

станции уменьшение длины ИЦО обусловлены изменениями истмуса. На сроках 28–32 недели значение ИЦО не изменяется. После 32 недель длина ИЦО уменьшается за счет укорочения цервикального отдела. Максимальная скорость укорочения шейки матки зафиксирована на сроках 24–28 недель и связана с формированием нижнего сегмента матки. Значение утероцервикального угла не является постоянной величиной, а зависит от срока гестации. Минимальное значение утеро-цервикального угла выявлено на сроке 16 недель. Начиная с 20 недели гестации, происходит его постепенное увеличение до срока 36 недель. Учитывая отсутствие единого мнения исследователей о параметрах УЦУ при патологии шейки матки, необходимо разработать собственные объективные критерии для проспективной диагностики несостоятельности шейки матки у беременных. Применение разработанных номограмм позволит выявить женщин, составляющих группу риска развития спонтанных преждевременных родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mansoura nomogram for determining the size of the cervix in normal pregnancy / M. El-Said [et al.] / SonoAce-Ultrasound. — 1999. — № 4. — P. 4–10.
2. Vaginal ultrasonographic assessment of cervical length changes during normal pregnancy / O. Kushnir [et al.] // Am J Obstet Gynecol. — 1990. — Vol. 162, № 4. — P. 991–993.
3. Ультразвуковая диагностика преждевременных родов (обзор) / М. Л. Чехонадская [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2014. — Т. 10, № 1. — С. 74–79.

УДК 61(091)(476.1-15)“1919/1939”

ОСНОВНЫЕ ЧЕРТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ЗАПАДНОЙ БЕЛАРУСИ (1919–1939 ГГ.)

Каплиева М. П.¹, Каплиев А. А.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь,

²Государственное научное учреждение

«Институт истории Национальной академии наук Беларуси»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Формирование системы здравоохранения на территории БССР в 1920-х – 1930-х гг. достаточно подробно изучено как в рамках советского научного дискурса, так и в современной белорусской историографии. Вместе с тем, большую часть межвоенного двадцатилетия (1919–1939 гг.) территория Беларуси была разделена по условиям Рижского мирного договора 1921 г. на две части: в то время как восточные земли Беларуси реализовали советскую модель государственности, территория Западной Беларуси вошла в состав Польши в качестве «восточных кресов»¹. Профессиональное научное изучение формирования медицинской организации на данной территории практически не проводилось.

Цель

Характеристика процесса становления системы здравоохранения на территории Западной Беларуси.

Материал и методы исследования

Основой исследования стали материалы государственных архивов Беларуси и Польши, которые были обработаны при помощи общенаучных и специальных исторических методов анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

Первая мировая война (1914–1918 гг.) и последовавшие за ней насильственные абберрации общественно-политического строя и территориально-административной принадлежности белорусских земель сопровождались значимыми потерями в материальной сфере, гибели

¹ От польск. «Kresy Wschodnie» — восточные окраины; польское название западнобелорусских и западноукраинских земель в составе Второй Речи Посполитой в 1918–1939 гг.

лью большого количества населения и катастрофическим ухудшением санитарного состояния региона. Особенно пострадали западные территории Беларуси, которые с 1915 г. оказались под немецкой оккупацией. Боевые действия и оккупационный режим нанесли непоправимый ущерб здравоохранению и значительно снизили потенциал медико-санитарной сети и возможности получения своевременной и квалифицированной медицинской помощи гражданским населением. Продолжение боевых действий после начала польско-советской войны 1919–1920 гг. обусловило невозможность организации стабильной и действенной системы охраны здоровья для населения Беларуси.

После окончания польско-советской войны 1919–1920 гг. и заключения Рижского мирного договора 18 марта 1921 г. территория Западной Беларуси была присоединена к Польше. Медицина Западной Беларуси была интегрирована в состав здравоохранения Польши и организационно подчинялась созданному в 1918 г. Министерству общественного здоровья. Однако его существование продлилось менее 5 лет и уже 28 ноября 1923 г. Министерство общественного здоровья было ликвидировано (вероятно, в целях экономии), а его функции были переданы Министерству внутренних дел с сохранением ряда функций Министерством социальной защиты, которое занималось вопросами охраны материнства и детства, ухода за инвалидами, гигиены труда в промышленности, ремеслах и на транспорте, опеке обществ и институтов в гигиеническом и лечебном аспектах [1, с. 36].

Фактическое отсутствие самостоятельного профильного министерства не способствовало развитию медицинского обеспечения государства. В значительной степени ликвидация Министерства общественного здоровья была сбалансирована стратификацией медицины на несколько секторов:

- 1) государственный (воеводские отделы здоровья на местах, которые занимались в основном общими организационными вопросами и борьбой с социальными болезнями, а также государственные клиники);
- 2) муниципальный (городские и поветовые лечебницы, «центры здоровья»);
- 3) страховой (страховые лечебницы и амбулатории, отдельные врачи-консультанты, которые содержались на отчисления застрахованных в «больничных кассах»);
- 4) частный (приватные врачебные кабинеты и клиники);
- 5) военная медицина (армейские госпитали и санатории).

