Состояние работы наркомздравов на практике не обеспечивает проведение в жизнь директив партии. Темп развития дела здравоохранения значительно отстает от роста всего народного хозяйства и потребностей рабочего класса и крестьянства (24). Критика органов здравоохранения, в т.ч. и на Беларуси, имела основания. На местах не проявля-

лось гибкости и инициативы в создании новых форм медицинского обслуживания, которые соответствовали менявшимся условиям социалистической экономики и культуры.

Через небольшой промежуток времени в развитие постановления ЦК ВКП(б) было принято два постановления правительством БССР. Одно из них «О мероприятиях по улучшению медико-санитарного обслуживания колхозов» было принято в феврале 1930 г., другое — «О медико-санитарном обслуживании рабочих промышленных центров» — 19-го июня 1931 г. Совнарком БССР обязал Наркомздрав республики обеспечить максимальное приближение медико-санитарного обслуживания к колхозникам с «использованием диспансерных методов работы в агрокомбинатах». Для лучшего обслуживания промышленных рабочих на ведущих предприятиях крупнейших городов Беларуси было предложено перестроить работу здравпунктов с тем, чтобы они, кроме оказания первой медицинской помощи, развернули активную деятельность по проведению санитарно-гигиенических мероприятий, перешли на работу «по профилактическо-участковому принципу». Однако, как показала практика, эти документы мало учитывали реалии жизни. Для использования диспансерных методов работы не хватало сил, слаба была материальная база, не хватало медицинских работников. Да и сами «агрокомбинаты» в разгар коллективизации не представляли собой примера крепкого коллективного хозяйства и не имели порой простейших помещений для производственной деятельности. К тому же, после года «великого перелома», выдвижения известного постулата об обострении классовой борьбы и других теоретических новшеств начался поиск врагов. Требовалось оправдать провалы в экономике и кадровой политике. Документы местных органов власти этой поры содержат материалы о становлении колхозов, подготовке к посевной и уборочной кампаниям, заготовках хлеба и других сельскохозяйственных продуктов. Следов же обсуждения упомянутых постановлений правительства обнаружить не удалось. На местах пока было не до проблем медицинского характера. В центре, напротив, они обсуждались довольно активно. Результаты обследования состояния лечебно-профилактической работы в республике были рассмотрены в сентябре 1933 г. на объединенном заседании Президиума ЦК КП(б) и Коллегии НК РКИ Беларуси и ЦСПСБ. Отчитавшийся наркомат здравоохранения выглядел на этом совещании в качестве виновной стороны. Дело в том, что газета «Правда» — центральный орган ВКП(б) — опубликовала острую критическую статью о положении дел в Хойникской районной больнице и о враче этого учреждения некоем Колсове, подозревавшемся в связях с троцкистами. Это и вызвало недовольство ЦК КП(б). В вину наркомату было поставлено то, «что руководство НКЗ не вело решительной борьбы с активизирующимися классово-вражескими и не приняло мер к очистке от них медицинских учреждений».

В энергичном, решительном постановлении комиссариату предлагалось перестроить работу, на протяжении месяца пересмотреть весь состав медицинских работников с целью правильной расстановки сил, очистки их состава от политически неблагонадежных специалистов. В документ было записано положение: «Учитывая вполне оправдавший опыт выдвижения рабочих на руководящие должности в органы охраны здоровья, просить ЦК КП(б)Б для укрепления руководящего состава наркомата выдвинуть на постоянную работу лучших ударников — рабочих предприятий (25). На местах срочно подбирались кандидаты на работу районными инспекторами охраны здоровья. После знакомства с анкетными данными в ЦК КП(б)Б на местах потом производилось утверждение их в должности. Секретариат Гомельского горкома КП(б)Б утвердил 10 человек. Большинство из них имело такое образование: начальная школа, два курса рабфака, школа профдвижения и т.д. До выдвижения они владели следующими профессиями: моторист, рабочий, чернорабочий, пожарник, клеенщица, сельскохозяйственный рабочий, коробочница, конюх, работница. До перехода на новый участок они уже приобрели определенный опыт и проработали в качестве заведующего магазином, прорабом леспромхоза, заведующим столовой, секретарем ячейки, занимали другие подобные должности. Дефицит кадров ощущался повсеместно, особенно в сельских районах. В Буда-Кошелевском районе бюро райкома КП(б)Б утвердило в должности заведующего райздрава своего пропагандиста (26). Интересно, что на этом же заседании председателем крупнейшего по тем меркам колхоза «Коминтерн» был утвержден заведующий избой-читальней. В кадровой политике основным критерием подбора стал показатель верности линии партии, профессионализм в работе надолго ушел на второй план.

Несмотря на серьезные экономические трудности, проблемы, связанные с разрешением кадровых вопросов, правительство, наркомздрав, в частности, принимали меры по улучшению работы отрасли. Хотя и не все удалось выполнить, намеченное по укреплению материальной базы в первую пятилетку, не удалось построить во всех райцентрах районные больницы, организовать медицинские пункты первой помощи во всех крупных колхозах, — сдвиги к лучшему, несомненно, произошли. Развертывались, хотя и в небольшом количестве, здравпункты на промышленных предприятиях и при МТС, увеличилось количество больниц в сельской местности, возрос их коечный фонд. В 1931 г. один Гомель почти вышел на количество коек всей Гомельской губернии в 1925 г. (480 против 565), в 1932 г. была введена туббольница на 90 коек (27).

Все эти усилия не смогли не сказаться на общем состоянии здоровья населения республики. На XI Всебелорусском съезде Советов в январе 1935 г. правительство в своем отчете констатировало уменьшение смертности среди населения. В 1909—1912 г.г. на 1 тыс. человек умирало 20,7;

в 1930—14,6; в 1933—12,2. Здесь же отмечалось, что прирост населения за 1930—1933 г.г. составил 434,2 тыс. человек или 8,5% (28).

Бурное развитие промышленности, строительство новых городов, реконструкция существующих, развитие гражданского и жилищного строительства, увеличение числа предприятий общественного питания и торговли в годы первой пятилетки внесло серьезные изменения в деятельность и структуру санитарных органов. Постановлением ЦИК и СНК СССР от 23 декабря 1933 г. в целях улучшения санитарного обслуживания населения в составе органов здравоохранения союзных и автономных республик, местных здравотделов была создана Государственная санитарная инспекция. Аналогичный законодательный акт был принят правительством БССР от 5 мая 1934 г. Создание Государственной санитарной инспекции значительно усилило контрольные функции санитарной службы, повысило результативность ее работы во всех отраслях народного хозяйства. С организацией в 1936 г. союзно-республиканского наркомата здравоохранения в его состав была передана Всесоюзная государственная санитарная инспекция с сохранением прежних обязанностей и прав.

В начале 30-х годов на базе разрозненных санитарно-противоэпидемических учреждений в крупных городах организуются комплексные санитарные станции, которые для обслуживания сельских районов в 1934 г. реорганизуются в межрайонные СЭС, несколько раньше, в 1932 г., создаются районные СЭС. В предвоенные годы началось строительство типовых санитарных пропускников, дезинфекционных пунктов на крупных железнодорожных узлах, в т.ч. Жлобине, Речице, Калинковичах.

С инициативами по улучшению санитарного состояния в республике выступало и само правительство. Так, в начале 1933 г. СНК БССР издал постановление «О санитарном состоянии городов и проведении месячника чистоты», к исполнению которого активно включились горрайсоветы республики. Президиум Гомельского горсовета подвел в 1935 г. итоги конкурса-смотрa на лучший санитарный район города. Было отмечено улучшение санитарного состояния города, что в немалой степени способствовало снижению уровня инфекционных заболеваний. В Гомельском районе было построено 13 бань, но по-прежнему оставалось неудовлетворительным состояние на рынках города. Здесь же был утвержден конкретный план осушения болот по городу и району.

Вопросы благоустройства своих столиц-местечек стали предметом рассмотрения в сельских районах. Отметим полную бездеятельность в этом направлении со стороны местечкового сельсовета бюро Брагинского РК(б)Б (29). Постановления подобных заседаний широко распространялись в местных средствах массовой информации, по ним местными органами власти разрабатывались конкретные мероприятия по привлечению к решению этих проблем широкой общественности. В итоге был дан импульс строительству бань,

упорядочению рынков и других объектов. Получило развитие социалистическое соревнование за чистоту улиц, площадей, производственных помещений и жилищ, за здоровое водоснабжение и озеленение.

Анализируя деятельность правительства, наркомата во второй половине 30-х годов, приходится констатировать дальнейшее усиление авторитарного стиля в управлении отраслью. Главный акцент в управленческой деятельности смещается на исполнительную дисциплину, строгость приказа, количественные показатели развития отрасли. Резервов для упрочнения таких экстенсивных факторов было в этот период более чем достаточно. Совершенно неудовлетворительно обстояло дело с врачебными кадрами и специалистами-администраторами в частности. К тому же продолжалась практика перетряхивания (стиль документов того времени) работников аппаратов местных органов здравоохранения с целью усиления политической заостренности и революционно-классовой бдительности.

Для качественного улучшения состава работающих в горрайздраводелах требовалось пересмотреть их личные дела и утвердить в бюро ЦК КП(б)Б. Выполнить это указание было сложно, поскольку по-прежнему не хватало врачей, а также руководителей местных органов здравоохранения с медицинским образованием. Особенно сложным оставалось положение с обеспечением врачами пограничных районов: Лельчицком, Романовичском, Копаткевичском, где совершенно не было специалистов на врачебных участках. И здесь не могли поправить ситуацию самые строгие распоряжения и постановления. Так, заранее малоэффективным являлось постановление бюро Мозырского окружкома КП(б)Б в декабре 1937 г. о том, чтобы Лельчицкий райком в пятидневный срок укомплектовал кадрами отдел охраны здоровья райисполкома. Когда же кадры находились, то это, как правило, были люди некомпетентные (31).

Острый недостаток врачей и других медицинских работников ограничивал возможности органов здравоохранения на Беларуси. Положение усугублялось тем, что Беларусь к 1917 г. не располагала ни одним высшим медицинским учебным заведением. Лечебные заведения здесь комплектовались выпускниками институтов Российской империи, находящихся в центральной части России, Прибалтике и на Украине. В этом плане интересную информацию содержит перепись врачей Гомельского округа, проведенная в 1930 г., т.е. спустя немногим более 10 лет существования новой власти.

Всего в округе, имеющем площадь 16 тыс. кв. км и насчитывающем 675 тыс. населения, согласно переписи, работали 123 врача. Из них 22% закончили Киевский университет, Воронежский и Харьковский — по 18,4%, Московский — 16%, Дерптский — 13,5%. Из 68 зубных врачей, практиковавших на Гомельщине, 27 являлись выпускниками стоматологических курсов в Киеве, 13 окончили зубоврачебную школу в Варшаве, 7 — Екатеринославскую, остальные — Одесскую школу, Минские и Харьков-

ские медицинские курсы, другие учебные заведения. Аптекари в наибольшем количестве были представлены лицами, окончившими Гомельские губернские курсы, впоследствии преобразованные в фарматехникум. Из 141 аптечного работника 49 являлись выпускниками местных курсов, Харьковские провизорские курсы окончили 18, Белорусский госуниверситет — 11, Киевский — 9, Московский — 6, столько же — Ленинградскую военно-медицинскую академию (30).

Как видно, центры по подготовке врачей общей практики, стоматологов и фармацевтов в основном находились в старых университетских городах. К 1930 г. количество врачей, окончивших вновь образованные медицинские вузы, было невелико. Как особенность, можно отметить очень незначительное количество врачей белорусской, русской и украинской национальностей. Основная масса медицинских работников состояла из лиц еврейской национальности, что связано с чертой оседлости, существовавшей в старой России.

Таким образом, недостаток квалифицированных медицинских кадров порождал большие трудности в деле улучшения уровня обслуживания населения. При этом нельзя сказать, что в республике не уделялось этой проблеме должного внимания. 31 октября 1921 г. начались занятия на медицинском факультете Белорусского государственного университета. Однако Наркомпрос, в ведение которого входил университет, не зная потребностей здравоохранения, планировал подготовку медиков по своим возможностям. Среднегодовой план приема студентов на медицинский факультет с 1921 по 1930 годы составлял всего 109 человек. Как видно, эти годы были использованы не самым лучшим образом для наращивания кадрового потенциала. Поэтому и обеспеченность населения врачами в БССР была ниже, чем в других республиках. В 1928 г. в Беларуси на 10 тыс. человек приходилось только 2,6 врача, в РСФСР — 4, в УССР — 3,7 врача (32). При бурном росте сети лечебно-профилактических учреждений на местах число врачебных должностей превышало количество имеющихся врачей. В 1930 г. правительство приняло решение о создании самостоятельного медицинского института и передаче его в ведение Наркомздрава республики. Чтобы как-то смягчить дефицит кадров, комиссариат организовал с 1931 г. заочную подготовку врачей из средних медработников в опорных пунктах Бобруйска, Витебска, Могилева и Гомеля. Однако этой форме обучения не суждено было реализоваться. В сентябре 1934 г. ЦИК СССР, реагируя на критику Сталина на XVII съезде ВКП(б) по поводу запущенности медицинских факультетов, издал постановление «О подготовке врачей». В нем были отмечены недостатки, имевшиеся в подготовке специалистов-медиков. Число студентов на лечебно-профилактических факультетах было небольшим, тогда как на санитарно-профилактических и факультетах охраны материнства и детства их готовилось выше потребности. В вузах медицинского профиля недостаточно уделя-

лось внимания научной работе, теперь на нее выделялось больше ассигнований. Независимо от факультета срок обучения определялся в пять лет. Студентам была увеличена стипендия, ликвидировалась система бригадно-лабораторного метода обучения и запрещалась заочная подготовка врачей (33). СНК республики в свете требований этого постановления обязал Наркомздрав перевести студентов бывшего заочного Гомельского медпункта в стационарные вузы. По 20 студентов IV курса переводились в Белорусский государственный медицинский институт и образованный в 1934 г. Витебский мединститут. Студенты II курса, переходящие на III, в количестве 35 человек были направлены в Витебск. А первокурсникам, переходящим на II курс, было разрешено поступать в порядке индивидуальных заявлений в оба существующие медицинские вузы (34). Во второй пятилетке последовал еще ряд правительственных решений, направленных на улучшение подготовки медицинских кадров. Это постановление СНК СССР и ЦК ВКП(б) от 4 марта 1935 г. «О повышении заработной платы медицинским работникам» и постановление СНК СССР, принятое в апреле 1938 г. «Об укреплении сельского врачебного участка». Эти и другие постановления, практические меры по их реализации придали значительный импульс делу подготовки врачебных кадров.

Однако, несмотря на увеличение кадрового потенциала, практически не происходил рост численности врачей в сельской местности. Из числа выпущенных в 1937 г. 540 специалистов в районы поехали 60 человек, во врачебные участковые амбулатории только 6. Остальные осели в городах (35).

Нежелание молодых специалистов ехать в сельскую местность объяснялось плохими условиями жизни. Так, выпускникам 1937 г. не представили временных квартир, в других районах они жили в гостиницах. Плохие бытовые условия являлись главной причиной недостатка врачей на селе, постоянных срывов многочисленных постановлений и решений органов власти. В то же время обстановка ухудшалась не всегда продуманными решениями Комиссариата здравоохранения республики. На XI съезде Советов в 1935 г. депутат от Речицы высказал сомнение в наличии в НКЗ планов по распределению кадров. В предыдущем 1934 г. комиссариат забрал из района 8 врачей, из-за чего колхозы и совхозы остались без медицинской помощи (36).

Нагрузка же врача в сельской местности многократно увеличивалась. К примеру, заведующий Петриковской районной больницей Истерин, кроме основных функциональных обязанностей, еще совмещал должность заведующего лечебной частью и являлся заместителем заведующего райздравом. График его работы был следующим: с 9 до 17 часов, потом отдых и опять рабочее время с 20 до 2 часов ночи. Это никак не соответствовало нормальной жизнедеятельности человека. Хирург этой больницы Рудковский вел врачебный прием в амбулатории, заведовал родильным отделением, осматривал ясли. Зубной врач Виленчик заведовала амбулаторией ско-

рой помощи, являлась одновременно дежурным врачом и завхозом. С таким кругом обязанностей врачи не справлялись, что порождало справедливые нарекания населения (37).

Таким образом, сельское здравоохранение по-прежнему испытывало крайний дефицит в квалифицированных медицинских работниках. Несколько лучше обстояло дело с подготовкой средних медицинских работников. Перед войной была увеличена сеть медицинских школ. В 1940 г. в Гомеле, Мозыре, Жлобине, Речице, Рогачеве обучались более 1500 учащихся. Благодаря работе этих учебных заведений больницы и ФАПы удалось значительно пополнить средними медицинскими кадрами. Но в целом перед войной и длительное время после нее кадровую проблему решить не удавалось.



**Выпуск медицинских сестер
при Гомельском окружном отделе здравоохранения. 1928 г.**

В январе 1938 г. начал функционировать отдел здравоохранения Полеского областного совета, в апреле — Гомельского. В функции новообразованных органов входили: управление лечебно-санитарными учреждениями, руководство охраной народного здоровья, санитарным делом, родовспоможением, организации больничной, амбулаторной и специализированной помощи. Первоначально облздравы состояли из нескольких крупных отделов, потом в последующем, в 1939—1940 гг. структура их более усложняется, появляется специализация, и количество отделов достигает восьми (38). В 1941 г. здравотделы опять не имели структурного деления. Трудно судить о причинах решения, по всей видимости, и на этот раз была борьба за экономию средств привычным способом — очередным сокращением аппарата.

Глава III

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

Первостепенная значимость социальных условий в формировании здоровья населения давно доказывается медицинской общественностью. Именно конкретные условия жизни — труд, быт, питание, жилище, отдых, образование, воспитание и др. являются условиями коллективной жизни людей в совокупности «берут на себя» около 50 процентов зависимости обуславливающей здоровье индивидуальное и общественное.

Наиболее концентрированным примером отношения советской власти в первые годы ее существования к охране здоровья населения являлась организация его труда и быта. Одним из первых декретов стал декрет о 8-часовом рабочем дне (а для вредных работ значительно сокращенный рабочий день). Этим устранялась основная и наиболее распространенная вредность фабрично-заводского труда — его чрезмерная продолжительность.

Уже в первые годы новой власти Советы и профсоюзы стали осуществлять строгий контроль за соблюдением продолжительности 8-часового рабочего дня на предприятиях. Если в 1913 г. по стране он составлял 10 часов, то в 1921 г. — 8.5 часа, а в 1926 г. — 7.5 часа (1).

Учитывая, что за годы гражданской войны, в условиях войны, хозяйственной разрухи, лишений и голода большинство рабочих было истощено, Совет Труда и Оборона в апреле 1921 г. принял постановление «Об отпусках рабочих и служащих в 1921 г.». Все рабочие, проработавшие на производстве не менее 6 месяцев без перерыва в течение 1921 г., получали двухнедельный оплачиваемый отпуск с сохранением продовольственного пайка и других видов содержания (2).

Спустя некоторое время, был разработан кодекс законов о труде, который кроме пределов продолжительности рабочего дня предусматривал еженедельные перерывы в работе, ежегодные очередные отпуска, социальные мероприятия по охране труда женщин и т.д. На этой основе развертывали деятельность органы здравоохранения, которые главным субъектом своего внимания определили рабочего. Юридически впервые идея о преимущественном медицинском обслуживании рабочих была оформлена в декрете от 11 июля 1921 г. «Об организации санитарно-лечебного дела в горно-заводской промышленности». В декрете предусматривалось улучшение санитарного состояния на производстве и в быту, увеличение по сравнению с «общегражданскими» нормативов лечебно-медикаментозной помощи, открытие специальных санаториев, домов отдыха и т.д. Вот по этим обозначенным направлениям и начала строиться система медицинского обслуживания в городской местности. Этим же задачам соответствовала структура органов здравоохранения.

Так, к примеру, комиссии рабочей медицины, ведущие контроль за заболеваемостью и функционирующие при отделах здравоохранения, занимались изучением условий труда на предприятиях, но в круг их обязанностей также входило изучение жилищных условий рабочих. Акты, отчеты этих комиссий показывают исключительную сложность жилищной проблемы, которую нельзя было решить в одночасье. Квартиры рабочих состояли большей частью из одной комнаты, редко из двух, на 1 человека приходилось 1,5—2 метра кубических пространства, помещения низкие, чуть более 1,5 метра высоты, освещение было скудным из-за одного окошка, да и то без прорезанной форточки. Так, в Мозыре собственные дома имели 173 семьи рабочих и служащих, что составляло к их общему числу 9,5%, 25% жило в коммунальных домах барачного типа, остальным приходилось жилье снимать. Кроме того, 71% коммунального жилья требовался ремонт, тогда как по БССР — 46,5% (3).

Комиссии рабочей медицины, обследуя жилищные условия рабочих, составляли списки остро нуждающихся. При выявлении излишков жилплощади в квартирах бывших буржуа, туда переселялись семьи рабочих. Проводилась работа по ремонту и благоустройству жилья. Увеличивались ассигнования на жилищное строительство. Развивалось индивидуальное жилищное строительство.

На Беларуси из-за нехватки жилых помещений не было возможности более справедливого, с точки зрения пролетариата, перераспределения жилого фонда, предстояло идти по сложному дорогостоящему пути развития рабочего жилищного строительства. Решение проблемы усложнялось также в связи со стремительным ростом городского населения.

Такое особое отношение к рабочим обуславливалось внутривластными доктринами центральных властей. О реализации одной из них, в части оказания медицинской помощи населению. Н.А. Семашко, Наркомздрав РСФСР, высказался так: «...Классовый компас мы не выпускали из рук ни на минуту» (4).

Между тем на практике выяснилась ненужность комиссий рабочей медицины, которые, как и органы здравоохранения, занимались вопросами контроля заболеваемости, расходом средств фонда «Г», т.е. дублировали деятельность медицинских структур.

На первых порах возникло немало вопросов в организации медицинского обслуживания рабочих, особенно застрахованных. Дело в том, что застрахованные рабочие быстро оценили выгоды медицинского обслуживания по новой системе. Медицинская помощь была бесплатной, по первому требованию рабочего его должны были поместить в стационар, безотказно давался бюллетень и т.д. Все это ложилось тяжелым грузом на здравоохранение, и проблема стала предметом общественного обсуждения. обстоятельный анализ на страницах газеты «Полесская правда» сделали врачи Гомельских лечебных учреждений. «Рабочие амбулатории, — кон-

статировал один из них, — приобретают все больше симпатий и доверия. Наплыв больных стал так велик, что врачи не в состоянии принять всех. Но эти амбулатории обходятся очень дорого, учитывая, что лекарства тоже отпускаются бесплатно. Выход — в предупредительной медицине и санитарии. Ведь основой советской медицины является профилактика». На одной губернской страховой конференции отмечалось наличие большого числа случаев «несознательного затягивания болезни» и предлагалось учитывать, что «осознание рабочих развилось и при малейшем заболевании он требует отпуска, причем врач не вправе ему отказать (5).

Однако «несознательное затягивание болезней» продолжалось, на лечебную медицину тратились большие средства, и в 1927 г. СНК БССР решил вопрос об окончательном изжитии института рабочей медицины. Все ее отделы были ликвидированы, объем работ, ими выполняемый, был передан органам здравоохранения. Так разрешился старый спор, который длился 10 лет, о местонахождении страховой медицины. С этого момента она слилась с общей системой здравоохранения.

Принципы советской медицины — в соответствии с декларируемыми бесплатностью и общедоступностью помощи — формально в равной мере распространялись как на рабочий класс, так и на трудовое крестьянство. Причем на верхнюю ступень социальной лестницы ставился пролетариат. Провозглашенная руководством страны новая экономическая политика заключалась в союзе пролетариата и крестьянства. Но на деле, в силу ряда объективных и субъективных причин, такого равенства не было. В период гражданской войны и интервенции в центре внимания медицины были армия и городское население. На V Всероссийском съезде здраводелов как на одну из причин низкого (по сравнению с городом) уровня обеспеченности сельского населения медицинской помощью указывалось на более усиленный рост городской сети за период революции. Один из докладчиков, отмечая «преимущественно городской уклон санитарного дела», объяснял, что «в годы войны и революции пострадали в санитарном отношении, прежде всего, города», и далее ссылаясь на «политический аспект проблемы — значение городского пролетариата в революционной борьбе» (6).

Улучшились, в сравнении с довоенными, отдельные показатели участковой сети. Об этом даст представление следующая таблица (7).

Резкий рост посещений амбулаторий в послевоенное время был вызван, как отмечалось выше, возможностью получить врачебную помощь для большинства населения, особенно для застрахованных. Показатели принятых больных врачами и фельдшерами говорят о том, что земская практика, когда для большинства населения крестьян “мужицким” доктором являлся фельдшер, при новой власти безвозвратно уходит в прошлое.

Следует отметить, что в соблюдении классовой линии проявлялись ее горячие сторонники на местах.

Таблица 3.1.

Лечебная помощь в БССР

№ п/п	Показатели лечебной помощи	1911	1912	1913	1924	1925	1926
1	Площадь врачебного участка в верстах кв.	1635	1512	1358	575	555	485
2	Среднее число жителей на 1 врачебный участок	58700	55390	50720	22170	22000	19900
3	Средний радиус врачебного участка в верстах	23	22	21	14	13,5	12,7
4	Кол-во посещений на 1000 жителей	460	495	608	905	1195	1429
5	% принятых врачами	32	28	31	75	86	85
6	% принятых фельдшерами	68	72	69	25	14	15

Резкий рост посещений амбулаторий в послевоенное время был вызван, как отмечалось выше, возможностью получить врачебную помощь для большинства населения, особенно для застрахованных. Показатели принятых больных врачами и фельдшерами говорят о том, что земская практика, когда для большинства населения крестьян «мужицким» доктором являлся фельдшер, при новой власти безвозвратно уходит в прошлое.

Следует отметить, что в соблюдении классовой линии проявлялись ее горячие сторонники на местах.

Так, инспектор Мозырского окрздрава Э. Харлап в ноябре 1929 г. в адрес президиума окрздрава и Наркомздрава республики направил докладную записку со своим видением организации медицинского обслуживания населения. Он упрекал вышестоящие инстанции в том, что «до последнего времени нет искренности в оказании медпомощи, особенно на селе. Бедняк, середняк и кулак получают одинаковую медпомощь. Такое положение стирает классовую установку в медицине, на что обижаются бедняки» (8).

В записке также предлагалось кулакам, нетрудовым элементам (по определению автора) и лицам, лишенным права голоса, оказывать помощь за плату в полном объеме. Такие же предложения были сделаны по городу. Здесь к нетрудовым элементам отнесены были нэпманы, торговцы, лишеныцы и граждане, обложенные налогом. Какой-либо реакции комиссариата на это письмо не последовало. Можно предположить, что работники Наркомздрава хорошо представляли реальный потенциал этого «нетрудового элемента», количество которого на селе в ходе коллективизации и репрессий значительно уменьшилось. Не было ясности в дифференциации сельского населения. Так, к примеру, на 65 колхозов Буда-Кошелевского района в 1930 г. по данным районной прокуратуры имелось 197 кулаков, по тогдашним оценкам,

безусловно, отрицательных элементов. Но в то же время за халатное отношение к труду административно было наказано 281 человек, из них 232 колхозника (9). Очевидно, что эти люди не хотели усердствовать на ниве общественного хозяйства. Сдержанно к инициативе своего инспектора отнёсся и президиум окрздрава. Предстояло решать много повседневных важных и срочных проблем. Строительство медицинских учреждений шло с отставанием. Заболеваемость в округе оказалась выше, чем в других округах республики. Площадь врачебного участка превосходила почти в два раза среднюю площадь участка по Беларуси (480 кв. км., на Мозырщине — 801 кв. км.). Предприятия города имели неудовлетворительное санитарное состояние.

