

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Н. П. ПЕТРОВА

МЕДИЦИНА БЕЛАРУСИ НОВЕЙШЕГО ВРЕМЕНИ (XX в.)

**Учебно-методическое пособие
для студентов 1 курса
высших медицинских учебных заведений
всех факультетов**

**Гомель
ГоГМУ
2008**

УДК 61 (476) «654»

ББК 5

П 30

Рецензенты:

кандидат медицинских наук, доцент
заведующий кафедрой общей гигиены, экологии и радиационной медицины
Гомельского государственного медицинского университета

В. Н. Бортновский;

кандидат исторических наук, доцент,
декан факультета довузовской подготовки *М. Е. Абраменко*

Петрова, Н. П.

П 30 Медицина Беларуси Новейшего времени (XX в.): учеб.-метод. пособие для студентов 1 курса высших медицинских учебных заведений всех факультетов / Н. П. Петрова. — Гомель : Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет». 2008. — 52 с. ISBN 978-985-506-144-2

Предназначено для проведения семинарских занятий на кафедре общественного здоровья и здравоохранения с целью получения знаний, умений и навыков по истории медицины. В учебно-методическом пособии раскрыты основные направления совершенствования медицины БССР и Республики Беларусь. Пособие соответствует учебному плану и типовой учебной программе по дисциплине «История медицины», утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 11 апреля 2008 г., протокол № 5.

УДК 61 (476) «654»

ББК 5

ISBN 978-985-506-144-2

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2008

ВВЕДЕНИЕ

Проблема здравоохранения является одной из важнейших в жизнедеятельности человека и общества в целом. Особенно много новых вопросов к медицине возникло после Чернобыльской катастрофы, когда состояние здравоохранения, его возможности стали объектом пристального внимания самых широких слоев населения. И здесь именно здравоохранение взяло на себя долю ответственности за будущее тех, чья жизнь и здоровье оказались под угрозой в результате этого глобального экологического бедствия.

Учебно-методическая разработка «Медицина Беларуси Новейшего времени» представляет исторический обзор деятельности местных и центральных органов власти по развитию и становлению системы здравоохранения в БССР и Республике Беларусь. Раскрываются черты здравоохранения на данном историческом этапе.

Знания о состоянии медицины Беларуси Новейшего времени необходимы для понимания сути основных открытий XX века.

Цель занятия

Усвоить особенности и отличительные черты медицины Беларуси Новейшего времени, ее связь с медициной России.

Задачи занятия

Обобщить и проанализировать процесс развития медицины на территории Беларуси в период Новейшего времени.

Требования к исходному уровню знаний

Студенты должны *знать*:

- источники изучения медицины Беларуси в XX в.;
- особенности развития медицины БССР и Республики Беларусь в период Новейшего времени;
- особенности здравоохранения Беларуси в 20-е, 30-е годы, Западной Беларуси;
- состояние медицины на территории Беларуси в период Великой Отечественной войны;
- успехи белорусской науки в послевоенные годы;
- медико-социальные последствия аварии на Чернобыльской АЭС;
- направления по формированию здорового образа жизни и гигиене.

Студенты должны *уметь*:

- находить исторический источник;
- использовать полученные знания при обучении на профильных кафедрах для совершенствования своей профессиональной деятельности;
- определять основные черты медицины БССР и Республики Беларусь в период Новейшего времени;

— определять и анализировать важнейшие открытия и достижения медицины БССР и Республики Беларусь в XX веке.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин

1. Социально-экономическое и социально-политическое развитие БССР и Республики Беларусь.
2. Естественнонаучные открытия, тесно связанные с развитием медицины.
3. Социальный прогресс эпохи Новейшего времени и его влияние на развитие медицины.

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Здравоохранение Беларуси в 1920-е годы.
2. Здравоохранение БССР в 1930-е годы.
3. Особенности здравоохранения Западной Беларуси.
4. Медицина БССР в годы Великой Отечественной войны.
5. Здравоохранение БССР в послевоенные годы.
6. Медико-социальные последствия аварии на Чернобыльской АЭС, их минимизация.
7. Здравоохранение Республики Беларусь.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ БЕЛАРУСИ В 1920-е ГОДЫ

Манифестом временного рабоче-крестьянского правительства Беларуси 1 января 1919 г. объявлено создание Белорусской советской социалистической республики (БССР). В ее состав вошли Витебская, Гродненская, Могилевская, Минская, белорусские уезды Виленской и Ковенской, западные уезды Смоленской губернии. Однако уже в начале февраля территория Витебской, Могилевской и Смоленской губернии отошла к Российской советской федеративной социалистической республике (РСФСР), а в марте была образована Литовско-Белорусская (ЛитБел) советская социалистическая республика. Военные действия польских войск завершились в августе 1919 г. занятием западной и центральной части Беларуси. Беларусь вплоть до июля 1920 г. оказалась разделенной. С учетом военных событий в изучаемое время, следует рассматривать устройство медико-санитарного дела в составе БССР, РСФСР и Польши.

В первые месяцы после победы Октября новое Советское правительство издало *ряд декретов*, имевших непосредственное отношение к охране народного здоровья:

- декреты о восьмичасовом рабочем дне;
- декреты об охране труда;

- декреты о социальном страховании;
- декреты о бесплатной передаче больничным кассам всех лечебных учреждений при предприятиях.

В Москве 15–18 июня 1918 г. состоялся I Всероссийский съезд медико-санитарных отделов Советов, который определил основные направления в строительстве советского здравоохранения, и признал необходимым создание единого центрального органа — Комиссариата здравоохранения. Съезд высказался за создание при будущем комиссариате Ученого медицинского совета. 11 июля 1918 г. был подписан декрет Совета Народных Комиссаров об учреждении Народного комиссариата здравоохранения РСФСР.

Народный комиссариат РСФСР — первый высший государственный орган, объединивший под своим руководством все отрасли медико-санитарного дела, возглавил работу по реализации **основных принципов советского здравоохранения**:

- государственный характер;
- профилактическое направление;
- участие населения в мерах по охране здоровья;
- единство медицинской науки и техники.

I. Государственный характер — основной принцип советской медицины в период ее становления.

Основным содержанием государственного принципа являются:

- централизация управления;
- государственное финансирование;
- государственное планирование программ здравоохранения.

Закономерным следствием государственного характера здравоохранения является бесплатная и общедоступная медицинская помощь всему населению страны.

18 июля 1918 г. Совнарком утвердил **«Положение о народном комиссариате здравоохранения»**, которым определил следующие задачи:

- разработка и подготовка законодательных норм в области медико-санитарного дела;
- наблюдение и контроль за применением этих норм;
- издание общеобязательных для всех учреждений и граждан распоряжений и постановлений в области медико-санитарного дела, организация и управление центральными медико-санитарными учреждениями научного и практического характера;
- финансовый контроль и содействие в области медико-санитарной деятельности центральных и местных медико-санитарных учреждений.

Положение подчеркивало ведущую роль государства в предстоящей организации медицинского дела.

Программа РКП (б), принятая VIII съездом в марте 1919 г., содержала специальный раздел, посвященный здравоохранению, где подтверждался государственный характер здравоохранения, предусматривалось решающее значение профилактики не только в организации медпомощи, но и во всей системе устройства труда и быта людей.

Задачи структурных подразделений системы здравоохранения:

- решительное проведение широких санитарных мероприятий в интересах населения;
- борьба с социальными болезнями;
- обеспечение общедоступной, бесплатной и квалифицированной лечебной и лекарственной помощи.

В Беларуси этот план создания новой медицины неоднократно прерывался интервенцией.

В связи с объявлением Белорусской ССР и образованием Временного рабоче-крестьянского Советского правительства был образован Комиссариат здравоохранения Временного революционного рабоче-крестьянского правительства БССР. До конца января были утверждены малые коллегии пяти комиссариатов, в т.ч. и здравоохранения. 3 февраля 1919 г. I-й съезд Советов Беларуси принял Конституцию БССР, основой для которой стала Конституция РСФСР. Среди наркоматов, входящих в состав Совнаркома БССР, впервые в Конституции упоминается Наркомздрав как центр организации, руководящей здравоохранением на территории БССР.

В июле 1920 г. был организован отдел здравоохранения Мингубревкома, переименованный с 1 августа в отдел здравоохранения Ревкома БССР, а с 10 сентября 1920 г. в Комиссариат здравоохранения Военревкома БССР. С 17 декабря 1920 года по решению II съезда Советов БССР этот орган был преобразован в Народный комиссариат здравоохранения БССР.

На местах были сформированы:

- медико-санитарные отделы при губернских (городских) Советах;
- медико-санитарные отделы при уездных Советах;
- администрации лечебно-профилактических учреждений.

В 1924 г. правительство республики утвердило положение о Народном комиссариате здравоохранения БССР и Ученом медицинском совете при нем, определявшие их структуру и задачи.

Правительством Беларуси по образцу декретов СНК РСФСР принимается ряд постановлений по национализации аптек (29.01.1919), медицинских учреждений (12.02.1919), зубоврачебных материалов и средств (18.02.1919). 6 февраля 1919 г. для попечения образован Совет защиты детей.

В восточных областях Беларуси претерпевает существенное переустройство фармацевтическое дело. Утверждалась государственная монополия аптечного рынка, была осуществлена национализация аптек и аптечных складов.

Вопросы охраны материнства и младенчества были переданы в ведение здравоохранения (1920) с выделением в структуре местных органов управления профильных подотделов.

К осени 1920 г. закончилась польско-советская война. Вновь восстановленная БССР (1920) включала Минск и шесть уездов Минской губернии. В последующем (1924, 1926) проведено укрупнение БССР путем передачи ей из состава РСФСР Витебской и Гомельской губерний. В 1920-е годы общеисторические процессы («новая экономическая политика (нэп)») (1921–1929), переход к «плановому строительству» (1924) оказали существенное влияние на становление здравоохранения.

Утверждение нэпа, который воспринимается как денационализация и установление социально-экономической свободы, обусловило характерные особенности реорганизации медико-санитарного дела.

В этот период *устанавливается децентрализованный принцип финансирования здравоохранения на основе использования ряда источников* (многоукладность финансирования), а именно:

- местного бюджета;
- страховых взносов;
- введения платы за лечение;
- привлечения пожертвований и средств общественных организаций.

В период нэпа произошел возврат от бесплатности к платности лекарственного обеспечения. Все аптеки были сняты с государственного обеспечения и передавались в аренду.

Ряд социальных групп (красноармейцы, беженцы, зарегистрированные безработные, воспитанники детских домов, учащиеся технических училищ, инвалиды) сохраняли право на бесплатное получение медикаментов.

Все частные медико-санитарные учреждения (больницы, амбулатории, лазареты, аптеки и др.) были подвергнуты национализации. Все они передавались в ведение государственных органов: Наркомздрава и отделов здравоохранения Советов.

Относительно частной практики НКЗ РСФСР в мае 1921 г. дал 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».

В Беларуси произошло объединение многочисленных медицинских организаций: страховых, земских, фабрично-заводских, краснокрестных, благотворительных, военных.

В 1918 г. в стране существовали две медицины: подчиненная Наркомздраву, объединявшая городскую и земскую медицину, и страховая рабочая медицина. После решения СНК РСФСР в феврале 1919 г. о передаче всей лечебной части бывших больничных касс Наркомздраву, рабочая

страховая медицина практически перестала существовать. В период новой экономической политики, многоукладности хозяйства, введения социального страхования всех занятых по найму, определили необходимость возвращения к элементам страховой медицины. 15 ноября 1921 г. декретом СНК РСФСР вновь было введено социальное страхование всех лиц наемного труда вместо социального обеспечения всех трудящихся, установленного в годы военного коммунизма. 19 декабря 1921 г. был издан декрет о социальном страховании в случае болезни. По этому декрету часть средств, поступающих в фонд социального страхования, передавалась органам здравоохранения на покрытие расходов по медицинскому обслуживанию застрахованных.

В губерниях создавались губернские отделения медпомощи застрахованным и страховые советы при них. Советы согласовывали деятельность отделений медпомощи с профессиональными и страховыми организациями и заинтересованными ведомствами.

В ведении совета находилась:

- организация медицинской помощи застрахованным;
- установление норм этой помощи;
- распределение основного лечебного фонда.

В Беларуси институт рабочей медицины был окончательно изжит в 1927 г. СНК БССР своим решением ликвидировал все ее отделы, выполняемый ими объем работ был передан органам здравоохранения.

Так были осуществлены планы 1-го съезда медико-санитарных отделов, в которых предусматривалось, что при распространении страхования на всех работающих произойдет организационное слияние государственной и страховой медицины. Руководители Наркомздрава пришли к выводу о недопустимости параллельного существования двух медцилин — «страховой» и «советской».