В условиях малонаселённости и слабости экономического и общественного развития территории Западной Беларуси в составе Польши, поддержание деятельности всех секторов здравоохранения было невозможным. Исходя из данных статистики установлено, что более половины «кресовых» лечебных заведений относилось к муниципальному сектору, менее четверти являлись государственными, остальные принадлежали к частной или страховой отрасли со значительным преобладанием последней. Анализируя эти данные, следует отметить значительное отставание страхового и частного секторов здравоохранения Западной Беларуси от центральных и, в особенности, от западных регионов межвоенной Польши.

На практике такое положение выражалось в кадровом распределении врачей. В 1928 г. в Новогрудском воеводстве право на осуществление врачебной практики имели 120 врачей, из которых 56 (47 %) занимали должности в муниципалитетах и на государственной службе, 25 (20 %) работали в страховых кассах и 39 (33 %) осуществляли частную практику [2, к. 72].

Одной из главных особенностей положения Западной Беларуси в медико-санитарном отношении была крайняя нестабильность эпидемической ситуации, усугублявшаяся слабостью материально-технического обеспечения и кадрового состава учреждений здравоохранения. В годы Первой мировой и польско-советской войн эпидемии сыпного тифа и других инфекционных заболеваний приняли общенациональный масштаб, а число заражённых составляло сотни тысяч человек.

Однако тяжелая эпидемическая обстановка сохранялась в Западной Беларуси даже после окончания активного периода боевых действий на всем протяжении межвоенного периода. Например, в 1923 г. из 47 больниц на территории Белостокского воеводства 18 все еще принадлежали Главному чрезвычайному комиссариату по борьбе с эпидемиями (являлся центральным органом по ликвидации очагов инфекционных заболеваний).

Низкое благосостояние населения, антисанитария, отсутствие адекватных санитарных мероприятий приводило к распространению малярии, тифа, туберкулеза, холеры, венерических и других социальных болезней. В частности, отмечалось, что Новогрудское воеводство регулярно занимало первое место в Польше по количеству больных сыпным тифом и в целом край «...преследуется эпидемическими заболеваниями, некоторые из которых властвуют эндемически». В Барановичском повете отмечалось преобладание туберкулеза среди различных болезней при обострении эпидемической ситуации в 1932–1934 гг., а также принявшее угрожающий характер распространение сыпного тифа зимой 1933/1934 г. Даже к концу изучаемого периода (1937 г.) в относительно благополучном в медико-санитарном отношении г. Гродно выявлялись массовые вспышки инфекционных заболеваний, ставившие город на грань эпидемического положения [3, л. 7].

Большинство врачей в Польше было сконцентрировано в крупных (более 100 тыс. чел.) и средних (25–100 тыс. чел.) городах. Разница между обеспеченностью врачами в крупных городах и сельской местности достигала 10-кратного размера. На территории Западной Беларуси в сравнении с коренной территорией Польши степень урбанизации была значительно ниже, а большинство городов представляли собой сравнительно небольшие поселения. Например, в Новогрудском воеводстве было только 8 городов с небольшим числом жителей, причем сам Новогрудок на 1927 г. занимал лишь четвертое место по численности населения (Барановичи — 23 тыс., Лида — 18 тыс., Слоним — 16 тыс., Новогрудок — 8 тыс.). Ввиду приведенных обстоятельств, обеспеченность квалифицированным врачебным обслуживанием на территории Беларуси была значительно ниже, чем остальных регионах Польши. В целом на территории Западной Беларуси на одного врача приходилось от 7 до 8 тыс. человек населения [4, л. 1].

Однако даже те немногочисленные врачи, которые проживали на территории Западной Беларуси, не всегда осуществляли деятельность по своему профилю. Начало 1920-х гг. ознаменовалось кампанией по подтверждению врачами дипломов университетов, законченных ими в довоенный период. Наличие таких свидетельств было обязательным для разрешения на работу. Однако сложность подтверждения документов после разрухи военного времени предопределила значительные задержки в получении западнобелорусскими врачами патентов на осуществление профессиональной деятельности. Например, в Полесском воеводстве в 1923 г. было лишь 50 врачей, которые имели подобное разрешение (еще 7 — допущены временно).

Схожие правила действовали и в отношении среднего медперсонала, который, в отсутствие необходимого количества врачей, играл важную роль в охране здоровья населения Западной Беларуси. Так, к 1925 г. в Новогрудском воеводстве право на осуществление профессиональной практики получили лишь 17,4 % фельдшеров. В связи с таким положением значительное распространение приобрел т. н. «ротный фельдшеризм» (осуществление фельдшерской практики неквалифицированными медработниками, обученными основам медицинского дела во фронтовых условиях) и знахарство. В 1925 г. только в Новогрудском повете нелегальной фельдшерской практикой занималось 56 человек, в Барановичском — 47, в Несвижском — 105 [2, к. 45].