В свете этих и других данных по-другому, на наш взгляд, следует смотреть на распределение средств, отпускаемых на здравоохранение, и особенно в той части, где бюджетные суммы распределяются на 1-го среднестатистического человека. Такой подсчет не совсем корректен, потому что все же не все жители обслуживались одинаково: льготные условия имели застрахованные рабочие государственных предприятий, остальные категории платили — кто через частичную или полную оплату, кто через самообложение.

В связи с форсированной индустриализацией все большее значение приобретала проблема санитарного состояния населенных пунктов, развития коммунального хозяйства городов.

В Гомеле население с 69 тыс. в 1917 г. возросло до 105 тыс. в 1931 г. Жилищно-коммунальное хозяйство справиться с такими темпами не могло, наметилось отставание. Так, в городе на одного человека приходилось жилплощади: в 1910 г. — 6,15 м²; 1917 — 5,35 м²; 1925 — 5,16 м²; 1927 — 5,35 м²; 1931 — 4,97 м². В наиболее тяжелых условиях находилось население города, проживающее на окраинах. Еще до революции там началась стихийная трущобная застройка, получившая порайонно свои экзотические названия: «Корелия», «Америка», «Кавказ», «Дедно», «Цыганский ров», «Кагальный ров», «Монастырек». Там на человека приходилось около 4 м² жилья, а местами и того меньше — 2,5 м².

Свои проблемы были в водоснабжении. Жители центральной части города пользовались водой хорошего качества из артезианской скважины, но в недостаточном количестве — всего два ведра на душу. Остальные пользовались 200 колодцами: буровыми, ключевыми и копаными. Особенно засоренными были копаные колодцы.

Высокий уровень стояния грунтовых вод и отсутствие канализации приводили к заболоченности. Трудно представить сегодня, что на территории города имелось 6 болот: «Горелое», «Орлово», по улицам Первомайской, Жарковского и Ленина.

В городе не хватало бань. Построенная еще в 1898 г. баня в центральной части города имела пропускную способность 1200 чел. за 8 часов работы. Имелись две бани в ведении железной дороги и одна в Новобелице

на 700 посещений в смену. Функционировала также одна прачечная на 1500 единиц белья в две смены (10). Единственное, с чем было в порядке в Гомеле, так это с озеленением. На каждого жителя приходилось 21 кв. м зеленых насаждений, тогда как по городам республики этот показатель равнялся всего лишь 0,5 кв.м (11).

Городские власти понимали опасность сложившейся непростой санитарно-гигиенической обстановки. Еще в 1928 г. горсовет заказал генеральный план нового строительства в городе, но маломощный местный Водоканалстрой с этой задачей не справился, но самое главное — не хватало средств. В силу этого с большим трудом шло строительство новой бани и прачечной. Такое состояние городского хозяйства являлось одним из важных факторов, обуславливающих довольно высокий уровень заболеваемости в городе (12).

Таблица 3.2.

Виды заболеваний	1920	1923	1926	1930
Тифы	7226	181	170	51
Дизентерия	564	37	4	26
Скарлатина	435	359	222	570
Дифтерит	63	44	48	348
Оспа	106	8	—	—
Малярия	свед. нет	985	770	334

Как видно, количество инфекционных заболеваний со времени послевоенных эпидемий снизилось в 1,5 раза. Высоким оставался уровень малярии. Личинки малярийного комара обнаруживались в затонах и водоемах после весеннего разлива реки Сож. Также на высоком уровне держались детские болезни, вызываемые тяжелыми жилищными условиями, наличием большого количества учебных заведений, работающих, как правило, в три смены.

В начале 30-х годов в Гомеле начала складываться неблагоприятная эпидемиологическая ситуация. Ее обострение было характерно в эти годы не только для Гомеля. В 1931—1933 гг. с угрожающим постоянством по причине загрязнения водопровода возникла эпидемия тифа в Витебске. В сентябре 1934 г. правительство республики вынуждено было создавать Особую тройку по борьбе с дизентерией в Лагойске, Пуховичах, Осиповичах (13). Причины всплеска инфекционных заболеваний в эти годы лежали главным образом вне сферы здравоохранения. Трудности начала 30-х годов по своей остроте и глубине равнялись напряженности в экономике. Ценой невероятного напряжения сил белорусский народ вынес восстановление практически с нуля народного хозяйства, индустриализацию и непродуманную, насильственную коллективизацию. Материальное положение всех слоев населения, и в первую очередь крестьянства, ухудшилось.

В 1932—1933 г.г. разразился голод на Украине, который распространился и на южные районы БССР. В Ельском и Наровлянском районах было охвачено голодом 9 сельских советов с числом до 500 хозяйств, по этой причине умерло 130 человек. Из 93 колхозов Гомельского района в 45 отсутствовали продукты питания, как в коллективных хозяйствах, так и у единоличников (14). Жителям местностей, охваченных голодом, оказывалась помощь продуктами питания, больных госпитализировали.

Отмечены были вспышки скарлатины и тифа в самом Гомеле. В июне 1933 г. 99 человек заболели тифом, главным образом железнодорожники и их иждивенцы. Это было связано с резким увеличением населения, прибывающего в Гомель с Украины и собственных южных районов Беларуси. Бежавшие от голода люди вызвали перегрузку поездов и станций, что явилось причиной возникновения эпидемий. Окрздравом была проведена большая работа по развертыванию дополнительно заразных коек, созданию санитарных бригад, выявляющих больных в поездах, организации лечения больных и их питания.

Наркомздрав республики направил дополнительно в лечебные учреждения города 300 кг крупы, 130 кг сахара, 150 кг рыбы, перевел 15 тыс. рублей и, не имея возможности оказать помощь в большем размере, рекомендовал местным органам изыскивать дополнительные ресурсы собственными силами (15).

Самые умеренные оценки историков коллективизации свидетельствуют, что крестьяне не стали зажиточными людьми. Превращение крестьянства в социалистический класс сопровождалось репрессиями, голодом. Ликвидация социального неравенства среди самих крестьян привела к тому, что большинство крестьянских хозяйств, в т.ч. и колхозников стало жить бедно. Натуральная оплата труда крестьян была крайне невелика, как и удельный вес выдаваемых денег на трудодень.

С ростом городского населения и соответственно увеличением потребления продовольственных и промышленных товаров сложилась напряженная ситуация с их приобретением в городах. Это привело к введению карточной системы. Только 1 января 1935 года карточная система была отменена на продажу хлеба, муки, крупы. И. Мележ писал в своем дневнике: «Вспоминаю 1935-й год, когда я всю ночь напролет стоял в угловом магазине на Советской (Хойники), чтобы, получив килограмм хлеба, спешить в школу. Полусознательное состояние от недоедания, когда глаза переставали видеть. Холодная постель возле замерзшего окна, напяленное с головой пальто» (16). Естественно, что такие условия труда и быта не влияли на улучшение состояния здоровья людей.

Несмотря на такую неблагоприятную внутриполитическую ситуацию в стране система здравоохранения продолжала наращивать свою материальную базу, искать новые подходы в улучшении медицинского обслужи-

вания населения. Особенно четко это прослеживается на примере решения проблем в сфере охраны материнства и детства.

Первая мировая война, революции, гражданская война самым негативным образом отразились на состоянии здоровья женского и детского населения. Уже в условиях мирного времени перед органами социального обеспечения, а с 1920 г. перед органами здравоохранения встала ответственная задача по изысканию эффективных форм и методов охраны здоровья женщины. О внимании Советского правительства по отношению к детям свидетельствуют многочисленные декреты, посвященные охране здоровья детей и изданные в 1918—1920 гг.: «Об усилении детского питания» (14 сентября 1918 г.), «О фонде детского питания» (23 сентября 1918 г.), «О бесплатном детском питании» (17 мая 1919 г.), «Об организации детского питания» (24 сентября 1919 г.), «Об организации снабжения детей продуктами питания» (15 июня 1920 г.), «О неделе ребенка» (7 октября 1920 г.).

4 января 1919 г. Совет Народных Комиссаров учредил Совет защиты детей, куда входили представители народных комиссариатов просвещения, социального обеспечения, здравоохранения, продовольствия и труда. Этому Совету были предоставлены широкие полномочия для проведения мероприятий по улучшению охраны здоровья детей, их питания и снабжения.

Исходя из этих решений, местные органы здравоохранения республики направляли свои усилия на организацию питания детей, создание домов ребенка, яслей, улучшение родовспоможения.

Эта деятельность велась по трем направлениям: просветительская работа среди населения по правильному уходу за детьми, организация учреждений, раскрепощающих работниц, и правовая защита матери и ребенка. Некоторое время понадобилось на становление самих подразделов охраны материнства и младенчества. Поначалу они входили в отделы социального обеспечения. Так, к примеру, губернский съезд заведующих отделами социального обеспечения, состоявшийся в апреле 1919 г. в Могилеве (с июня 1919 г. руководство охраной материнства взял на себя Гомельский губздрав), принял специальную резолюцию по отделу материнства и детства, в которой указывалось на необходимость создания яслей в промышленных центрах и в сельской местности, материального снабжения беременных и кормящих матерей. Однако на деле создание новых учреждений давалось нелегко. Приходилось убеждать не только хозяйственных руководителей, не желавших давать средства на создание яслей, но и порой самих женщин, называвших усилия властей «баловством». Рожали, дескать, и до яслей — обходились. Лишь со временем детские учреждения стали пользоваться у населения авторитетом.

Окончательно вошел отдел охраны материнства и младенчества в состав губздрава в 1919 г. В своей работе он тесно сотрудничал с отделом работниц губкома и профсоюзом «Медикосантруд». Дружная, согласованная работа по

спасению детей давала свои результаты. В Гомельской губернии с ежегодной рождаемостью в 118 тысяч имелись считанные детские специализированные учреждения. Поэтому детей вынуждены были размещать в детских домах для детей старшего возраста, без того переполненных и малоприспособленных. Члены профсоюза медработников выделяли наиболее подготовленных молодых женщин для работы в яслях и садах, в домах матери и ребенка, готовили и обучали кадры для этих учреждений. За 1919—1920 гг. в губернии открылись 30 детских учреждений: 9 консультаций, 1 дом матери и ребенка, 14 домов ребенка, 2 фабричных и 4 деревенских яслей. 30 человек закончили семимесячные курсы патронажных сестер. Усилиями властей удалось несколько улучшить питание детей. По разнарядке НКЗ РСФСР на всю губернию в октябре 1921 г. представлялось 2840 пайков для взрослых больниц, 160 пайков для детских специальных учреждений и 2400 для отдела охраны материнства и младенчества. Помощь оказывалась беременным женщинам и всем матерям с детьми до 1 года. Они освобождались от трудовой повинности, переводились с тяжелых на более легкие работы и, самое главное в тех условиях — имели право на дополнительное питание сверх трудового пайка по нижеследующей месячной норме: хлеба 15 фунтов или муки 18 фунтов, крупы 1 фунт, масла 1 фунт, сахара 1 фунт, матери после рождения ребенка сверх того 2 фунта мыла и керосина (17).

Для детей повсеместно проводились «недели ребенка», на которых устраивались концерты, сборы вещей, ремонтировались и открывались новые здания.

Первая такая «неделя ребенка» была проведена в губернии в ноябре 1920 г. Из Чечерска в губздрав сообщали о том, что собрано 60 полушубков для детей, в Рогачеве был проведен ремонт дома ребенка, из Ветки докладывали, что в детских домах отремонтированы печи, детским кружком поставлен спектакль, после чего дети получили сладкий чай с бутербродами. Сам губздрав послал во все детские учреждения аптечки и некоторое количество мыла (18). Во время проведения этой кампании организовывались уездные комиссии, которые на своих заседаниях заслушивали отчеты у здравов и органов народного образования, проводились заседания исполкомов Советов, при подготовке которых всесторонне обследовалось состояние детских учреждений. Одной из самых сложных задач, которую пришлось решать подотделам охраны материнства и младенчества, была подготовка кадров. Имели место случаи в уездах, когда на должности участковых акушерок назначались санитарки. Губздрав остро реагировал на такую практику и накладывал серьезные взыскания на организаторов здравоохранения в уездах вплоть до снятия с работы. Чтобы как-то смягчить проблему, создавались краткосрочные курсы при домах грудного ребенка по подготовке медсестер, так необходимых вновь создаваемым детским учреждениям, через женотделы прикомандировывали работниц в качестве

практиканток в уже существующие дома и ясли, где они через два-три месяца приобретали необходимые навыки по уходу за детьми. Не упускалась из виду педиатрическая подготовка врачей.

На состоявшемся в 1923 г. II-м Всероссийском совещании по охране материнства и младенчества обсуждались вопросы специализации врачей: ставились свои задачи институтам усовершенствования врачей, в обязательный годичный стаж для оканчивающих учебное заведение врачей вводился детский цикл с разделением по специальностям — по школьно-санитарному делу и физической культуре, по охране материнства и младенчества.

Постепенно к 1926 г. на территории Гомельского и Речицкого уездов сложилась пусть еще недостаточно мощная, но уже зримая сеть детских профилактическо-лечебных учреждений. Функционировало двое детских яслей в Гомеле на 85 детей, в Новобелице на 40 детей, в Добруше на 40 детей. Действовало в летний период 19 сезонных яслей в сельской местности на 600 детей. Работал в Гомеле также «Дом грудного ребенка» на 30 мест, родильный дом на 40 кроватей, к тому же по 3—5 родильных коек имела каждая участковая больница. Кроме того, в обоих уездах находилось 7 детских домов на 144 ребенка.

Детскую консультацию в Гомеле за год посетило 5934 ребенка и 10670 беременных женщин, в Новобелице — 3191 и 3141, в Светиловичах — 2424 и 904, в Добруше — 968 детей. В Мозыре и уезде имелся один «Дом ребенка» на 30 мест, одни дневные ясли на 20 детей, детская консультация и 13 яслей с охватом 190 детей в сельской местности (19).

В целях сохранения здоровья женщин, решивших по каким-либо причинам прервать беременность, еще в ноябре 1920 г. Наркомздравом и Наркомюстом РСФСР было выработано совместное постановление о порядке проведения абортов. В постановлении допускалось бесплатное производство операций в обстановке советских больниц, проводить их обязаны были только врачи-специалисты; акушерки или повивальные бабки, производившие подобные операции, лишались права практики и предавались народному суду.

Громкий резонанс получило «дело об аборте» в Гомеле в мае 1923 г., когда безграмотная в медицине женщина, некто Данилевич, несколько дней «оперировала» жену рабочего в маленькой непригодной квартире, после чего та умерла. Дело рассматривалось в суде с участием обвинителя и защитника. По итогам рассмотрения дела суд вынес приговор обвиняемой — 4-летнее тюремное заключение. На суде было сказано, что тогдашний заработок главы семейства в 80 рублей в месяц не позволял семье содержать третьего ребенка (20).

Свое отношение к абортам НКЗ БССР выработал в июне 1924 г., где было разъяснено, что понимается под социальными и медицинскими показаниями, указано о необходимости создания комиссий, которые должны

выдавать разрешения на производство аборта. В том же году до принятия этого документа по республике было произведено 506 аборт. Абортные комиссии были немногочисленны, в них входили председатель горрайисполкома, представитель женской организации и врач. Причины прерывания беременности не были многочисленными: или семья была уже многодетна, или бедна, что и отмечалось в протоколах комиссии. Случаев отказов не было. Так, в Хойниках с мая 1927 г. по май 1928 г. было рассмотрено 36 заявлений, все просьбы были удовлетворены. Очевидно, регламентация этой процедуры, возможно, экономическая ситуация, другие факторы значительно увеличили количество таких операций. Только в Мозыре и уезде в 1926 г. их было сделано 561 (21).

Наряду с бурными изменениями социального порядка правительство продолжало уделять достаточно внимания решению проблем матери и ребенка. Осенью 1936 г. в соответствии с постановлением ЦИК СССР по всей стране было развернуто ускоренное строительство детских яслей, роддомов и молочных кухонь. Ускоренными темпами велось строительство женских и детских консультаций, домов ребенка.

Надо отметить, что и до этого местными властями немало делалось для улучшения условий жизни и быта женщины. Но эта забота носила несколько специфический, прагматичный характер. Так, Лоевский райком К(б)Б, рассматривая вопрос об организации и работе детских яслей в районе, указывал на то, что председатели колхозов должны своевременно открыть летние ясли, с тем чтобы «дать возможность женщинам беспрепятственно работать в поле» (22). Все же в этом частном случае нельзя усматривать, на наш взгляд, какой-то исключительно корыстный подход со стороны хозяйственных руководителей. Дети в таких яслях лучше питались, имели медицинское обеспечение, и эта форма работы с детьми приобретала все большую популярность. В Рогачевском районе в предвоенный период функционировало 11 постоянно действующих детских садов на 419 детей, в Полесской области работало 30 таких учреждений, а в летний период открывалось до 600 сезонно действующих яслей (23).

В октябре 1936 г. было проведено всесоюзное радиосоветание по вопросу строительства детских учреждений. Было принято обращение ко всем горсоветам о проведении стахановского месячника по обеспечению досрочного и высококачественного выполнения всех работ по строительству и вводу в эксплуатацию родильных домов, яслей и молочных кухонь. Позже это радиобращение было оформлено телеграммой первого народного комиссара здравоохранения СССР Г.Н. Каминского. В ней содержалось требование еженедельного информирования о ходе строительства, организации в случае необходимости работы в 2—3 смены и т.д.

На местах дело обстояло, как всегда, прозаичнее. Несмотря на то, что местные власти также энергично требовали ускорения строительства, рас-

сма тривали и контролировали его ход, сделать удавалось то, что позволяли имеющиеся возможности. В 1938 г. в Полесской области вместо 80 намеченных было организовано 20 колхозных родильных домов. Ни одного роддома не было организовано в Калининском районе (24). Из анализируемых документов видно, что новых зданий в регионе строилось мало, приспособлялись имеющиеся здания. Но в республике в некоторых местах буквально поняли лозунг «Каждому колхозу — родильный дом». Кое-где родильные дома были построены в нескольких метрах от существующих. Такая тенденция, конечно же, вела к распылению и без того небольших материальных средств. Тем не менее, в результате интенсивно проводимой работы в этом направлении, улучшилась база родовспоможения и учреждений охраны материнства и детства. В конце 30-х годов в Гомельской области насчитывалось 28 родильных домов на 250 коек, 60 постоянных яслей на 3230 мест, в сельской местности, в колхозах летом разворачивалось более 440 сезонных яслей, имеющих более 13 тыс. мест (25).

Наряду с расширением сети роддомов и яслей в эти годы был принят декрет о запрещении абортов, принято постановление по увеличению материальной помощи роженицам, помощи многодетным.

Таким образом, в регионе и в республике складывалась система работы по охране материнства и младенчества. Стал отслеживаться и охраняться весь путь ребенка, начиная с его внутриутробного состояния, — консультации для беременных, родильная помощь, консультации для матери и ребенка, ясли, детсады, детские поликлиники и больницы. Была создана продуманная сеть учреждений, определен выбор средств в деле охраны здоровья матери и подрастающего поколения.

Немало было сделано медиками региона по искоренению такого социально-опасного и распространенного заболевания, как туберкулез.

Так, в 1912 г. туберкулезом в Мозыре болело 560 человек, в Речице — 508 (26). Каких-либо специализированных медицинских учреждений по борьбе с туберкулезом вновь образованная Гомельская губерния не имела, и противотуберкулезной помощи населению фактически не существовало.

Еще в 1918 г. государственная система здравоохранения наряду с другими неотложными задачами одной из главных для себя выделила борьбу с туберкулезом. В мае 1920 г. Наркомздрав направил на места циркуляр с указанием разработать первоочередные меры по сокращению заболеваемости туберкулезом. Как типичную можно отметить деятельность Гомельского губздрова, который создал при уездных отделах секции по борьбе с туберкулезом, куда были включены также представители органов охраны труда, социального обеспечения, профсоюзов. В функции этих комиссий входило обеспечение противотуберкулезной санитарно-просветительной пропаганды, организация конкретной работы по улучшению условий труда и быта трудящихся. В течение лета и осени работниками губздрова выяс-

нялись возможности переоборудования бывших помещичьих усадеб под легкие санатории временного типа. Были обследованы близлежащие от Гомеля населенные пункты с целью организации там санаториев и домов отдыха. Всего на территории Гомельской и Могилевской областей в современных границах функционировало 8 объектов подобного типа с общим количеством 540 коек. Приступила к работе и Злынковская туббольница, которая позже, в результате вхождения Гомельского уезда в состав БССР, отошла в ведение органов здравоохранения Брянской области. Переподчинение больницы привело к тому, что прием больных из Гомельской губернии фактически был прекращен (27).

Всего в местные санатории и курорты только в 1922 г. в Гомельской губернии было направлено 699 человек. В том числе — 147 человек направил профсоюз дорожников, 111 — советских работников, 54 — швейпром, 39 — текстильщики, 36 — учащиеся, 27 полиграфистов. Конечно, нуждающихся в лечении было больше. В первом полугодии 1923 года было зарегистрировано по области 4816 больных туберкулезом. В разрезе уездов тогдашней губернии это выглядело следующим образом:

Гомельский уезд — 48
Климовичский — 601
Клинцовский — 1301
Могилевский — 1207
Новозыбковский — 81
Речицкий — 694
Рогачевский — 138
Стародубский — 432
Чериковский — 314 (28).

Характерной чертой работы секций явилось активное вовлечение общественности в антитуберкулезные мероприятия. Широкое распространение получили трехдневники, декадниги, месячники. В конце 1922 г. секция борьбы с туберкулезом при НКЗ выслала на места инструкцию по проведению первого трехдневника. Губздрав определил время проведения — 19—21 января 1923 г., разработал мероприятия по его проведению и после утверждения его губисполкомом приступил к работе. Были созданы соответствующие комиссии в городах и уездах, мобилизованы лучшие лекторские силы, которые подготовили серию выступлений под общим названием «Туберкулез — бич человечества».

Были приняты меры по привлечению денежных средств. Владельцы гомельских ресторанов согласились отчислить в пользу трехдневника 15% прибыли, участники театральных постановок — 10%, самая высокая доля отчислений — 25% — была в кинематографе. Мелкие торговцы облагались специальным сбором. Эти отчисления согласовывались с созданной материальной комиссией и стимулировались договоренностью с губиспол-

комом о налоговых льготах для всех участвующих учреждений. Сбор денежных средств проводился по подписным листам, для чего было выделено 50 человек. Собрано было около 12 тыс. рублей в ценах 1923 г. Большая часть этих средств пошла на расширение и оборудование Злынковской туббольницы (29). На трехдневнике, проходившем несколько позднее в Мозырском уезде, было собрано 11 тыс. рублей. Часть суммы пошла на мероприятия, направленные на борьбу с туберкулезом на местах, часть переведена в Белнаркомздрав как дотация к открытию новых противотуберкулезных учреждений. Хотя вырученные суммы были небольшими, важным явилось то, что была развернута широкая благотворительная кампания, дан импульс пропаганде медицинских и гигиенических знаний.

Вынужденные проводить такие поспешные и разовые кампании органы здравоохранения губернии одновременно закладывали систему медицинских учреждений по лечению туберкулеза — больниц и диспансеров, которых до этого здесь не было. В 1922 г. в Гомеле был открыт прием туберкулезных больных городским отделом охраны здоровья, а через год начал работу противотуберкулезный диспансер, на который были возложены профилактические и лечебные функции. Тогда же открылось туберкулезное отделение на 15 коек при первой узловой железнодорожной больнице. Благодаря появлению материальной базы, стало возможным использование новых методов лечения, усилилось профилактическое направление, уровень заболеваемости стабилизировался. Подобный комплекс мероприятий был проведен по всей территории Беларуси.

Органы здравоохранения республики целеустремленно работали по сокращению заболеваемости населения туберкулезом, которая оставалась высокой. Из всех причин смерти на туберкулез приходилось 152 случая на 10 тыс. населения (34). Такая ситуация требовала дальнейших усилий по совершенствованию материальной базы антитуберкулезных учреждений, улучшению их технической оснащенности. Важным событием в этом ряду явилось открытие в 1928 г. в Минске противотуберкулезного научно-исследовательского института, который со временем возглавил все организационно-медицинское управление противотуберкулезной работой. Стали открываться специализированные больницы и санатории. Так, в 1932 г. в Гомеле на окраине города в сосновом лесу была открыта специально построенная туберкулезная больница на 100 коек с детским отделением. При диспансере имелись вспомогательные подразделения: ночной санаторий, диетическая столовая, детские площадки.

В 20-е годы многие советские ученые-фтизиатры выезжали за границу для изучения опыта борьбы с туберкулезом. Зарубежный опыт адаптировался к местным условиям. При диспансерах создавались советы социальной помощи, на промышленных предприятиях — туберкулезные ячейки. Обязанностью этих организаций являлось решение вопросов по улучшению труда и быта больных.

В 1924 г. государство впервые предоставило больным право на дополнительную жилую или отдельную комнату. Однако, в последующем, тяжелые социально-экономические условия на стройках социализма внесли свои коррективы в организацию антитуберкулезной работы.

В декабре 1929 г. последовала серия решений правительства и руководства партии, где было признано, что причиной роста заболеваемости среди рабочих являлись не условия, в которых жил и работал трудовой народ, а недостаточный уровень их медицинского обслуживания, т.е. вопреки своей же концепции о главенствующей роли условий труда и быта в состоянии здоровья людей.

В 1931 г. Наркомздравы РСФСР, а затем и БССР издали «Положение о борьбе с туберкулезом на производстве». Ответственность за всю работу возлагалась на заведующих антитуберкулезными учреждениями. На профилактический отпуск, тубздравницу, санаторий, диетстоловую, дополнительную жилплощадь в первую очередь могли претендовать больные с бактериовыделением — ударники труда.

Так, в деятельность фтизиатрической службы были привнесены и классовые оттенки борьбы с инфекцией.

В 1932 г. был уволен директор Государственного туберкулезного института В. Воробьев, Н.А. Семашко был освобожден от должности наркома здравоохранения в 1930 г., его заместитель З.П. Соловьев умер в 1928 г. Организаторов фтизиатрической службы в стране практически не осталось и она по сути дела прекратила существование.

«Социалистическое наступление» досталось населению дорогой ценой. Ухудшились демографические показатели. В средствах массовой информации после 1932 г. прекратились сообщения о смертности и рождаемости. В журнале «Вопросы туберкулеза» перестали публиковать сведения о заболеваемости туберкулезом и смертности от него. Был введен на деле запрет на гласность об эпидемической ситуации в стране.

Перестали проводиться туберкулезные трехдневники, в 30-е годы не было ни одного съезда фтизиатров. Советы социальной помощи при диспансерах, тубячейки и комиссии по организации труда и быта на производствах прекратили свою деятельность. Демократический период формирования фтизиатрической службы закончился.

Между тем в республике продолжалось наращивание материальной базы антитуберкулезных учреждений, применение прогрессивных способов лечения болезни, что дало определенные результаты. Выступая на XI Всебелорусском съезде Советов в 1935 г. Нарком здравоохранения И.З. Сурта отметил, что в республике работает 16 тубдиспансеров, 2 туберкулезных санатория на 518 коек. В сравнении с 1925 г. к 1930 г. достигнуто снижение заболеваемости в 2 раза. В до-революционное время смертность от туберкулеза достигала 45 случаев на 10 тыс. населения, сейчас этот показатель составил 10 случаев (31).

