Основные направления совершенствования медицины в БССР и Республике Беларусь

**СОДЕРЖАНИЕ**

1. Медицина в годы первой мировой войны (1915-1918)

. Медицина в период формирования белорусской государственности

. Здравоохранение БССР в 1920-е годы

. Здравоохранение БССР в 1930-е годы

Список использованных источников

**1. Медицина в годы первой мировой войны (1915-1918)**

августа 1914 г. Германия объявила войну России. В результате боевых действий (июль-октябрь 1915 г.) территория Белоруссии оказалась разделенной. Влияние на медико-санитарное дело оказало прифронтовое и фронтовое расположение Белоруссии и связанное с этим такое явление как беженство. Значительная миграция населения, жилищные разрушения, недостаток продовольствия ухудшили санитарно-эпидемическую обстановку. Земская и городская санитарная организация находились лишь в стадии формирования, а территория Белоруссии являлась угрожаемой по эпидемии холеры. Одновременно отмечался рост заболеваемости брюшным тифом и дизентерией, а в последующем сыпным и возвратным тифом.

Одним из важных направлений рассматриваемого времени является организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. В 1914 г. издано обязательное постановление «О мерах предупреждения и прекращения эпидемических острозаразных болезней» Минск. 1916 г. Витебское земское собрание приняло доклад «О противоэпидемических мероприятиях для борьбы с острыми желудочно-кишечными заболеваниями».

В условиях войны для борьбы с острозаразными заболеваниями и гигиенического просвещения населения сформировался ряд новых санитарных образований. В начале 1916 г. были образованы особые военно-санитарные комиссии. Организован передвижной музей по гигиене и борьбе с заразными болезнями.

Стремление к улучшению санитарных мероприятий, лечения раненых и больных, а также дислокация на территории Белоруссии военных и иных медицинских учреждений обусловили организацию и деятельность временного медико-хирургического общества (1914).

Местные органы управления медико-санитарным делом разрабатывали и стремились реализовать противоэпидемические мероприятия планового и экстренного характера. В 1917 г. проводились общесанитарные мероприятия: формирование передвижных противоэпидемических отрядов, создание пунктов на путях передвижения беженцев, развертывание коек для острозаразных больных, обеспечение уездов медицинским персоналом, организацию санитарных попечительств, осуществление мер против распространения венерических заболеваний.

г. ― проведение прививок против брюшного тифа и холеры. Организация прививочных отрядов.

Таким образом, основными направлениями медицины начала Первой мировой войны (1914-1916) являлись организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий, оказание медицинской помощи раненым и больным воинам и гражданскому населению, осуществление социальной помощи беженцам.

Февральская (1917) революция активизировала идеи выборного земского самоуправления. В Белоруссии прошли съезды медицинского персонала, определившие пути реформации и подтвердившие основные принципы земской медицины. Октябрьская (1917) революция изменила политическое устройство страны. В октябре-ноябре в Белоруссии была установлена Советская власть. 30 ноября 1917 г. в Минске состоялся 2-й (первый - в апреле) делегатский съезд работников Красного Креста Западного фронта, который поддержал советскую власть, а также отразил усиление классовой борьбы в медицинской среде.

Вновь до ноября 1918 г. значительная часть Белоруссии была занята кайзеровскими войсками. 25 марта 1918 г. в Минске провозглашена непризнанная Белорусская народная республика.

Беларусь испытывала значительные материально-технические трудности, ощущался недостаток простейших санитарно-гигиенических предметов. Лечебные учреждения содержались, в основном, за счет сохранившихся запасов. Больные из уездов в лечебные учреждения города не принимались.

В 1918 году на не оккупированной территории Белоруссии входившей в состав Западной области Советской России, осуществлялись: переустройство местных органов управления, переход в их ведение лечебных учреждений, санитарно-противоэпидемическая работа.