В 1923 г. в своей работе «Охрана здоровья населения в эпоху диктатуры пролетариата» Н. А. Семашко писал: «В области лечебной медицины мы неуклонно шли к основной цели: обеспечить, прежде всего, рабочих (теперь мы говорим — застрахованных) всеми видами лечебной помощи: помощь на дому, амбулаторная и коечная... обеспечить возможно лучше медицинской помощью верного союзника пролетариата — трудовое крестьянство... На этом принципе преимущественного обслуживания городского пролетариата (и беднейшего крестьянства в деревне) построена вся лечебная организация... Лучшие больницы, лучшие амбулатории, наиболее хорошо обставленные аптеки в городах обслуживают трудящихся (застрахованных), 60% государственных мест в санаториях и на курортах предоставляются членам профсоюзов и, прежде всего, рабочим вредных производств; остальные места предназначаются для учащих, красноармейцев, инвалидов, крестьян и т. д.».

В конце двадцатых годов в практику работы органов здравоохранения входит планирование. Со времени утверждения первого пятилетнего плана народнохозяйственного строительства на XVI партийной конференции и V Всесоюзном съезде Советов начали разрабатываться и осуществляться пятилетние планы развития здравоохранения.

Здравоохранение в СССР и БССР стало строиться на основах единого плана, являющегося составной частью общегосударственного народнохозяйственного плана.

Характерной особенностью плана являлось то, что он строился не в узковедомственном масштабе, а на основе комплексного подхода, заключавшегося в органической увязке медицинских и широких оздоровительных мероприятий. Особое внимание обращалось на оздоровление внешней среды, улучшение жилищных условий, быта и медицинского обслуживания рабочих промышленных центров и сельского населения колхозов и совхозов.

В отношении финансирования учитывалось, что индустриализация и реконструкция заберут большую часть средств, что вызовет снижение удельного веса здравоохранения в местном бюджете. Недостаточное финансирование чрезвычайно обостряло проблему строительства жилого фонда для специалистов, что мешало дальнейшему развертыванию медико-санитарной сети. Планировалось оказывать больше помощи сельской медицине, укрепить сельские врачебные участки кадрами. Стационарным сельским диспансером должна была стать типовая райбольница на 40 мест. Предполагалось к 1933 г. построить 30 новых районных больниц. Центрами по охране материнства и детства должны были оставаться детские консультации. В наиболее крупных колхозах предусматривались медицинские пункты первой помощи. Особое внимание обращалось на укрепление пунктов первой помощи при городских предприятиях, число которых было еще весьма невелико. Другой составляющей городской медицины являлась помощь на дому, районная и скорая помощь. Третьим звеном являлась диспансеризация (развитие венерических, противотуберкулезных учреждений). Консультационным центром для районов и периферии и местом усовершенствования квалификации врачей являлась окружная больница. В редких сложных случаях должны были приниматься здесь и сельские жители. В результате работы над планом была создана цельная стройная концепция здравоохранения республики.

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 медикаментами». В том же году фармподотдел НКЗ был преобразован в фармацевтический отдел, на который были возложены функции по организации торговли (снабжению) медицинскими товарами.

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.

В целях планового и экономного снабжения медицинским имуществом и производства медикаментов в республике коллегия НКЗ организовала объединенное фармоуправление при наркомате с отделениями в окружающих городах.

Функции фармоуправления:

— закупка и распределение медикаментов, инструментов и другого имущества по всей медико-санитарной сети Беларуси;

— производство медикаментов;

— организация работы аптек по планам и нормам НКЗ;

— содержание и управление аптечной сетью.

Эта структура работала на основе хозрасчета и органично вписывалась в механизм новой экономической политики.

В наши дни принцип государственного здравоохранения сохраняется, однако в дополнение к нему развиваются и другие системы и формы оказания медицинской и социальной помощи населению.

Требуется уточнение определения «единое» здравоохранение. Само здравоохранение делится на несколько подотраслей. Выделялись лечебно-профилактические учреждения для взрослых, женщин и детей; санитарно-противоэпидемические; учебные и научно-исследовательские; медицинская и фармацевтическая промышленность и аптечные учреждения; санаторно-курортные учреждения. Это далеко не однородная система требовала усилий в управлении. Абсолютное большинство указанных учреждений принадлежало Наркомздраву. Однако часть оставалась подведомственна наркоматам обороны, внутренних дел, путей сообщения, речному транспорту, лечебным комиссиям руководящих советских и партийных органов. Это, конечно, не способствовало согласованному управлению здравоохранением, особенно когда речь шла о нормативно-финансовых вопросах. Общие организационные и методические указания Наркомздрава были обязательны для всех учреждений. Но реально в разных ведомствах существовала разница в зарплате, льготах, имелись различия по числу пациентов, коек. Поэтому в течение длительного периода, вплоть до сегодняшнего времени, периодически выдвигаются предложения создать действительно единую систему, передав в центральный орган все ведомственные учреждения.

Такая фактическая разном ведомственность расплывала ответственность медицинских организаций, снижала требовательность к качеству медицинской помощи, вела к неравномерному обеспечению медицинских учреждений инструментами и оборудованием.

В рассматриваемый период деятельность органов здравоохранения впервые строилась на основе комплексных планов, являющихся частью общегосударственных народнохозяйственных планов.

II. Профилактическое направление

На первых порах советской власти необходимо было добиться просто понимания значения социально-профилактической работы. И здесь многое было достигнуто благодаря активной деятельности самих организаторов советского здравоохранения. Н. А. Семашко, З. П. Соловьев указывали, что эта работа не сводится к мерам индивидуальной, санитарно-технической профилактики, борьбы с инфекционными заболеваниями. «Профилактика, — подчеркивал З. П. Соловьев, — это разносторонняя деятельность, направленная на оздоровление внешней среды, условий жизни. Это, путь широких оздоровительных реформ, а до тех пор наш удел — паллиативы, и на это не нужно закрывать глаза».

Важным методом профилактики объявлялась диспансеризация, элементы которой осуществлялись и раньше. Созданные в 20-е годы специализированные институты, подчинявшиеся Наркоматам труда и здравоохранения, начали проводить санитарно-гигиенические и социально-гигиенические мероприятия по изучению условий труда и быта и их влияния на здоровье рабочих.

В 1920-е годы в Беларуси происходит процесс становления профилактических учреждений и общественно-государственных мероприятий по охране материнства и младенчества (ОММ). В городах разворачивались консультации для детей и беременных, постоянные ясли, а в сельской местности — районные консультации и полевые ясли.

Для оздоровления детей в летний период (1921) стали организовываться пионерские лагеря, дома отдыха для пионеров и рабочей молодежи, детские колонии.

Самое активное участие в работе по диспансеризации и проведению социально-гигиенических исследований здоровья рабочих приняла кафедра социально-гигиенических исследований, созданная в 1924 г. на медицинском факультете БГУ. Одним из направлений ее деятельности стало изучение состояния здоровья населения, его зависимости от социально-экономических условий. В 1925 г. был создан институт социальной гигиены.

Основной формой этой работы стали Единые диспансеры. Предполагалось, что единое диспансерное наблюдение и обслуживание не только больного, но и здорового человека позволит обеспечить более высокое качество медицинской помощи трудящимся, более тесную связь здравоохранения с рабочими, объединение сил и средств различных учреждений. Однако в силу объективных обстоятельств Единые диспансеры превратились в громоздкие, плохо управляемые объединения. К концу 30-х годов они прекратили свое существование.

Просчеты в диспансерной работе:

— ограниченные возможности материально-технической базы здравоохранения;

— недостаток медицинского персонала.

Диспансеризация в ряде случаев сводилась лишь к регистрации заболеваний и патологических поражений, в лучшем случае — к медицинским осмотрам работающих.

Если в 20-е годы диспансеризация — метод работы отдельных учреждений, направленный на предупреждение заболеваний главным образом социального характера то уже в 30-е годы диспансерный метод внедрялся в деятельность всех учреждений здравоохранения, но при ограничении контингентов диспансеризуемых. Идея же Единого диспансера оказалась преждевременной и непосильной для реализации. Диспансеризация сельского населения стала проводиться только в середине 50-х годов.

С 1926 г. диспансеры стали осуществлять предварительные медицинские осмотры детей при приеме в школу, а подростков — в профессиональную школу. Охрана здоровья детей в сельской местности испытывала большие трудности, ибо возлагалась на врачебный участок, который находился еще в процессе становления.

Работа по реализации профилактических мер не могла вестись без надлежащей юридической базы. Более 100 декретов правительства были направлены только на борьбу с эпидемиями и профилактику заболеваний.

Важное значение имели неотложные противозидемические меры. Организовывались в составе представителей исполнительной власти губернские Чрезвычайные комиссии (ЧК) по борьбе с эпидемиями и сыпным тифом.

Проводимые мероприятия включали:

— издание обязательных постановлений;

— налаживание учета и регистрации инфекционных заболеваний;

— оборудование и охрану водосточников;

— удаление нечистот и отходов ассенизационными обозами;

— контроль за базарами, пекарнями, столовыми, парикмахерскими, гостиницами, общежитиями, дворами;

— национализацию бань, прачечных, выдачу талонов на льготное обслуживание;

— проведение компаний по обязательному оспопрививанию и других прививок;

— открытие и работу бактериологических лабораторий, организацию курсов дезинфекторов;

— деятельность стационарных и передвижных противозидемических и дезинфекционных отрядов;

— работа изоляционно-пропускных пунктов на железнодорожных станциях;

— перепрофилирование общесоматических и развертывание инфекционных коек.

Создавались комиссии по борьбе за чистоту в городах, на заводах; ячеек чистоты — в сельской местности; проведение недель чистоты, санитарии водоснабжения.

В этот же период зародилось и начало оформляться санитарное просвещение. Образован санитарно-просветительский подотдел губздравицы (1920 г.), открыт первый дом санитарного просвещения (1920 г.). Организовались курсы санитарной грамоты, издавалась санитарно-просветительская литература, публиковались статьи в местной печати.

Осуществлялись мероприятия по санитарному надзору. В 1922 г. в г. Гомеле открыта первая санитарная станция, в которую входили химико-бактериологическая лаборатория (позже разделенная на бактериологическое и химико-гигиеническое отделения), стационарно-дезинфекционное, прививочное, Пастеровское (с оспенным телятником) отделения, изолятор; она имела общежитие и транспорт. В дальнейшем в ней организуются и другие отделения (малярийное, 1923; профессиональной гигиены, 1927).

Основные черты формирующегося санитарного просвещения:

- проведение его в общем контексте борьбы с неграмотностью;
- стремление к охвату, прежде всего, сельского населения;
- тематический акцент на охрану материнства, младенчества и детства, борьбу с заразными и социальными болезнями, с обучением элементарным санитарно-гигиеническим навыкам;
- использование не только устных (лекции, беседы), но и действенных наглядных форм (диаграммы, выставки, лозунги);
- переход от эпизодичности (акции, компании) к систематичности, в том числе с негативными последствиями устремления за количественными показателями.

Однако общий уровень инфекционной заболеваемости в Беларуси, в том числе и детскими инфекциями, оставался высоким.

В 1920-е годы важной и особой чертой медико-санитарного дела являлась борьба с социальными болезнями, в первую очередь с туберкулезом, сифилисом, трахомой.

Для борьбы с туберкулезом взрослых и детей впервые организуются диспансеры и мероприятия по общественной профилактике, систематически проводится санитарно-просветительская работа, увеличивается число и осуществляется первичная профилизация санаториев, начинает применяться вакцина БЦЖ (Минск, 1929), создается научно-исследовательский и клинический центр (Белорусский государственный институт туберкулеза, август 1928).

С целью проведения общественной профилактики впервые образуются Советы социальной помощи (1923), а также комиссии по борьбе с детским туберкулезом (1925).

В этот период в Беларуси организуются и венерологические диспансеры (1923).

В борьбе с трахомой также использовались мероприятия общественно-профилактического и лечебного характера.

Мероприятия, проводимые против социальных болезней:

— образование специальных отделов при местных органах управления здравоохранением;

— создание губернских комиссий по борьбе с венерическими болезнями (1919) и Советов по борьбе с туберкулезом (1919);

— государственный, а не только благотворительный и общественный характер;

— их проведение как в городах, так и в уездах;

— развертывание амбулаторной и стационарной помощи;

— открытие первых государственных противотуберкулезных санаториев (1920), а также общих домов отдыха (1920).

Таков краткий итог становления в БССР профилактического направления здравоохранения — принципа организации медико-санитарного дела. Успехи его реализации определяются социально-экономическим развитием общества, уровнем развития науки и совершенством системы организационных мероприятий.

III. Участие населения в мерах по охране здоровья — принцип советского здравоохранения, зародившийся в сложнейших условиях первых лет советской власти, когда борьба с эпидемиями, болезнями и голодом велась при острой нехватке медицинских кадров. В те годы значительная часть врачей не разделяла революционных идей. Медицинская интеллигенция негативно отнеслась к октябрьской революции. Многие врачи эмигрировали за границу, другие заняли выжидательную позицию, третьи объявили саботаж. Много медицинских работников погибло на фронтах во время военных действий или в тылу от голода и болезней. Многие гибли в борьбе с эпидемиями.

В условиях тотального дефицита медицинских кадров проблема решалась привлечением к медико-санитарной работе самих трудящихся (рабочих, крестьян, интеллигенции).

Задача сохранения жизни и здоровья людей была провозглашена в числе важнейших в государственной политике страны.

Формы санитарно-просветительской работы:

— комиссии по оздоровлению труда и быта;

— массовые театральные представления;

— спортивные мероприятия.