К сожалению, достоверными источниками по динамике заболеваемости этого периода мы не располагаем. Один из руководителей Министерства здравоохранения республики послевоенного времени И.Б. Кардаш приводил данные, что показатели по туберкулезу населения Беларуси были сравнимы с данными Лондона и Парижа. Руководитель утвержденной в 1938 г. инспектуры по туберкулезу при НКЗ республики М.Б. Кугель на первом съезде фтизиатров в 1964 г. предпочел вообще не приводить статистических данных. Из современных исследователей старший научный сотрудник Центрального НИИ Туберкулеза РАМН П.П. Капков опубликовал материалы стенограммы 2-го объединенного пленума Совета по борьбе с туберкулезом Наркомздравов СССР и РСФСР (15—17.08.1945 г.), где указывается, что в 1940 г. в 44 городах страны смертность от туберкулеза повысилась на 85% по отношению к предыдущим годам (32). Если это так, то нет причин сомневаться, что заболеваемость туберкулезом в Беларуси имела другие параметры. Одно можно отметить совершенно точно, что деятельность фтизиатрической службы в республике совершенствовалась в основном в отношении роста материальной базы лечебно-профилактических учреждений.

Определенные успехи были достигнуты в развитии такого рода специализированной медицинской помощи, как лечение глазных болезней. Первые элементы глазной помощи в учреждениях сельской врачебной части появились в конце XIX века. Уже в 1892 г. в Клецкой участковой больнице Слуцкого уезда, производились глазные операции. В конце 90-х годов XIX века — начале XX века в ряд уездов Минской и Могилевской губерний по линии российских благотворительных обществ посылались глазные отряды, которые способствовали подготовке врачей и фельдшеров — специалистов по глазным болезням.

Еще по статистике 1914 г., Минская и Могилевская губернии занимали одно из первых мест в России по количеству трахоматозных заболеваний. В 1922 г. лишь в 4-х окружных городах Беларуси имелись врачи-окулисты (всего 9 человек), одна койка для больных с глазными заболеваниями приходилась на 50 тыс. населения. Остальные 6 округов с населением в 2,5 млн. человек были лишены медицинской помощи. Через 4 года количество таких коек увеличилось, одна койка стала приходиться на 28500 человек. Амбулаторные приемы больных стали осуществляться во всех окружных городах Беларуси (33).

Несколько лучше было положение в Гомеле, где еще с конца XIX в. функционировала глазная лечебница на 30 коек. Ее директор А. Брук, окончивший в свое время Венский и Дерптский университеты, был одним из виднейших офтальмологов Беларуси. Работая офтальмохирургом, он производил сложные пластические операции на глазном яблоке и придатках органов зрения. Именно с его именем связана популярность этого учреждения. Лечебница имела межгубернское значение и финансировалась

на долевых началах Минской и Черниговской губерниями, которые, соответственно, давали значительный контингент больных. После революции лечебница стала обеспечиваться средствами Наркомздрава, местного исполкома и представляла собой, по определению президиума Гомельского горсовета, «крупную научно-медицинскую единицу благодаря высококвалифицированным специалистам». В 1934 г. лечебница была преобразована в Белорусский трахоматозный институт, который вел впоследствии не только лечебную деятельность, но и активно участвовал в подготовке кадров, организации глазных отрядов. О характере и масштабах распространения болезни на Полесье дает представление отчет Н.А. Лосева, врача Мозырской окружной больницы, побывавшего в командировке в Брагинском и Хойникском районах Речицкого округа в 1927 г. По этим районам был зарегистрирован 941 больной трахомой, или на 10 тыс. населения приходилось 129 человек (34). Это были далеко не худшие позиции в СССР, но беспокоило большое количество заболевших детей. Причины возникновения и распространения этой болезни заключались в заболоченной местности, антисанитарии и невежестве.



Коллектив 1-й Мозырской больницы.

**В центре Э.Я. Кенисберг — заведующий хирургическим отделением,
2-й справа от него В.С. Жолтый — заведующий терапевтическим отделением.
1934 г.**



Коллектив 1-й Советской больницы г. Гомеля.

**1-й справа — хирург И.Г. Бабицкий, 3-я — главврач Б.И. Каган,
4-й — хирург Леташенко.**

Если с последними двумя факторами можно было организовать в короткие сроки действенную борьбу используя административные меры и просветительскую работу, то на проведение мелиоративных мероприятий требовались немалые средства. Так, в Мозырском округе площадью 13736 кв. верст протекала река Припять протяженностью 180 верст. При ней имелось 337 заливов и озер площадью 6 тыс. десятин, 9 небольших водоемов площадью 400 десятин. Более 4,5 тыс. десятин насчитывала площадь Князь-озера и Белого.

В результате целенаправленной работы Наркомздрава БССР заболеваемость трахомой по республике была снижена к концу 1940 г. до 40 случаев на 10 тыс. населения. Значительно снизились профессиональные заболевания и глазной травматизм. К концу 30-х годов после выполнения ряда мероприятий по борьбе с трахомой количество заболеваний пошло на убыль и ситуация стабилизировалась (35).

К концу 30-х годов по ряду причин в регионе, как и в республике в целом опять обострилась эпидемиологическая обстановка. В начале 1939 г. состоялось Всебелорусское противоэпидемическое совещание, где было обсуждено состояние борьбы с инфекционными заболеваниями. В документах совещания абсолютных цифр не приводилось, и динамика заболеваний давалась только в процентах. Было отмечено, что за 1938 г. в сравнении с предыдущим годом имелось повышение на 33% случаев брюшного тифа по рес-

публике. Это на 0,6% превышало средний показатель по СССР. Наибольший рост дали Полесская (на 14,3%) и Гомельская (на 13%) области. Но зато в этих областях было отмечено снижение сыпного тифа. Увеличилось количество по республике заболеваний дизентерией. Выросло на 25% количество заболеваний дифтерией, что явилось следствием невыполнения плана предохранительных прививок. Резкий подъем на 62,8% имела корь, хотя по СССР наблюдалось снижение на 10%. Значительный рост этого заболевания был допущен в Гомельской и Полесской областях (112,7% и 155,8%) (36). Участники совещания пришли к выводу, что подобное стало возможным из-за неудовлетворительной постановки информирования о первых случаях заболевания со стороны медицинских участковых работников. На местах очаги заболеваний не обрабатывались, санобработка производилась некачественно, недостаточно хорошо была поставлена санитарная работа в школах. Но главная причина заключалась в слабой лабораторной базе, что сказывалось на результатах противоэпидемических мероприятий. Пришлось опять возвращаться к вопросам санитарного состояния населенных пунктов, водоснабжения, канализации. Строительство объектов коммунальной сферы отставало. Строилось их в силу отсутствия средств мало, и вводились они с большим опозданием. К тому же промышленность Гомеля в довоенные годы развивалась быстрее, чем в других городах Беларуси. Валовая продукция крупной промышленности в 1936г. увеличилась в сравнении с 1913 г. в целом по Беларуси в 15,6 раза, по Минску в 20; Бобруйску — 26,5; Витебску — 39,4; а по Гомелю — в 65,6 раза (37).

Оценивая сложившееся положение в сентябре 1939 г. СНК БССР принял специальное постановление об упорядочении санитарной ситуации в республике. Гораздо больше, чем до сих пор стали уделять внимания строительству бань. Органы государственной санитарной инспекции постоянно ставили вопросы перед местными советскими органами об их строительстве и функционировании. Была подготовлена специальная двухлетняя программа строительства бань в колхозах республики, выполнить которую к войне не удалось. Бюро Полесского обкома, в феврале 1941 г. рассматривая состояние здравоохранения в области констатировало, что из намеченных 517 бань построена только половина.

Многие бани не использовались из-за отсутствия дров, или были заняты под сушилки, овощехранилища, птицефермы. Критике по этим позициям стали подвергнуты Житковичский и Комаринский районы (38). Только четыре общественных бани функционировали в конце 1940 г. в Ветковском районе, строительство плановых девяти бань было не окончено. Хотя планы по сооружению этих объектов были, очевидно, завышены. Отраднo то, что этому вопросу уделялось внимание на самых различных уровнях и эта кампания, несомненно, улучшила эпидемиологическую обстановку в республике.

Карта распространения трахомы
в БССР. 1935 год.

составлена
Н. А. Косыгина



Карта распространения трахомы в БССР. 1935 г.

В ряду санитарно-противоэпидемических мероприятий заметную роль сыграло общественное движение за санитарную культуру и быт. Особенно показательна в этом ряду акция по поддержке инициативы медицинских работников Геокчайского района Азербайджана. Она нашла живой отклик и массово распространилась в ряде районов республики. Так, в Рогачевском районе несколько видоизменившись, оно стало движением за санитарную культуру, лозунгом которого явилось: «Меньше грязи, меньше болезней». Районный отдел здравоохранения совместно с райкомом профсоюза медицинских работников рассмотрели вопрос о развертывании Геокчайского движения в районе. Там же было решено, что врачи и средний медперсонал возглавят это движение. Их почин был поддержан городским Советом депутатов трудящихся. Город был разбит на 40 кварталов, за каждым закреплен депутат горсовета и медработник. Они сформировали бригады, включающие по 6—8 общественных санитарных инспекторов. В сельской местности медработник был закреплен за каждым сельским советом, где он проводил аналогичную организационную работу. Состоялось несколько районных конференций санитарного актива и населения. К разъяснению сути движения были подключены средства массовой информации. Через несколько месяцев были подведены первые итоги санитарного благоустройства. Позже Рогачевское движение за санитарную культуру законодательно оформилось в годы войны в тыловых районах страны и на освобожденной территории. Создание института общественных санитарных инспекторов и широкое привлечение их к санитарной и противоэпидемической работе способствовало поднятию санитарной культуры и благоустройству населенных мест, успешной ликвидации особо опасных инфекций (39).

Несмотря на имеющиеся трудности, объективного и субъективного порядка, в предвоенный период было многое сделано по укреплению материальной базы здравоохранения. В 1940 г. области имели не только развитую сеть лечебно-профилактических учреждений общего профиля, но и специализированных; туббольницы и тубпункты, трахоматозно-офтальмологический институт, детские лечебные учреждения (40).

Таблица 3.3.

**Основные параметры материальной базы
Гомельской и Полесской областей на 01. 01. 2004 г.**

Области	Население в тыс.	Леч. учр.	Коек	Роддом	Амбулат. и поликлиника	Здравпункт	ФАПы
Гомельская	908,5	44	2850	28	112	29	154
Полесская	672,3	35	1536	20	85	23	126

Лучшее положение по развитию лечебной сети имела столичная Минская область, в остальных состоянии сети было примерно одинаковое, и, в общем, превосходила мощности западных областей Беларуси, находящимися под польской оккупацией. Так Белостокская область в конце 1939 г. имела 26 больниц на 1100 тыс. населения, из них государственных — 12, общественных — 5, частных — 9, с общим числом 1274 койки.

Из общего числа коек 207 являлись инфекционными и из них только 12 коек приходилось на сельскую местность. Недостаток коечного фонда и непосильная плата (от 4 до 11 злотых в день) сказывались на продолжительности пребывания. Подобное отношение польских властей к организации здравоохранения на «Заходніх крэсах» закономерно приводило к высокой заболеваемости белорусского населения (41).

Таблица 3.4.

**Сравнительные данные по заболеваемости
Белостокской, Новогрудской и Полесской областей (1938 г.)**

Области	Заболеваемость (в абсолютных величинах)				
	Сыпной тиф	Брюшной тиф	Дизентерия	Туберкулез	Трахома
Белостокская	122	575	—	3726	3458
Новогрудская	409	208	272	6174	883
Полесская	157	203	73	1253	798

При этом следует учитывать, что в силу обозначенных обстоятельств многие больные в западных областях не выявлялись и не регистрировались. Правда, свои проблемы существовали в использовании материальной базы в той же Полесской области. Наряду с недостаточной кадровой обеспеченностью, нерационально использовались к примеру имеющиеся больничные койки. В Мозыре вместо установленной нормы 330 дней загруженности в году, койки были заняты 255 дней, в Ельске — 190, Хойниках — 250 дней. Местные отделы здравоохранения неудовлетворительно использовали отпускаемые бюджетные ассигнования. В 1939г. в области на нужды здравоохранения не было израсходовано 749 тыс. рублей, предусмотренных бюджетом. Здесь также существовали недостатки в выявляемости больных, нерациональном использовании имеющегося коечного фонда, рабочие и колхозники не хотели проводить лишнее, по их мнению, время в лечебном учреждении. Необходимо было думать как вовремя, без задержек уплатить денежные и натуральные налоги государству. Таким образом, здесь также существовала плата за лечение, хотя и опосредовано, через единого хозяина — государство.

К тому же наведению должного порядка в работе местных органов власти мешала кадровая чехарда. В области в 1939 году в 15 районах сменились заведующие райздравами, а в Лельчицком, Мозырском, Калинковичском районах — по 2—3 раза (42).

Тем не менее, несмотря на все трудности, развитие здравоохранения в республике в целом перед самой войной шло по восходящей. В мае 1941 г. состоялось Республиканское совещание актива работников здравоохранения обсудившее пути улучшения медицинского обслуживания населения, конкретизировались предстоящие задачи. Заметным событием для населения Гомельской области стало завершение строительства областной больницы на 225 коек с гинекологическим, костнотуберкулезным, неврологическим, стоматологическим, терапевтическим и хирургическим отделениями. Значительно больше средств, чем обычно, — 3,7 млн. рублей — получил Гомель на жилищно-коммунальное развитие, что позволяло поднять санитарное благоустройство на качественно новый уровень. В начале марта в Гомеле состоялось республиканское совещание по борьбе с малярией. Гомельская областная малярийная станция была утверждена кандидатом на участие во Всесоюзной Сельскохозяйственной выставке (43).

Деятельность местных органов власти перед войной характеризуется усилением внимания к работе общественных, самодеятельных организаций. В первую очередь это относится к работе профессионального союза медицинских работников «Медикосантруд». Широкое распространение получила практика подписания коллективных договоров, через которые решались некоторые социальные проблемы. Характерной была активизация влияния союза на здравоохранение, ни одно важное мероприятие органов здравоохранения не проходило без его участия. Так что связь правительства и руководства отраслью с трудовыми коллективами существовала и приводной «ремень» действовал в двух направлениях, проводя сигналы также и снизу вверх.

Новый импульс перед войной получила деятельность Общества Красного Креста Беларуси. В Гомельской и Полесской областях функционировало около 1 тыс. первичных организаций, члены которых активно вели санитарно-просветительную работу, развивали движения безвозмездного донорства, что сыграло свою положительную роль в последующем.

Местные советские и партийные органы все больше внимания уделяли развитию физкультурного движения.

В городах и сельской местности создавались Советы физкультуры, проводились смотры на лучшую постановку физкультурного движения, спартакиады, соревнования. Все большее количество молодежи становились участниками различных оборонно-спортивных обществ, обладателями значков ГТО, что благотворно сказывалось на состоянии здоровья подрастающего поколения.

Подводя итоги вышеизложенного, можно констатировать, что основные усилия органов здравоохранения региона были направлены на выполнение постановлений вышестоящих партийных и советских органов. Основопологающим в этом ряду явилось постановление ЦК ВКП(б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» (1929 г.), определившего всю политику в области здравоохранения в этот период.

Стремительное развитие индустрии, реконструкция и подъем промышленности, коллективизация в сельском хозяйстве потребовали особого внимания к вопросам охраны здоровья рабочих и крестьян. Созданная за эти годы широкая региональная сеть здравпунктов на предприятиях, фельдшерско-акушерских пунктов в сельской местности, укрепление материальной базы больниц и поликлиник стало основным звеном в решении этой проблемы.

Организация санитарной службы в крае, наделение ее широкими полномочиями, развитие самодеятельного движения населения способствовали наведению санитарного порядка, повышению уровня санитарной культуры, наступлению на инфекционные болезни.

Годы первых пятилеток, как и во всей республике, явились периодом интенсивных поисков наиболее рациональных форм оказания лечебно-профилактической помощи населению, в частности, амбулаторно-поликлинической. Поликлиника стала учреждением, в работе которого утвердился территориально-участковый принцип работы, диспансерный метод наблюдения за определенными группами населения, оказание специализированной помощи по основным ее видам.

Новым положительным моментом в организации здравоохранения явилось планирование, вошедшее в практику вместе с разработкой пятилетних народнохозяйственных планов. Комплексность разрабатываемых и осуществляемых планов развития отрасли повышала эффективность медико-санитарного обслуживания населения.

Как безусловное достижение органов здравоохранения на местах, следует отметить работу по улучшению материальной базы родовспоможения и учреждений охраны материнства и детства, повышению эффективности медицинской родильной помощи.

Вместе с тем, не удалось избежать трудностей и недостатков.

Отмечая в целом большое внимание к деятельности органов здравоохранения со стороны центральных и местных властей, надо отметить серьезные изъяны в их работе по управлению отраслью. Все более акцент делался на силу приказа, анализ причин допущенных просчетов сводился к идеологическим проблемам.

Сдерживающим фактором явились фактически непрекращающиеся, уже после укрупнения республики, изменения административно-территориального деления, что не давало утверждению преемственности в работе, стабилизации системы местного здравоохранения.

Не удалось полностью разрешить проблему врачебных кадров. Количество выпускников медицинских вузов республики в Гомельской и Полесской областях было явно недостаточным. Имело место неравномерное распределение врачей в городах и сельской местности.

Достигнутое в области здравоохранения за первые десятилетия советской власти не могло полностью удовлетворить потребности населения и было еще очень далеким от совершенства. Недостаточная экономическая база, деформации в обществе, императив командно-административной системы — все это сказывалось на функционировании отрасли. Но родились и утвердились новые формы и методы работы органов здравоохранения, была создана система медицинского обслуживания населения, которая стала основной для дальнейшего планового развития медицины в регионе и республике.

Глава IV

ВЕЛИКАЯ ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ВОЙНА И ПОСЛЕВОЕННОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ

Нападение фашистской Германии на СССР открыло самую страшную страницу истории Беларуси XX столетия. На протяжении четырех с лишним лет она стала театром ожесточенной борьбы с фашистскими захватчиками. С первых дней оккупации гитлеровцы ликвидировали советский государственный строй, территориальную целостность Беларуси, ввели свое административное деление. В частности, почти вся Гомельская и несколько районов Полесской области были отнесены к так называемой «области армейского тыла» группы армий «Центр», южные районы Гомельской и Полесской областей были присоединены к рейхкомиссариату «Украина». Укрепляя жестокий оккупационный режим, захватчики использовали в своих интересах ими же созданную структуру калабарационистов, так называемую Белорусскую народную самопомощь. В начале 1942 г. немецкая администрация провела съезд всех врачей Беларуси, на котором было решено создать белорусскую врачебную организацию, открыть белорусский университет для подготовки врачей. Врачи были распределены по округам и возглавили там сохранившиеся больницы и амбулатории (1). Эти организационные мероприятия были вызваны усилением сопротивления немцам, как на фронте, так и в тылу. Оккупационные власти, опасаясь возникновения и распространения среди личного состава болезней и эпидемий, были вынуждены разрешить работу лечебных учреждений. В них чаще оказывалась только первая врачебная помощь, за которую гражданскому населению приходилось платить. Из-за высокой стоимости лекарственных средств лечебная помощь становилась недоступной для подавляющего большинства населения.

С точки зрения оккупантов, эта помощь была совершенно излишней. Представители гитлеровской верхушки высказывались вполне определенно: «За редким исключением, немецким властям необходимо избегать оказания медицинской помощи местным жителям. Не стоит заниматься предупредительными прививками и проводить дезинфекцию среди этих людей».

Такой же лицемерной была идея о создании высшего медицинского заведения на Беларуси. Только в связи с большими потерями медицинского персонала в результате боевых действий, эвакуации, уничтожения медиков еврейского происхождения, когда медико-санитарное состояние территории стало угрожающим, оккупанты были вынуждены принимать меры по подготовке врачебных кадров. Наряду с функционированием ряда краткосрочных школ по подготовке среднего медперсонала, в 1943 г. была попытка открыть в Могилеве научно-медицинский институт, организовать там подготовку недоучившихся студентов-медиков. Дело заволокитилось

из-за трудностей, связанных с подбором преподавательских кадров. А в 1944 г. свое решающее слово сказала Красная Армия. По различным источникам, только уже в Ново-Вилейке состоялся первый и последний выпуск 30 специалистов лечебного дела. Кстати, настоящий Белорусский (Минский) медицинский институт, находясь в условиях эвакуации в Ярославле, выпустил в этом же году 47 врачей (2).

Таковы были общие контуры состояния лечебного дела, существование которого в самых минимальных параметрах оккупанты вынуждены были допустить.

Общеизвестен характер завоевательной политики немецко-фашистских захватчиков — это геноцид. В ходе его осуществления уничтожались целые группы населения, особенно при этом страдали дети, женщины, пожилые люди, больные и раненые. Посредством концентрационных лагерей уничтожалась дееспособная часть населения. Голод, холод, тяжелые жилищно-бытовые условия жизни привели к резкому ухудшению состояния здоровья населения на оккупированной территории. Продолжала уничтожаться материальная база советского здравоохранения.

В силу самых разных причин оставшиеся на оккупированной территории медицинские работники (в Гомельской области из 508 врачей осталось 139, из них 90 работали в лечебных учреждениях) в абсолютном большинстве встали на сторону участников антифашистской подпольной борьбы, тем самым придали своей деятельности патриотический характер (3).

Одной из массовых акций, в которой участвовали медработники, явилась операция по срыву фашистских планов по угону местного населения в Германию. Врачи, работая в отборочных рабочих комиссиях, давали здоровым людям заключения о нетрудоспособности, объявляли тифозный карантин в районах, где не было эпидемий, избавляли всех, кого могли, от насильственной отправки на немецкую каторгу.

С организацией партизанского движения на плечи медработников легла задача оказания лечебной помощи партизанам. На первых порах у них не оказалось простейших медицинских препаратов, перевязочных средств.

«Осенью 1941 г., — вспоминал А.Д. Рудак, видный участник партизанского движения, — у партизан недавно образованного Гомельского городского партизанского отряда «Большевик» не оказалось даже такого средства для промывания ран, как риванол. Пришлось партизанам обратиться в Старо-Дятловичскую больницу. Само собой разумеется, завязался разговор с медперсоналом, в ходе которого выяснились особенности функционирования больницы. Оккупационные власти больницу на снабжение не взяли. Зарплату персоналу никто не платил. Для питания староста деревни из колхозных складов выделял немного муки, картофеля, овощей. Лекарств практически не было. Но и в этих условиях осуществлялось лечение больных. Из 20 человек, находящихся на излечении, 15 являлись красноармейцами. Многие из них по

выздоровлению пополнили отряд» (4).

Несколько позже, с утверждением «нового порядка» контроль за функционированием лечебных учреждений ожесточился, и оказание всякой помощи больным и раненым было сопряжено с риском для жизни медицинского работника. Однако помощь эта всегда оказывалась, и действовать приходилось сообразуясь с обстоятельствами. Врач Холмечской больницы А.В. Кот лечила больных, уходя из своей деревни в соседнюю, куда подвозили раненых и заболевших (5). В феврале 1942 г. заболел секретарь подпольного обкома партии А.А. Куцак. В близлежащем Нисимковичском сельсовете проживал только фельдшер Н.П. Гулевич. Его возили ночью в лес к больному, и он сумел в сложных условиях вылечить одного из организаторов партизанского движения на Гомельщине (6). Постепенно начала складываться собственная партизанская служба. По предложению врачей строились санитарные землянки, куда направлялись для ухода за больными и ранеными все, кто имел хотя бы минимум медицинских знаний. Строились также бани-землянки. Однако на первых порах состав медицинской службы в силу понятных причин был недостаточно квалифицированный. Не хватало врачей вообще и хирургов в частности. Не было инструментария, медикаментов, перевязочного материала. Ампутацию конечностей проводили обыкновенной ножовкой. Таким «инструментом» сделал ряд серьезных операций хирург 8-й Рогачевской бригады В.М. Казуро (7). Со временем медицинская служба партизанских отрядов и соединений получила организационное оформление. В партизанских зонах стали создаваться госпитали и медицинские пункты. К лету 1942 г. имел свою медицинскую службу уже упоминавшийся отряд «Большевик». Сюда из Лоевского отряда, имевшего крепкую медицинскую службу, перешел А.К. Людчик, который вместе с медсестрами Н. Покитько и Т. Сергеевой наладил работу лесного госпиталя в зоне действия «Большевика»(8). Эффективно работал партизанский госпиталь Ельского отряда Полесской области. Врачи и медсестры под руководством И.И. Галицкого оказывали помощь не только партизанам, но и населению. Их услугами пользовались 8 сельсоветов из 12, имевшихся в районе (9). В места расположения отряда жители привозили больных, которые получали квалифицированную помощь. Врачи и фельдшера постоянно выезжали в населенные пункты для помощи больным. В некоторых деревнях создавались специальные санпункты, обслуживавшие жителей района. На базе партизанских госпиталей начали свою работу курсы медсестер и санинструкторов, организовывалась заготовка лекарственных средств, восполнение израсходованного медицинского имущества. Значительную роль здесь сыграла молодежь. Комсомольцы в отрядах бросили клич: «Каждая девушка-партизанка должна иметь минимум медицинских знаний». Вскоре на партизанских курсах, ко-

торыми руководили врачи, было подготовлено более 200 инструкторов. Практически всегда проблемой являлась нехватка лечебных средств.

Командование постоянно ставило перед подпольщиками и связными задачу приобретения лекарств и перевязочного материала. Многие добывались через врачей, работавших в больницах. В Жлобине подпольщики получали лекарства через врача П.М. Фигурнова. Когда он перешел в партизанский отряд, дело продолжила его коллега К. Овсяникова (10). Многие сделали для снабжения медикаментами Уваровичского отряда им. Щорса Гомельская подпольная группа под руководством М.Т. Ковалевой. В августе 1943 г. подпольщицы этой группы Р. Байкова и К. Кузюленко, работавшие в госпитале, организовали угон из Гомеля в отряд санитарной машины с лечебными средствами. Недостаток лекарств медики компенсировали настоями и отварами трав. Как лечебное средство использовали скипидар и берестяной деготь, медицинский спирт заменялся спиртом-сырцом местного производства, марля — парашютным шелком и крестьянским холстом.

Несмотря на недостаток медикаментов, сложные условия, в которых приходилось оказывать помощь партизанам, врачи спасли сотни людей. В Буда-Кошелевской бригаде им. Чапаева за время ее существования было 29 тяжело раненых, 26 из них врачи сохранили жизнь. К сожалению, многие медработники сами погибли, оказывая помощь товарищам в боевых экстремальных ситуациях. Смертельно ранена была в бою под Глушковичами партизанка Ельского отряда А.Ф. Цеханович. Ее комсомольский билет, пробитый осколками, хранится сейчас в Белорусском государственном музее истории Великой Отечественной войны. За оказание помощи партизанам был замучен фашистами заведующий Октябрьским врачебным участком А.А. Чарноцкий вместе с женой, матерью, двумя детьми. При разгроме немецко-полицейского гарнизона в д. Грабье этого же района погибла медсестра Т. Сурпина. На двадцатом году жизни в сентябре 1943 г. погибла от рук полицаяв медсестра Хойникского партизанского отряда им. Чапаева Н. Кечко. Зверски замучен был партизан-интернационалист, врач, словак Ладислав Дында, похороненный в Буда-Кошелево. Их дело продолжали соратники и боевые товарищи по партизанским походам. В памяти народной остались имена медфельдшера К. Шульги, санитарки Т. Маковской из бригады им. Железняк, врача Шатрович, медсестер М. Грицковой и Н. Чергуевской, фельдшера Хоменка П.Т. из бригады им. Ворошилова. Многие из них заслуживают отдельных жизнеописаний. К примеру, немало довелось пережить начальнику санитарной службы отряда им. Гастелло Стукач Н.А. Уроженка Стрешинского района, окончила в 1937 г. школу, в этом же году репрессировали отца. С большим трудом поступила в Гомельскую фельдшерско-акушерскую школу. После ее окончания в 1941 г. поехала по распределению в д. Глыбов, где работала заведующей ФАПа. Познала все перипетии партизанской жизни. После освобождения Речицы возглавила райздрав. Узнав, что в Новобелице стоит эшелон с возвращавшимся из

Ярославля Минским медицинским институтом, приехала в Гомель, встрети-лась с руководством. Узнав о жизни в партизанском отряде, ей не могли отка-зать в учебе. После окончания института опять работала заведующей Речиц-ким райздравом, на других врачебных должностях.