Соответственным образом сложилась ситуация и с обеспечением койками в медицинских стационарах Западной Беларуси. Так, даже в 1936 г. в Белостокском воеводстве на 10 тыс. человек населения приходилось 8,8 коек, когда в целом по Польше — 20,9 (в центральных воеводствах — 14,9; в восточных — 8,4; в западных — 49,4; в южных — 17,4). Сложнейшая ситуация с коечным обеспечением сложилась в Полесье, где в условиях постоянной эпидемической угрозы в среднем на 10 тыс. человек приходилось только 21,1 койка, что значительно отставало от лучшего показателя в Силезии (51 койка). Хуже ситуация была лишь в Новогрудчине, где на 10 тыс. человек приходилось лишь 6 коек. Для сравнения приведем данные соседних с Польшей стран: так, на 10 тыс. человек населения в СССР приходилось 28 коек, в Венгрии — 52,2, в Чехословакии — 54, в Германии — 97,7.

Следует отметить, что польское здравоохранение Западной Беларуси было полностью платным для населения, а частичное редуцирование оплаты или ее компенсацию со стороны государства получали лишь государственные служащие, а также беднейшие слои населения

при предоставлении документа об отсутствии средств. В начале 1920-х гг. в условиях значительной инфляции плата за лечение постоянно возрастала, зачастую довольно значительно. Например, 3 марта 1923 г. стоимость больничного обслуживания в соответствии с решением Министерства общественного здоровья поднялась сразу вдвое [5, л. 76].

Экономическая ситуация влияла на здравоохранение Западной Беларуси и в дальнейшем: в годы кризиса конца 1920-х – середины 1930-х гг. падение реальных доходов населения индуцировало соответствующее снижение покупательной способности, в том числе и возможностей оплаты за медицинские услуги. Данные тенденции приводили также к снижению доходов врачей, которые получали оплату из средств, вырученных за обслуживание местного населения.

Заклучение

Результаты проведенного исследования на примере формирования системы здравоохранения в значительной степени характеризуют статус Западной Беларуси в составе Второй Речи Посполитой. Тяжелое гуманитарное и эпидемическое положение, сформировавшееся в результате почти десятилетия непрерывных боевых действий, в течение межвоенного периода продолжало оставаться кризисным на территории Западной Беларуси. Статус «окраинных» земель детерминировал соответствующее второстепенное отношение как к выработке организационных основ становления здравоохранения, так и к его материально-техническому и кадровому обеспечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Wasiutyński, B.* Ustrój władz administracyjnych rządowych i samorządowych / B. Wasiutyński. — Poznań: [s. n.], — 1937. — 160 s.
2. *Archiwum Akt Nowych w Warszawie.* — Z. 15. — Sygn. 491.
3. Государственный архив Гродненской области. — Ф. 52. — Оп. 1. — Д. 543.
4. Государственный архив Гродненской области. — Ф. 564. — Оп. 1. — Д. 121.
5. Зональный государственный архив в г. Молодечно. — Ф. 4. — Оп. 1. — Д. 434.

УДК 614.885(091)(476.1-15)“1919/1939”

АСАБЛІВАСЦІ ЗАРАДЖЭННЯ І ДЗЕЙНАСЦІ ПОЛЬСКАГА ТАВАРЫСТВА ЧЫРВОНАГА КРЫЖА НА ТЭРЫТОРЫІ ЗАХОДНЯЙ БЕЛАРУСІ (1919–1939 ГГ.)

Капліеў А. А.¹, Капліева М. П.²

¹Дзяржаўная навуковая ўстанова

“Інстытут гісторыі Нацыянальнай акадэміі навук Беларусі”

г. Мінск, Рэспубліка Беларусь,

²Установа адукацыі

“Гомельскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт”

г. Гомель, Рэспубліка Беларусь

Уводзіны

Фармаванне сістэмы аховы здароўя на тэрыторыі Заходняй Беларусі ў складзе Польшчы на працягу міжваеннага перыяду (1919–1939 гг.) з’яўляецца адной з найменш распрацаваных праблем айчынай гісторыі. Ва ўмовах цяжкага эканамічнага становішча Заходняй Беларусі значную ролю ў развіцці аховы здароўя адыграла дзейнасць дабрачыннага таварыстваў, найбольш уплывовым з якіх стаў Польскі Чырвоны Крыж.

Мэта

Ахарактарызаваць зараджэнне і дзейнасць Польскага таварыства Чырвонага Крыжа на тэрыторыі Заходняй Беларусі ў 1919–1939 гг.

Матэрыял і метады даследавання

Артыкул пабудаваны на аснове матэрыялаў дзяржаўных архіваў Беларусі і замежжа, апрацаваных з дапамогай сучасных агульнанавуковых і адмысловых гістарычных метадаў даследавання.