Впоследствии развитие высшего и среднего медицинского образования в Беларуси, подготовка достаточного количества профессиональных медицинских кадров возвратили медицину в русло профессионализма.

IV. Единство медицинской науки и техники

Решающая роль в становлении системы здравоохранения принадлежала кадрам. Процесс формирования медицинской интеллигенции шел в двух направлениях: с одной стороны, по пути привлечения старой интеллигенции к активному участию в строительстве советской медицины, с другой — по пути подготовки новых высококвалифицированных специалистов из среды рабочих и крестьян.

Острый недостаток врачей и других медицинских работников ограничивал возможности органов здравоохранения на Беларуси. 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 дореволюционной России и в первые годы строительства советского государства немногочисленные медицинские факультеты университетов готовили врачей общей практики, что обуславливалось уровнем развития медицинской науки и наличием ограниченного количества недифференцированной сети медицинских учреждений. В условиях построения нового государства эту практику надо было менять. Одним из первых мероприятий правительства, последовавших в этом направлении, стало создание новых государственных университетов и реорганизация существующих. Правительством РСФСР были подписаны декреты: «О передаче вузов в ведение Наркомпроса» (5 июня 1918 г.), «Об учреждении ряда новых государственных университетов» (21 января 1919 г.).

В соответствии с этими постановлениями было принято решение ЦИК БССР от 24 февраля 1919 г. об основании в Минске Белорусского государственного университета. Однако открыт БГУ был только 30 октября 1921 г. в составе трех факультетов, в том числе и медицинского, после окончания польской оккупации.

С организацией медицинского факультета связано основание высшей медицинской школы в Беларуси. Для подготовки к поступлению в вуз 17 июня 1921 г. при БГУ открылся рабочий факультет.

Для подготовки врачей к практической и научно-преподавательской деятельности в 1924 г. при медицинском факультете была утверждена ординатура, а с 1926 г. — аспирантура.

Среднегодовой выпуск врачей за 1925–1930 гг. составил лишь 164 человека.

В начале 1920-х годов функционировали ранее действовавшие Могилевская фельдшерско-акушерская, Минская фельдшерско-акушерская, Витебская акушерская школы. В соответствии с решениями 1-й Всероссийской конференции по среднему медицинскому образованию (1922) сделан акцент на переподготовку ротных фельдшеров, подготовку акушерок, сестер-воспитательниц, сестер по уходу, что в республике осуществлялось по типу школьного и курсового обучения. В дальнейшем (1926) средние ме-

дицинские учебные заведения реорганизовуются в медицинские техникумы.

В сентябре 1926 г. Совнарком Беларуси принимает постановление «Об утверждении положения о профессиональной работе медицинского персонала и о борьбе с незаконным лечением», определившее перечень медицинских специальностей (врач, зубной врач, фельдшер, акушерка, фармацевт, медицинская сестра), порядок их выполнения и регистрации (в том числе, и право на частную практику).

В Беларуси зарождается новая университетская форма организации научных исследований — институты.

Первые научные институты Беларуси: Витебский губернский санитарно-бактериологический институт (1921), Минский Пастеровский институт (1924), институт физических методов лечения (1924), институт социальной гигиены (1925), Белорусский государственный санитарно-бактериологический институт (1926), санитарно-гигиенический институт (1927), Белорусский государственный институт туберкулеза (1928).

Становление здравоохранения Беларуси в 1920-е годы осуществлялось с учетом общеисторических процессов. Как неблагоприятную особенность формирования системы охраны здоровья в Беларуси на начальном этапе следует отметить длительное время продолжавшуюся иностранную интервенцию, определение территории Беларуси как плацдарма для раздувания пламени мировой революции.

В этих условиях здравоохранение, являясь подсистемой в общегосударственной структуре, испытывало огромные трудности, связанные с финансированием, состоянием материальной базы лечебно-профилактических учреждений, обострением кадровой проблемы. Сил едва хватало на обслуживание Красной Армии и борьбу с эпидемиями. Большая часть населения оказывалась без медицинской помощи как на советской, так и на оккупированных территориях. Все это негативно сказывалось на состоянии здоровья людей, формировании системы здравоохранения.

Несмотря на имеющиеся трудности в результате проведенных с 1917 г. преобразований в государственном устройстве страны была создана советская система охраны здоровья населения. Более глубоко и основательно стали реализовываться на практике принципы государственности, доступности и бесплатности (в известных пределах), профилактики, которые с разной степенью масштабности осуществлялись в предшествующий период.

В рассматриваемый период произошел отказ от многоукладности финансирования, и утвердилось единое государственное здравоохранение. В то же время на классовой основе сформировалось преимущественное обслуживание ряда социальных групп.

В 20-е годы создаются:

— органы и учреждения фармацевтического управления, снабжения и производства;

— для достижения доступности качественное становление получает первичная медико-санитарная помощь;

— зарождаются профилактические учреждения и общественно-государственные мероприятия по охране материнства и детства, борьбе с социальными болезнями;

— наблюдается переход от чрезвычайных противоэпидемических мер к текущей санитарной работе с первых научно-исследовательских институтов, формированием санитарных органов;

— происходит становление высшего медицинского образования и организация первых научно-исследовательских институтов.

Основополагающие документы, регламентирующие деятельность системы здравоохранения закрепляли жесткую централизацию управления. В условиях первых лет советской власти система сумела обеспечить необходимые для того времени потребности в оказании медицинской помощи населению. Существующая бесплатность и льготы здравоохранения сделали лечебную сеть доступной широким массам населения.

С другой стороны, централизация управления здравоохранением, возведенная в абсолютный принцип, вместе с уже вступавшим тогда в силу остаточным финансированием здравоохранения, закладывали элементы несбалансированного развития системы здравоохранения.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ БССР В 1930-е ГОДЫ

В истории Беларуси 1930-е годы, как и в целом советского государства, несмотря на мирное время и самоотданный труд населения, являются одним из самых сложных периодов.

Основные республиканские директивные документы:

— «О медицинской помощи» (постановление СНК БССР от 10 марта 1930 г.);

— «О медико-санитарном обслуживании рабочих промышленных центров» (постановление СНК БССР от 31 июля 1931 г.);

— «О состоянии здравоохранения и подготовке медицинских кадров» (постановление СНК БССР от 10 января 1932 г.);

— «О работе органов Наркомздрава» (постановление ЦК КП(б)Б, 1934 г.);

— «О состоянии и задачах здравоохранения» (постановление XI Всебелорусского съезда советов от 22 января 1935 г.).

При абсолютном увеличении ассигнований из государственного бюджета здравоохранение финансировалось по остаточному принципу.

Произошли структурные изменения органов управления, а именно инспектуры преобразованы (1930) в отделы здравоохранения исполнительных комитетов (рай-, горздравотделы, а с введением (1938) областного административно-территориального деления — облздравотделы).

В соответствии с проводимыми индустриализацией и коллективизацией, утвердился принцип преимущественного обслуживания работающих (в городе — рабочих, в сельской местности — колхозников). Осуществлялось открытие пунктов здравоохранения, на которые возлагалось (1938) не только выполнение лечебной работы, но и выявление, устранение причин заболеваемости, травматизма, проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Развитие внебольничной помощи:

— открытие амбулаторных учреждений, утверждения участкового принципа (в том числе путем выработки нормативов врачебной нагрузки), Минск, 1938;

— введение бригадной формы работы, г. Минск, 1941;

— расширение помощи на дому (в том числе организация первых стационаров на дому, г. Минск, 1940);

— введение специализированных приемов (при том, что превалировали (1940) приемы общего профиля);

— в г. Минске были открыты первые онкологический (1934) и ревматологический (1938) диспансеры, а в городах росло количество зубоврачебных кабинетов, прикрепления амбулаторий к больницам (г. Минск, 1940);

— происходит организация санитарной авиации (1935) и увеличения числа станций скорой помощи.

Амбулаторные учреждения испытывали кадровые и материально-технические трудности.

В 1930-е годы задачи строительства сельского здравоохранения оставались актуальными и нерешенными. Основным сельским медицинским учреждением должна была стать врачебная амбулатория (вместо фельдшерского пункта), а вспомогательными — фельдшерско-акушерские пункты. Организовывалась (1930) шефская помощь городскими медицинскими учреждениями сельским врачебным участкам. Сельские врачебные участки также испытывали материально-технические трудности.

Развитие стационарной помощи происходило за счет открытия больниц (не столько путем строительства, сколько размещения в приспособленных помещениях), в том числе большей мощностью (до 40 коек) и нового типа (областная, г. Гомель, 1941).

В имевшихся больницах ощущался недостаток медикаментов, инструментария, мягкого инвентаря, продуктов питания (даже хлеба), существовала проблема госпитализации, качественного лечения, ведения медицинской документации, взаимодействия с амбулаторными учреждениями.

В республике имелись физиотерапевтические установки, рентгеновские аппараты, лаборатории.

Получила развитие аптечная сеть (1939 г. — 299 аптек).

Изменяется число и оформление санитарно-эпидемических учреждений. Открываются городские (г. Минск, 1931; г. Витебск, 1932; г. Могилев, 1932), межрайонные и районные санитарно-эпидемиологические станции (1938 г. — 34 СЭС). В связи с введением (1938) областного административно-территориального деления открываются первые областные СЭС.

Голод, миграция, а также неудовлетворительное состояние ряда территорий способствовали эпидемическому росту инфекционных заболеваний (1933 г. — сыпной тиф, брюшной тиф, 1934 г. — дизентерия). Принимаются и осуществляются противоэпидемические меры чрезвычайного характера (штабы, комиссии, ежедневные доклады о проделанной работе).

Дезинфекционная и прививочная работа:

— открытие первой типовой дезинфекционной станции, г. Минск, 1936;
— организация лабораторий по выработке противокоревой сыворотки, 1936;

— выпуск Белорусским институтом микробиологии и эпидемиологии около 20 препаратов, в том числе противодизентерийного бактериофага (1935) и «плацентарного экстракта» (1939) для профилактики детских инфекций.

Основные постановления правительства:

— «О мерах по улучшению общественного питания», (1931);
— «О развитии городского хозяйства», (1931);
— «О санитарной охране водопроводов и источников водоснабжения», (1937);
— соблюдение санитарных инструкций и правил.

Проведение санитарно-оздоровительных мероприятий, рост и деятельность специализированных противотуберкулезных, кожно-венерологических, противотрахоматозных учреждений способствовали снижению заболеваемости, сифилисом, гонореей, трахомой.

Снижается уровень общей смертности. В ее структуре после болезней органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой системы четвертое и пятое место занимали туберкулез и инфекционные заболевания.

Для Беларуси 1930-х годов существенное значение продолжала иметь проблема краевой патологии (малярия, зоб, склерома).

Типы медицинских учреждений по оказанию помощи детям, женщинам:

— постоянные и сезонные ясли;
— изоляторы для больных детей.

Работа детских консультаций строилась по участковому принципу, приобретала профилактическую направленность, стала включать специализированную помощь и обслуживание больных детей преимущественно на дому, (1937).

В городах был введен ряд родильных домов (в 1940 г. их было 53). Не было действенной связи с женскими консультациями. В сельской местно-

сти из-за низкого процента охвата родовспоможением осуществлялось (1935) открытие колхозных родильных домов.

Медтехникумы передаются (1930) в ведение Наркомздрава, увеличивается прием в них.

Медицинский факультет БГУ реформируется (1930) в Белорусский (Минский) медицинский институт системы Наркомздрава. Открываются факультеты — лечебный, санитарно-гигиенический, охраны материнства и младенчества, химико-фармацевтический. Его база используется для организованного (1932) Белорусского института усовершенствования врачей.

Острая потребность в кадрах обусловила необходимость в 1934 году открыть больницу-медвуз в г. Витебске (в 1935 г. состоялся первый выпуск, а в 1938 г. больница-медвуз преобразована в институт).

Научные институты:

- охраны материнства и детства (г. Минск, 1931);
- кожно-венерологический;
- переливания крови и гематологии (г. Минск, 1932);
- трахоматозно-офтальмологический (г. Гомель, 1934).

В рассматриваемый период наблюдалось количественное и некоторое качественное развитие здравоохранения, итогом которого явились как достижения, так и существенные недостатки.

ОСОБЕННОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАПАДНОЙ БЕЛАРУСИ

Западная Беларусь согласно Рижскому мирному договору (между Россией и Польшей, 1921) отходила в состав 2-й Речи Посполитой. Здесь устанавливалось принятое в Польше административно-территориальное деление: воеводства, поветы. Западная Беларусь включала Новогрудское, Полесское, большую часть Виленского и Белостокского воеводств.

Здесь была образована местная медицинская администрация — врачебное отделение губернского правления, уездный врач. В 1921 г. при созданных воеводских управлениях учреждены отделы общественного здоровья, а при поветовых староствах — должности поветовых врачей.

В 1924 г. ликвидировано Министерство общественного здоровья (учреждено 13 декабря 1918 г.), и его задачи распределены между Министерством внутренних дел и Министерством труда и социальной опеки, а в 1932 г. (по причине экономического кризиса) полностью переданы последнему. В 1932 г. сформированы отделы труда, опеки и здоровья воеводских управлений, начальником которых оставался врач.