Медсестра О.М. Ухналева вынесла с поля боя и спасла жизнь многим партизанам отряда им. Ворошилова, действовавшего в Калинковичском районе. После боя в совхозе «Липово» она в опасной обстановке соверши-ла настоящий рейд с тяжелоранеными из Василевичского района в Ок-тябрьский и доставила их к партизанскому аэродрому в Володарске (Гаве-ничах) для отправки на Большую землю.

Партизаны Рогачевщины хорошо помнят врачей С. Дучко, зуботехни-ка А. Дучко, врача Р. Яшкевич, студента 3 курса мединститута, впоследст-вии заслуженного врача республики М. Усевича, фельдшера В. Якушева, медсестер А. Еремову, Н. Дегтяреву.

Много наших земляков-медиков сражалось на фронтах, в боевых частях и соединениях. Высшей наградой Международного Комитета Красного Креста за спасение раненых, медалью Флоренс Найтингейл отмечен ратный труд уроженки Буда-Кошелевского района С.В. Голуховой — одной из 6 лауреатов этой медали на Беларуси. В музее СШ № 47 г. Гомеля хранится личная донор-ская книжка военного времени медсестры из Речицы В.С. Беляевой-Борони-ной, где имеются отметки о сдаче крови раненым бойцам прямо на передовой. С сентября 1943 по январь 1944 г. таких записей 11. В борьбе против немецко-фашистских захватчиков на временно оккупированной территории в парти-занских соединениях, частях Красной Армии медики-земляки проявляли при-меры самопожертвования, были образцами стойкости и храбрости. Многие из них были удостоены высоких правительственных наград (11).



Е.В. Клумов — профессор Минского медицинского института,

Герой Советского Союза.

Начинал свою врачебную деятельность в д. Сутково Лоевского района

Сразу после освобождения и изгнания оккупантов из восточных районов республики были обнаружены севернее Азаричей созданные гитлеровцами три лагеря смерти, где томились и умирали тысячи советских граждан. Подступы к лагерям были заминированы. Вместе со здоровыми людьми в них содержались сотни больных сыпным тифом, специально сюда доставленных из Полесской, Гомельской и Могилевской областей. Гитлеровцы ставили цель заразить всех узников, превратить этот район в эпидемиологический очаг и тем самым ослабить натиск соединений Красной Армии. Советские воины из трех лагерей освободили 33 тысячи человек, обреченных на неминуемую гибель.

Военный совет 65-й армии принял срочные меры по оказанию освобожденным необходимой помощи. В населенных пунктах Волосовичи, Корени, Ломовичи и других были оборудованы приемные и питательные пункты, бани, дезкамеры. Многие свои госпитали военные отдали для больных тифом. В карантинной зоне работали 6 обсервационных и 8 медицинских пунктов, 14 санитарных пропускников, 21 изолятор, 7 временных инфекционных больниц и 12 армейских госпиталей, активно проводились санитарно-профилактические мероприятия. 7 апреля 1944 г. правительство республики направило Военному совету 65-й армии письмо, в котором выражало благодарность личному составу армии за освобождение и спасение от смерти населения из гитлеровских лагерей.

При отсутствии организованного медицинского и санитарно-профилактического обслуживания населения во время оккупации широкое распространение получили тифы, дизентерия, малярия, туберкулез, кожные и венерические болезни. Сложная санитарно-эпидемиологическая обстановка потребовала проведения чрезвычайных мер и самоотверженной деятельности всех медицинских работников. Восстановление здравоохранения и борьба с эпидемиями в освобожденных районах осуществлялись при тесном взаимодействии органов здравоохранения и армейской медицинской службы. Военно-санитарная служба 1-го Белорусского фронта осуществляла широкие оздоровительные мероприятия среди жителей на освобожденной территории Гомельской и Полесской областей. В мае-июне 1944 г. при санитарно-эпидемическом обследовании населенных пунктов было выявлено и госпитализировано в армейские и фронтовые госпитали 3,8 тыс. инфекционных больных. Около 4 тыс. человек было помещено для лечения в местные больницы и изоляторы. Санитарной обработке фронтовыми средствами в очагах инфекций подверглось 307 тыс. жителей, при этом было дезинфицировано 340 тыс. комплектов их белья и одежды. В очагах заболеваний вели работу 10 армейских эпидемиологических отрядов, оснащенных санитарной техникой и дезинфекционными средствами.

Воинские части построили для населения 140 бань и 108 дезинфекционных камер. В Гомеле были отремонтированы и введены в эксплуатацию 2 бани и 12 санпропускников. Одним из мероприятий, предупреждающих занос эпидемических заболеваний в войска Красной Армии и распространение их среди гражданского населения, явилось создание на пути передвижения войск и мигрирующего населения сети санитарно-контрольных и наблюдательных пунктов. В марте были организованы наблюдательные пункты на 500 мест каждый в Довске, Речице, Ельске, Калинковичах, Хойниках, а также на железнодорожной станции Гомель. Только за три месяца 1944 г. Калинковичский и Речицкий пункты провели осмотр 34 тыс. граждан и госпитализировали 5193 больных сыпным тифом (12).

С освобождением территории от захватчиков начали проводиться мероприятия по восстановлению системы здравоохранения. Еще в 1942 г. была сформирована оперативная группа Наркомздрава. Она подбирала заведующих областными, городскими и районными отделами здравоохранения, выявляла места жительства медицинских работников, эвакуированных из Беларуси, и составляла списки подлежащих вызову для работы в освобожденных районах, создавала запас медикаментов, перевязочных средств. В целях быстрого укомплектования кадрами медицинских учреждений Наркомздрав СССР откомандировывал в освобожденные районы врачей, провизоров, средних медицинских работников, эвакуированных из республики. 26 ноября 1943 г. был освобожден Гомель, а в январе следующего года в городе уже работали две больницы, три аптеки, во всех районных центрах — больницы и амбулатории. Наряду с восстановлением материальной базы, приходилось большие усилия затрачивать на борьбу с эпидемиями (13).

Местные партийные и советские органы в пятидневный срок создали при исполкомах областных, городских, районных и сельских советов трудящихся чрезвычайные противоэпидемические комиссии. В конце 1943 — начале 1944 гг. республиканская противоэпидемическая комиссия провела два выездных заседания в наиболее пораженных сыпным тифом районах Гомельской и Полесской областей. Большую помощь продолжали оказывать местным медикам военно-санитарное управление I Белорусского фронта. Фронтowej санитарно-эпидемический отряд № 81 обслуживал Гомель и районы Гомельской области. В Гомеле работала санитарно-бактериологическая лаборатория фронта. На территории Гомельской и Полесской областей по ликвидации очагов сыпного тифа много потрудились работники фронтowego эвакуационного пункта № 73. Летом и осенью 1944 г. характер эпидемии приняла малярия. Наиболее пораженными оказались районы Гомельской и Полесской областей. Местные власти, органы здравоохранения приняли меры по борьбе с этим заболеванием. Создавались малярийные станции и пункты. Для оздоровления территории проводились гидротехнические противомаларийные работы, осушение водоемов, не имеющих хозяйственного значения, а также

оставшихся после строительных и оборонных работ, очистка прудов и других водоемов от плавающей растительности (14).

С большими трудностями шло восстановление материальной базы здравоохранения. Еще 6 ноября 1943 г. СНК БССР принял решение о проведении учета ущерба, причиненного немецко-фашистскими захватчиками. Эта работа возлагалась на заведующих облздравотделами. На каждом уровне организационной структуры органов здравоохранения создавались комиссии, которые привлекали к своей работе экспертов, по медицинским учреждениям составлялись реестры потерь, на их основании — обобщающие акты (15). На основании 148 таких документов в Гомельской области были определены размеры материального ущерба в сфере здравоохранения. Они составили 42 миллиона 448 тыс. рублей. Уничтожено было и разрушено 158 больниц, поликлиник и амбулаторий, 73 детских специальных учреждения. Сам Гомель потерял 26 различных медучреждений. Большие потери в материальном плане понесла и Полесская область. В акте о нанесенном ущербе здравоохранению Лельчицкого района говорится о том, что еще в ноябре 1942 г. немцами были сожжены в самом райцентре больничный городок и детские ясли, не ограничившись этим, оккупанты сожгли больницы в Буйновичах, Симоничах, Глушковичах, Астрожанке, Гребенках, Боровом и Заполье. Всего потери по району составили 2 млн. 698 тыс. рублей. Потери по всей Полесской области — 25 млн. 741 тыс. рублей. Эти сведения представлялись и утверждались в Чрезвычайных областных комиссиях.

Восстановление лечебной сети приходилось, по сути дела, начинать с нуля. Большинство медицинских учреждений еще находилось во временно приспособленных и недостаточно пригодных помещениях, не были в должной мере обеспечены инвентарем, лечебными средствами, транспортом. Местные власти оказывали возможную помощь медикам рабочей силой, материальными средствами, контролировали ход восстановления сети. В сентябре 1945 г. на бюро Гомельского обкома КПБ был рассмотрен вопрос «О выполнении плана развертывания сети учреждений здравоохранения и состоянии противоэпидемической работы в Гомеле». В короткие сроки удалось открыть в области 42 больницы, 99 врачебных участка поликлиник, амбулаторий. Однако предстояло еще восстановить 24 больницы, 14 внебольничных учреждений и более 200 детских учреждений. Были также причины, не способствующие восстановлению.

В Стрешинском, Лоевском, Тереховском, Жлобинском районах врачебные участки и больницы работали в жилых домах колхозников. Не на должном уровне осуществлялось материальное обеспечение самих врачей. Медицинским работникам в сельской местности уже четыре месяца не выплачивалась заработная плата, вместо хлеба выдавалось зерно. Большое внимание в послевоенный период уделялось строительству и расширению районных больниц. Это было оправдано, поскольку приближение к насе-

лению медучреждений широкого профиля являлось необходимой мерой. Но это строительство сказывалось на развитии специализированной помощи. После ввода крупных медучреждений в городах более активно стало вестись строительство сельских лечебно-профилактических учреждений. Через строительные организации хозяйственным способом были введены в эксплуатацию Октябрьская районная, Дятловичская участковая Гомельского района, Марковичская Стрешинского района больницы, вошло в строй родильное отделение в Василевичской райбольнице, построена аптека в Тереховском районе. Но значительная часть больниц в первые годы после войны не отвечала необходимым требованиям, они были недостаточно оборудованы и укомплектованы врачебными кадрами. Жесткой критике было подвергнуто состояние дел в здравоохранении в Рогачевском районе, когда бюро Гомельского обкома КП(б)Б рассматривало выполнение местными властями постановления ЦКП(б)Б от 5.10.1948 г. «О неотложных мерах по улучшению медицинского обслуживания населения БССР». Констатировалось, что за последние 1,5 года ни райком, ни райисполком не рассматривали состояние здравоохранения в районе. Райбольница, поликлиника, санитарная и малярная станции размещались в непригодных помещениях. Отпущенные средства в 1948 г. были использованы только на 60% (16). Было также отмечено, что «ранее блиставший» (так в постановлении) район в санитарном отношении теперь не является показательным. Подобные заседания проводил и Полесский обком КП(б)Б. Здесь насчитывалось 6 районных и 12 участковых больниц, которые находились в приспособленных помещениях, а 111 фельдшерско-акушерских пунктов размещались в частных домах (17).

Восстановление промышленности и строительной индустрии позволило с течением времени все больше выделять финансовых средств и материалов для ремонта, реконструкции и строительства объектов здравоохранения. Рост финансовых и материальных средств приводил к восстановлению и расширению сети лечебных учреждений. В 1940 г. по обеим областям насчитывалось 656 учреждений, к 1945 г. было восстановлено 280. В 1957 г. уже в Гомельской области их количество достигло довоенного уровня — 655 (18). Но эта сеть имела уже совершенно иную качественную основу: многие здания были отстроены заново, произошло укрупнение многих из них на новой инструментальной и технической основе. Постепенно большинство медицинских учреждений было выведено из приспособленных и наемных помещений, значительно увеличилась их мощность, быстрее пошло внедрение специализированной помощи. В Полесской области Брагинская и Лельчицкая больницы получили в пользование машины скорой помощи. В Хойникской, Калинковичской, Василевичской райбольницах были открыты рентгенкабинеты. И все районные больницы были оснащены диагностическими лабораториями (19).

К 1956 г. все городские, районные и крупные участковые сельские больницы имели рентгеновские аппараты, почти все больницы — физиотерапевтические установки. Это стало возможным благодаря стабильному росту бюджета охраны здоровья. В 1947 г. на развитие здравоохранения в Гомельской области было отпущено 86,3 млн. руб., в 1950 г. — 111,5; в 1957 г. — 139,4 млн. руб. Эти ассигнования дали возможность после войны полностью восстановить и построить 198 новых лечебных учреждений (20).

Достаточно много уделял внимания проблемам восстановления Наркомздрав республики. Состояние дел в этом направлении по Гомельской и Полесской областям было рассмотрено на коллегии НКЗ в ноябре 1945г. Акцент в критике смещен был на этот раз на недостаточную работу по увеличению коечного фонда в лечебных учреждениях. По Гомельской области вместо планового количества больничных коек в городах 1815 развернуто было 1715, родильных коек вместо 350 развернуто 249, туберкулезных 135 вместо 180, коек на сельских врачебных участках 375 вместо 945. Также были недооткрыты 4 консультации, 2 тубпункта. Особенно низким был показатель открытия ясельных коек в городах, вместо 1250 — 905, а в сельской местности вместо 550 было развернуто 290. Несколько хуже выглядела ситуация в Полесской области. В сельской местности здесь было открыто 280 коек вместо запланированных 575 (57%), родильных коек 49 вместо 70. Ясельных коек в городе вместо 300 имелось 161, на селе вместо 250 — 190.

По хорошей традиции и в это непростое время детям уделялось первоочередное внимание. Еще в январе 1944 г. СНК СССР принял решение «О развертывании сети детских учреждений и детских домов». На местах были определены параметры этой работы, которая осложнялась, как говорилось выше, плачевным состоянием материальной базы. В редких уцелевших помещениях детских яслей расположились другие организации. Так, в Чечерском районе помещение детских яслей было занято маслопредприятием, санаторные ясли в Гомеле по ул. Парижской коммуны — тюрьмой, в Жлобинском районе — райисполкомом, Уваровичском — зернохранилищем, в Корме здание детских яслей было занято кулаком, появившимся здесь в период немецкой оккупации. Катастрофически не хватало жесткого и мягкого инвентаря. В Лоеве на 60 детей приходилось 10 кроваток, примерно так же было с кроватями в Светиловичах, Добруше, да, по всей видимости, повсеместно (21).

Кроме вопросов материального оснащения детских учреждений, Наркомздрав разработал мероприятия по улучшению борьбы с туберкулезом в детских учреждениях, рост заболеваемости которым также был обусловлен войной. В ходе напряженной работы к лету 1946 г. в Гомельской области было открыто 36 сезонных яслей с охватом 1067 детей, в Полесской 75 с охватом 1736 детей (22).

В 1946 г. ЦК Компартии Белоруссии проанализировал состояние охраны материнства и детства в республике, утвердил мероприятия по дальнейшему развитию и совершенствованию этой работы. Местные партийные и советские органы принимали меры по улучшению медицинского обслуживания женщин и детей, но в силу ряда причин недостатки устранялись медленно. Так, в Гомельской области в 1948 г. план развертывания родильных коек был выполнен на 83,9%, и те использовались в городах области на 53,6% на селе — на 33,2% от нормы. В отдельных районах этот показатель был еще ниже. Недостаточен был по области охват медицинской родильной помощью, которую получили только 12,6% всех рожениц. Объяснялось такое положение неудовлетворительным патронажем беременных, плохим учетом, нерациональным использованием сельских больниц. Так, в Тереховском районе Марковичская и Поддобрмянская больницы находились в 5 км друг от друга. К тому же рядом с Поддобрмянской находилась Добрянская районная больница Черниговской области, зато на противоположном направлении не было ни одного больничного участка (23). Однако, несмотря на имеющиеся трудности, планомерная деятельность местных органов здравоохранения по восстановлению и дальнейшему развитию системы охраны здоровья матери и ребенка приносила свои результаты. Увеличилось число женских и детских консультаций, других детских учреждений. В Полесской области в 1950 г. уже насчитывались 1 детская поликлиника, 1 дом грудного ребенка, 16 женско-детских консультаций, 18 детских яслей на 555 коек. В родильных домах и отделениях увеличилось число принятых родов, и в 1955 г. из общего числа родов, проведенных с медицинской помощью, около 70% было принято в стационарных условиях.

После объединения в 1954 г. Гомельской и Полесской областей в регионе через четыре года работало 147 детских врачей, 86 врачей-акушеров и гинекологов, из которых работали в сельской местности. В детских больницах и отделениях районных больниц было 614 детских стационарных коек. На это время в области функционировало 78 постоянных детских яслей, которые посещали 3240 детей. Ежегодно открывалось около 150 детских сезонных яслей с охватом более 3600 детей. Во второй половине 50-х годов дети постоянно в массовом порядке стали выезжать в пионерские лагеря. В 1957 г. на дачах и в пионерских лагерях отдыхало около 11 тысяч детей (24).

Укрепление и расширение материальной базы, рост масштабов охвата детей медицинской помощью и значительное повышение ее качества приводили к постепенному снижению детской смертности. В сравнении с довоенным временем в 1958 г. детская смертность в целом по Беларуси уменьшилась в 3,2 раза по сравнению с довоенным временем (25).

Восстановление и рост материальной базы вызвал потребность в кадрах для ее освоения и нормального функционирования. После окончания

войны и демобилизации из армии многие медработники вернулись на прежнее место работы, стали прибывать специалисты, покинувшие пределы региона в период оккупации, а также врачи из других союзных республик для работы по возрождению системы здравоохранения. Но эти источники пополнения, смягчив кадровый голод, не решили проблему, если учесть острую потребность практически всех категорий населения в медицинской помощи. Приходилось рассчитывать на свои силы, на возможности местных органов власти. И надо отметить, что на местах кадровым проблемам уделялось достаточно много внимания. Состояние дел рассматривалось партийными и советскими органами, сами организаторы здравоохранения принимали конкретные меры по повышению квалификации медицинских работников. Так, в Полесской области на базе областных лечебных учреждений были организованы курсы специалистов по хирургии и терапии, которые готовились для райцентров. В 1949 г. проходили специализацию врачи-хирурги для Копаткевичской и Петриковской райбольниц, врач-терапевт для Лельчицкого района, по фтизиатрии в облтубдиспансере проходили подготовку врачи из Брагинского и Калинковичского районов, пять врачей готовилось по венерологии. 17 врачей по 14 специальностям были посланы в соответствии с планом переподготовки в Белорусский институт усовершенствования врачей. Не оставался вне поля зрения средний медицинский персонал. Курсы по повышению деловой квалификации на областных и районных базах прошли 63 человека. В области утвердилась практика ежемесячного проведения межрайонных научных медицинских конференций, где происходило обобщение опыта, вскрывались недостатки в работе медицинских учреждений. В самом Мозыре работало научное общество врачей. Но если вопросы повышения квалификации врачебных кадров на местах решались, то гораздо хуже складывалось дело с заполнением вакантных должностей. Выпускников институтов приезжало в область мало, высока была текучесть, вызванная удаленностью области бытовыми и другими причинами. В 1949 г. в Полесскую область прибыло 14 врачей, в то же время за пределы области убыло 13 человек, в числе которых четверо было освобождено, как не справившихся с обязанностями. Из-за имеющегося дефицита кадров из 54 врачебных участков было неукомплектовано врачами 14. Облздрав, рассчитывая на выпускников, весной сделал заявку в Минздрав, указывая, что недокомплект врачей составляет 64 человека. Но Минздрав утвердил для Полесской области только 37 выпускников, из них 25 прибыло, а 12 не явилось. Не лучше складывалась кадровая ситуация и в Гомельской области. Здесь также просьбы и обращения в адрес Минздрава помочь с укомплектованием учреждений врачами выполнялись частично. Область для полного укомплектования должностей в лечебно-профилактических учреждениях должна была иметь в 1953 г. 874 врача разных специальностей. Фактически рабо-

тало 508 врачей, из них 74 в сельской местности, недоставало 366 человек. Из 55 сельских врачебных участков укомплектовано было 47. Для укомплектования учреждений средним медицинским персоналом необходимо было 3002 человека, фактически работало 2612, которыми были заняты 2805 ставок, недоставало 390 человек. 535 из числа работающих имели незаконченное среднее образование (26). В области также довольно интенсивно велась работа по повышению квалификации врачебных кадров. 10 человек прошли учебу в институтах усовершенствования других республик, 34 — на базе Белорусского института усовершенствования врачей, 18 в областной больнице. 42 врача сельских участковых больниц и амбулаторий прошли 10 дневный семинар по трахоме при глазном отделении 1-й Советской больницы в Гомеле. Через областные месячные курсы усовершенствования прошли 49 фельдшеров, 4 медлаборанта, 3 хирургических сестры, 4 акушерки. Курсы патронажных сестер прошло 15 работников детских консультаций. В количестве 286 человек была проведена аттестация акушерок области. Из них первую категорию получило 8 человек, вторую — 80, по третьей было аттестовано 198 человек. Слабее в области была организована научно-исследовательская работа. Нерегулярно проводило свои заседания научное общество. За послевоенный период до 1953 г. ни один врач не защитил кандидатской диссертации (27).

Все же, несмотря на отдельные недостатки, принимались меры к повышению квалификации всех категорий медицинских кадров, и большую роль играли здесь областные отделы здравоохранения. Имеющаяся напряженность в кадровой проблеме была связана с малой мощностью медицинских вузов республики, несовершенством системы распределения выпускников, неэффективным их использованием, в свою очередь связанным с семейными, бытовыми и другими условиями.

Функционирование системы здравоохранения в послевоенные годы показало, что качество медицинского обслуживания снижало большое количество мелких медицинских учреждений. Это усложняло обслуживание медицинских объектов, управление лечебной сетью, рациональное использование имеющегося кадрового потенциала. В 1947 г. Министерство здравоохранения СССР и БССР соответственно приступили к объединению больниц, поликлиник и амбулаторий. Возникла также необходимость перестройки всей сети учреждений в городах. В 1949 г. была введена новая номенклатура лечебно-профилактических учреждений. Теперь она состояла из 5 типовых категорий, устанавливавшихся в зависимости от числа коек. Был определен также типовой городской врачебный участок населением до 4 тыс. человек и примерное распределение больничных коек по специальности. Планирование работы и финансирование поликлиник стали производиться только через больницу, как части объединенного учреждения (28).

Органам здравоохранения на местах пришлось после восстановления материальной базы принимать меры по приближению к сельскому населению специализированной медицинской помощи. Существовавшие в районных центрах независимо друг от друга больницы, амбулатория или поликлиника, противомалырийная станция, санитарно-эпидемическая станция были объединены. Это дало возможность лучше расставить кадры и обеспечить более широкую квалифицированную помощь при хирургических, гинекологических и других заболеваниях, улучшить хозяйственное обслуживание учреждений. Как отмечал в своем отчете Лельчицкий райздрав, «после объединения больницы с амбулаторией улучшилась специализированная помощь городскому и сельскому населению, уменьшился процент расхождения в диагнозах амбулатории и больницы, шире стали внедряться в практику лабораторные, рентгеноскопические методы исследования». Большие изменения произошли в структуре и функциях участковых больниц. Многие амбулаторные участки реорганизовывались в больничные. Большое значение имела реорганизация районного звена сельского здравоохранения республики, начатая в 1957 г. Совет Министров утвердил положение о главном враче района. На основании этого и других решений все вопросы медицинского обслуживания территории стали решаться в районной больнице под руководством главного врача района. Так было положено начало созданию системы районного звена здравоохранения (29).

В результате проведенных изменений в управленческой деятельности более широкое развитие получила специализированная помощь населению, улучшилось использование аппаратуры и оборудования, врачебных кадров, сократились штаты административно-управленческого персонала.

В послевоенный период многие проблемы здравоохранения несли на себе печать последствий войны. Это касается трудностей с материальной базой. Не все лечебно-профилактические учреждения располагались в специально построенных помещениях, многим пришлось довольствоваться еще долгое время непригодными для лечебных целей зданиями. Для строительства новых, современных объектов не хватало средств. Они в большей своей части шли на строительство жилых и производственных построек. Война прервала решение кадровых проблем. По-прежнему в больницах и амбулаториях не хватало врачей, особенно в сельской местности. Высока была нагрузка на врачей, поскольку население вышло из войны с ослабленным здоровьем. Долго время последствия войны проявлялись и по другим направлениям медицинской практики. Но нельзя не отметить, что восстановление и укрепление материальной базы, дальнейшее утверждение и развитие принципов государственного, социалистического здравоохранения вело к снижению заболеваемости и смертности населения. После тяжелой войны в 1958 г. общая смертность в БССР была в

1,7 раза ниже, чем в Англии и Франции и в 1,4 раза ниже, чем в США. В 1958—1959 г.г. продолжительность жизни населения в республике равнялась 60 годам вместо 32 лет до революции (30).



Мозырский городской тубдиспансер. Пневмотараксный кабинет.

Следует отдать должное организаторам здравоохранения этого периода, которые много сил и труда вложили в развитие отрасли. Это заведующие Гомельским облздравотделом А.Ф. Кривошекий, Е.Е. Родовский, Полесским облздравотделом Н.И. Красовский. С большим уважением отзывались трудящиеся о заслуженном враче Мозырского противотуберкулезного диспансера А.И. Перлове, проработавшем на ниве охраны здоровья 32 года. С 1936 г. работал главным врачом Журавичской больницы заслуженный врач БССР И.М. Сафонов. Работая в сельской местности, он проводил сложные хирургические операции, спасая жизнь людям. Около 30 лет работала уже врачом общего профиля знакомая читателю, партизанский врач, заслуженный врач БССР А.В. Кот в Холмечской сельской участковой больнице Речицкого района. Заслуженным авторитетом пользовался среди населения главный врач Гомельского областного противотуберкулезного диспансера Д.С. Луканцевер. Благодаря его стараниям были возвращены к жизни многие больные, осужденные на смерть. В Гомельской Первой советской больнице главврачом работала один из старейших медицинских работников области Б.И. Коган — лучший терапевт области. Они и многие другие продолжали славные традиции своих предшественников, закладывали основы для будущих достижений в деле охраны здоровья людей.

по Кур.

Сухое сено клали
в кадку с водой,
воду в кадке нагре-
вали накалещами
камнями, жар прог-
ревал больного.