Особенностью здравоохранения считалось врачебное самоуправление. В соответствии с законом от 2 декабря 1921 г. были организованы врачебные палаты.

Врачи содержались государством, местными самоуправлениями, страховыми кассами, общественными организациями, а также занимались частной практикой.

В Западной Беларуси, в отличие от других территорий, медицинскую помощь оказывали фельдшера, к работе допускались те из них, которые имели медицинское образование или выдержали экзамен. На данной территории отсутствовали медицинские школы. Только местные отделы общества Красного Креста организовали годичные курсы подготовки сестер милосердия.

В аптеках сохранялось обучение по типу ученичества.

В Западной Беларуси, подобно, как и в составе Российской империи, в Восточной Беларуси в 1920-е годы, существовала многоукладность здравоохранения. На конкретные мероприятия здравоохранения расходовались средства из одного или чаще — нескольких источников, что в конечном итоге и определяло форму медицинской организации.

По инициативе Верховного чрезвычайного комиссариата (ВЧК) по борьбе с эпидемиями (действовал в 1920–1923 гг.) на пути миграционных потоков беженцев и репатриантов создавались санитарные кордоны. Проводилась санитарная обработка населения, дезинфекция вещей, делались прививки. Были созданы изоляторы, в которых могли находиться до пяти дней.

ВЧК по борьбе с эпидемиями сыграл основную роль в создании профильных госпиталей. В последующем большинство госпиталей ВЧК были преобразованы в государственные больницы.

Санитарная организация фактически не была сформирована. Действовал санитарный отдел. В начале 1930-х годов в структуре некоторых открываемых амбулаторных учреждений — центров здоровья — организовывались санитарные бюро. С целью ликвидации эпидемических вспышек формировались и выезжали в очаги эпидколонны (дезинфектор, гигиенистка, дезинфекционный аппарат).

Санитарные функции возлагались на поветовых и участковых врачей.

Средства на санитарно-противоэпидемические мероприятия в основном выделялись из государственного или местного бюджета.

Мероприятия по санитарно-гигиеническому благоустройству:

- мощение и консервация улиц;
- оборудование рынков;
- устройство общественных бань;
- организация водоснабжения и канализации.

Мероприятия против социальных болезней (трахома, туберкулез, венерические заболевания) имели государственный и общественный характер.

Выявление больных проводили профильные самостоятельные амбулатории — противовенерическая, (1923); противотуберкулезная, (1925); противотрахоматозная, (1926).

Во второй половине 1920-х годов в Западной Беларуси открываются новые учреждения амбулаторного типа — центры здоровья.

Задачи центров здоровья:

- организация, координация и проведение мероприятий по сохранению и улучшению общественного здоровья;
- предупреждение и выявление социальных болезней;
- опека с элементами диспансеризации над некоторыми группами населения (беременные, матери, дети);
- оказание лечебной помощи.

Открывались первые противоалкогольные амбулатории, 1936 г.

Первичная помощь оказывалась в амбулаториях при больницах, самостоятельных амбулаториях, центрах здоровья.

К концу 1920-х годов большинство амбулаторий носило общий характер, финансировалось из местного и государственного бюджета, размещалось в арендованных зданиях, не имело водопровод или канализацию. Местные отделы общества Красного Креста организовали первые станции скорой помощи, донорские пункты.

Сельская медицина сохраняла черты земского организационного устройства (территориальный принцип, участковый врач, сельский врачебный участок).

В этот же период на селе появляются и центры здоровья.

Действовали различные по форме собственности больницы (государственные, местных самоуправлений — городские, поветовые, сеймиковые; общественные — общества охраны здоровья евреев, общества Красного Креста; частные). Функционировали единичные больницы смешанной формы собственности.

Действовали в основном частные общие аптеки, которые по договорам обеспечивали лекарствами местные больницы.

Сохранилась традиция выполнения в аптеках клинических и санитарно-гигиенических, химико-бактериологических анализов.

Этапы в истории страховой медицины Западной Беларуси:

- первый (1924–1933) — больничные кассы;
- второй (1934–1939) — общественные страховые учреждения.

Больничные кассы создавали:

- амбулатории;
- медицинские пункты;
- врачебные кабинеты;
- аптеки и аптечные пункты;
- нанимали медицинский персонал.

Больничные кассы (в отличие от таковых других территорий Польши) не имели собственных больниц, центров здоровья, детских оздоровительных учреждений, а только выделяли средства за получение в них помощи.

Особенностью второго этапа являлось формирование (1936) института семейного врача как координатора оказания общей, специализированной и больничной медицинской помощи.

В Западной Беларуси имели место государственная, муниципальная, общественная, страховая, военная, частная медицина.

Для здравоохранения данной территории характерны черты, которые отличали его как от Восточной Беларуси, так и центральных, западных воеводств Польши. В сравнении с Восточной Белоруссией здесь фактически не была сформирована санитарная организация, отсутствовали противотуберкулезный, противовенерический, детский диспансеры, но действовало врачебное самоуправление, амбулаторная помощь с элементами диспансеризации и опеки возлагалась на центры здоровья, в системе страховой медицины учреждены должности семейных врачей, что отсутствовало в Восточной Беларуси.

Сохранились традиции земской медицины, продолжали оказывать помощь сельскому населению фельдшера, что не было характерно для центральных и западных воеводств Польши.

Договор о ненападении (август 1939 г.) между СССР и Германией привел к разделению Польши на сферы влияния и объединению Западной и Восточной Беларуси. 1 сентября 1939 г. агрессией Германии на Польшу началась Вторая мировая война. 28–29 октября 1939 г. Народное собрание Западной Беларуси объявило о новом социально-политическом устройстве и приняло декларацию о вхождении ее в состав БССР.

Основным преобразованием медико-санитарного устройства в Западной Беларуси явилось утверждение принципов единого государственного здравоохранения.

Появляются медицинские учреждения:

- по охране материнства и детства;
- внебольничной помощи;
- лечению и предупреждению социальных болезней.

Определялись мероприятия по введению диспансерного метода в работу противотуберкулезных учреждений, обеспечению больных туберкулезом стационарной и санаторно-курортной помощью, подготовке и переподготовке врачей-специалистов.

Для обеспечения западных областей Беларуси медицинскими кадрами объявлено (1940) об открытии фельдшерско-акушерских, медсестринских, фармацевтической школ.

Начато формирование санитарных учреждений и органов.

После вхождения западных областей в состав БССР в течение сентября 1939 — июня 1941 гг. достигнуто:

- утверждение единого государственного здравоохранения;
- количественный рост коек и врачей;

- открытие учреждений по охране материнства и детства, внебольничной помощи, лечению и предупреждению социальных болезней;
 - начато формирование санитарных учреждений и органов.
- Последующее развитие здравоохранения было прервано фашистской агрессией.

МЕДИЦИНА БССР В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

В конце июня–июле 1941 г. фашистская агрессия привела к оккупации всей территории Беларуси. Согласно гитлеровским планам предусматривалось истребление 75% населения Беларуси, а 25% подлежало использованию в качестве рабочей силы.

В период оккупации проводилось целенаправленное экономическое разрушение и разграбление Беларуси. Значительному разрушению подвергнуто жилищно-коммунальное хозяйство республики. Гитлеровцы уничтожили 209 городов и районных центров, 9200 деревень Беларуси, причем 5295 деревень вместе со всем или частью населения.

В период оккупации проводилась политика принудительного и изнурительного труда, установилось тяжелое положение с питанием населения (продовольственный паек был незначительным — 200–300 г хлеба в день и выдавался рабочим с большими перебоями).

Коммунальные разрушения, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, голод, принудительный и изнурительный труд оказали неблагоприятное воздействие на ухудшение общественного здоровья.

Медико-социальные проявления оккупационной политики геноцида в Беларуси:

- уничтожение больших групп населения, прежде всего, детей, женщин и людей старческого возраста, а также больных и раненых;
- уничтожение заключенных в концентрационных лагерях посредством создания в них условий, приводящих к массовой гибели;
- угон населения, в том числе, детей в фашистскую Германию;
- умышленное распространение инфекционных заболеваний среди гражданского населения;
- разрушение лечебно-профилактических учреждений и уничтожение значительного числа медицинских работников.

Захватчики установили оккупационный режим кровавого террора.

Способы прямого физического истребления групп населения: массовые расстрелы; повешение; насаживание на крюк; утопление; сжигание; замораживание; закапывание живьем в специально приготовленных ямах; отравление выхлопными газами в «душегубках»; использование гражданского населения как живого прикрытия в боевых действиях, а также при

разминировании. Также уничтожали детей, находившихся в канун войны в пионерских лагерях и детских домах.

Одним из медико-социальных проявлений фашистской политики геноцида следует считать уничтожение больных и раненых. Захватчики расстреливали и сжигали больных сыпным тифом; осуществляли в Беларуси «декрет об эвтаназии» — умерщвлении душевно и неизлечимо больных, считали их «недостойными жизни», истребляли евреев, которые составляли значительную долю населения предвоенной Беларуси. В городах изолировали и заключили население еврейских кварталов и общин в гетто. В оккупированной Беларуси фашисты создали более 260 концентрационных лагерей, сеть тюрем, ввели систему заложников. В концентрационных лагерях, кроме прямого истребления, преднамеренно поддерживались условия, влекущие массовую гибель людей: истязания, голод, скученность, антисанитария. В лагерях смерти, расположенных на территории Беларуси, нацисты убили свыше 1,4 млн человек. Над узниками концентрационных лагерей в Беларуси проводились преступные эксперименты.

Как было доказано на Нюрнбергском процессе над военными преступниками, осенью 1943–весной 1944 гг. фашисты преднамеренно проводили (концентрация больных и здоровых, перемещение больных из одних населенных пунктов в другие) заражение людей сыпным тифом и их сосредоточение на возможных направлениях наступления советских войск.

Угон населения в фашистскую Германию был неотъемлемой частью оккупационного режима. Особо ужасным являлся угон детей. Всего в Германию было угнано 24180 белорусских детей. С целью отбора трудоспособного контингента создавались врачебные комиссии, в состав их включали и белорусских медицинских работников, которые пытались сохранить людей от угона, выставляя заведомо ложные диагнозы инфекционных болезней. Однако работа комиссии была необязательной. Часто выявленные больные и нетрудоспособные уничтожались или отправлялись в концлагеря.

В республике полностью разрушено 1377, а повреждено 810 зданий амбулаторий и больниц.

Кроме того, здания медицинских учреждений использовались для других целей: казармы, застенки гестапо, размещения учреждений оккупационных властей и даже организации мест развлечения оккупантов. Значительно пострадала материально-техническая база медицинских учреждений.

На оккупированной территории захватчики уничтожили свыше 2 тыс. медицинских работников.

За период оккупации переболело сыпным тифом 553957 человек, корью — 107558, дифтерией — 57229, скарлатиной — 50289. Однако эти цифры относительно и значительно занижены, так как не все случаи заболеваний зарегистрированы, многие документы лечебных учреждений не сохранились, в ряде из них документация вообще не велась, большинство данных было получено при опросе населения и медицинских работников.

Инфекционные и общесоматические заболевания протекали тяжело, атипично, на фоне общего истощения организма. В послевоенный период (1944–1950) преобладала наиболее тяжелая диффузно-инфильтративная форма склеромы с локализацией процесса в гортани и трахее. За ноябрь 1944–апрель 1946 гг. в структуре заболеваемости нервной системы ведущее место занимали нейроинфекции, которые протекали по типу церебрального менингита, клещевого и эпидемического энцефалитов, инфекционных полиневритов, полиомиелита. Такое течение болезней обусловило высокую смертность, инвалидность населения. Например, смертность от туберкулеза возросла, в сравнении с довоенной, на 70%.

Чрезвычайная государственная комиссия по установлению и расследованию злодеяний фашистских захватчиков показала, что число убитых и угнанных в фашистскую Германию по Беларуси составило 2 597 092 человека, или 25,4% населения 1940 г.

Оккупационная политика геноцида привела не только к ухудшению показателей общественного здоровья (рост инфекционной заболеваемости, снижение рождаемости, увеличение смертности), но и значительно изменила условия организации оказания медицинской помощи.

Мероприятия учреждений здравоохранения Беларуси в связи с фашистской агрессией:

- оказание помощи пострадавшему населению в медицинских учреждениях, а также организация их эвакуации;
- мобилизация медицинского персонала;
- работа санитарных дружин;
- развертывание эвакогоспиталей.

Однако проведение названных мероприятий было недостаточно организационно и материально обеспечено и подготовлено. Следствием явилось то, что эвакуация медицинских учреждений и план развертывания частей медицинской службы фактически оказались сорванными.

В начале Великой Отечественной войны военнообязанные медицинские работники, студенты выпускных курсов Минского и Витебского медицинских институтов, учащиеся большинства медицинских училищ были призваны в армию. Многие медицинские работники добровольно вступали в ряды народного ополчения. Медицинские работники с высоким чувством долга выполняли свои профессиональные обязанности. В ходе военных действий в восточных областях Беларуси на предприятиях и в учреждениях, при поликлиниках и аптеках организовывались пункты первой медицинской помощи. Медицинский персонал больниц, поликлиник, аптек оказывал неотложную помощь пострадавшему населению. Больницы принимали раненых воинов. В течение первой недели войны в восточных областях республики было развернуто около 20 эвакогоспиталей. На незанятой врагом территории республики действовало 40 санитарных дружин, в составе ко-

торых было 2160 человек. Сандружинницы участвовали в боевых действиях, выносили раненых, извлекали из руин пострадавших, оказывали первую медицинскую помощь, ухаживали за ранеными и больными в госпиталях, становились донорами.