Лечебная помощь по-партизански



Лечебная помощь по-партизански



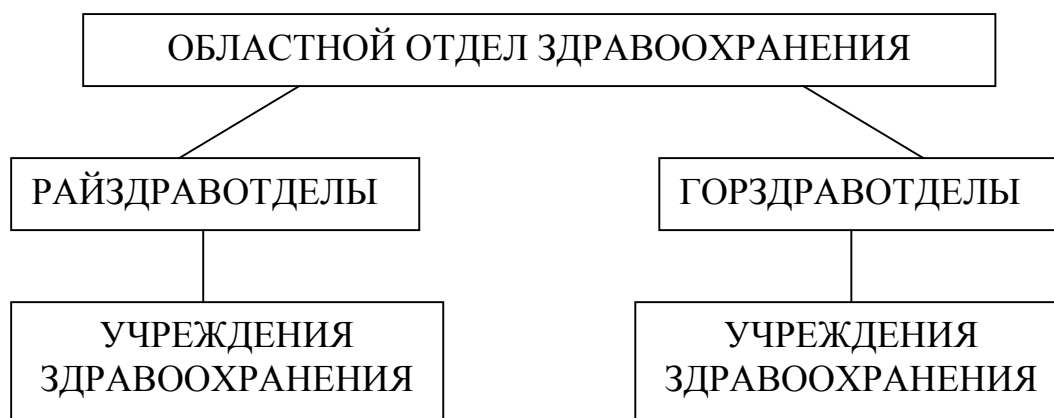
Лечебная помощь по-партизански

Глава V

ОРГАНИЗАТОРСКАЯ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В 1956—1970 гг.

После XX съезда КПСС, который проходил в 1956 г., резко изменилась социально-политическая обстановка в стране. Начался период, который многие историки называют «оттепелью». Начиная с середины 50-х годов и в течение последующего десятилетия, делаются попытки реформировать советскую систему, которая была основана на плановой командной экономике. Реформы начались с идеологической сферы. Были осуждены диктаторские методы руководства И.В. Сталина, подвергнут критике сталинизм как идеологическая доктрина. Принимались меры по сокращению административного аппарата, уменьшению всевластия бюрократии.

В органах здравоохранения Гомельской области новая эпоха в жизни страны нашла свое выражение, прежде всего, в изменении стиля руководства. Если раньше руководители могли позволить себе грубость в обращении, имели возможность запугивать подчиненных, замалчивали недостатки, то во второй половине 50-х годов наблюдается расцвет критики и самокритики, появляется желание избавиться от хамства и грубости как в среде медицинских работников, так и по отношению к пациентам. Вместе с тем, реформы хрущевской «оттепели» практически не коснулись структуры управления медицинской отраслью, форм и методов организации здравоохранения. Структура органов охраны здоровья Гомельщины в 1956—1970 гг. выглядела следующим образом:



Вертикальная организация здравоохранения предполагала, что все учреждения подчиняются министерству здравоохранения СССР, которое и занималось планированием, финансированием и контролем. Посредниками между союзным министерством и учреждениями здравоохранения Гомельской области являлись Министерство здравоохранения БССР, областной отдел здравоохранения, горздравотделы горисполкомов и райздравот-

дела райисполкомов. Эта громоздкая негибкая бюрократическая система была объективно необходима в существовавшей административно-командной экономике. Ведь для того, чтобы составить план, нужно было сначала собрать сведения с мест, обобщить их, проанализировать, наметить приоритеты, выработать приказ и затем спустить его по вертикали на места. Выполнение плана-приказа требовалось контролировать, а для этого и необходимо было иметь подобную разветвленную систему органов управления здравоохранением области.

Работа органов здравоохранения Гомельщины была организована на основании двух постановлений Центрального Комитета КПСС и Совета министров СССР. Эти документы носили название «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения...» и принимались в 1960 и 1968 годах (1). Данные постановления реализовывались через мероприятия, которые организовывало как Министерство здравоохранения БССР, так и областные, городские, районные органы здравоохранения. Причем о выполнении заданий учреждения здравоохранения Гомельщины отчитывались не только перед вышестоящими организациями, но и перед партийными органами КПБ.

4 июня 1970 г. был принят закон БССР «О здравоохранении». Этот законодательный акт определил основы организации, принципы руководства, порядок деятельности сети здравоохранения. В нем нашли свое отражение основополагающие принципы советской медицины: доступность квалифицированной медицинской помощи для всех социальных слоев общества; бесплатное оказание медицинских услуг. Закон ввел уголовную ответственность за незаконное врачевание (2).



**Речицкий район. Озерищанская участковая больница.
Врач Н.А. Стукач с медсестрой А.И. Кузьменок на обходе.**

Важнейшим элементом экономики здравоохранения области являлось финансирование. Оно осуществлялось из бюджета государства по остаточному принципу. То есть здравоохранению доставались те деньги, которые остались в бюджете после распределения их между другими отраслями хозяйства. В связи с устойчивым экономическим ростом во второй половине 50—60-х годов финансирование здравоохранения могло осуществляться с постоянным приростом. Расширение финансовой базы позволило увеличить расходы на капитальные вложения, наблюдался рост фонда заработной платы, ежегодно происходил перерасход средств на медикаменты.

Капиталовложения были направлены на строительство учреждений здравоохранения, закупку оборудования и инвентаря, машин. Насколько необходимы были эти расходы можно судить по состоянию сети здравоохранения Гомельщины в середине 50-х годов. Гомельская область занимала последнее место в БССР и одно из последних мест в СССР по наличию больничных коек на душу населения. Практически все районные и сельские участковые больницы размещались в старых, дряхлых, непригодных для лечебных учреждений помещениях, которые не отвечали элементарным санитарно-гигиеническим нормам. Не имели канализации, водопровода Лоевская, Ветковская, Чечерская, Буда-Кошелевская, Калинковичская, Речицкая и ряд других больниц (3). Лечебные учреждения области испытывали большие затруднения в снабжении продуктами питания, наблюдались перебои в поставках молочных продуктов, яиц. Очень трудное положение сложилось в обеспечении учреждений здравоохранения транспортом. Ряд больниц вообще не имели санитарных машин. Только три районные больницы располагали грузовыми машинами. Плохое состояние транспорта здравоохранения наиболее остро чувствовали работники скорой помощи. Хотя в каждом районе Гомельщины имелись машины скорой помощи, они не всегда могли выехать по вызову. Часто не хватало персонала, запасных частей к машинам, бензина. Область была плохо обеспечена физиотерапевтическим оборудованием, гинекологическими креслами, термометрами, шприцами, рентгенопленками, аппаратами искусственного дыхания, дефибриляторами, гормональными препаратами, витаминами и многим другим (4). Такое удручающее состояние материальной базы здравоохранения области не позволяло и думать о качестве услуг. Данный вывод был зафиксирован в 1961 г. Комиссией Комитета Государственного контроля Совета Министров БССР: «Как показала проверка, лечебно-профилактические учреждения находятся в неудовлетворительном состоянии, они имеют плохую материальную базу, перегружены, имеются отказы в госпитализации, больным не создаются минимально необходимые условия» (5). Подобные же выводы были сделаны Калинковичским районным Советом депутатов трудящихся в Решении № 5 от 27 июня 1960 г.: «...Население района недостаточно обеспечивается стационарной,

амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощью. На низком уровне профилактика заболеваний. В больницах не наведен должный санитарный порядок. Горочичская, Домановичская, Юровичская участковые больницы размещаются в ветхих помещениях» (6).

Ввиду плачевного состояния материальной базы здравоохранения области назрела необходимость ее интенсивного обновления и расширения. Во второй половине 50-х — 60-х гг. началось бурное строительство лечебных учреждений, увеличивался размер капитальных вложений. В течение 1956—1960 гг. в Гомельской области было построено 27 сельских больниц, Жлобинская, Кормянская, Рогачевская районные больницы, детская больница в Гомеле, туберкулезный диспансер в Хойниках, поликлиника в Речице, психоневрологический диспансер в Гомеле, онкологический диспансер в Мозыре. Были открыты станции скорой помощи в Жлобинском, Добрушском, Рогачевском, Калинковичском, Наровлянском, Октябрьском, Василевичском, Ветковском, Хойникском и Лельчицком районах (7). Характерная черта строительства в рассматриваемый период — срыв окончания строительства и ввода в эксплуатацию объектов здравоохранения. По этой причине в конце 50-х годов не могли приступить к работе в новых помещениях работники детской больницы, стоматологической поликлиники в Гомеле, районной больницы в Житковичах (8). В первой половине 60-х годов строительство учреждений здравоохранения продолжалось. Были введены в эксплуатацию родильный дом в Гомеле, Житковичская, Брагинская, Лоевская, Мозырская районные больницы (9). За счет средств местных бюджетов строились сельские больницы и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) в районах Гомельской области. Так, в Хойникском районе за 1960—1964 гг. были построены Тульговичская сельская участковая больница, Алексичская участковая больница (10).

Во второй половине 60-х годов интенсивное строительство новых больниц сокращается. Об этом свидетельствуют следующие статистические данные:

Таблица 5.1.

Число больниц Гомельской области (11)

№ п/п	Категория больниц	1967	1968	1969
1.	Центральные	20	20	20
2.	Районные	26	26	26
3.	Сельские участковые	111	111	110
4.	ФАП	541	544	554
5.	Колхозные родильные дома	6	6	8

Как видно из таблицы, расширилась только сеть фельдшерско-акушерских пунктов на селе, а строительство новых больниц в городах останавливается. Вместе с тем, продолжается рост абсолютных сумм капиталовложений в здравоохранение Гомельщины. Направляются эти средства на строительство новых корпусов райбольниц, возведение нового здания областной больницы. Расширяется количество больничных коек, начинается строительство туберкулезных диспансеров в Гомеле и Рогачеве, большее внимание уделяется оснащенности лечебно-профилактических учреждений медицинским оборудованием и автотранспортом. Так, если в 1966 г. во всей сети областного здравоохранения насчитывалось 500 автомобилей, то в 1969 г. автопарк увеличился до 616 единиц. Если в 1965 г. в области функционировало 153 рентгеновских аппарата, то в 1969 г. уже работало 186 аппаратов. Если в 1965 г. в больницах Гомельщины было оборудовано 11 биохимических лабораторий, то в конце 60-х годов в области насчитывалось 30 подобных лабораторий. Во второй половине 60-х годов в два раза, по сравнению с началом десятилетия, увеличилось число отделений переливания крови (12). Вместе с тем, медленно увеличивалось количество физиотерапевтических, патолого-анатомических, патолого-гистологических кабинетов. В районных больницах Гомельщины имелось всего 2 кабинета функциональной диагностики (13).



**Кривошекий А.Ф. Заслуженный врач БССР.
Заведующий Гомельским облздравотделом. 1961 г.**

На протяжении всего рассматриваемого периода наблюдался рост фонда заработной платы. С одной стороны, такой рост был предопределен ростом сети здравоохранения Гомельщины, увеличением количества ставок зарплаты. С другой стороны, увеличение расходов на заработную плату было необходимо в связи с тем, что медицинские работники входили в категорию низкооплачиваемого труда. Низкий уровень материального стимулирования и неукomплектованность штатов привели к распространению такого явления, как совместительство. Несмотря на то, что число врачей с 1965 по 1969 гг. выросло на 16%, врачебные должности были укомплектованы в городе на 92,3%, на селе на 76% (14). Причем на селе совместительством можно назвать работу врача на своем приусадебном участке. Ведь заработная плата даже на две ставки не позволяла удовлетворять все материальные потребности. Условия жизни в деревне отличались от городских и вызывали к жизни работу медицинских работников на земле. В городах распространено было вручение подарков медицинским работникам. Таким образом пациенты, высоко оценивая социальную значимость труда врача, повышали уровень реальной зарплаты тружеников здравоохранения.

В течение 1956—1969 гг. в сети здравоохранения Гомельщины наблюдался постоянный перерасход средств, выделяемых на закупку медикаментов. Это явление было вызвано несколькими причинами. Во-первых, в стационарных учреждениях постоянно перевыполнялся план по количеству дней лечения на одного больного. Во-вторых, в результате научно-технического прогресса стали появляться новые лекарственные формы, которые имели высокую цену. В-третьих, имели место хищения медикаментов. В-четвертых, имелись категории больных, которым лекарства выдавались бесплатно.

В 60-е годы бесплатные медикаменты выдавались следующим категориям граждан: инвалидам Великой Отечественной войны, больным туберкулезом, онкологическим больным, детям в возрасте до одного года. Общая сумма, выделяемая из бюджета на оплату медикаментов по денной линии, в 1969 г. составила 246,5 млн. рублей (15). Причем наибольшие расходы осуществлялись на оплату лекарств больным туберкулезом, а менее всего пользовались данной льготой инвалиды Великой Отечественной войны.

Во второй половине 50-х годов большие нарекания у жителей Гомельской области вызвала работа аптечной сети. Лечебные учреждения и население плохо обеспечивались некоторыми видами медикаментов: гормональными препаратами, новокаином, дибазолом, анальгином, витаминами. В аптеках отсутствовали в продаже термометры, шприцы, часто нарушались цены (16).

В 60-е годы произошли значительные изменения в работе аптек Гомельщины. Строились здания новых аптек, особенно на селе. Была организована доставка лекарств на дом для инвалидов и престарелых людей. Улучшилось качество изготавливаемых лекарственных форм. Работники ап-

тек стали переходить от изготовления лекарств по рецептам врача к отпуску готовых форм фабричного производства. Если в 1959 г. посетителям аптек Гомельщины было продано 37,2% лекарств в готовых формах, то в 1963 г. этот показатель достиг отметки 73% (17). Наиболее успешно выполняли свои обязанности работники аптек № 7, 8 г. Гомеля, г. Житковичи, № 53 г. Речица, № 30 г. Жлобина, № 62 г. Мозыря (18).

В тесной связи с экономикой здравоохранения Гомельской области находилась проблема кадровой политики. Советская система здравоохранения сложилась таким образом, что должности руководителей областного, городского, районного уровней управления в отрасли занимали люди с высшим или средним медицинским образованием. Должности главных врачей клиник также принадлежали специалистам медицинского профиля. А ведь данные обязанности предполагали, прежде всего, организаторскую, экономическую деятельность. Сбор и анализ экономической информации, организация финансирования, определение приоритетов, организация строительства, ремонта, снабжения органов здравоохранения — все эти чисто экономические задачи были возложены на врачей. В результате подобной кадровой политики здравоохранением Гомельщины руководили полупрофессионалы, которые, с одной стороны, уже перестали быть врачами, но, с другой, еще не стали профессиональными экономистами. Факт этого противоречия зафиксирован архивными документами конца 50-х годов: «Главные врачи, областные и районные специалисты не анализировали систематически работу своих учреждений. Поэтому они не знают истинного положения дел» (19).

С другой стороны, существование подобной системы управления здравоохранением области вполне объяснимо, если ее рассматривать через призму командной экономики СССР. Руководители областного, городского, районного и низшего звеньев управления должны были неукоснительно выполнять приказы центра, а их компетентность в экономических вопросах была делом второстепенным. Преимущество данной системы состояло в полной управляемости отраслью и полным контролем за функционированием ее субъектов. Недостаток ее состоял в том, что система может функционировать только в условиях экономического роста, когда ее неэффективность покрывается за счет других отраслей. Система здравоохранения была неэффективной, т.к. ограниченные ее ресурсы использовались некомпетентными людьми, расточительно и нерационально. Анализ поведения пациента, изучение возможного спроса на услуги врача, прогнозирование демографической ситуации никогда не встречаются среди документов органов здравоохранения 50-х — 60-х годов. В рассматриваемый период происходил процесс массового переселения населения Гомельщины в города. А система здравоохранения продолжала расходовать средства на строительство сельских больниц. В результате непродуманной эконо-

мической политики лечебно-профилактические учреждения в городах были переполнены, а некоторые сельские медицинские учреждения пришлось ликвидировать в конце 60-х годов. Возникновение массового спроса на медицинские услуги стало полной неожиданностью для руководителей здравоохранения Гомельщины. А ведь такую ситуацию вполне можно было прогнозировать, т.к. повторилась ситуация начала 20-х годов. Массовый спрос был вызван следующими причинами: отсутствием платы за услуги врача; повышением уровня образования населения; действенностью санитарно-просветительной работы; доступностью медицинских услуг, особенно в городах; повышением уровня материального благосостояния населения; увеличением рождаемости.

Следует отметить, что на возросший спрос на медицинские услуги система здравоохранения Гомельщины реагировала очень медленно. В первую очередь это было вызвано недостаточным количеством врачей. В 1957 г. в Гомельской области работало 1002 врача при наличии 1594 ставок врачей (20). К 1959 г. количество врачей выросло до 1270. Однако распределены они были неравномерно. Большая их часть работала в Гомеле — 543 врача, Мозыре — 108 врачей, Речице — 82 врача. В остальных райцентрах Гомельской области насчитывалось 353 врача, 184 специалиста с высшим образованием работали на селе. Также неравномерно были укомплектованы лечебно-профилактические учреждения области и врачами-специалистами. Почти все городские и районные больницы имели врачей-хирургов и акушеров-гинекологов. По всем остальным врачебным специальностям существовал дефицит предложения. В 1959 г. врачей-терапевтов не было в 6 районных больницах, врачей-инфекционистов — в 13 райбольницах, врачей-дерматовенерологов — в 17 райбольницах, врачей-невропатологов не было в 10 районных больницах Гомельщины. Наибольшие трудности в комплектации лечебно-профилактических учреждений врачами испытывали Наровлянский и Туровский районы (21). В 1964 г. в Петриковском районе работало 13 врачей, а требовалось — 32. Остро не хватало терапевта, невропатолога, педиатра, акушера-гинеколога (22). Несмотря на то, что в течение 1965—1969 гг. численность врачей в Гомельской области увеличилась, дефицит их услуг продолжал ощущаться и в это время.

Руководство области для решения кадровой проблемы предприняло попытку создания в г. Гомеле медицинского института. Секретарь обкома КПБ И. Поляков обратился к председателю Совета Министров БССР с запиской-ходатайством об организации в области медицинского высшего учебного заведения. При этом приводились веские доводы в пользу положительного решения проблемы, но в просьбе было отказано без мотивации причин.

Текущее состояние кадров характеризуется следующим фактом: только за 1960—1961 гг. из системы здравоохранения области выбыло 167 врачей (23). Ежегодно здравоохранение Гомельщины теряло не менее 50 врачей. В ка-

ждом конкретном случае причины ухода врачей с работы были различны, но восполнить кадровые пробелы удавалось с трудом, часто ценой ухудшения качества услуг.

Существовали различные причины, вызывавшие недостаточное предложение медицинских услуг: массовый спрос, вызванный социально-экономическими факторами; отсутствие в области высшего учебного заведения по подготовке врачей; текучесть врачебных кадров; неравномерное распределение врачей в сети здравоохранения; выполнение врачами работы не по специальности.

Вместе с тем, следует отметить, что в 60-е годы Беларусь догнала развитые страны Западной Европы и Северной Америки по количеству врачей на душу населения (24). Однако статистические данные следует оценивать критически. В Беларуси статистика учитывала всех специалистов с высшим медицинским образованием и делила их количество на число жителей. Не учитывалось то обстоятельство, что многие врачи не участвовали в лечебной работе, а выполняли административные, хозяйственные, учебные и другие функции. Поэтому число врачей Гомельской области в 1969 г. — 2255 (25) — выглядит внушительно. Но реально оказывали услуги врача около 75% из общей суммы. Причем качество услуг также отличалось в зависимости от квалификации, добросовестности и таланта отдельного врача.

Во второй половине 50-х годов лучшими врачами области являлись В.Г. Чешик — врач-хирург областной больницы, К.Е.Засенко — врач-хирург областного онкологического диспансера, З.А.Саяпина — врач скорой помощи. З.А.Саяпина прибыла по вызову в Ново-Белицу и поставила диагноз «дифтерия зева» маленькому ребенку. В трудных условиях, ножом врач провела трахеотомию, доставила ребенка в больницу, где сама закончила операцию. Ребенок был спасен (26).

В начале 60-х гг. распространилась практика награждения тружеников здравоохранения Гомельщины орденами и медалями СССР. Первыми кавалерами ордена Ленина стали Е.В.Скиндер — заведующая Пиревичским врачебным участком Жлобинского района, А.П.Бондаренко — главный врач туббольницы. Орденом Красного Знамени был отмечен труд Козловой О.Л. — врача станции скорой помощи г. Мозыря, В.П.Тимошковой — главного врача родильного дома № 1 г. Гомеля (27).

Вместе с тем, не все медицинские работники Гомельщины добросовестно относились к своим обязанностям. Имелись случаи пьянства на рабочем месте, грубости, хамства по отношению к пациентам, к коллегам по работе. Характерная черта рассматриваемой эпохи — отсутствие некоторых элементов общей и медицинской культуры в обслуживании больных. Отрицательные черты здравоохранения 50-х — 60-х годов характеризуют следующие примеры. Фельдшер Линовского ФАПа Калинковичского района В. Кустенко систематически пьянствовал, грубо относился к подчиненным и больным,

имели место факты насилия по отношению к медицинским сестрам и санитаркам. Фельдшер скорой помощи г. Калинковичи О. Ручаевская отказалась оказать первую медицинскую помощь больному, мотивируя это личными причинами, в результате больной скоропостижно скончался (28). Заведующая Сотничским ФАПом Петриковского района В. Бакум недобросовестно относилась к своим обязанностям, не осуществляла патронаж беременных женщин (29). Следует отметить, что в 50 — 60-е годы в среде медицинских работников Гомельщины имели место случаи небрежного отношения к своим обязанностям, приводившие к смерти пациента, криминальных аборт, взяток, изнасилований, избиений, пьянства (30).

В кадровой политике важное место занимало повышение квалификации медицинских работников. В начале 60-х годов более 100 врачей Гомельщины повышали квалификацию в институтах Минска, Москвы, Харькова и других городов СССР. Учеба хирургов, рентгенологов, акушеров-гинекологов, педиатров была организована в Гомеле и Мозыре. Кроме подготовки в институтах повышения квалификации врачей, на местной базе осуществлялись такие формы текущей учёбы, как семинары и конференции. В Гомеле, Мозыре, Речице, Жлобине работали научные общества врачей (31).

Таким образом, в кадровой политике органов здравоохранения Гомельщины в 1956—1970 гг. можно обнаружить следующие тенденции: недостаточное количество врачей приводило к массовому совместительству и ухудшению качества услуг; плохие условия труда и быта вели к текучести кадров, особенно не селе; совмещение врачебных и административных должностей не способствовало качеству управления отраслью; большинство врачей, среднего медицинского персонала добросовестно относились к своим обязанностям, но имели место отрицательные явления, связанные с медицинской этикой. Данные проблемы здравоохранения, безусловно, сказывались на лечебно-профилактической работе.

Восстановление народного хозяйства, политическая «оттепель», начавшийся экономический подъем и связанный с этим рост доходов — все эти причины привели к значительным изменениям в жизни страны. На Гомельщине благоприятные тенденции в экономике и политике отразились, прежде всего, в значительном увеличении рождаемости. Если в БССР в 1959 г. рождаемость составляла 25,2 ребенка на 1000 жителей, то в Гомельской области этот показатель составил 27,3 (32). Рост рождаемости второй половины 50-х годов привел к увеличению нагрузки на сеть родильных домов. Все роддома были перегружены. В Мозырском роддоме, рассчитанном на 80 коек, находилось 95 рожениц. Раскладушки были расставлены не только в палатах, но и в коридорах, санпропускнике. В Гомельском роддоме персонал был в состоянии обслужить 100 рожениц, в то время как ежедневно в нем находилось 115—120 беременных и родивших женщин (33). Безусловно, это отражалось на качестве родовспоможения. В 1956 г. умерло 13 рожениц (34). Низким

был уровень обезболевания родов, в 1956 г. 56,5% рожавших женщин имели возможность обезболить муки родов. Причем если в Добрушском районе обезболевали 70% родов, то в Комаринском районе только 18% рожениц подвергались обезболеванию (35).

Данные цифры относятся лишь к тем женщинам, которые рожали в стационарных условиях. В 1956 г. в роддомах Гомельской области состоялось 22835 родов, что составило 67,6% от числа всех родов. На селе только 41,3% родов состоялось в стационаре (36). Большая часть сельских женщин по-прежнему рожали дома, с помощью повивальных бабок или акушеров низкой квалификации. Поэтому и статистические данные о детской и материнской смертности явно занижены. Официальная статистика учитывала лишь сведения, поступавшие из родильных домов, а данные о результатах родов на дому в большинстве своем не доходили до назначения.

Проблема с родовспоможением была очевидна, и руководство области определило меры по ее разрешению. Основные мероприятия были направлены не на строительство новых роддомов. В 1961 г. в Гомеле был введен в эксплуатацию городской роддом по улице Советской. В области развернулось строительство колхозных родильных домов, которые были рассчитаны на 5—10 рожениц, расширялась сеть фельдшерско-акушерских пунктов, увеличивалось число мест для рожениц в сельских участковых больницах и районных больницах.

Все эти меры, с одной стороны, и уменьшение рождаемости во второй половине 60-х годов, с другой стороны, позволили в 60-х годах обеспечить врачебной помощью практически всех рожениц. Более того, в 1970 г. заведующий областным отделом здравоохранения Дзержицкий был вынужден издать приказ № 118, который гласил: «В связи с систематическим плохим использованием родильных коек в сельских участковых больницах приказываю: 1. Сократить число родильных коек в сельских участковых больницах с 358 до 207». Далее в приказе предписывалось сократить количество мест для рожениц в Ельском, Лоевском, Светлогорском и Рогачевском районах (37).

Таким образом, этот приказ зафиксировал факт, что проблема родовспоможения на селе к концу 60-х годов разрешилась естественным путем: в результате убыли сельского населения, которое переселялось в города; и старения его. Но нельзя делать вывод о том, что в рассматриваемый период ситуация с родовспоможением была разрешена в целом. С точки зрения количественной, эта проблема переместилась из села в город, где было необходимо расширять материальную базу для оказания данной услуги. С точки зрения качественной, ситуация осталась на прежнем месте, т.к. не были предприняты меры по созданию условий материальной, моральной и юридической ответственности акушеров-гинекологов за результаты своего труда.

Во второй половине 50-х годов наметилась тенденция к снижению детской смертности. Дальнейшему улучшению ситуации в этой сфере мешала высокая смертность детей от пневмонии. Именно эта болезнь была основной причиной смертности детей в возрасте до 1 года, 74,9% детей этого возраста умерли от пневмонии в 1956 году (38).

Причин высокой детской смертности от пневмонии было несколько. В лечении этого заболевания врачи не использовали все элементы лечения: уход, режим, питание, создание благоприятной внешней среды, применение терапевтических средств. В большинстве больниц не было детского питания. Больницы плохо снабжались кислородом. Встречались случаи недобросовестного отношения педиатров к своим обязанностям. В местечке Шатилки врач Запесочная, осмотрев ребенка из семьи Даниловых, который находился в тяжелом состоянии, отправила его домой, через двое суток ребенок умер. Подобный случай имел место в Савичской сельской участковой больнице Брагинского района, где врач Смусенок после курса лечения от пневмонии отправила одномесячного ребенка домой, где он скончался через два часа (39).

Подобная халатность не являлась типичной, но в целом по Гомельской области в 50-е — 60-е годы состояние педиатрической помощи было на очень низком уровне. Об этом свидетельствует пример о работе детского отделения Петриковской районной больницы в 1961 г. В единственной палате этого отделения, рассчитанной на 10 коек, стояло 16 коек. На этих койках размещалось 27 детей с матерями. Они лежали на грязных простынях, в духоте и смраде, т.к. пеленок для грудных детей не хватало. Все дети получали питание, предназначенное для взрослых. В этом отделении в 1961 г. умерло 23 ребенка. Только у двух из умерших во время лечения была взята кровь на анализ. Ни один ребенок не имел рентгеновского снимка органов грудной клетки, ни у одного ребенка не была взята моча для анализа (40). Подобные факты говорят о почти полном отсутствии диагностики и грамотного лечения.

Во второй половине 50-х годов детская смертность на Гомельщине оставалась высокой:

Таблица 5.2.

Смертность детей до 1 года на 100 родившихся (41)

Год	1955	1956	1957	1958	1959
Число умерших	5,5	4,1	4,1	4,0	4,7

Высокую смертность детей можно объяснить несколькими причинами. Низкой квалификацией медицинских работников; плохой постановкой патронажа детей до 1 года; несвоевременной госпитализацией детей; неактивным лечением на дому; неразвитостью сети молочных кухонь. Наряду с

медицинскими, существовали и социальные причины высокой детской смертности. Это отсутствие достаточного количества жилой площади, перенаселенность, неустроенность жилищ, что определялось военными разрушениями жилого фонда. Недостаточное внимание к здоровью детей со стороны родителей, вызванное не столько традициями белорусской деревни, сколько условиями жизни. Большая загруженность женщин на работе, что вынуждало матерей отдавать детей в детские сады-ясли в возрасте нескольких месяцев. Недостаточный уход за детьми в детских учреждениях и больницах. Ликвидация социальных причин детских болезней и улучшение качества педиатрической помощи являлись важными задачами работников здравоохранения области и органов советской власти.

В 50-е — 60-е годы хирургические отделения больниц были наиболее благополучными секциями здравоохранения области. Хорошее материальное обеспечение, полная укомплектованность больниц хирургами позволяли в достаточном объеме оказывать услуги населению. В это время хирурги области овладели приемами оперативного вмешательства по поводу различных заболеваний пищеварительного тракта, органов кровообращения, а также различных заболеваний легких. Успешно овладевали новыми методами работы врачи областной больницы Чешик, Кенигсберг, главный хирург области Касим, хирург туббольницы Марголин (42). Хорошие результаты имели врачи хирургического отделения Мозырской районной больницы (43).

Вместе с тем, в целом качество хирургической помощи оставалось на низком уровне. В одной из гомельских больниц пять врачей в течение пяти суток не смогли поставить диагноз пациенту, который умер от разлитого перитонита (44). Этот частный случай демонстрирует в целом низкий уровень квалификации большей части врачей, провинциализм хирургии Гомельщины. Данный уровень хирургии не позволял внедрять в области мировые достижения медицинской науки. В результате больные со сложными диагнозами, требовавшими оперативного вмешательства хирургов высшей квалификации, вынуждены были ехать на лечение в Москву, Ленинград и другие ведущие центры мировой хирургии.

В середине 50-х годов в Гомельской области наметилась тенденция к снижению уровня заболеваемости туберкулезом и смертности населения от этой болезни. В 1956 г. смертность от туберкулеза снизилась в 3 раза по сравнению с 1948 г. (45). Данная тенденция сохранялась и в последующие годы. Такое резкое снижение уровня заболеваемости туберкулезом объясняется целым комплексом мероприятий, которые проводили медицинские работники Гомельской области. Применялись массовые профилактические обследования, длительная, непрерывная антибактериальная терапия больных, подготовка квалифицированных врачей-фтизиатров. В начале 60-х годов масштабно стала применяться флюорография.

Таблица 5.3.

**Профилактические осмотры населения Гомельской области
по поводу туберкулеза (46)**

Год	Количество осмотренных	Из них осмотрено флюорографически
1960	241158	Нет данных
1961	318271	162525
1962	490430	209930
1963	502092	227805

Дальнейшее расширение флюорографических осмотров населения встретило трудности, т.к. не хватало квалифицированных медицинских работников и оборудования для флюорографических установок. Так, техническим персоналом были неукомплектованы в 1964 г. Мозырская, Житковичская, Рогачёвская флюорографические группы. Врачей-рентгенологов не хватало в Кормянской, Ветковской, Туровской, Тереховской районных больницах (47).

Расширение профилактических противотуберкулезных мероприятий позволило своевременно выявлять заболевания туберкулезом на ранней стадии болезни, оказывать медицинскую помощь вовремя и резко сократить смертность населения от этой инфекционной болезни.

Наряду с успехами в борьбе с туберкулезом здравоохранение Гомельщины имело проблемы с профилактикой и лечением других инфекционных заболеваний. В середине 50-х годов был отмечен рост заболеваний сыпным тифом, дифтерией, скарлатиной, гепатитом (48). Если в 1955 г. в 16 районах Гомельской области были случаи заболевания сыпным тифом, то в 1956 г. уже в 22 районах регистрировался сыпной тиф. Эта болезнь отмечалась и в крупных городах — Гомеле и Мозыре (49).

Во второй половине 50-х годов медикам Гомельщины удалось снизить число заболевших брюшным тифом, дизентерией, корью, коклюшем, полиомиелитом и некоторыми другими заболеваниями (50). В борьбе с инфекционными болезнями применялись традиционные методы профилактики и лечения, прежде всего вакцинация населения. В 1961 г. было отмечено некоторое снижение заболеваемости инфекционными болезнями (51), однако в 60-е годы эта тенденция была неустойчивой.

Высокий уровень заболеваний кишечными инфекциями, сыпным тифом был связан не только с плохой работой системы здравоохранения, но, прежде всего, с социальными и экономическими условиями жизни жителей юго-восточной Беларуси. Большая часть населения Гомельской области проживала в деревнях, а сельская местность и представляла собой очаг инфекционных заболеваний. В первую очередь это касалось водоснабжения. Большинство колодцев находилось в неудовлетворительном состоя-

нии, в некоторых населенных пунктах использовали воду из открытых водоемов. Грязь, антисанитария были типичными для белорусской деревни 50—60-х годов. В результате и сельскохозяйственная продукция поступала в город загрязненной. Таким образом, снижения уровня инфекционных заболеваний можно было добиться не только улучшением качества оказываемых медицинских услуг, но, в первую очередь, решением экономических и социальных вопросов. В результате и противоэпидемические мероприятия принесли бы максимальный эффект.

В 1956 г. в Гомельской области работало 264 врача-терапевта. В городах оказывали терапевтическую помощь 176 врачей, в сельской местности — 88 врачей (52). Недостаток врачей-терапевтов наблюдался, прежде всего, в районах области. Во многих из них работал всего один терапевт (53). Отсутствие врачей и транспорта не давало возможности удовлетворять запросы населения о помощи на дому. В области наблюдался недостаток коек в терапевтических отделениях больниц. В результате постоянной практикой стало размещение коек в коридорах. Особенно тяжелая ситуация в этом отношении сложилась в Брагинском, Буда-Кошелевском и Чечерском районах (54). К 1959 г. ситуация с оказанием терапевтической помощи несколько улучшилась, однако врачей-терапевтов не было в 6 районных больницах, количество коек в больницах составляло лишь 50% от потребности (55). В результате в лечебных стационарах наблюдалась теснота и скученность, имели место отказы от госпитализации больных, сокращались сроки госпитализации, врачи были перегружены работой, массовым явлением стало совмещение должностей, невнимательное, формальное, подчас грубое отношение к больным.

В 60-е годы в связи с развитием материально-технической базы здравоохранения и увеличением числа врачей и среднего медицинского персонала состояние терапевтической помощи населению Гомельщины начинает медленно улучшаться. К 1960 г. все районные и некоторые крупные сельские больницы были оснащены рентгеновской и физиотерапевтической аппаратурой, клинико-диагностическими лабораториями. В учреждениях здравоохранения стали применяться новые методы лечения, новые медицинские препараты (56). Неуклонно расширялось оказание терапевтической помощи на дому. С целью улучшения работы в поликлиниках Гомеля, Мозыря, Речицы прием больных стал осуществляться с 9 до 20-00, в выходные дни с 10 до 18-00 (57).

Большое внимание в рассматриваемый период уделялось эндокринологической помощи населению Гомельщины. Природные условия, а также испытания ядерного оружия в атмосфере способствовали распространению эндокринологических заболеваний. Радикальные меры по профилактике и лечению данных болезней были предприняты, начиная с 1956 г., когда в области стали проводиться противозобные экспедиции. Население осмат-

ривалось методом подворного обхода, осмотр проводился средним медицинским персоналом под руководством врача-эндокринолога. В 1956 г. было осмотрено 715935 человек. Общий процент истинного зоба составил по области 3,3% (58). Противозобные экспедиции были продолжены в 1957—1960 гг. Наиболее поражены зобом оказались жители Туровского, Лельчицкого, Мозырского, Брагинского, Наровлянского, Комаринского и Октябрьского районов (59). Все выявленные больные были взяты на диспансерное наблюдение. С этой целью в 1957 г. в Гомеле был открыт противозобный диспансер. Врачи-эндокринологи определяли больных, нуждавшихся в госпитализации и проведении операции. Операции по поводу зоба стали успешно проводиться во всех больницах области. Если в 1956 г. таких операций было сделано 83, то в 1960 г. 630 человек было прооперировано по поводу зоба (60). Больше внимание уделялось проведению профилактических мероприятий. В области был организован завод иодированной соли, населению рекомендовали принимать антиструмин, причем дети получали данный препарат бесплатно (61).

Таким образом, при оказании терапевтической помощи в 50—60-е годы имели место и успехи, и недостатки. Недостатки были связаны с низким уровнем материально-технической базы, перегруженностью врачей-терапевтов. Успехи рождались при внедрении новых методов лечения, улучшении качества диагностики, увеличении охвата терапевтической помощью населения Гомельщины.

В целом в лечебно-профилактической работе органов здравоохранения Гомельщины в 1956—1970 гг. наблюдались следующие тенденции. Увеличение количества оказываемых медицинских услуг и улучшение их качества. Внедрение массовых профилактических обследований, расширение флюорографических осмотров. Освоение новых методов лечения, новых медицинских препаратов, методов диагностики. Данные положительные тенденции сопровождалась серьезными трудностями. Причем характер этих проблем двойственный. С одной стороны, — это были недостатки самой системы здравоохранения — низкий уровень материально-технического обеспечения, недостаточное материальное стимулирование работников, неадекватная моральная и юридическая ответственность за конечный результат, отсутствие врачей высшей квалификации, медленное внедрение достижений научно-технического прогресса. С другой стороны, трудности системы охраны здоровья Гомельщины предопределялись социально-экономическими причинами. Среди комплекса денных причин следует выделить демографический взрыв конца 50-х — начала 60-х годов; антисанитарное состояние деревень и городов; перенаселенность жилищ; законодательство о вовлечении женщин в трудовую деятельность через месяц после родов; недостаточное финансирование органов здравоохранения.

Глава VI

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 1970—1965 гг.

В 1970—1980 гг. коллективы медицинских учреждений области всю свою деятельность направляли на совершенствование системы здравоохранения, повышение качества и культуры работы лечебно-профилактических учреждений, снижение заболеваемости и смертности, укрепление здоровья населения.

ЦК КПСС и Правительство СССР в 1977 г. приняли развернутое постановление о мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения. Исполком областного совета народных депутатов разработал мероприятия по его выполнению, в которых было предусмотрено дальнейшее развитие материально-технической базы медицинских учреждений, укрепление участковой службы и службы скорой медицинской помощи. В мероприятиях был сделан акцент на усиление профилактики заболеваний и травматизма, комплексное оздоровление труда и быта работающих, улучшение лекарственного обслуживания населения, охрану окружающей среды.

За годы 10-й пятилетки (1976—1980) в области на 3148 коек увеличилась мощность больниц и больничных корпусов и на 2880 посещений в смену поликлиник. На строительство больниц, поликлиник, санитарно-эпидемиологических станций и других объектов здравоохранения израсходовано 28,5 млн. рублей, что в 2,1 раза выше, чем в 9-й пятилетке (1971—1975) (1).

Если за счет государственных капитальных вложений за годы прошедшей пятилетки введено больниц на 1520 коек и поликлиник на 700 посещений в смену, то за счет привлеченных средств сдано медицинских учреждений соответственно на 1628 коек и 2180 посещений в смену. Среди них больница в Новобелицком районе Гомеля, Речицкая районная больница, лечебный корпус и поликлиника медсанчасти завода «Гомсельмаш», поликлиника Светлогорского завода искусственного волокна, Довская, Новоселковская и Заширская участковые больницы, врачебная амбулатория в д. Еремино, фельдшерско-акушерские пункты и ряд других объектов.

Для улучшения материально-технической базы здравоохранения широко привлекались и средства местного бюджета. За счет этого источника финансирования построены сельские участковые больницы в Гомельском, Буда-Кошелевском и Калинковичском районах, Рогачевская, Наровлянская и Лоевская санэпидемстанции, ряд поликлиник. Только за 1979—1981 гг. сдано в эксплуатацию 57 зданий для фельдшерско-акушерских пунктов, телефонизировано 108 медицинских учреждений, выделено 8 помещений для размещения молочных кухонь, женских и детских консультаций.

Участники Всесоюзного семинара, проводимого обкомом профсоюза медицинских работников. Гомель, 1973 г.

Большое внимание местные Советы уделяли совершенствованию и стоматологической помощи населению. За 1976—1980 гг. открыты самостоятельные стоматологические поликлиники в Гомеле (взрослая и детская), Рогачеве, Жлобине и Калинковичах. Только за 1979—1980 гг. открыто 22 стоматологических кабинета, 3 зубопротезных лаборатории. В городах и районах внедрен участковый принцип обслуживания стоматологических больных. В результате практически ликвидированы очереди на зубопротезирование из обычных материалов.

Только в 1978—1980 гг. разукрупнено 52 терапевтических и 68 педиатрических участков. За этот период число цеховых участков увеличилось на 21. В Мозырской городской, Калинковичской районной поликлиниках и медсанчасти Светлогорского завода искусственного волокна открыты отделения восстановительного лечения. В Гомельской областной, Мозырской городской и Светлогорской районной больницах, созданы централизованные лаборатории профпатологии.

Организованы кардиологические отделения в Гомельской областной больнице на 80 коек, больнице скорой медицинской помощи на 60 коек, Мозырской городской на 40, Калинковичской и Добрушской районных больницах на 60 коек каждое. Открыты кардиологические кабинеты в шести поликлиниках области. В областной консультативной поликлинике осуществлялся прием больных по 30 специальностям, что позволяло любому больному оказать высококвалифицированную помощь. Здесь же в 1980 г. открыт ревматологический центр.

Все это позволило области за годы 10-й пятилетки достичь высокого уровня обеспеченности населения койками в лечебных учреждениях, хотя еще в конце 9-й пятилетки область значительно отставала от среднереспубликанского. В 1981 г. в среднем по области на 10 тысяч жителей имелось 126,8 койки. Заметно улучшилось и использование коечного фонда. Если в 1977 г. занятость койки составила 315,1 дня, то спустя три года — уже 330,2 дня. Простой койки в связи с капитальным ремонтом уменьшился более чем в 2 раза.

Огромное значение в области придавалось профилактике заболеваемости. Стало системой ежегодное проведение флюорографического обследования населения. Автобусы с флюорографическими установками можно было увидеть на промышленных предприятиях, в организациях, в сельских хозяйствах и в густонаселенных районах городов.

Напряженная работа давала свои плоды, о чем свидетельствуют следующие данные. За первый год 10-й пятилетки на 100 работающих зарегистрировано 115,1 случая заболевания с временной утратой трудоспособности и общей потерей 1112,4 дня. А в 1980 г. заболеваемость снизилась на одну четверть и более чем на 12% уменьшились потери рабочего времени по болезни. Следует отметить тенденцию к снижению числа случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности из года в год.

Говоря о состоянии здравоохранения в области, нельзя не сказать о развитии санаторно-курортного лечения и организованного отдыха трудящихся. Количество санаториев и учреждений отдыха выросло с 34 в 1975 г. до 45 в 1980 г. Общее количество мест увеличилось почти в 1,7 раза, из них 53,1% составляли койки системы Белсовпрофа и 10% — учреждений Минздрава БССР. Только в местных здравницах в 1980 г. поправили свое здоровье 36419 тружеников. Кроме этого, тысячи рабочих, колхозников, служащих, инженерно-технических работников по путевкам профсоюзов побывали на курортах страны. Значительно выросла сеть санаториев-профилакториев, которые осуществляют лечение и обеспечивают отдых рабочих и служащих без отрыва от производства. В общей сложности в этих учреждениях в 1980 г. лечилось более 34,5 тыс. человек. Для приобретения медицинского оборудования и инвентаря учреждениям в 1978—1980 гг. дополнительно выделено 2,9 млн. рублей, а для капитального ремонта зданий — 3,4 млн. рублей (2).

И все-таки материально-техническая база сама по себе не может обеспечить качество и эффективность медицинского обслуживания. В первую очередь это зависит от кадров, квалификации специалистов. Поэтому положительные результаты в охране здоровья населения области по праву можно приписать напряженному труду врачей, медицинских работников средней категории, всего обслуживающего персонала лечебно - профилактических учреждений.

Большим авторитетом и уважением среди медицинских работников и населения области пользовались главный врач областной больницы заслуженный врач БССР В.Н. Крюков. В числе лучших необходимо назвать заслуженных врачей БССР заведующего реанимационно-анестезиологическим отделением областной больницы М.Ф. Ковалева и главного хирурга отдела здравоохранения облисполкома И.М. Касима. Отличными специалистами зарекомендовали себя главный врач больницы скорой медицинской помощи Н.К. Романов и главный врач Калинковичского района А.А. Романовский.

По существу, в каждом городе, в каждом районе были свои лидеры, на которых равнялись и с которых брали пример. Среди них — главный врач Светиловичской участковой больницы Ветковского района, заслуженный врач БССР В.З. Родин, заведующая Роза-Люксембургским фельдшерско-акушерским пунктом Ельского района, заслуженный работник здравоохранения БССР В.М. Дудницкая, акушерка Буда-Кошелевской районной больницы Л.А. Гуркова, медицинская сестра Калинковичского родильного дома Е.Ф. Стояновская, зубной врач Мозырской стоматологической поликлиники Э.В. Ленкевич, санитарка Добрушской районной больницы В.И. Баркова и многие другие.

Их опыт перенимает многочисленный отряд медицинских работников. В 1981 г. в учреждениях здравоохранения области работало 4135 врачей и 12639 средних медицинских работников. Это составило 100 медицинских работников на 10000 населения. В области насчитывалось 110 врачей высшей и 522 первой квалификационной категорий. Первую квалификационную категорию имел 691 средний медицинский работник.



И. Дробышевская (крайняя слева) — председатель профкома Гомельского онкодиспансера, впоследствии министр здравоохранения БССР.



**Областная отчетно-выборная конференция Общества Красного Креста г. Гомель.
В центре — С.В. Голухова, справа — М.А. Горячук**

Исполкомы городских и районных Советов народных депутатов проявляли заботу о создании для медицинских работников необходимых жилищно-бытовых условий. Только за 1979—1981 гг. для врачей было выделено 194 благоустроенные квартиры, одинокие обеспечены общежитием. Построено общежитие на 640 мест для сотрудников областной больницы, предусматривалось выделение квартир медицинским работникам в жилых домах местных Советов и ведомств, колхозов и совхозов.

Большое влияние на повышение культуры и качества обслуживания населения оказывало наставничество, социалистическое соревнование, конкурсы на звание «лучший по профессии». Среди медицинского персонала области — 12973 ударника и 12 коллективов коммунистического труда.

Обком КПБ, облисполком и облсовпроф приняли постановление о социалистическом соревновании между городами, районами, областными учреждениями здравоохранения за повышение качества и культуры медицинского обслуживания населения. Итоги подводились ежегодно. Победителям присуждались переходящие Красные знамена и денежные премии. В соревновании побеждали г. Гомель, областная больница, Гомельская городская больница скорой медицинской помощи, Светиловичская сельская участковая больница Ветковского района и Мозырская городская санэпидстанция.

Принятое в начале 70-х годов Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развития медицинской науки в стране» определило основные направления работы здравоохранения в целом и Гомельской области в частности. На состоявшемся пленуме областного комитета профсоюзов области по данным вопросам были заслушаны руководители учреждений здравоохранения Мозырского, Калинковичского, Октябрьского районов, второй областной больницы. В связи с улучшением технической оснащённости медицинских учреждений большие возможности получила специализированная медицинская помощь. В области расширились отделения грудной хирургии, нейрохирургии, урологии, травматологии, невропатологии. Начали функционировать отделения для лечения больных с заболеваниями крови, инфарктом миокарда.

В области удалось создать достаточную материальную базу для активного воздействия на туберкулез. Увеличился охват населения профилактическими осмотрами, почти полностью были охвачены туберкулезными пробами детские контингенты (3).

Санитарная служба области накопила огромный опыт решения самых сложных задач, содействовала созданию образцовых санитарно-эпидемиологических учреждений, укомплектованных квалифицированными кадрами и оснащённых современным оборудованием.

В 1971 г. Гомельская область одной из первых в БССР начала работу по централизации управления и финансирования санэпидучреждений. Решением облисполкома финансирование районных и городских санэпид-

станций было передано на областной бюджет, что позволило целесообразно регулировать ассигнования на их содержание и более экономно их расходовать. В результате за 1971—1982 гг. в области значительно укрепилась материально-техническая база санитарной службы. Из 29 СЭС улучшили свое размещение 20, в том числе за счет нового строительства 9 зданий санэпидстанций были полностью реконструированы. Были построены новые санэпидстанции в Мозыре, Жлобине и Брагине, предусмотрено улучшение размещения Кормянской и Буда-Кошелевской СЭС. Проведенная работа позволила увеличить площади помещений СЭС в 2,7 раза (4).

С 1973 года в области проводится большая работа по централизации лабораторной службы. Централизация лабораторного дела имела свои положительные стороны как в вопросах использования кадров, расширения диапазона анализов, так и в вопросах экономного расходования средств. Появилась возможность организации работы лаборатории в 1,5 смены, что значительно улучшило обслуживание населения. Было достигнуто высокое исполнение качества проводимых исследований за счет концентрации сил высококвалифицированных специалистов лабораторного дела. С большей отдачей стало использоваться дорогостоящее оборудование. На базе областной СЭС создано отделение централизованного приготовления бактериологических питательных сред. Отделение обеспечивало райсэс 625 л этих сред 29 наименований. Большинство лабораторий размещались в условиях, позволяющих осуществлять лабораторный контроль на самом высоком уровне. Только за 1981—1983 гг. на приобретение оборудования было израсходовано свыше 400 тысяч рублей. Для облсэс и райсэс приобретено 5 комплектных лабораторий.

С целью повышения эффективности борьбы с инфекционными и паразитарными болезнями областная СЭС постоянно совершенствовала формы и методы противоэпидемического обслуживания населения.

В практику работы лечебно-профилактических учреждений Гомельской области была внедрена централизация прививочного дела на базах центральных районных и городских больниц. Была создана республиканская школа передового опыта по иммунопрофилактике на базе Светиловичской больницы Ветковского района. Успешно функционировали школы передового опыта по различным разделам работы. Особое внимание в области уделялось работе с руководящим звеном. Был создан резерв руководящего состава, который активно привлекался к замещению должностей главных врачей СЭС на период их отпусков или учебы, к подготовке материалов для обсуждения на заседаниях исполкомов Советов народных депутатов. С резервом руководящего состава проводились систематические занятия по вопросам организации руководства и управления службой.

Большая работа осуществлялась по повышению профессиональной подготовки специалистов СЭС. За 1980—1983 гг. повысили квалификацию 145. По согласованию с областным отделом здравоохранения проводились за-

нятия выездных циклов институтов усовершенствования врачей. В 1983 г. проведено 3 цикла: по гигиене детей и подростков, иммунопрофилактике и бактериологии. Широко использовалась такая форма повышения квалификации, как обучение на рабочих местах; на них ежегодно обучалось до 30 врачей, 40 лаборантов, 50 специалистов ведомственных лабораторий. Признанной формой повышения профессиональных знаний была аттестация. 24% врачей санитарно-эпидемиологического профиля присвоена та или иная аттестационная категория. Регулярно проводились смотры-конкурсы на звание «Лучший по профессии», развернуто социалистическое соревнование между санэпидстанциями области.

Совершенствованию форм и методов работы способствовали мероприятия, проводимые областными научными обществами эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов и гигиенистов. Сотрудники санитарной службы постоянно занимались научно-практической работой. Во всех своих начинаниях СЭС опиралась на поддержку советских и партийных органов, работала в тесном контакте с комитетом народного контроля, инспекцией по охране природы, обществом Красного Креста.

Одним из важнейших разделов в работе санитарной службы, как известно, является осуществление предупредительного и текущего санитарного надзора. Только за 1982 г. санитарной службой области рассмотрено и выдано по планировке, расширению и реконструкции разных объектов около 400 заключений, а по отводу земельных участков — 1191.

Особое внимание уделялось вопросам гигиены села, условиям труда, питания, быта различных групп сельского населения, а в связи с химизацией сельского хозяйства — и вопросам хранения, транспортировки и применения ядохимикатов. На базе Речицкой районной СЭС была открыта школа передового опыта по обслуживанию сельского населения. В облэс создана группа работников, на которую возлагалась обязанность непосредственного изучения и дачи практических рекомендаций по улучшению условий труда работников сельского хозяйства.

Решая проблему борьбы с загрязнением окружающей среды, большая работа проводилась службой по контролю за санитарным состоянием источников водоснабжения, охране атмосферного воздуха, почвы, открытых водоемов. Осуществлялось постоянное изучение санитарного режима рек Днепра и Сожа. Систематически изучалась эффективность работы очистных сооружений для промышленных и хозяйственно-фекальных стоков.

С начала 80-х годов в области началась работа по проведению ежегодной диспансеризации всего населения. В 1983 году профилактическими осмотрами в области было охвачено 42,2% населения, под диспансерным наблюдением находилось 13,6% населения, т.е. фактически 55,8% населения уже было охвачено диспансерным наблюдением, а в передовых медучреждениях этот показатель был еще выше (например, в Светлогорском районе — 83,4%).



Делегация ВОЗ в Гомельской области.

Разукрупнены территориальные терапевтические и педиатрические участки. Количество населения у терапевтов доведено до 1616, у педиатров — до 750. К 1984 г. в поликлиниках области было создано 24 отделения профилактики, решался вопрос о создании таких отделений в поликлиниках, обслуживающих менее 30 тысяч населения. Возросло число цеховых участков, фельдшерских здравпунктов на промышленных предприятиях.

Экспериментальная работа по сплошной диспансеризации позволила увеличить охват диспансерным наблюдением населения области в 1984 г. до 73%. Дополнительно выявлено около 50 тыс. хронических больных, нуждающихся в наблюдении и лечении. Все осмотренные разделены на 4 группы: здоровые (42,6%), практически здоровые (22%), группа риска (10,1%), больные (25,3%). Из числа больных у 16,2% были острые формы заболеваний, не требующие дальнейшего длительного динамического наблюдения.

Проведенные в области мероприятия позволили к 1985 г. разработать комплексную целевую программу оздоровления населения области, в составление которой включились главные штатные и внештатные специалисты облздравотдела, оргметодотдел областной больницы совместно со всеми заинтересованными учреждениями и органами других ведомств. В ходе разработки таких программ изыскивались возможные ресурсы, резервы, которые ранее не учитывались, объединялись финансовые и материальные возможности органов управления, промышленных

предприятий, учреждений здравоохранения. В результате реализации таких программ в области было достигнуто снижение заболеваемости с временной нетрудоспособностью. На 100 работающих всех категорий снижение произошло на 11,4% и составило 339,2 дня (в республике этот показатель был равен 399,6 дня на 100 работающих). Дальнейшему улучшению условий труда и повышению безопасности производства способствовали Всесоюзный общественный смотр состояния охраны труда. На базе 3-й городской больницы г. Гомеля и Светлогорской ЦРБ были созданы постоянно действующие школы передового опыта по охране труда для всех медработников области.