Эвакуация населения и материальных ценностей из Беларуси проходила в сложной обстановке. В восточной части республики было организовано 24 эвакуопункта по приему и эвакуации мирного населения. Здесь нуждающимся оказывалась медицинская помощь, выдавались продукты питания, одежда. Из республики выехало более 1,5 млн человек. Однако многие медицинские учреждения эвакуировать не удалось.

Сорванным оказался план развертывания частей и учреждений медицинской службы. Так, к 12 июля 1941 г. общий некомплект врачебного состава на Западном фронте составил 50%.

В период оккупации Беларуси действовали административные медицинские органы и лечебные учреждения.

Оккупационные власти разрешали работу лечебных учреждений по следующим основным причинам:

- для предупреждения возникновения и распространения среди личного состава фашистских войск инфекционных заболеваний;
- для оказания медицинской помощи и лечения той части населения, которая была привлечена к обслуживанию оккупационных войск;
- с пропагандистской целью «возрождения Белоруссии под патронажем фашистской Германии».

17 октября 1941 г. были приняты распоряжения рейхскомиссариата «Остланд», в который входил генеральный округ «Белорутения» — «Об учреждении Палаты здоровья» и «О новом оформлении профессии службы здоровья». Их помощниками были местные врачи. Деятельность Палаты здоровья регулировалась уставом. Палата здоровья ведала персональным учетом медицинских кадров.

При гебиткомиссариате был создан окружной, а при городских (районных) управах — городские (районные) отделы здравоохранения. Их деятельность контролировалась представителем оккупационных властей, который зачастую не имел медицинской специальности, что значительно ограничивало полномочия местных административных медицинских органов, ибо они, по существу, не могли действительно влиять на качественный уровень работы лечебных учреждений. Административные медицинские органы утверждали порядок работы лечебных учреждений, осуществляли контроль их состояния и деятельности. Они обращались к местным оккупационным властям о необходимости улучшения материально-технического состояния и обеспечения лечебных учреждений (проведение текущего ремонта, получение санитарного имущества, заготовка топлива, продуктов питания).

На оккупированной территории проводилась подготовка среднего медицинского персонала.

При больницах и аптеках некоторых городов действовали единичные шестимесячные–годовые курсы по подготовке медсестер, помощников зубных врачей, аптекарей.

Для данного периода характерно и качественное сокращение лечебных учреждений. В городах нередко отсутствовали санитарно-эпидемиологические станции, противотуберкулезные и венерологические диспансеры и пункты, детские больницы, детские и женские консультации, ясли, станции скорой медицинской помощи, заводские медицинские пункты.

За оказание медицинской помощи гражданскому населению в лечебных учреждениях была введена плата.

Социальная помощь детям имела также платный характер.

Оказывалась бесплатная медицинская помощь инфекционным больным. В период оккупации имело место и занятие частной медицинской практикой.

В 1943 г. на оккупированной территории предпринята попытка введения страховой медицины путем 3% начислений от заработной платы в фонд больничных касс.

Были учреждены должности санитарных врачей. В городах действовали санитарные станции. Их лаборатории выполняли санитарно-бактериологические анализы, прежде всего, питьевой воды и пищевых продуктов.

Другим санитарно-противоэпидемическим мероприятием следует признать учет инфекционных заболеваний. На каждый такой случай в лечебном учреждении надлежало заполнить извещение (при возникновении сыпного тифа — извещение особой формы). Составлялись еженедельные, ежемесячные, ежеквартальные отчеты о движении инфекционных больных.

На оккупированной территории Беларуси действовали административные медицинские органы, функционировали медицинские учреждения, проводилась подготовка среднего медицинского персонала. Вместе с тем, сеть лечебных учреждений сократилась, а их материально-техническое обеспечение ухудшилось. Кроме того, за получение всех видов медицинской помощи была установлена плата, а санитарно-противоэпидемические мероприятия носили ограниченный характер.

Большинство медицинских работников являлись патриотами Беларуси. Оставшиеся на занятой врагом территории медицинские работники, понимая потребность населения в лечебной помощи, жестокость фашистского режима, приступали к выполнению своих профессиональных обязанностей. Многие медицинские работники явились организаторами и участниками подпольных групп, действовавших на занятой врагом территории. Некоторые из них, не находясь в составе подпольных организаций, были связаны с ними и вели антифашистскую деятельность. 267 врачей и студентов медицинских институтов, 116 медицинских сестер, акушерок и учащихся медицинских

школ, 42 фармацевтов, аптечных работников и учеников, 28 фельдшеров и 44 человека персонала лечебно-профилактических учреждений являлись участниками антифашистской подпольной работы.

В начальном периоде в партизанских формированиях Беларуси создаются первые санитарные части и госпитали, которые действовали, в основном, разрозненно.

Особое значение имела деятельность медицинских работников, продолжавших на оккупированных территориях выполнять профессиональные обязанности в лечебных учреждениях, в которых, несмотря на смертельную угрозу, они оказывали госпитальную и амбулаторную помощь партизанам, выдавали им медикаменты.

Кроме того, медицинские работники являлись организаторами и руководителями действий партизанских подразделений.

Основные направления деятельности медицинской службы партизанских частей и соединений:

- создание и обеспечение работы госпиталей и медицинских пунктов в партизанских зонах;
- подготовка среднего и младшего медицинского персонала;
- организация восполнения израсходованного медицинского имущества;
- оказание хирургической и терапевтической помощи;
- проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий;
- организация медицинского обеспечения боевых операций;
- эвакуация раненых и больных в тыл страны.

Трудности медицинского обеспечения партизанских формирований Беларуси были связаны с недостаточным их укомплектованием медицинским персоналом и отсутствием должного количества санитарного имущества.

Во второй половине 1942–марте 1943 гг. были созданы органы управления медико-санитарной службы партизанских формирований. Командование и начальники санитарных частей партизанских формирований принимали также меры по организации подготовки среднего и младшего медицинского персонала. С этой целью в бригадах, реже в отрядах, организовывали краткосрочные курсы медсестер, санинструкторов, санитаров. Длительность курсов была различной: от одного до трех месяцев. На момент соединения с армией (1944) партизанские формирования республики имели в своем составе 580 врачей и 2133 средних медицинских работников. Необходимо отметить проявление мужества при выполнении профессиональных обязанностей медицинскими работниками-партизанами.

Улучшению деятельности медицинской службы способствовали совещания врачебного состава, на которых обсуждались как организационные, так и клинические вопросы, а также разработанные инструкции, включавшие три основных раздела: медико-санитарная помощь, профилактические и санитарно-гигиенические мероприятия.

Санитарные части размещались в построенных в лесных массивах землянках и шалашах, либо в крестьянских избах и общественных зданиях деревень. Обычно в партизанских бригадах организовывались госпитали на 15–20 коек, а в соединениях — до 100 коек.

Медицинская служба партизанских формирований организовывала больницы и пункты, специально предназначенные для приема населения партизанских зон (осенью 1941 г. возникли первые партизанские зоны, а в 1943 г. их было свыше 20).

В отдельных случаях, когда позволяла обстановка, врачи и медицинские сестры партизанских формирований закреплялись за определенными деревнями, в которые совершали активные (плановые) или пассивные (по вызову) выезды, оказывая при этом помощь как в амбулаториях, так и на дому.

Хирургическую помощь приходилось оказывать на поле боя, на поезде, под дождем и в мороз, ночью при свете факелов. Хирурги большинства партизанских бригад не имели достаточного количества и ассортимента медицинского имущества, в связи с чем оперировали самодельными хирургическими инструментами. Для иммобилизации поврежденных конечностей применяли шины, изготовленные из досок, прутьев или коры деревьев. Бинты и салфетки готовили из самотканого льняного полотна, марлевых занавесок, парашютного материала, а вместо ваты использовали высушенный мох, чесаный лен или шерсть.

Особенностью оказания медицинской помощи больным в партизанских условиях являлось преимущественное использование лекарственных средств растительного происхождения. С целью восполнения санитарного имущества партизанские группы в ряде случаев проводили и акции захвата, в том числе и при разгроме воинских гарнизонов. Осуществлялась эвакуация раненых и больных (вывезено 6617 партизан и 8986 гражданских лиц). 78,4% раненых и 99,5% больных партизан (в их структуре преобладали ранения конечностей, болезни кожи и инфекционные заболевания) возвращено в строй. За весь период партизанского движения оказана медицинская помощь 135 тыс. гражданским жителям.

В связи с неблагоприятной санитарно-эпидемической обстановкой на оккупированной территории, а также специфическими условиями размещения, питания и водообеспечения партизан санитарно-противоэпидемическая деятельность медицинской службы партизанских формирований имела первостепенное значение.

Основные направления санитарно-эпидемической деятельности:

- медицинский надзор за вновь поступающими партизанами и гражданскими лицами;
- санитарный контроль за выбором мест размещения, жилищными постройками, питанием, водообеспечением и территорией партизанских и семейных лагерей;

— проведение санитарно-просветительной работы (в 1943—первой половине 1944 г. состоялось 5670 занятий и бесед; выпуск листовок);

— выполнение профилактических прививок (за весь период партизанского движения против сыпного тифа прививку получил каждый десятый, а против желудочно-кишечных инфекционных заболеваний — каждый восьмой партизан);

— санитарная обработка личного состава и дезинфекция вещей;

— госпитализация и изоляция больных;

— наложение карантина;

— направление медицинского персонала для ликвидации эпидемических вспышек в населенных пунктах партизанских зон.

В условиях партизанской войны не всегда эти направления могли быть реализованы в полном объеме, что влекло рост числа инфекционных заболеваний, которые, однако, не имели массового эпидемического распространения.

Фашистская агрессия и последующая оккупация, а также условия партизанской войны не только обусловили особую характеристику медико-санитарного дела, но и существенным образом повлияли на его восстановление и развитие в первые послевоенные годы.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ В ПРОЦЕССЕ ЕЕ ОСВОБОЖДЕНИЯ И В ПЕРВОЕ ПОСЛЕВОЕННОЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ

Выделяют три основных этапа восстановления здравоохранения республики. **Первый** (начало 1942—конец 1943 г.) включает совокупность подготовительных мероприятий, проведенных оперативной группой Народного комиссариата здравоохранения Беларуси, сформированной в эвакуации в начале 1942 г.

Одним из направлений этой работы являлось определение санитарных последствий фашистской оккупации. В июне 1942 г. была разработана инструкция по проведению инвентаризации санитарного имущества медицинских учреждений. 9 декабря 1943 г. издан приказ Наркомздрава Беларуси по организации работы, устанавливающей ущерб, причиненный каждому лечебно-профилактическому учреждению и органам здравоохранения области (района) в целом.

Второе направление — заготовка санитарно-хозяйственного имущества. 22 мая 1942 г. было принято постановление Совнаркома Беларуси «О плане завоза медикаментов, перевязочного материала и медсанхозимущества в освобождаемые районы республики». В июне 1943 г. возобновили работу Главное аптекоуправление (ГАПУ) и Главное управление медико-хозяйственного снабжения Беларуси.

Третье направление — составление списков медицинского персонала республики, определение кандидатур на должности руководящих работников здравоохранения республиканского, городского, районного уровней. Наркомздравом Беларуси был проведен учет медицинских работников.

Второй этап восстановления здравоохранения (конец 1943–1945 гг.) охватывает комплекс мероприятий, осуществленных на территории республики по мере ее освобождения от фашистских захватчиков и вплоть до окончания войны.

Одним из направлений этой работы являлось осуществление государственных мероприятий социально-экономического восстановления республики. Мероприятия содержались в постановлениях Совнаркома, Шестой (21–24 марта 1944 г.) и Седьмой (3–5 июля 1945 г.) сессий Верховного Совета Беларуси, а также решениях местных исполкомов.

1 апреля 1945 г. в Минске начал деятельность Белорусский институт усовершенствования врачей.

В первой половине 1944 г. в республике началось восстановление научно-исследовательских институтов. В Минске были открыты институты: микробиологии и эпидемиологии (1944), физиотерапии и неврологии (1944), ортопедии и восстановительной хирургии (травматологии) (1945), санитарно-гигиенический (1945), охраны материнства и детства (1945).

Вторым направлением являлось восстановление сети медицинских учреждений и их материально-техническое обеспечение.

В 1945 г. имелись рентгеновское отделение, диагностическая лаборатория, физиотерапевтический кабинет.

В апреле 1945 г. открыта республиканская, а в октябре — еще 6 областных станций санитарной авиации.

В первой половине 1944 г. Наркомздрав и Главное аптекоуправление Беларуси стали проводить мероприятия по завозу в республику медикаментов и санитарно-хозяйственного имущества.