Таким образом, на пути к сплошной диспансеризации области предстояло изучить и решить еще много вопросов, так как задача чрезвычайно сложна и актуальность ее будет возрастать и далее. Сплошная диспансеризация — новый этап в развитии нашего здравоохранения, высшая организационная форма профилактического направления, которая требует дальнейшего совершенствования всей государственной системы здравоохранения. Сплошная диспансеризация — это не только наиболее яркое проявление синтеза профилактики и лечебного дела, но и основа организации будущего здравоохранения. Осуществление ее будет способствовать не только укреплению здоровья населения, но и усилению жизненной активности людей, поддержанию у них здорового духа социального оптимизма (5).

Одновременно с ростом материально-технической базы здравоохранения области в 70-е годы серьезное внимание стало уделяться научной организации труда в деятельности лечебно-профилактических учреждений. Во многих поликлиниках упорядочивалась работа регистратур, проводились мероприятия по внедрению современных средств связи и сигнализации, что позволило медперсоналу сосредоточить свои усилия на повышении объема, улучшении качества медицинского обслуживания населения. Получили распространение кабинеты доврачебного приема в поликлиниках. Особенно прижилась эта форма работы в 6 и 10 поликлиниках Гомеля, поликлинике Светлогорской райбольницы. В ряде стационарных учреждений вводились истории болезни, были централизованы автоклавные, стерилизационные отделения. Однако не везде удавалось сократить время ожидания врачей и лечебных процедур, недостаточно была отработана система преемственности между поликлиникой и стационаром, имело место дублирование обследований, что приводило к увеличению сроков пребывания больного в стационаре. Руководители медицинских учреждений совместно с профсоюзными комитетами стали значительно больше внимания уделять работе по рационализации труда работников, внедрению элементов НОТ, обращая при этом особое внимание на организацию труда участковых и цеховых врачей, упорядочение работы регистратур.



Н.Е. Савченко — министр здравоохранения БССР. 1976 г.

На состоявшейся в 1976 г. XVII отчетно-выборной областной профсоюзной конференции министр здравоохранения республики Н.Е. Савченко обратил внимание не только на необходимость укрепления материально-технической базы, но и повышения ее эффективности. На первый план теперь выходил субъективный фактор: отношение к служебным обязанностям, уровень организации и руководства каждым участком работы, исполнительская дисциплина, четкое определение и выполнение функциональных обязанностей. Решению этой задачи способствовало принятое постановление Совета Министров СССР о расширении прав руководителей лечебно - профилактических учреждений. При условии выполнения учреждением всех плановых заданий для поощрения медицинских работников выделялось 1,5% от фонда заработной платы. Так, применительно к областной больнице, эта сумма составила 25 тыс. рублей в год. Руководителям была предоставлена более широкая возможность маневрировать денежными средствами, совместно с местными органами они вырабатывали приемлемые положения о премировании, имели возможность перемещать средства из одной статьи в другую и т.д. Таким образом, возрасла ответственность работников за выполнение планов показателей на каждом участке, становилась более понятной их значимость для каждого. Как новшество, следует отметить появление перспективных пятилетних планов улучшения охраны труда и санитарно-оздоровительных мероприятий. Эти планы разрабатывались облздравотделом и обкомом профсоюза, осуществлялись на местах руководителями учреждений и комитетами профсоюзных организаций.

В конце 70-х годов долгожданное внимание и помощь получили объекты здравоохранения села. Был проведен ряд мероприятий, обеспечивающих улучшение медицинского обслуживания сельского населения. Развивались и укреплялись материально сельские амбулатории, передвижные виды помощи, велась работа по закреплению медицинских кадров на селе. Медицинскую помощь сельскому населению оказывали в 1979 г. 19 ЦРБ, 2 райбольницы, 76 сельских участковых больниц, 27 сельских врачебных амбулаторий и 619 ФАПов. Число специализированных кабинетов и отделений по ЦРБ увеличилось по сравнению с 1975 г. со 139 до 158. Производились проверки состояния медицинского обеспечения работников сельского хозяйства в период массовых полевых работ в Жлобинском, Калинковичском, Брагинском, Мозырском районах. Улучшение условий труда положительно отразилось на состоянии здоровья тружеников сельского хозяйства. Заболеваемость с временной утратой работоспособности снизилась и составила в 1978 г. 718,8 дней на 100 работающих против 770,7 дней в 1976 г. (6).

Многое было сделано в это десятилетие по развитию наставничества. К 1978 г. в учреждениях области работало 640 наставников молодежи, которые вели шефство над 700 молодыми сотрудниками. Этому движению посвящались регулярно проводимые научно-профилактические конференции, где изучался и обобщался опыт лучших наставников, показывалась практическая ценность их работы (7).

Несмотря на имеющиеся достижения, к середине 80-х годов развитие здравоохранения области всё же замедлилось. Тормозом в решении многих вопросов по-прежнему являлась материальная база, серьезно отстававшая от требований времени. Не осваивались выделенные средства на капитальное строительство новых лечебных учреждений, с большим трудом осуществлялся капитальный ремонт старых объектов. Негативные явления, характерные для экономики, вели к застою и в социальной сфере, что имело свои отрицательные последствия в кадровой политике. Высокой оставалась текучесть кадров, обусловленная неудовлетворительными социально-бытовыми условиями. Так, из-за нехватки благоустроенного жилья, отсутствия должного внимания к решению вопросов быта и снабжения в сельской местности из области только в 1983 г. выбыло 466 врачей при прибывших 587. Эту негативную динамику не удалось изменить и в последующий период. Данная ситуация в значительной мере объясняет некоторые показатели по заболеваемости населения области. В частности, в области по-прежнему было высоким число лиц, болеющих туберкулезом, венерическими и кожно-грибковыми болезнями, имеющих злокачественные новообразования. Медицинским работникам области предстояло приложить немалые усилия по преодолению этих недостатков, что и делалось. Однако развитие здравоохранения республики как отрасли народного хозяйства целиком зависело от стабильности работы всего экономического комплекса республики, нуждавшегося к тому времени в коренной реорганизации.

Глава VII

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ОБЛАСТИ В ПОСТЧЕРНОБЫЛЬСКИЙ ПЕРИОД

Новая эпоха в деятельности здравоохранения связана с рядом исторических событий, произошедших в середине 80-х, начале 90-х годов. В 1985 году сменилось политическое руководство в СССР, были предприняты попытки ускорить социально-экономическое развитие страны, исправить допущенные в прошлом ошибки и всесторонне обновить общество. Однако отсутствие научно обоснованной концепции перестройки привело к неудаче объявленного политического курса. В государстве стали быстро нарастать кризисные явления, снижались темпы экономического развития, что вызвало социальную напряженность в обществе, которую многократно усилила Чернобыльская катастрофа.

Авария на Чернобыльской АЭС явилась огромной трагедией в жизни белорусского народа. Особенно тяжелые испытания выпали на долю населения Гомельской и Могилевской областей. Органы союзного и республиканского руководства, министерства и ведомства не приняли своевременно должных мер по оказанию помощи населению в зоне аварии, проявили безынициативность, более того, делали попытки дезинформировать общественность.

По крайней мере, странным выглядит сегодня выступление первого секретаря ЦК КП Белоруссии Е.Е. Соколова в сентябре 1987 года на республиканском собрании партийно-хозяйственного актива, посвященного состоянию здравоохранения. О Чернобыльской катастрофе не было сказано ни одного слова, хотя уже прошло немало времени со дня события и имелись соответствующие оценки (1). Также обошел эту тему и присутствующий на собрании Министр здравоохранения СССР Е.И. Чазов. В который раз проявилась наша ментальная особенность: сначала замалчивание и игнорирование, потом адекватная квалификация случившегося как народного бедствия. Возможно, сыграл свою роль приближающийся очередной юбилей Октябрьской революции, и упоминать о катастрофе руководство республики сочло не к месту.

На территории Беларуси выпало 70% радиоактивных осадков, выброшенных в атмосферу в результате взрыва. Было загрязнено 23% всей ее территории с 3668 населенными пунктами, в которых проживало более 2-х миллионов человек (2).

В мае 1986 года работники отдела здравоохранения облисполкома не знали еще всех масштабов этой катастрофы и не были готовы к работе в условиях радиоактивного поражения. Не хватало дозиметрических приборов, индивидуальных средств защиты. Медицинские работники со времени последней войны не сталкивались с необходимостью эвакуации такого количества людей. Не только население, но и медработники не ориентиро-

вались в единицах измерения радиоактивности, не могли на первых этапах правильно организовать мониторинг сложившейся ситуации. Все знания и опыт приходили в ходе практической работы.

Деятельность коллективов лечебно-профилактических учреждений перестраивалась на новый режим работы. В период эвакуации населения из пострадавших населенных пунктов медицинские работники обеспечивали необходимую и возможную помощь на всех этапах эвакуации. В помощь районным работникам, сельским врачам были командированы врачи, фельдшера и медсестры различных специальностей г. Гомеля, а позже со всех регионов БССР.

Все больные транспортировались в медицинские учреждения. Обеспечивалось постоянное медицинское наблюдение за эвакуированными. В местах эвакуации и расселения были организованы врачебные амбулатории, медицинские пункты. Не ожидая указаний Минздрава СССР, заведующие ФАПами южных районов области провели йодопрофилактику. Большую работу провела педиатрическая служба в период эвакуации детей и подростков в пионерские лагеря и санатории. Силами медицинских работников были проведены сотни тысяч дозиметрических и лабораторных исследований. Не менее тяжелая и ответственная работа легла на плечи санитарно-эпидемиологической службы. Круглосуточно санитарные врачи и их помощники проводили дозиметрический контроль за местностью, колодцами и пищевыми продуктами, участвовали в проведении дезактивации одежды и транспорта работающих в зоне. Неоднократно работникам службы приходилось в сложной ситуации принимать самостоятельные решения.

В этот самый сложный период эвакуации, первоначального отселения и расселения как опытные специалисты и хорошие организаторы проявили себя А.А. Романовский — заведующий областным отделом здравоохранения, В.И. Розанский — заместитель заведующего областным отделом здравоохранения, З.А. Хулап — главный государственный санитарный врач области, В.Н.Крюков — главный врач областной больницы, В.Г. Чешик — главный врач областной туберкулезной больницы и другие работники разных служб и специальностей. Некоторых из этих замечательных людей из-за возраста и болезней, к сожалению, уже нет с нами. Благодаря самоотверженному труду сотен и тысяч врачей, всех медицинских работников области было сделано максимум возможного в той трагической ситуации для сохранения здоровья людей. В целом, здравоохранение области вышло из нее с честью и достоинством.

Конечно же, нельзя не отметить целенаправленную помощь со стороны Министерства здравоохранения, коллег из других областей, специалистов высочайшей квалификации всей большой страны.

За послеаварийные годы изменилась сеть и структура медицинских учреждений в области. За счет средств, направленных на ликвидацию послед-

ствий аварии на ЧАЭС введено в эксплуатацию 160 объектов здравоохранения. Открыто 26 эндокринологических и 15 онкологических кабинетов. Приобретено 120 аппаратов УЗИ, 32 аппарата СИЧ, 18 гематологических, 10 биохимических анализаторов и другая медицинская аппаратура для проведения массовых медицинских осмотров населения. Для целей функционирования Регистра лиц, пострадавших от катастрофы на ЧАЭС в медицинских учреждениях области поставлено 48 персональных компьютеров. Состоящие на учете в Регистре граждане ежегодно осматриваются специалистами на 95—98%.

Для повышения эффективности научно-исследовательских работ, проведения качественной диспансеризации населения в Гомеле в 1990 году открыт Гомельский областной диспансер радиационной медицины (с 2003 года государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»).

Энергично и эффективно стала решаться кадровая проблема. Темп роста численности врачей в 1997 году, по отношению к 1985 году, в Гомельской области стал одним из самых высоких в республике — 130,1%. Наибольший рост обеспеченности средним медицинским персоналом отмечался также в Гомельской области — 124,9% (3).

Все эти огромные усилия руководства страны по созданию материальной базы лечебно-профилактических учреждений для борьбы с последствиями радиоактивного заражения, решению кадровой проблемы играют основную роль в осуществлении мониторинга за состоянием здоровья больших контингентов людей, профилактике заболеваний.

Медицинские работники все больше и больше представляют доказательства прямого воздействия радиации на здоровье. Наиболее подверженными радиоактивному воздействию жители Беларуси оказались дети и подростки. Выявлено около 1700 заболеваний рака щитовидной железы. Прогноз медиков только по этой категории населения, к сожалению, неблагоприятен.

Получен ряд новых данных, свидетельствующих о влиянии радиоэкологической обстановки на состояние важнейших систем организма. Особого внимания заслуживают полученные результаты о повреждающем действии на организм малых доз радиации, о значительной опасности внутриутробного облучения плода, которое ведет к нарушению процессов формирования качественного потомства.

Высококочувствительными к действию радиации оказались эндокринные органы, не только щитовидная железа, но и надпочечники, поджелудочная железа и др. (4).

Ученые утверждают, что другие эффекты облучения еще не проявились в полной мере вследствие более длительного латентного периода и хронического характера облучения к относительно малой мощности дозы.

Определенную тревогу вызывает рост болезней крови. Из другой патологии населения области наметился рост заболеваний органов дыхания, пищеварения и сердечно-сосудистой системы, особенно гипертонической болезни и ишемической болезни сердца.

Наблюдался рост социально обусловленных болезней. В первую очередь медиков тревожит рост заболеваний туберкулезом, венерическими болезнями, дальнейшее распространение алкоголизма и наркомании, чумы XX века — СПИДа.

Катастрофа на ЧАЭС повлекла за собой значительные отрицательные психологические последствия, выражающиеся в повышении чувства тревоги и возникновении стрессов из-за постоянного ощущения неопределенности, что привело к росту психосоматических болезней.

На ухудшении состояния здоровья населения сказалось и питание, несбалансированность которого способствовала снижению устойчивости организма к факторам внешней среды, в т.ч. и к действию радионуклидов.

Качественно ухудшилось состояние здоровья школьников. За 11 лет в 5 раз увеличилось число детей и подростков с патологией костно-мышечной системы (сколиоз, остеохондроз), что является результатом глубоких нарушений минерального обмена. Большинство школьников имеет синдром астенизации физического развития (дефицит массы тела, снижение показателей мышечной силы, жизненной емкости легких) (5).

В русле государственной стратегии борьбы с последствиями Чернобыльской аварии на ЧАЭС Совет Министров БССР и Министерство здравоохранения республики приняли в ноябре 1990 года решение об открытии в Гомеле государственного медицинского института для обеспечения врачами наиболее пострадавших районов. Первоочередной задачей института являлась подготовка кадров для районов, пострадавших от катастрофы на ЧАЭС.

Надо отметить, что и до Чернобыльской беды многие молодые специалисты, оканчивающие медицинские вузы республики, не спешили ехать в Полесскую глубинку. По обеспеченности кадрами медработников область в 1986 году занимала последнее место в республике. Не хватало более 1 тысячи врачей и более 2 тысяч среднего медицинского персонала. Из-за этого часть отделений в больницах находились под угрозой закрытия. Становление института проходило в сложных условиях преодоления последствий Чернобыльской аварии. Крутой поворот в жизни всего населения республики вызвал болезненный переход к рыночной экономике и заключительный удар по надеждам людей на благополучную жизнь нанесли события, связанные с распадом СССР.

Складывающаяся в стране обстановка вызвала кризис доверия к властям, традиционным структурам общества, что не способствовало решению задач, связанных с организацией института.

Вместе с тем, преодолевая возникающие трудности как в стране, так и связанные с собственным развитием, коллектив института прилагал все возможные усилия по качественному профессиональному росту профессорско-преподавательского состава, совершенствованию учебно-воспитательного процесса, подготовке в конечном итоге квалифицированных специалистов. Всего за 1992—2003 годы институт подготовил 1772 врача, из них в Гомельскую область распределены 1309, в Могилевскую — 244, в наиболее загрязненные районы Гомельской области также 244 врача. В 2000 году по инициативе ректора института С.В. Жаворонка решением Министерства здравоохранения республики был открыт факультет подготовки специалистов для зарубежных стран. В настоящее время структура вуза состоит из 5 факультетов, 31 кафедры, ЦНИЛ, а также управленческих подразделений и вспомогательных служб.



С.В. Жаворонок — профессор, ректор Гомельского государственного медицинского университета. 2004 г.

Летом 2003 года по итогам проведенной аттестации учреждение образования получило университетский статус. В университете обучается 1635 студентов, не считая иностранных. Учебный процесс осуществляют 185 преподавателей на штатной основе, из них докторов наук — 21, кандидатов — 85. Университет является крупным научным центром. В 2003 году научные исследования велись по 39 темам НИР. Всего за 2000—2004 годы сотрудниками университета было опубликовано более 1200 научных работ, издано 8 монографий, 80 учебных пособий, проведено 16 республиканских и международных съездов и конференций. Университет имеет международное признание, поддерживает и развивает разносторонние контакты с медицинскими вузами ближнего и дальнего зарубежья. Гомельский государственный университет сегодня является динамично развивающейся структурой, обеспечивающей подготовку кадров с высшим образованием для Республики Беларусь, и в первую очередь, для регионов наиболее пострадавших от катастрофы на ЧАЭС.

С января 1990 года республика перешла на новые условия хозяйствования. Вводимый в здравоохранении новый хозяйственный механизм должен был сохранить важнейшие принципы советского здравоохранения.

В нем предусматривалось перейти от отраслевого к территориальному принципу управления здравоохранением. Основной структурной единицей стало территориально-медицинское объединение (ТМО). Предполагалось, что отношения между входящими в него учреждениями будут основываться на экономических принципах, учитывающих уровень развития медицинской помощи в регионе. В части финансирования ожидалось целевое выделение средств из государственного бюджета по отдельным статьям расходов, с учетом долговременных стабильных нормативов, привлечением при этом доходов от развития платных услуг и иных источников доходов.

Из задуманного удалось продвинуться в формировании ТМО. Гиперинфляция и недостаточность финансирования привели к сворачиваемости внедрившихся в 1990—1993 годах экономических отношений.

В июне 1994 года была утверждена новая Концепция развития здравоохранения. Планировалось достичь согласованности темпов реформирования народного хозяйства и системы здравоохранения, создание рынка медицинских услуг, расширение негосударственных источников финансирования. Однако, эта проблема привлечения средств остается актуальной и по сей день. Как показал опыт, решить ее пока не может развитие разных форм страхования, создание, как в России, фондов системы обязательного страхования.

Вместе с тем, вполне очевидно, что внедрение обязательного медицинского страхования может быть осуществлено при достаточно стабильной экономике в целом по стране и развитой системе хозрасчетных отношений в отрасли.

Концепция развития здравоохранения республики значительную роль отводит поэтапному внедрению института врача общей практики. Для этого в нашей медицинской практике появились и объективные предпосылки.

Поликлиническая служба как целостное направление в системе здравоохранения была явлением уникальным. В развитие отечественного здравоохранения заслуг у поликлиники хватает. И, тем не менее, однозначно эту службу не оценить. При ее создании ставились три проблемные задачи: максимальное приближение медицинской помощи к населению; осуществление преимущественного лечения больных в амбулаторно-поликлинических условиях (что дешевле и предпочтительнее); направление больных на стационарное лечение при предварительно проведенном обследовании (что сокращает длительность пребывания их там).

Первая задача была выполнена полностью, и это явилось одним из великих достижений социалистической страны — квалифицированность, доступность медицинской помощи практически в любое время и в любом месте. А по двум последующим задачам результат не столь однозначен.

Проведенные исследования показали, что участковый врач самостоятельно оказывает помощь всего лишь 40—42% больных, а всех остальных направляет к «узким специалистам», т.е. работает больше как диспетчер. Участковый врач утратил свою ответственность перед пациентами и интерес к ним (для сравнения: в Великобритании врач общей практики самостоятельно оказывает помощь 80—82% пациентов).

Система здравоохранения, унаследованная от Советского Союза, наряду с неоспоримыми достоинствами, имела и существенный недостаток. При декларируемой доступности и бесплатности для населения она была высоко затратной. В настоящий момент в связи с изменившейся экономической ситуацией поддерживать систему в неизменном состоянии становится невозможным.

Перераспределение ресурсов на уровень первичной медицинской помощи, внедрение стационарозамещающих технологий; преобразование первичной медицинской помощи, которая должна значительно повысить качество и эффективность медицинских услуг на догоспитальном этапе, в т.ч. на дому, и неотложной медицинской помощи, оказываемой поликлиниками, улучшить преемственность оказания медицинской помощи на всех уровнях, снизить потребность в госпитализации и позволить использовать коечный фонд более рационально, укрепить психологические контакты пациентов с врачами, повысить медико-социальную защищенность.

Введение института врача общей практики, как основной структуры первичной медицинской помощи, интегрирует и координирует индивидуальную медицинскую помощь каждому человеку, то, как свидетельствует зарубежный опыт, позволяет не только оптимально использовать финансовые ресурсы, но и существенно влиять на качество и результативность медицинской помощи.

Важнейшим показателем, характеризующим кадровые ресурсы отрасли, является обеспечение врачами узких медицинских специальностей.

В республике отмечался относительный избыток врачей-специалистов по сравнению с врачами общего профиля и дефицит врачей-терапевтов, в первую очередь участковых. В 1997 году удельный вес участковых врачей составлял 18% среди врачей лечебного профиля и 15,6% от общей численности специалистов с высшим медицинским образованием. Примерно такая же картина имела место и в области.

В рационализации затрат на оказание врачебной помощи важное значение имеет соотношение между числом врачей-специалистов и врачей общего профиля. Мировой опыт свидетельствует, что оптимальным является соотношение, при котором 25% от общего количества врачей составляют врачи-специалисты.

Сложной оказалась ситуация, по ряду объективных причин, в обеспечении медицинскими кадрами сельского населения. В Гомельской области в 1997 году не было ни одного врача в 10 сельских участковых больницах и 22 сельских врачебных амбулаториях, 9 районов области оставались не укомплектованными врачами-специалистами.

В октябре 1997 года Министерством здравоохранения был издан приказ № 279 «Об активизации работы по введению врачей общей практики». В 2004 году в области создано 36 амбулаторий врача общей практики, что уже принесло положительные результаты: улучшились показатели по количеству госпитализации, вызовам скорой помощи, т.е. снижается количество дорогостоящей помощи. Однако в решении этих вопросов есть немало причин, сдерживающих переход первичного звена на общеврачебную практику: неготовность лечебной сети к принятию специалистов нового профиля, сохраняющийся у главных врачей дух «госпитализма», неадекватная подготовка специалистов общей практики, слабая материальная заинтересованность.

Общий социально-экономический кризис в республике вызвал в начале 90-х годов не только снижение уровня жизни населения, но также падение уровня бюджетного финансирования отрасли. В частности объем бюджетного финансирования уменьшился почти в 10 раз, с 308 долларов в год на душу населения в 1993 году до 31 доллара в 1995 году. Это обстоятельство послужило основной причиной возникшей напряженности в здравоохранении(6).

В 1995 году в сопоставимых ценах в сравнении с 1990 годом на нужды здравоохранения было выделено лишь 53,3% бюджетных средств. Потребность отрасли на приобретение лекарств была удовлетворена только на 72,6% , на питание больных — на 72 % , на приобретение медицинского оборудования — на 62,3 % (7).

Стало совершенно очевидно, что изменения политической и социально-экономической системы в республике ставит отрасль перед необходимостью адаптации здравоохранения к новым условиям. По сути это означало реформирование системы здравоохранения.

В ряду мероприятий по реорганизации отрасли можно отметить приказ Министерства здравоохранения № 388 от 30 декабря 1998 года «О проведении эксперимента новой организационно-экономической модели развития здравоохранения в Витебской и Гродненской областях».

В экономике здравоохранения сложилась парадоксальная ситуация, когда ни одно медицинское учреждение, ни один работник не был заинтересован в сокращении сроков лечения. Постатейное финансирование в зависимости от числа коек и количества койко-дней не стимулировали персонал к интенсивной работе.

Сокращение, таким образом, сроков лечения, количество койко-дней давало бы экономию, но этими деньгами администрации лечебных учреждений распорядиться не могли. В медицинских учреждениях требовалось утвердить приоритет амбулаторно-профилактической помощи, отказаться от показателей коечной мощности стационаров как нормативных. Он не должен быть точкой отсчета для определения заработной платы руководителя, штатного расписания.

По итогам Витебского эксперимента с начала 2003 года здравоохранение Республики Беларусь приступило к введению новой системы хозяйствования и управления. Уже с 2001 года планирование и выделение финансовых средств на оказание медицинской помощи осуществляется на основе нормативов бюджетной деятельности расходов в расчете на 1-го жителя, определяемые по специальной методике для каждого административного региона республики. На их основе местные органы здравоохранения планируют объемы различных видов медицинской помощи, гарантированные государством.

Среди базовых районов республики, где формируются и применяются государственные минимальные социальные стандарты, определены Гомельский и Наровлянский.

Как показали результаты контроля, норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя на 2003 год варьировал от 59399 рублей в Гомельском районе до 131204 рублей в Наровлянском. Такое различие объясняется различными объемами медицинской помощи, а также степенью развития инфраструктуры. При этом каждый житель имел право получить медицинскую помощь на уровне области и республики (8).

За 8 месяцев 2003 года по сравнению с аналогичным периодом прошлого года нагрузка на амбулаторно-поликлиническое звено увеличилась на 13,8%, объем стационарной помощи уменьшился на 7,7%, количество больных, пролеченных в дневных стационарах амбулаторно-поликлинических учреждений, увеличилось в 2,5 раза.

В Наровлянском районе также увеличилась нагрузка на амбулаторно-поликлиническую сеть. Каждый условный житель района должен был вос-

пользоваться сетью 10 раз вместо 8,7 как в 2002 году. Врач и фельдшер посетит больных из расчета на 1 жителя соответственно 0,72 и 6,6 раза, тогда как в 2002 году эти показатели были 0,32 и 4,57.

По части реструктуризации в районе сокращено 3 ФАПа, из двух сельских больниц создана амбулатория. Прошли сокращения в районных больницах. К сентябрю 2003 года вместо 205 коек стало 100. В ТМО из 35,75 штатных врачебных должностей вакантны лишь 3,5 ставки.

Таким образом, промежуточные итоги показывают, что финансирование стандартов приводит к экономии средств, что позволяет лечебно-профилактическим учреждениям своевременно выдавать заработную плату, принимать меры по самостоятельному укреплению материальной базы и самое главное делать медицинское обслуживание людей более качественным (9).

Наряду с разработкой стандартов в области проведена оптимизация структуры подведомственных организаций здравоохранения (сокращено в 2002 году 7 участковых больниц, родильных домов и ФАПов, экономия бюджетных средств составила 8605,8 млн. рублей, из них в результате сокращения штатной численности (1239 должностей) — 1933,7 млн. рублей. В результате сокращения коечного фонда (1005 коек) — 1266,2 млн. рублей (10).

Весомым вкладом в развитие и совершенствование системы здравоохранения в области являются поставки гуманитарной помощи со стороны благотворительных организаций ряда зарубежных стран. В 1998—2002 годах наиболее крупными получателями грузов гуманитарной помощи в Гомельской области были общественное объединение «Гомельский областной фонд «Жизнь с Чернобылем» — 6,8 млн. долларов США (Германия, Бельгия, Испания, международное благотворительное общественное объединение «Помощь детям Чернобыля» г. Гомель — 9 млн. долларов США (Германия, Италия, Бельгия).



Работа передвижного информационного комплекса DAF во время проведения традиционной Акции здоровья. Гомель, 1995 г.