Третье направление деятельности здравоохранения непосредственно связано с условиями продолжавшейся войны и взаимодействия с военно-медицинской службой. В образованный (1944) Республиканский комитет помощи раненым вошли ученые, организаторы здравоохранения.

В 1945 г. в Минске открыто первое гематологическое отделение.

С момента освобождения Беларуси стала проводиться работа и по медико-социальному обеспечению инвалидов Великой Отечественной войны.

Следующим направлением являлась организация борьбы с острозаразными заболеваниями. В их структуре первое место занимала чесотка, второе — малярия, третье — сыпной тиф.

В декабре 1943–январе 1944 гг. начали действовать чрезвычайные противоэпидемические комиссии (ЧПК).

Большая роль в организации мероприятий по устранению угрозы распространения острозаразных заболеваний принадлежит Наркомздраву Беларуси.

Решающую роль в ликвидации эпидемической угрозы на освобожденной территории Беларуси сыграла военно-медицинская служба.

Одним из противоэпидемических мероприятий явилось создание на путях передвижения войск и мигрирующего населения сети санитарно-контрольных и обсервационных пунктов.

Большую помощь в организации и проведении противоэпидемических мероприятий на освобожденной территории Беларуси оказали органы здравоохранения России и других республик.

Важным направлением деятельности органов здравоохранения в рассматриваемое время являлась охрана материнства и детства.

Третий период (1946–1955) включает совокупность мероприятий по восстановлению здравоохранения Беларуси в первое послевоенное десятилетие. Данный период охватывает время от начала мирного строительства до попытки демократизации общества (осуждение культа личности (1953, 1956); повышение роли местных Советов (1955); введение нового административно-территориального деления (1954): из 12 областей образовано 7 (с 1960 г. — 6); завершение второй послевоенной пятилетки (1955); выход на международную арену: участие в ООН (1945), ВОЗ (1948), ЮНЕСКО (1954); утверждение гимна (1955); флага (1956)).

В республике видоизменяется структура органов управления. Наркоматы преобразованы в Министерства (1946).

В Беларуси восстанавливается (1946) Витебский медицинский институт. Вводится (1947) шестилетняя подготовка врачей.

Осуществлялось упорядочение сети и введение единой номенклатуры лечебно-профилактических учреждений. Введены новые формы медицинских статистических документов (1953–1955) (например, учетные — талон уточненных и заключительных диагнозов; контрольная карта диспансерного наблюдения; извещение о неэпидемических заболеваниях; врачебное свидетельство о смерти, а также некоторые отчетные) и порядок их использования в статистике заболеваемости и смертности.

Учреждена (1947) должность подросткового врача.

В данном периоде претерпевает изменения и сельское здравоохранение. Сельские амбулаторные участки стали преобразовываться в больничные.

Во всех областных центрах республики открываются (1948–1949) областные больницы. В штаты облздравотделов вводятся (1949) должности областных специалистов, а в структуре областных больниц создаются (1955) организационно-методические кабинеты.

С 1952 г. внедряется диспансерный метод наблюдения за сельским населением.

Возросло число здравпунктов. В эти годы образуются первые медико-санитарные части (МСЧ). С 1951 г. вводится участково-цеховой принцип медицинского обслуживания рабочих.

В областных городах открываются онкологические диспансеры. В республике образуются первые врачебно-физкультурные диспансеры и кабинеты (в 1950 г. — 20). В Минске открываются первые специализированные стационарные отделения (нейрохирургическое, 1949; урологическое, 1953; детской хирургии, 1955). Организуются первые стоматологические поликлиники (Минск, 1953), а в некоторых областных городах — психоневрологические диспансеры.

С 1950 г. введен предварительный санитарный контроль при проектировании и строительстве всех объектов.

Увеличивался охват новорожденных вакцинированием БЦЖ.

В 1950 г. было 15 аппаратов флюорографического обследования. Начала использоваться (1949) бронхоскопия. Несмотря на снижение смертности от туберкулеза, он оставался одной из основных ее причин (после сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, пневмонии, травм).

С 1952 г. расширяются противотрахоматозные мероприятия.

В первое послевоенное десятилетие, в основном, была восстановлена медико-санитарная сеть.

Новые организационные формы:

- установление шестилетней подготовки врачей;
- объединение больниц и поликлиник;
- утверждение единого врачебного участка;
- обслуживания детей по принципу единого педиатра;
- открытие областных больниц;
- открытие первых медико-санитарных частей;
- начало диспансеризации сельского населения;
- начало участково-цехового принципа медицинского обслуживания работающих;
- образование ряда специализированных медицинских учреждений и стационарных отделений;
- усиление предупредительного санитарного контроля;
- снижение заболеваемости паразитарными тифами, малярией, трахомой.

ОСНОВНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ МЕДИЦИНЫ В ПОСЛЕВОЕННЫЕ ГОДЫ

Период 1956–1990 гг., несмотря на неоднозначные и противоречивые общественно-политические процессы, является наиболее длительным мирным этапом истории Беларуси XX века, в течение которого произошли значительные преобразования в народном хозяйстве и социальной сфере.

Развитие здравоохранения, как и всех сторон общественной жизни, происходило при руководящей роли коммунистической партии. Закон Бе-

лорусской ССР о здравоохранении юридически закрепил систему организации медицинской помощи населению.

Финансирование здравоохранения имело ряд недостатков: остаточный принцип, выделение средств на одну койку (посещение), административный характер утверждения и расходования смет.

Для строительства учреждений здравоохранения привлекались средства колхозов и предприятий, от коммунистических субботников.

В 1980-е годы хозрасчетные лечебные учреждения переводились на новый хозяйственный механизм и бюджетно-территориальный принцип финансирования. В течение рассматриваемого времени развита сеть лечебно-профилактических учреждений, сформированы организационные основы их работы, обеспечен принцип общедоступности медицинской помощи.

Оформление получила организация медицинской помощи сельскому населению и ее основная особенность — этапность. Однако не было достигнуто полное сближение уровней лечебно-профилактической помощи сельским и городским жителям.

Организационные мероприятия 50-х годов:

— начата реорганизация сельских амбулаторий в участковые больницы или даже ФАПы;

— продолжено открытие колхозных родильных домов, а к 1970 г. — закрытие и перенос родовспоможения на районный этап;

— объединены (с 1958 г. и вплоть до 1970 г.) районные санитарно-эпидемиологические станции и больницы;

— ликвидированы (1956–1957) райздравотделы, а их функции переданы главным врачам районных больниц.

В 1960-е годы сельские жители, в основном, получали стационарную помощь в участковых больницах.

В 1970-е годы продолжалась работа по упорядочению сети сельских медицинских учреждений: преобразованию участковых больниц во врачебные амбулатории или филиалы районных больниц.

В начале 1980-х годов расширяется число приписанных к районным центрам сельских участков. Катастрофа на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) обострила проблему укомплектованности и оснащенности сельских медицинских учреждений, прежде всего, в «загрязненных» территориях.

Одновременно происходили изменения на районном и областном этапах оказания медицинской помощи сельскому населению. В 1960-е годы проводилось укрупнение районных больниц, придание им статуса центральных.

С 1968 г. в республике, как и в целом по стране, взят курс на строительство крупных многопрофильных областных, районных, городских больниц.

В 1970-е годы приобретена, а в 1980-е годы закреплена основная роль районного этапа по оказанию высококвалифицированной и отдельных видов специализированной медицинской помощи.

В 1970–1980-е годы областные медицинские учреждения стали центрами оказания специализированной помощи. Количественное и качественное развитие претерпевает первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) в городах. В начале данного этапа в ряде из них проводились: паспортизация терапевтических участков; госпитализация на дому. Отменена в середине 1960-х годов по причине неполноценного лечения. В конце 1980-х годов вновь обращено внимание на создание более экономически выгодных дневных стационаров и стационаров на дому; организация смотровых кабинетов в поликлиниках (1958–1959); возложение на поликлиники оказания неотложной помощи в республике по 1978 г. до полного объединения скорой и неотложной медицинской помощи.

Поликлиники получали право на статус самостоятельных учреждений.

Увеличилось число амбулаторно-поликлинических учреждений в городах, в том числе и самостоятельных поликлиник. Очереди оставались (1989) существенной проблемой работы поликлиник. С 1960-х годов работа врачей поликлиник строилась по скользящему графику, бригадному методу.

Начиная с 1960-х годов в республике обращалось внимание на организацию приемов в выходные и праздничные, а также расширение времени работы поликлиник. В 1960-е годы в структуре поликлиник стали создаваться централизованные регистратуры, вводились запись вызовов по телефону и предварительная запись на прием. А в конце 1980-х годов раздача амбулаторных карт на руки пациентам в целях самоконтроля, наоборот, привела к их частичной потере. Развитие поликлинической помощи выразилось в организации специализированных приемов (кабинетов, отделений).

С 1986 г. развивается пульмонологическая служба, создается сеть профильных кабинетов. В 1980-е годы открываются гастроэнтерологические, психотерапевтические, медико-генетические, гериатрические кабинеты.

Действенное консультативное содействие практическому здравоохранению оказывали ученые мединституты. В конце 1980-х годов организуются новые областные учреждения — диагностические центры.

Деятельность поликлиник осуществлялась на основе диспансерного метода. В эти годы проводились выявление и взятие на учет больных.

С 1983 г. в Беларуси поэтапно стала вводиться всеобщая диспансеризация населения.

Реализовался принцип преимущественного медицинского обслуживания работающих (возможность получения медицинского обследования по месту жительства и работы).

В эти годы были открыты первые кабинеты (1960 г.) и стационарное отделение профпатологии, на основе которых в начале 1970-х стала формироваться аллергологическая служба. Сформирована цеховая медицинская служба. Утверждена профилактическая направленность ее деятельности.

В 1987 г. была утверждена комплексная программа «Здоровье».

Возросло число станций скорой и неотложной медицинской помощи. Во всех областных городах были открыты больницы скорой медицинской помощи.

Вводится круглосуточная стоматологическая помощь. Открываются детские стоматологические поликлиники.

Существенные изменения произошли в организации стационарной помощи. Прежде всего, была значительно расширена сеть больничных учреждений.

Развивается хирургическая и терапевтическая стационарная помощь.

В Минске в 1966 г. открывается нефрологическое отделение, а в 1970 г. — центр гемодиализа и пересадки почки.

Открыт (1969) центр по детской хирургии.

Дальнейшее развитие получает офтальмологическая и отоларингологическая помощь взрослым и детям.

Произошли организационные изменения в структуре Академии наук Беларуси, а именно: создание Института микробиологии (1975) на базе профильного отдела (с 1966); Института биохимии (1985) на базе отдела регуляции обмена веществ (с 1970); Института радиобиологии (1987) на базе сектора геронтологии (с 1958).

Начиная с 1960-х годов, расширяется сеть кабинетов лечебной физкультуры. Наряду с электро-, свето- и теплолечением стали шире использоваться ингаляции, водо-, грязелечение, ультразвук. Улучшилась санаторная помощь.

В 1985 г. в городах республики действовало 540 диагностических лабораторий.

Получает развитие движение по безвозмездному донорству. Вводится (1968) отметка о группе крови в паспорте.

Учреждения по переливанию крови способствовали открытию первых гематологических отделений (1966 г.).

Произошло становление специализированных медицинских служб. В 1960-х годах стала формироваться кардиоревматологическая служба. Организуется (1980) республиканский центр сердечно-сосудистой хирургии. В начале 1980-х годов создаются новые учреждения — кардиологические диспансеры, эндокринологические диспансеры.

В конце 1970-х годов в республике создаются первые наркологические диспансеры.

Происходит формирование онкологической службы республики, онкодиспансеры (1965 г.).

Катастрофа на Чернобыльской атомной электростанции (26 апреля 1986 г.) значительно ухудшила экологическую ситуацию республики. На Беларусь пришлось 70% территории с загрязнением более 15 Ки/км², а территория с загрязнением более 1 Ки/км² составила 18% сельхозугодий, и на ней проживало 20% населения республики.

Мероприятия по минимизации медицинских последствий аварии на ЧАЭС:

— созданы профильные медицинские учреждения: республиканское специализированное отделение для учета и наблюдения участников работы в тридцатикилометровой зоне и проживавшего там населения (сентябрь 1986); республиканский детский специализированный диспансер для учета и наблюдения детей Гомельской и Могилевской областей, подвергшихся воздействию радиации (июль 1987), в последующем (1989–1990) преобразованный в диспансерно-поликлиническое отделение НИИ радиационной медицины; НИИ радиационной медицины (1988) с филиалами в Гомеле (1989) и Могилеве (1990);

— организовано научно-производственное объединение (НПО) «Радиационная медицина» при МЗ Беларуси;

— разработан и применен на республиканском уровне автоматизированный учет пострадавшего населения (1989);

— проводилась работа по снижению дозовых нагрузок путем йодной профилактики (начата лишь с 30 апреля 1986 г.); установления дозиметрического контроля; дезактивации местности и развертывания агрометеорологических работ; организации снабжения «чистыми» продуктами; эвакуации населения с дальнейшим медицинским наблюдением и оздоровлением;

— использовался экспедиционный метод для обследования и оказания последующей медицинской помощи.