Гомельский областной фонд «Жизнь с Чернобылем» за время сотрудничества с «Немецким союзом помощи Чернобылю» по приглашению последнего отправил в Германию для отдыха более 8 тысяч детей, получил гуманитарной помощи на сумму свыше 45 млн. евро. Кроме этого «Немецкий союз помощи Чернобылю» осуществляет сотрудничество с Гомельским эндокринологическим диспансером, Гомельским областным клиническим онкологическим диспансером. Оказывает помощь в создании Гомельского эндокринологического диспансера организацией обучения врачей на базе радиологического института в Мюнхене.

Другая общественная организация Германии «Помощь Гомелю» с 1994 года осуществляет поставку медикаментов и витаминов на сумму 5—6 млн. немецких марок в год, оказывает содействие в лечении детей из пострадавших от аварии на ЧАЭС районов, организует и проводит бесплатные курсы повышения квалификации врачей.

Многие страны продолжают оказание гуманитарной помощи медицинским учреждениям области, коллективы которых выражают глубокую признательность этим благотворительным организациям.

Но вместе с тем, очевидно, есть рациональное зерно в организаторов гуманитарного сотрудничества о смещении акцентов получаемой помощи с продуктов и одежды на представление технологий, оборудование, создание совместных оздоровительных комплексов на территории Республики Беларусь.

Многое делается для населения области республики через развитие международного сотрудничества. С 1992 года функционирует совместный белорусско-голландский информационный центр. Успешно обследуется население по программе фонда Сасакавы. С 1991 года проводятся работы по программе Международной Федерации Общества Красного Креста, проводятся работы по программе ВОЗ. В 2000 году активизировалась работа по «Белорусско-Американскому» проекту. В 2000 году в г. Мозыре с помощью и при активном участии Американского международного союза здравоохранения открыт «Белорусско-Американский центр здоровья женщин», что позволяет на современном уровне проводить профилактику, раннюю диагностику и лечение женской патологии. Такое сотрудничество вносит весомый вклад в дело уменьшения отрицательных воздействий катастрофы на ЧАЭС на здоровье населения.

В результате осуществления комплекса мер, внедрения государственных социальных стандартов, Гомельская область по таким показателям здоровья населения, как младенческая и материнская смертность, уровни инфекционной заболеваемости, имеет положительную динамику. Например, начиная с 1999 г. отмечается устойчивая тенденция снижения младенческой смертности. В 2004 г. она составила 7,6 на 1 тыс. новорожденных.

В минувшем году здравоохранение области, как и всей республики, перешло на новую модель хозяйствования — норматив бюджетной обес-

печенности расходов в расчете на одного жителя. Это наиболее важный социальный стандарт в области охраны здоровья в соответствии с которым формируется территориальная программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. В ближайшей перспективе эта программа должна стать действенным механизмом для реструктуризации объемов финансирования. В частности, должна увеличиваться доля средств, направляемых на развитие амбулаторно-поликлинической помощи и снижаться доля высокочатратной стационарной.

Дополнительным источником пополнения государственного бюджета, так необходимого для стабильного функционирования и дальнейшего развития всей системы здравоохранения, является развитие внебюджетной деятельности, основной доход от которой приносят платные медицинские услуги. Они представляются в дополнение к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи. В 2004 г. объем реализации платных услуг в здравоохранении области составил 13700,6 млн. рублей или 5% к общему объему финансирования.

Развитая сеть лечебно-профилактических организаций обеспечивает доступность медицинской помощи для всех социальных групп населения. В 2004 г. в области действуют 110 организаций здравоохранения с госпитальной базой, 11 диспансеров, 125 поликлиник, 5 станций скорой медицинской помощи, 2 детских санатория, 15 стоматологических поликлиник. В последнее время построены и сданы в эксплуатацию Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, инфекционная больница в Гомеле. Набирают необходимый опыт работы областной клинический кардиологический диспансер. В кардиологическом отделении этого учреждения проводятся операции на открытом сердце: протезирование клапанов сердца, аорто-коронарное шунтирование на работающем сердце и другие сложные операции.

Усиление амбулаторно-поликлинического звена происходит за счет внедрения новых технологий, применяемых ранее только в стационарах, развития перспективных догоспитальных форм медицинской помощи — дневных стационаров и стационаров на дому.

Следует особенно подчеркнуть, что в последнее десятилетие бездумно не было закрыто ни одно лечебно-профилактическое учреждение области, удалось сохранить бесплатное и доступное медицинское обслуживание для населения.

85 лет прошло со времени образования Гомельского губернского отдела здравоохранения. Из губернии новая территориально-административная единица стала областью с другими очертаниями границ.

Но осталась неизменной верность медиков Гомельщины клятве Гипократа, своей земле. Позади невероятные трудности Гражданской и Великой отечественной войн, преодолеваются последствия Чернобыльской

катастрофы. Нелегко медицинским работникам и сегодня, в эпоху экологического и демографического кризисов, других трудностей, возникающих порой из-за причин социально-политического характера. Но чувства неуверенности в будущем края нет. Поскольку хорошо известно, какие кадры медицинских работников стоят на страже здоровья населения области сегодня. Здесь же в области, уже в Гомельском государственном медицинском университете, постигают лечебное дело представители молодого поколения, укрепляя связь времен и поколений. Неизменна в отношении здоровья людей политика государства — сделать все возможное для сохранения потенциала отрасли в целом, соблюдения в дальнейшем, как это ни трудно, принципа доступности медицинской помощи для людей. Все это дает обоснованную надежду на дальнейшую перспективу успешного развития здравоохранения в регионе.

ЛИТЕРАТУРА:

К главе I:

1. Левит М.М. Становление общественной медицины в России. — М., 1974. — С. 52.
2. Крючок Г.Р. Очерки истории медицины Белоруссии. — Мн., 1976. — С. 129.
3. Бобр А.Г. Охрана здоровья. Кн. «Память» Мозырский район. — Мн., 1997. — С. 90—91.
4. Киркор А.К. Живописная Россия. Репринтное воспроизведение издания 1882 года. — Мн., 1994. — С. 349.
5. Мандельштам Н.М. Опыт описания Могилевской губернии. В 3-х книгах. Кн.2. Ред. А.С. Дембовицкий. Могилев на Днепре: Губ. стат. Комитет. — 1884. — С. 945—947.
6. Экономика Белоруссии в эпоху империализма. — Мн., 1963. — С. 287.
7. Елейникова В.С., Крылова З.К. Земская медицина в Беларуси // Сб. материалов VII научной республиканской конференции по истории медицины. — Мн., 1995. — С. 120.
8. Романовский А.А., Юхнель В.В. Развитие здравоохранения Гомельской области за годы советской власти // Здравоохранение Белоруссии. — 1987. — № 6. — С. 3.
9. Государственный архив общественных организаций Гомельской области (ГАООГО) Ф.1, оп.1, д.2032, л.2; Чижиков Е.С. Развитие санитарного просвещения в Белорусской ССР // Здравоохранение Белоруссии. — 1979. — № 12. — С. 21.
10. Государственный архив Минской области (ГАМО) Ф.325, оп.1., д. 515, л. 4.
11. Белов С.И. Становление советского здравоохранения в Белоруссии // Здравоохранение Белоруссии. — 1990. — № 1. — С. 33.
12. Молчанов А.П. Новые материалы из истории возникновения медицинских обществ Белоруссии // Здравоохранение Белоруссии. — 1969. — № 5. — С.27.
13. Белоруссия в эпоху капитализма. В 2-х т. — Мн., 1990. — Т.2. — С. 53.
14. Гісторыя Беларускай ССР. — Мн., 1972. — Т.2. — С. 263.
15. Документы и материалы по истории Белоруссии (1900—1917 гг.). В 3-х т. — Мн., 1953. — Т. 3. — С. 38, 43, 45.
16. Труды первого съезда врачей Минской губернии 1908 г. — Мн.: Губерн. Управа, 1908. — С. 42.
17. Бобр А.Г. Охрана здоровья. Кн. «Память» Мозырский район. — Мн., 1997. — С. 91.
18. Крючок Г.Р. Очерки истории медицины Белоруссии. — Мн., 1976. — С. 118, 123, 124.

19. Экономика Белоруссии в эпоху империализма. — Мн., 1963. — С. 181, 270, 272.
20. Экономика Белоруссии в эпоху империализма. — Мн., 1963. — С. 391.
21. Протоколы и труды Общества минских врачей за 1904—1906 годы. — Мн., 1907. — С. 120, 212—214.
22. Зеликсон Е.Ю. Краткий сравнительный обзор здравоохранения Белоруссии и его ближайшие задачи // Беларуская медычная думка. — 1924. — № 1. — С. 5.
23. Народное хозяйство Белорусской ССР. — Мн., 1978. — С. 287.
24. Здравоохранение в Белорусской ССР. — Мн., 1989. — С. 14.

К главе II:

1. Национальный архив Республики Беларусь (НАРБ), Ф.46, оп.1, л.1.
2. Государственный архив Гомельской области (ГАГО), Ф.11, оп.1, д.1, л.1, 61 об.
3. ГАГО, Ф. 11, оп. 1, д. 1, л. 104, 107.
4. Тезисы и резолюции III Всероссийского съезда здравоохранения. — М., 1921. — С.20.
5. ГАГО, Ф. 11 оп. 1, д. 29, л. 2.
6. ГАООГО, Ф. 1, оп. 1, д. 31, л. 30.
7. Зональный государственный архив Гомельской области в г. Мозыре (ЗГАГОМ), Ф.117, оп.1, д.114, л. 1.
8. НАРБ, Ф.46, оп.1, т. 2, д. 43, л. 15.
9. ЗГАГОМ, Ф. 463, оп. 3, д. 12, л. 22.
10. ГАГО, Ф. 11, оп. 1, д. 860, л. 28—29.
11. ГАГО, Ф. 11, оп. 1, д. 28, л. 63.
12. ГАГО, Ф. 11, оп. 1, д. 1, л. 8.
13. ГАГО, Ф. 11, оп. 1, д. 222, л. 24.
14. НАРБ, Ф. 46, оп. 1, т. 2, д.43, л. 22.
15. ГАГО, Ф. 11, оп. 1, д. 29, л. 157.
16. НАРБ, Ф. 46, оп. 2, д. 35, л. 88.
17. Зеликсон Е.Ю. Краткий сравнительный обзор здравоохранения Белоруссии и его ближайшие задачи. 1912—1923 гг. // Беларуская медычная думка. — 1924. — № 1. — С. 10.
18. ГАМО, Ф.465, оп.1, д.72, л.43—44.
19. Гореньков В.Ф., Урванцев И.Ф. Становление и развитие органов управления аптечной службой в Беларуси. Тез. докл. научн. конф. по ист. мед. — Витебск, 29—30 окт. 1988 г. / Гл.ред. Э.А. Вальчук. — Витебск: ВГМИ, 1988. — С. 44—46.
20. НАРБ, Ф. 4, оп. 3, д. 14, л.525.
21. ГАООГО, Ф. 69, оп. 1, д. 797, л. 4.
22. ГАООГО, Ф. 69., оп. 1, д.527, л. 3, 15.

23. ГАГО, Ф. 156, оп. 1, д. 9, л. 98.
24. Постановление КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. М., — 1958. — С. 167.
25. НАРБ, Ф. 4, оп. 3, д. 92, л. 41—44.
26. ГАООГО, Ф. 107, оп. 1, д. 153, л. 42.
27. ГАГО, Ф. 296, оп. 1, д. 299, л. 46; Ф. 11, оп. 1, д. 1424, л. 83.
28. XI Усебеларускі з'езд Саветаў. Стэнаграфічная справаздача. ЦВК. — Мн., 1935. — С. 15.
29. ГАГО, Ф. 296, оп. 1, д. 446, л. 32; ГАООГО, Ф. 137, оп. 2, д. 43, л. 30.
30. ГАГО, Ф. 11, оп. 1, д. 199, л. 56—276.
31. ГАООГО, Ф. 203, оп. 2, д. 35, л. 193.
32. Барсуков М.И. Медицинский персонал Белоруссии // Беларуская медычная думка. — 1928. — № 4—5. — С. 20.
33. Постановление СНК СССР и ЦК ВКП(б) о работе высших учебных заведений и руководстве высшей школы // КПСС в резолюциях и решениях съездов, конференций и пленумов ЦК. — М.: Политиздат, 1985. — Т. 6. — С. 351—362.
34. Государственный архив Витебской области (ГАВО), Ф. 376, оп. 1, д. 446, л. 116.
35. Киселев К.В. Очередные задачи здравоохранения в БССР // Медицинский журнал БССР. — 1938. — № 1—2. — С. 8—12.
36. Нейштадт Э.Д. Выступление по докладу Наркомздрава БССР на XI Всебелорусском съезде Советов. Стенографический отчет. — Мн.: ЦИК БССР, 1935. — С. 601—602.
37. ГАООГО, Ф. 75, оп. 4, д. 948, л. 27—30.
38. ЗГАГОМ, Ф. 467, оп. 1, л. 1; ГАООГО, Ф. 1230, оп. 1, д. 3, л. 1.

К главе III:

1. Струмилин С.Г. Проблемы экономики труда. — М.: Наука, 1982. — 178 с.
2. Об отпусках рабочих и служащих в 1921 г. // СУ. — 1921 — № 31. — С. 168.
3. ГАООГО, Ф. 69, оп. 1, д. 147, л. 127.
4. Семашко Н.А. Избранные произведения. — М.: Медицина, 1967. — С. 53.
5. Жислин М.Г. Еще раз о рабочей медицине // Полесская правда. — 1923. — 15 ноября.
6. Бюллетень НКЗ РСФСР. — 1924. — № 1. — С. 16.
7. Лифшиц Д.В. Советское здравоохранение в БССР к 10-летию Октябрьской революции // Беларуская медычная думка. — 1927. — № 9—12. — С. 11—23.
8. ГАООГО, Ф. 69, оп. 1, д. 311.
9. ГАООГО, Ф. 297, оп. 2, д. 430, л. 17.
10. ГАГО, Ф. 296, оп. 1, д. 252, л. 10—46.
11. НАРБ, Ф. 4, оп. 3, д. 125, л. 207.
12. ГАГО, Ф. 296, оп. 1, д. 252, л. 19.

13. ГАГО, Ф. 296, оп. 1, д. 393, л. 17; НАРБ, Ф. 4, оп. 3, д. 125, л. 368, 375.
14. Нарысы гісторыі Беларусі. У 2-х ч. Ч.2. — Мн., 1995. — С. 172.
15. ГАГО, Ф. 296, оп. 1, д. 393, л. 15, 17.
16. Петрова Л., Мележ И. Начало и конец // Неман. — 1996. — № 2. — С. 153.
17. ГАООГО, Ф. 1, оп. 1, д. 837, л. 19; ГАГО, Ф. 11, оп. 1, д. 16, л. 93.
18. ГАООГО, Ф. 1, оп. 1, д. 436, л. 4, 13.
19. ГАООГО, Ф. 3, оп. 1, д. 117, л. 17, 18, 26.
20. Полесская правда. — 1923. — 17 мая.
21. ГАООГО, Ф. 69, оп. 1, д. 147, л. 1—2.
22. ГАООГО, Ф. 203, оп. 2, д. 35, л. 193.
23. ГАООГО, Ф. 87, оп. 4, д. 322, л. 67; Ф. 702, оп. 1, д. 9, л. 179.
24. ЗГАГОМ, Ф. 463, оп. 3, д. 12, л. 21.
25. ГАООГО, Ф. 144, оп. 1, д. 93, л. 15.
26. Обзор Минской губернии за 1912 г. — Мн.: Губ: Губ. стат. Комитет, 1913. — С. 48.
27. ГАООГО, Ф. 3, оп. 1, д. 129, л. 164.
28. ГАГО, Ф. 11, оп. 1, д. 1186, л. 1, 11.
29. ГАГО, Ф. 11, оп. 1, д. 21, л. 1, 34.
30. Барсуков М.И. Задачи санитарных организаций Белоруссии // Белорусская медицинская думка. — 1926. — № 7. — С. 63—67.
31. Сурта І.З. Доклад аб становішчы аховы здароўя у БССР. XI Усебеларускі з'езд Саветаў. 20 студз. 1935 г. Стэнаграфічная справаздача. ЦВК БССР. — Мн., 1935. — С. 528—545.
32. Кардаш Б.И. Итоги пятидесятилетней борьбы с острозаразными и социальными болезнями в БССР // Здравоохранение Белоруссии. — 1967. — № 11. — С. 39—45; Кучель М.Б. К столетию борьбы с туберкулезом в Белоруссии. В кн.: Вопросы борьбы с туберкулезом (Материалы 1-го съезда фтизиатров БССР). — Мн., 1964. — С. 41—45; Капков Л.П. Туберкулезный облом // Медицинская газета. — 2002. — № 61.
33. Гращенков Н.И. Здравоохранение в третьей пятилетке. — М — Л: Медгиз, 1939. — С. 28.
34. ГАГО, Ф. 24, оп. 1, д. 719, л. 7.
35. Крючок Т.И. Основные этапы развития глазной помощи в БССР до Великой Отечественной войны // Здравоохранение Белоруссии. — 1960. — № 12. — С. 65.
36. Государственный архив Витебской области (ГАВО), Ф. 1971, оп. 1, д. 9, л. 46, 47.
37. Матусевіч М.Г., Малінін С.Н. Асноўныя этапы развіцця прамысловасці БССР. — Мн., 1937. — С.18.
38. ГАООГО, Ф. 702, оп. 8, д. 4, л. 8; Ф. 1174, оп. 1, д. 9, л. 13.
39. Колесников С.А. Ценный опыт рогачевцев // Медицинский работник. — 1941. — 31 мая.

40. ГАООГО, Ф. 144, оп. 1, д. 93, л. 15; Ф. 702, оп. 1, д. 87, л. 20; ЗГАГОМ, Ф. 463, оп. 3, д. 12, л. 20.

41. Медицинский журнал БССР. — 1940. — № 12. — С. 12.

42. ЗГАГОМ, Ф. 463, оп. 3, д. 12, л. 21.

43. Тищенко Е.М. Деятельность органов здравоохранения Белоруссии в первой половине 1941 года // Здравоохранение Белоруссии. — 1989. — № 7. — С. 26.

К главе IV:

1. Туронак Ю. Беларусь пад нямецкай акупацыяй. — Мн., 1993. — С. 106.

2. Шишко Е.И., Ключарев А.А., Кубарко А.И. Минский ордена Трудового Красного Знамени государственный медицинский институт. — Мн., 1991. — С.171.

3. ГАООГО, Ф. 144, оп. 60, д. 52, л. 40.

4. Рудак А.Д. Экзамен на зрелость. — Мн., 1981. — С. 51.

5. В грозные годы. — Мн., 1973. — С. 118.

6. Партизанская криничка. — Мн., 1972. — С. 33.

7. Всенародная борьба в Белоруссии против немецко-фашистских захватчиков. — Мн., 1984. — Т. 2. — С. 444.

8. Рудак А.Д. Экзамен на зрелость. — Мн., 1981. — С. 209.

9. Ильинковский М. Шла война народная. — Мн., 1973. — С. 55.

10. Материалы фондов Жлобинского, Октябрьского краеведческих музеев.

11. Всенародная борьба в Белоруссии против немецко-фашистских захватчиков. — Мн., 1984. — Т.3. — С.28.

12. Белов С.И. Деятельность медицинских работников по восстановлению здравоохранения Белорусской ССР (1944—1950) // Советское здравоохранение. — 1986. — № 2. — С. 25.

13. Тищенко Е.М. Роль медицинской службы Красной Армии в предупреждении эпидемиологической угрозы на освобождённой от немецко-фашистских захватчиков территории Белоруссии // Здравоохранение Белоруссии. — 1991. — № 7. — С. 4.

14. Савецкая Беларусь. — 1944. — 29 студзеня.

15. Купреева А.П. Восстановление здравоохранения Белоруссии в 1943 — 1945 гг. // Здравоохранение Белоруссии. — 1984. — № 7. — С.10.

16. ГАООГО, Ф. 144, оп. 1, д. 93, л. 29.

17. ЗГАГОМ, Ф. 467, оп. 1, д. 4, л. 26 б.

18. ГАООГО, Ф. 144, оп. 1, д. 34, л. 304.

19. ЗГАГОМ, Ф. 467, оп. 1, д. 3, л. 110.

20. ГАООГО. Ф. 702, оп. 39, д. 13, л. 10.

21 ГАООГО, Ф. 144, оп. 1, д. 93, л. 15; Ф. 702, оп. 1, д. 87, л. 20; ЗГАГОМ, Ф. 463, оп. 3, д. 12, л. 20; ГАООГО, Ф. 144, оп. 1, д. 34, л. 304; ЗГАГОМ, Ф. 467, оп. 1, д. 22, л. 1.

22. ЗГАГОМ, Ф. 467, оп. 1, д. 3, л. 110.

23. ГАООГО, Ф. 144, оп. 20, д. 47, л. 37.
24. ГАООГО, Ф. 702, оп. 39, д. 23, л. 45.
25. Кавалеў С., Курапаценка В. На варце здароўя савецкіх людзей. — Гомель, 1960. — С. 338.
26. НАРБ, Ф. 46, оп. 5, д. 391, л. 2—4.
27. ГАООГО, Ф. 702, оп. 39, д. 13, л. 23—24.
28. ГАООГО, Ф. 144, оп. 60, д. 48, л. 40, 41, 45.
29. ГАООГО, Ф. 702, оп. 39, д. 23, л. 115.
30. Страна Советов за 50 лет. Сборник статистических материалов. — М., 1967. — С. 260.

К главе V:

1. Петриков П.Т. Забота советской власти о здоровье трудящихся. — Мн., 1976. — С. 157.
2. Там же.
3. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 22—23; д. 151, л. 12.
4. ГАГО, Ф. 1233, оп. 3, д. 100, л. 31; д. 151, л. 14; Ф. 144, оп. 99, д. 29, л. 272.
5. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 246б, л. 24.
6. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 151, л. 129.
7. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 100, л. 1, 22, 23; д. 151, л. 11; д. 190, л. 111, 113.
8. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 100, л. 29.
9. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 246 б, л. 7.
10. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 246 б, л. 109.
11. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 320, л. 75.
12. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 320, л. 52.
13. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 320, л. 52, 75.
14. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 320, л. 52, 75.
15. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 320, л. 55.
16. ГАГО, Ф. 144, оп. 99, д. 29, л. 275.
17. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 246 б, л. 119, 122.
18. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 246 б, л. 119, 122.
19. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 74.
20. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 67.
21. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 100, л. 24—25.
22. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 246 б, л. 117.
23. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 246 б, л. 31.
24. Петриков П.Т. Забота советской власти о здоровье трудящихся. — Мн., 1976. — С. 179.
25. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 320, л. 50.
26. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 70.
27. Абраменко М.Е., Волкова Л.В., Дроздова В.В. Профсоюз медиков Гомельщины: страницы истории. — Гомель: Гомельский обком профсоюза работников здравоохранения, 1996. — С. 41.

28. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 151, л. 130.
29. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 246 б, л. 234.
30. ГАГО, Ф. 8181, оп. 3, д. 19, л. 44.
31. ГАГО, Ф. 8181, оп. 3, д. 19, л. 42.
32. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 190, л. 116.
33. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 8; д. 246 б, л. 24.
34. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 8; д. 246 б, л. 24.
35. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 8; д. 246 б, л. 24.
36. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 45.
37. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 320, л. 37.
38. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 50.
39. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 52, 57.
40. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 246 б, л. 25—26.
41. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 190, л. 116.
42. Абраменко М.Е., Волкова Л.В., Дроздова В.В. Профсоюз медиков Гомельщины: страницы истории. — Гомель: Гомельский обком профсоюза работников здравоохранения, 1996. — С. 40.
43. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 45.
44. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 44.
45. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 16.
46. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, д. 246 б, л. 45.
47. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 46.
48. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 16.
49. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 62.
50. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 62.
51. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 246 б, л. 28.
52. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 39.
53. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 39.
54. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 10, л. 23.
55. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 10, л. 23, 25.
56. Абраменко М.Е., Волкова Л.В., Дроздова В.В. Профсоюз медиков Гомельщины: страницы истории. — Гомель: Гомельский обком профсоюза работников здравоохранения, 1996. — С. 40.
57. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 40.
58. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 190, л. 114.
59. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 34, л. 41—42, д. 100, л. 45.
60. ГАГО, Ф. 1223, оп. 3, д. 100, л. 50—51.

К главе VI:

1. Малофеев А.А. Состояние и перспективы развития здравоохранения Гомельской области в свете решений XVII съезда КПСС // Здравоохранение Белоруссии. — 1981. — № 7. — С. 3.
2. Там же, С.5—7.

3. Абраменко М.Е., Волкова Л.В., Дроздова В.В. Профсоюз медиков Гомельщины: страницы истории. — Гомель: Гомельский обком профсоюза работников здравоохранения, 1996. — С. 63.

4. Хулап З.А. Гомельской санитарной организации 60 лет // Здравоохранение Белоруссии. — 1983. — № 11. — С. 24—25.

5. Держицкий В.Е., Розанский В.И., Юхнель В.В. Опыт диспансеризации всего населения в Гомельской области // Здравоохранение Белоруссии. — 1985. — № 5. — С. 10—12.

7. ГАГО, Ф. 11, оп. 3, д. 168, л. 4—6.

8. Абраменко М.Е., Волкова Л.В., Дроздова В.В. Профсоюз медиков Гомельщины: страницы истории. — Гомель: Гомельский обком профсоюза работников здравоохранения, 1996. — С. 46—47.

К главе VII:

1. Здравоохранение Белоруссии. — 1987. — № 11. — С. 3.

2. Крысенко Н.А., Воробей В.С. Работа органов здравоохранения Гомельской области в период после катастрофы на Чернобыльской АЭС. Беларусь и Чернобыль // Материалы международной научно-практической конференции «Медицинские последствия Чернобыльской катастрофы». Гомель-Минск, 4—6 апреля 2001 г. — С. 9.

3. Соколовская Л.А. Состояние и проблемы обеспеченности населения республики Беларусь медицинскими кадрами // Вопросы организации и информации здравоохранения. — 1999. — № 1. — С. 15.

4. Конопля Е.Ф. Радиоэкологические и радиобиологические последствия Чернобыльской катастрофы // Сборник научных трудов «17 лет после Чернобыля: проблемы и решения». — Мн., 2003. — С. 36.

5. Волков А.И. Состояние здоровья населения Гомельской области, пострадавшего от катастрофы на Чернобыльской АЭС // Материалы международной научно-практической конференции «Медицинские последствия Чернобыльской катастрофы. 15 лет спустя». — Мн., 2001. — С. 114—115.

6. Здравоохранение в республике Беларусь // Информационный материал. Министерство здравоохранения. — Мн., 1994. — С.30.

7. Медицина, 1996. — № 33. — С. 4.

8. Медицина, 2003. — № 4. — С. 4.

9. Соколова Т. Оптимизация в интересах населения. Медицинский вестник. — 2003. — 2 октября; Наровля: Чернобыль не помеха. Медицинский вестник. — 2003. — 18 сентября.

10. Зятиков Е.С. Кадровая политика в условиях реформирования здравоохранения. — Медицина, 2003. — № 3. — С.2.

Учебное издание

Абраменко Михаил Егорович
Бордак Станислава Николаевна
Ксензов Сергей Владимирович
Будько Владимир Михайлович
Мезенцев Александр Яковлевич

**ОЧЕРКИ
ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Учебное пособие

Редактор Лайкова В.Г.

Подписано в печать 29. 03. 2005
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 7,9. Тираж 100 экз. Заказ № 22

ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004