Ухудшилось здоровье населения (в частности, рост распространенности патологии щитовидной железы и болезней крови и кроветворных органов).

В 1980-е годы происходит специализация травматологической помощи (центр спинальной травмы (1984); отделение сочетанной травмы (1987); отделение хирургии кисти (1987); центр реконструктивной микрохирургии (1988)).

Если в 1970-е годы формируются первые специализированные лечебно-трудовые экспертные комиссии (1971), открывается Белорусский НИИ экспертизы и организации труда инвалидов (1973), то в 1980-е годы — отделения восстановительного лечения и медицинской реабилитации.

В 1970–1980-е годы получила развитие амбулаторная травматологическая помощь.

В 1958 г. произошло объединение аптечной и санитарно-хозяйственно-снабженческой служб. Но в 1964 г. вновь организуется республиканское управление «Медтехника». В 1988 г. образуются научно-производственные объединения «Фармация» и «Медтехника».

В 1960–1970-е годы укрепилась профилактическая направленность деятельности детских поликлиник; утверждены принципы диспансериза-

ции детей (здоровых — по возрасту, больных — по нозологическим формам); обеспечено медицинское наблюдение в детских дошкольных учреждениях и школах; развита специализация приемов и коечного фонда; возросла мощность детских больниц; улучшилась преемственность в работе медицинских учреждений по охране материнства и детства.

Женская консультация (1960 г.) становится основным профильным учреждением в системе ПМСП. Формируются группы диспансерного наблюдения (беременные, гинекологические больные, работающие). В 1980-е годы создаются консультации «брак и семья».

В начале 1960-х годов зарождается, а в дальнейшем совершенствуется стационарная специализированная помощь беременным, новорожденным, гинекологическим больным (отделения патологии беременности; отделения преждевременных родов (1963); отделения выхаживания недоношенных (1961); отделения интенсивной терапии, начало 1970-х). Улучшается оснащенность и показатели использования родовспомогательных учреждений.

В 1986 г. открыт республиканский центр по охране здоровья матери и ребенка.

Организуется (1968) республиканская СЭС.

В эти годы разработаны и приняты на государственном уровне директивно-правовые и нормативные документы по основным разделам санитарного дела. Утверждены (1963, 1973) «Положения о государственном санитарном надзоре». К примеру, только в 1975 г. издано 12 приказов МЗ БССР санитарно-гигиенического характера.

В 1983 г. в Могилеве пущен завод по переработке бытового мусора. Введена (1975) автоматизированная система управления — «Санэпидслужба». СЭС приобрели формальную (1970) и фактическую (1990) самостоятельность, в 1990 преобразованы центры гигиены и эпидемиологии.

С 1986 г. в Беларуси начата лабораторная диагностика СПИДа, а к октябрю 1989 г. зарегистрировано первых 13 ВИЧ-инфицированных граждан республики. Во исполнение приказа МЗ СССР № 219 от 29 декабря 1989 г. «Об организации службы профилактики СПИД» создается новый тип учреждений — областные, а также республиканский, профильные центры.

Организован (1967) республиканский дом санитарного просвещения. Согласно приказу № 770 от 11 октября 1988 г. «О совершенствовании гигиенического воспитания населения и пропаганды здорового образа жизни» дома санитарного просвещения реорганизовывались в центры здоровья как основное учреждение службы формирования здорового образа жизни.

В 1960-е годы оформляется принцип участия населения в решении задач здравоохранения. Возродились (1957) советы содействия медицинским учреждениям. В тот период их деятельность имела значение в предупрежде-

дении туберкулеза, травматизма, профессиональных и инфекционных заболеваний. Используются такие формы санитарно-гигиенического обучения населения, как университеты здоровья. При лечебных учреждениях — школы здоровья. Установлен День здоровья — 11 июля (в связи с тем, что 11 июля 1918 г. был подписан декрет об образовании Наркомздрава РСФСР). 1965 год — год учреждения Дня здоровья. В 1966 г. вводится профессиональный праздник — День медицинского работника (третье воскресенье июня). Позже акции медико-гигиенического просвещения приурочивают к Всемирному дню здоровья — 7 апреля (7 апреля 1948 г. вступил в силу устав ВОЗ).

Ликвидировано ряд инфекционных заболеваний (малярия, 1958; трахома, 1960; сыпной тиф, 1961).

В 1960–1970-е годы обеспечивается почти полная вакцинация БЦЖ новорожденных. Устанавливается (1967) обязательное исследование крупного рогатого скота на туберкулез. В 1965 вводится сплошное обследование на туберкулез сельского населения.

Изменилась и расширилась система подготовки врачебного и среднего медицинского персонала. Открыты два медицинских института (для подготовки врачей для западного региона Беларуси (г. Гродно, 1958); для решения проблемы обеспеченности врачами учреждений здравоохранения Гомельской и Могилевской областей, возникшей после аварии на Чернобыльской АЭС (г. Гомель, 1990)).

Постдипломную подготовку осуществлял Белорусский институт усовершенствования врачей, а также курсы повышения квалификации медучилищ.

Вводилась аттестация рабочих мест (1986).

В рассматриваемый период в границах единого государства и при помощи российских ученых создана сеть лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений, сформированы их организационные основы, обеспечены (с учетом экологической и радиационной обстановки) профилактическое направление и общедоступность медицинской помощи взрослым и детям, в том числе ее специализированных видов. Однако здравоохранение испытывало проблемы остаточного финансирования, несвоевременного обновления основных фондов и оборудования. Имели место отставание развития амбулаторно-поликлинических учреждений от стационаров, количества среднего медицинского персонала от врачей, разный уровень медицинской помощи городским и сельским жителям. В связи с чем, к началу 1990-х годов в республике медицинские учреждения переводились на новый хозяйственный механизм, качественную оценку деятельности, территориальные формы объединения. История здравоохранения данного этапа отражала условия и характер реального времени, и постепенно возникающий кризис его системы.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

27 июля 1990 г. Верховный Совет БССР принял декларацию о государственном суверенитете, а 19 сентября 1991 г. утвердил новое название — Республика Беларусь (РБ). 10 декабря 1991 г. ратифицировано соглашение о создании Содружества Независимых Государств. 15 марта 1994 г. принята Конституция Республики Беларусь, а 10 июля 1994 г. избран первый Президент.

Политическая независимость Беларуси утверждалась на фоне ухудшения социально-экономических условий и снижения жизненного уровня, в том числе и медицинских работников.

Утверждение государственного суверенитета обусловило потребность и важность принятия пакета правовых документов по здравоохранению.

В республике были приняты семь профильных законов:

- «О здравоохранении» (18 июня 1993 г.);
- «О санитарно-эпидемическом благополучии населения» (23 ноября 1993 г., в новой редакции — 23 мая 2000 г.);
- «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (17 октября 1994 г.);
- «О донорстве крови и ее компонентов» (31 мая 1995 г.);
- «О трансплантации органов и тканей человека» (4 марта 1997 г.);
- «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» (1999);
- «О Белорусском обществе Красного Креста» (2 октября 2000 г.).

Вопросы охраны здоровья населения были регламентированы законами:

- «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС» (22 января 1991 г.);
- «О правовом режиме территорий, подвергшихся радиоактивному загрязнению в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС» (12 ноября 1991 г.);
- «О государственной помощи семьям, воспитывающим детей» (1993); «О правах ребенка» (19 ноября 1993 г.).

В данный период для теоретического обоснования развития отрасли организован (1991) Белорусский центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения. В 1990-х годах проводилась компьютеризация медицинских учреждений. Для информационного обеспечения работников здравоохранения начала выходить (1991) республиканская газета «Медицинский вестник». Наряду с изменившим название («Здравоохранение», 1995), стали издаваться (1994–1995) еще 4 республиканских журнала, приоритетно рассматривавшие вопросы организации здравоохранения.

В Республике Беларусь возникли новые общественные организации — Ассоциации «Новые технологии в медицине» (1992), врачей (1992), сред-

них медицинских работников (1996). Принят Кодекс врачебной этики, (1998) утвержден текст Клятвы врача Республики Беларусь (1994).

Произошли организационные изменения финансирования здравоохранения. В Беларуси по экономическим причинам (инфляция, снижение производства) произошел отказ от некоторых положений нового хозяйственного механизма (территориальное финансирование, взаиморасчеты). В то же время остались требующие реформирования, затратный и остаточный принципы.

Уровень финансирования здравоохранения в 1996 г. составил 5,5% внутреннего валового продукта (ВВП), а в 2000 г. — 3,7%. В целом, финансирование здравоохранения носит поддерживающий характер, не позволяющий обеспечить должное функционирование развернутой сети, дальнейшее развитие и модернизацию материально-технической базы.

Некоторые службы были переданы в ведение других ведомств (так, врачебно-физкультурная — Министерство спорта и туризма, 1996; судебно-медицинская — Министерство внутренних дел, 1993).

Государственные учреждения здравоохранения приобрели право (1996) оказывать платные медицинские и сервисные услуги. Учреждения здравоохранения также получали спонсорскую поддержку и гуманитарную помощь. Приобретение суверенитета позволило шире (не только по линии Общества Красного Креста) осуществлять привлечение средств из-за рубежа. Их поступление в основном, направлялось на отдельные программы. Такая помощь выделялась из некоторых фондов и под эгидой ВОЗ.

В Беларуси продолжена практика разработки, принятия и реализации государственных и национальных целевых программ. В 1999 г. были утверждены комплексные государственные программы «Здоровье народа», «Туберкулез», «Онкология», «Кардиология», «Сахарный диабет», «Лечебно-оздоровительная работа среди подростков».

В феврале 2000 г. утверждена государственная программа укрепления материально-технической базы медицинских учреждений. В 2000 году в Витебской области начат эксперимент по бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя.

Таким образом, в 1990-е годы деятельность здравоохранения республики происходила при неполной правовой базе, в условиях недостаточного и неритмичного финансирования, а также испытывало трудности обеспечения и обновления его материально-технической базы.

Происходит передача аптек коммерческим фирмам. В 2000 г. в Беларуси производство лекарств и изделий медицинского назначения осуществляли государственный концерн «Белбиофарм». Увеличилось число предприятий, производивших медицинскую технику и оборудование (1994 г. — 40, 1999 г. — 100).

Для 1990-х годов характерно ухудшение состояния общественного здоровья. Сократилась численность населения (1991 г. — 10212,5 тыс.; 2000 г. — 10019,5 тыс.), прежде всего, за счет жителей сельской местности (1991 г. — 3368,7 тыс.; 2000 г. — 3034,1 тыс.) По данным переписи населения 1999 г., за 10 лет уменьшилась на 42% доля детей до 4 лет. Снизилась средняя продолжительность жизни (1990 г. — 71,1; 1999 г. — 67,9 года), в первую очередь — мужчин (1990 г. — 66,3; 1999 г. — 62,2 года). С 1993 г. регистрируется отрицательный естественный прирост при устойчивой тенденции роста смертности (1991 г. — 11,2; 1999 г. — 14,2‰) и снижения рождаемости (1991 г. — 12,9; 1999 г. — 9,3‰). Наблюдался рост по всем классам заболеваний (так, болезней нервной системы и органов чувств — в 2,1 раза; болезней эндокринной системы, расстройств питания, нарушений обмена веществ и иммунитета — на 69,9, болезней крови и кроветворных органов — 64,9; болезней системы кровообращения — 53,9; новообразований — 50,7; болезней органов дыхания — 25,9; травм и отравлений — 23%).

Стало очевидным, что медико-социальные последствия аварии на ЧАЭС еще длительное время будут оставаться актуальными. Вследствие аварии наиболее пострадали Гомельская (1528 населенных пунктов), Могилевская (866) и Брестская (167) области. Загрязнена пятая часть территории республики. Около 80% дозы радиации жители получают за счет потребления продуктов питания.

По данным МЗ РБ (2000), к наиболее значимым последствиям катастрофы на ЧАЭС относится радиационно обусловленный рак щитовидной железы. Влияние радиационного воздействия, в первую очередь, также отразилось на состоянии тиреоидной и кроветворной системах детей и подростков.

Третий филиал НИИ радиационной медицины открыт (1991) в Витебске, а филиал в Могилеве реорганизован (1996) в Белорусский НИИ экологической и профессиональной патологии. В 1996 г. из структуры НИИ радиационной медицины выделен профильный Республиканский диспансер. В 1997 г. открыт республиканский научно-практический центр детской онкологии и гематологии. В 1993 г. началось строительство Республиканского научно-практического центра радиационной медицины и экологии человека в Гомеле (сдан в эксплуатацию в 2003 году).

За послеаварийный период (к 2001 г.) в загрязненной зоне закрыто 95 больниц. При этом введено в эксплуатацию стационаров на 4543 койки и поликлинических учреждений на 21,3 тыс. посещений в смену.

В связи с передачей на финансирование за счет средств предприятий, в свою очередь испытывавших экономические трудности, цеховой медицинской службы, сократилось число профильных участков (в 1996–1998 гг. — на

41,7%) и фельдшерских здравпунктов (в 1990–1999 гг. в 1,7 раза). Сохранена ведомственная медицина.

В Республике Беларусь несколько увеличилось число стоматологических поликлиник (в 1999 г., в сравнении с 1990 г., на 14).

Предполагалось преимущественное развитие ПМСП с введением врача общей практики. В соответствии с приказом МЗ РБ № 98 от 25 мая 1992 г. утверждена специальность — врач общей практики, его квалификационная характеристика.

В 1990-е годы экономические причины обусловили необходимость сокращения и рационального использования коечного фонда. Число больничных учреждений (1990 г. — 857, 1999 г. — 802). Стали шире применяться стационарзамещающие технологии (дневной стационар, стационар на дому). В 2000 г. в Беларуси разработаны и изданы протоколы обследования и лечения по 533 нозологическим формам «Международной классификации болезней десятого пересмотра».

Проводилась также работа по организации научно-практических специализированных центров (в 1998 г. их было 85). Стали функционировать центры по эндокринологии — «профилактики и лечения: диабетическая стопа», «сахарный диабет и беременность» (1997); по кардиологии — профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (2000); по офтальмологии — лазерной терапии (1997); по урологии — острой почечной недостаточности (1999).

Фактически сформирована гериатрическая служба (положение о главном гериатре территориальных уровней, 1996; гериатрическая больница, 1991; геронтологический центр, 1998). Созданы первые отделения (больниц) сестринского ухода (1993), хосписа (1994). Происходит образование (1993) медико-социальной службы Общества Красного Креста (дом милосердия, 1997).

В 1990-е годы в Республике Беларусь развивается и служба медицинской реабилитации. В 1998 г. действовало 11 соответствующих центров и 7 санаторных отделений.

В Республике Беларусь охрана материнства и детства получила государственную и социальную поддержку путем принятия и реализации законодательных актов, а также национальных (например, «Концепция государственной демографической политики», «Дети Беларуси» (2000): «Дети Чернобыля», «Дети-инвалиды», «Дети-сироты») и др. программ.

Однако социально важное преимущественное развитие охраны материнства и детства не всегда находило реального отражения и подтверждения. Были открыты специализированные медицинские учреждения-центры: планирования семьи и репродукции с методом экстракорпорального оплодотворения (1995); гемодиализа для детей (1996); маммологический (1996); а также дошкольные заведения — центры развития детей (1996).

В республике при фактически неизменной сети (1999 г. — 151 центр гигиены и эпидемиологии, что на 3 меньше, чем в 1990 г.) санитарно-противоэпидемической службы проведено обновление ее законодательной и нормативной базы. В 1994 г. принято «Положение об осуществлении государственного санитарного надзора».

С 1992 г. в 9 городах республики осуществлялся мониторинг здоровья в связи с состоянием окружающей среды, а с 1995 г. в Гомельской области функционирует региональная система социально-гигиенического мониторинга. В работу учреждений санитарно-противоэпидемической службы введена (1998) единая система оценки и контроля качества.

В 1990-е годы регистрировался высокий уровень социально обусловленной заболеваемости. Изменения социально-экономических условий способствовали ухудшению эпидемической ситуации по туберкулезу.

До 1996 г. Беларусь относилась к странам с низким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции. Вспышка в г. Светлогорске (число выявленных инфицированных превысило их общее количество за предыдущие 9 лет в 10 раз) изменила эпидемическую ситуацию. К 2000 г. в республике зарегистрировано 2752 ВИЧ-инфицированных.

В данный период стали шире использоваться телефоны доверия, методы анонимного обследования и лечения (но реже — трудотерапия). Открыт (г. Минск, 1996) детско-подростковый наркологический диспансер. Сформирован (1996) республиканский межведомственный совет по профилактике ВИЧ-инфекции и венерических болезней. Приняты и реализовывались (1997–2000) программы профилактики ВИЧ-инфекций и злоупотребления наркотических средств.

В Беларуси осуществляется процесс реформирования системы подготовки медицинских кадров. Так, были открыты новые факультеты: сестринский (г. Гродно, 1991; заочная форма, 1996), медико-психологический (г. Гродно, 1993), военно-медицинский (г. Минск, 1995), медико-диагностический (г. Гомель, 1997), медико-профилактический (г. Гомель, 2001).

При Белорусском институте усовершенствования врачей создан (1998) двухгодичный очно-заочный факультет переподготовки организаторов здравоохранения, Витебском мединституте — факультет усовершенствования врачей, Академии МВД (1994) — по подготовке и переподготовке судебно-медицинских специалистов.

Введена (1998) очно-заочная форма клинической ординатуры.

Организованы специализированные советы по защите диссертаций в 4 из 5 вузов. Медицинские институты прошли аккредитацию на статус университетов (Витебск, 1998; Гродно, 1999; Минск, 2000, Гомель, 2001), а Белорусский институт усовершенствования врачей (2000) — на статус ака-

демии. Создана (1997) на общественных началах Белорусская академия медицинских наук.

В Республике Беларусь не изменилось число медучилищ (2000 г. — 17), практическое воплощение не нашло предложение об их преобразовании в факультеты вузов.

Актуальными оставались проблемы сестринского образования на академическом уровне и постдипломном этапе.

Таким образом, при неполной правовой основе, в том числе в рамках Союза Беларуси и России, недостаточном и неритмичном финансировании, трудностях материально-технической базы, ухудшении общественного здоровья, в том числе и в связи с аварией на ЧАЭС, в Республике Беларусь начато реформирование здравоохранения. При этом обеспечена доступность и начата стандартизация лечебно-профилактической помощи (что нашло отражение и в оценках ВОЗ), вводится институт врача общей практики, стали использоваться стационарзамещающие технологии, получают становление некоторые виды узкоспециализированной помощи, а также в возможных объемах государственную и социальную поддержку охраны материнства и детства, придан университетский характер медицинскому образованию, сохранена профилактическая направленность деятельности здравоохранения. Определена и закреплена в Концепции (1998) и Государственных программах (1999,2000) стратегия дальнейшего развития здравоохранения.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММНЫХ ЦЕЛЕЙ ЗАНЯТИЯ

Темы рефератов (УИРС)

1. Особенности медицины на территории Беларуси в период Великой Отечественной войны.
2. Медико-социальные последствия аварии на Чернобыльской АЭС.
3. Международное сотрудничество в области здравоохранения в XX веке.
4. Здравоохранение Республики Беларусь: основные проблемы, направления и пути реформирования.
5. Современные аспекты деятельности по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний.
6. Развитие и становление санитарного просвещения на Гомельщине.
7. Исторические аспекты организации санитарно-эпидемиологической службы на Гомельщине.
8. Всемирный день здоровья (7 апреля).
9. Становление и развитие медицинских учреждений на Гомельщине.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

ТЕСТ

Укажите правильный вариант ответа

1. Первые платные медицинские услуги в государственных лечебных учреждениях стали оказываться в:

Варианты ответа:

- а) 1910-е годы;
- б) 1920-е годы;
- в) 1990-е годы.

2. В Беларуси в 1920-е годы медицинское страхование являлось источником финансирования:

Варианты ответа:

- а) единственным;
- б) основным;
- в) существенным дополнительным.

3. Наркомздрав БССР приступил к работе:

Варианты ответа:

- а) 11 июля 1918 г.;
- б) 17 декабря 1920 г.;
- в) 3 мая 1920 г.

4. Министерство здравоохранения Беларуси организовано в:

Варианты ответа:

- а) 1919 г.;
- б) 1935 г.;
- в) 1946 г.

5. В Беларуси первые диспансеры открыты:

Варианты ответа:

- а) противомалырийный, 1920;
- б) противотуберкулезный, 1921;
- в) венерологический, 1923;
- г) детский, 1925;
- д) психоневрологический, 1926.

6. В Беларуси онкологические диспансеры открыты:

Варианты ответа:

- а) в середине 1940-х годов;
- б) в конце 1950-х годов;
- в) в конце 1960-х годов.

7. В Беларуси организация областных больниц приходится:

Варианты ответа:

- а) на начало 1930-х годов;
- б) на конец 1960-х годов;
- в) на начало 1940-х годов.

8. В Беларуси организационно-методические отделы (кабинеты) областных больниц открыты:

Варианты ответа:

- а) в 1935г.;
- б) в 1955г.;
- в) в 1965г.

9. Организация первых медицинских НИИ в Беларуси приходится:

Варианты ответа:

- а) в 1910-е годы;
- б) в 1920-е годы;
- в) в 1930-е годы.

10. Первые медицинские НИИ в Беларуси преимущественно имели направленность:

Варианты ответа:

- а) консультативную;
- б) лечебную;
- в) профилактическую.

11. В Беларуси шестилетняя подготовка врачей осуществляется:

Варианты ответа:

- а) в 1935 г.;
- б) в 1947 г.;
- в) в 1964 г.

12. Профессиональный праздник — День медицинского работника учрежден в:

Варианты ответа:

- а) 1956 г.;
- б) 1966 г.;
- в) 1976 г.

13. С целью профилактики туберкулеза стали использовать в Беларуси:

Варианты ответа:

- а) БЦЖ, 1929;
- б) флюорографию, 1948;
- в) туберкулинодиагностику, 1956.

14. В истории Беларуси XX века эндемическими заболеваниями являлись:

Варианты ответа:

- а) сыпной тиф;
- б) склерома;
- в) трахома;
- г) зоб;
- д) малярия.

15. Формирование санитарных органов в Беларуси отождествляется:

Варианты ответа:

- а) с открытием санитарной станции (г. Гомель, 1922);
- б) с организацией инфекционной больницы (г. Минск, 1914);
- в) с введением должностей санитарных врачей (г. Могилев, 1920).

16. Для медицинской помощи работающим в Беларуси были открыты:

Варианты ответа:

- а) здравпункты (конец 1920-х годов);
- б) больницы (1934);
- в) медико-санитарные части (1947).

17. Первые ВИЧ-инфицированные в Беларуси зарегистрированы:

Варианты ответа:

- а) в 1985 г.;
- б) в 1987 г.;
- в) в 1989 г.

18. В Беларуси организованы:

Варианты ответа:

- а) дом санитарного просвещения, 1920;
- б) центр гигиены, 1947;
- в) центр здоровья, 1989;
- г) центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, 2003.

19. Первые мероприятия после аварии на ЧАЭС включали:

Варианты ответа:

- а) йодную профилактику;
- б) дозиметрический контроль;
- в) эвакуацию;
- г) закрытие воздушного пространства;
- д) медицинское обследование населения.

20. В Республике Беларусь реализуются комплексные программы:

Варианты ответа:

- а) «Здоровье»;
- б) «ПМСП»;
- в) специализированной медицинской помощи;
- г) «Табак или здоровье».

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВОЙ ПРОГРАММЕ

1	б	8	б	15	а
2	в	9	б	16	а, в
3	б	10	в	17	в
4	в	11	б	18	а, в, г
5	б, в, г, д	12	б	19	а, б, в, д
6	а	13	а, б	20	а, б, в
7	в	14	б, в, г, д		

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абраменко, М. Е.* Здоровоохранение БССР — становление советской системы (1917–1941 г.г.): монография / М. Е. Абраменко. — Гомель, 2005. — 212 с.
2. *Очерки здравоохранения Гомельской области: учеб. пособие / М. Е. Абраменко [и др.].* — Гомель, 2005. — 136 с.
3. *Абраменко, М. Е.* Профсоюз медиков Гомельщины: страницы истории / М. Е. Абраменко, В. В. Волкова, В. В. Дроздова. — Гомель, 1996. — 61 с.
4. *Асветнікі зямлі Беларускай: энцыкл. даведнік / рэдкал. Г. П. Пашкоў [і інш.].* — Мн.: БелЭн, 2001. — 496 с.
5. *Грицкевич, В. П.* С факелом Гиппократата: Из истории белорусской медицины / В. П. Грицкевич. — Мн.: Наука и техника, 1987. — 272 с.
6. *Заборовский, Г. И.* Тестовые вопросы и ответы по общественному здоровью и здравоохранению к государственному экзамену (для студентов лечебного факультета) / Г. И. Заборовский, Е. М. Тищенко. — Гродно, 2006. — 211 с.
7. *Крючок, Г. Р.* Очерки истории медицины Белоруссии / Г. Р. Крючок. — Мн.: Беларусь, 1976. — 264 с.
8. *Сорокина, Т. С.* История медицины / Т. С. Сорокина. — 3-е изд., перераб. и доп. — М., 2004. — 384 с.
9. *Тищенко, Е. М.* Здоровоохранение Беларуси в XIX–XX веках: монография / Е. М. Тищенко. — Гродно, 2003. — 269 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Учебный материал	4
Задания для самостоятельной работы студентов	
по реализации программных целей занятия	46
Самоконтроль усвоения темы.....	46
Ответы к тестовой программе.....	50
Литература	51

Учебное издание

Петрова Надежда Петровна

МЕДИЦИНА БЕЛАРУСИ НОВЕЙШЕГО ВРЕМЕНИ (XX в.)

Учебно-методическое пособие
для студентов 1 курса
высших медицинских учебных заведений
всех факультетов

Редактор *Т. Ф. Рулинская*
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова*

Подписано в печать 15.05.2008
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 3,0. Уч.-изд. л. 3,3. Тираж 100 экз. Заказ № 158

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0133072 от 30.04.2004