В начале 1918 г. распространяется сыпной тиф, летом - холера. Для санитарно-противоэпидемических мероприятий использовались имевшиеся силы и средства (санитарно-дезинфекционный отряд, санитарно-бактериологическая лаборатория, вокзальный обсервационный пункт, пункты холерных прививок, бюро очистки и дезинфекции, развернутые койки для острозаразных больных в городской больнице, двух госпиталях, холерных бараках, изоляционной квартире; проводилось подворовое оспопрививание; выдались бесплатные талоны на стрижку, помывку).

Таким образом, значительное влияние на медико-санитарное дело оказали революционные и военные события. Февральская (1917) революция «оживила» в Белоруссии идеи земской медицины, а Октябрьская (1917) революция положила начало советскому переустройству здравоохранения. В 1918 г. на большей части Белоруссии, занятой германскими войсками, продолжали функционировать имевшиеся до оккупации лечебные учреждения, испытывавшие значительные материально-технические трудности. 10 декабря 1918 г. Красная Армия освободила Минск. В Белоруссии была восстановлена Советская власть.

**2. Медицина в период формирования белорусской государственности**

января 1919 г. манифестом временного рабоче-крестьянского правительства Белоруссии 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 (Лит-Бел) советская социалистическая республика. Военные действия польских войск завершились в августе 1919 г. занятием западной и центральной части Белоруссии. Беларусь вплоть до июля 1920 г. оказалась разделенной.. С учетом военных событий в изучаемое время (1919-1920), следует рассматривать устройство медико-санитарного дела в составе БССР, РСФСР и Польши.

С момента учреждения БССР, как и в Советской России, стала создаваться государственная система здравоохранения во главе с Наркомздравом («модель Н.А. Семашко»). В начале 1919 г. был образован центральный республиканский орган управления медико-санитарным делом. Определялась начальная структура Народного комиссариата здравоохранения (Наркомздрав) Белоруссии: канцелярия, бухгалтерия, отделы лечебный, санитарно-эпидемический, фармацевтический, статистический, школьно-санитарный, социальных болезней, судебной медицины. В марте 1919 г. Наркомздрав Белоруссии реорганизован в Минский губернский отдел здравоохранения, а в Вильно образован Наркомздрав Лит-Бела. В апреле вновь Минский губернский отдел здравоохранения преобразован в Наркомздрав.

Правительством Белоруссии 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); а также санитарно-эпидемического характера - по борьбе с сыпным тифом (21.02.1919), об обязательном оспопрививании (03.06.1919). 6 февраля 1919 г. для попечения образован Совет защиты детей. В июне 1919 г. Наркомздрав и Наркомтруд принимают совместное положение о переходе рабочей медицины в ведение здравоохранения.

В то же время по мере восстановления Советской власти на восточных территориях Белоруссии образуются местные органы управления здравоохранением. В течение 1919-1920 гг. структура местных органов управления здравоохранением видоизменялась. Отделы народного здравоохранения губисполкомов включали подотделы: канцелярию, лечебный, санитарно-эпидемический, социальных болезней, охраны здоровья детей, медицинской экспертизы, снабжения, фармацевтический, статистический, сметно-кассовый. Уездные отделы здравоохранения имели меньшую штатную структуру. Организационную роль играли первые съезды отделов и подотделов здравоохранения. В соответствии с декретами Совнаркома РСФСР от 28 декабря 1918 г. «О национализации аптек» и 18 февраля 1919 г. «О передачи лечебной части больничных касс в ведение Наркомздрава» в восточных регионах Беларуси проводилась политика национализации и централизации здравоохранения.

Таким образом, в рассматриваемый период полностью ликвидировалась земская, страховая, частично ведомственная медицина (продолжали функционировать только медицинские учреждения железнодорожного и военного ведомств, общества Красного Креста, а также эвакуационные, помощи пленным и беженцам).

Однако советские лечебные учреждения, в которых оказывалась объявленная бесплатная медицинская помощь, в большинстве представляли ранее действовавшие земские, благотворительные, ведомственные медицинские заведения.

Материально-технические трудности сопровождались кадровой проблемой (в том числе и в связи с военным призывом), которая имела место несмотря на постановления правительства Белоруссии о трудовой повинности медицинского персонала (февраль 1919 г.) и об установлении надбавок в оплате (в размере 50% и продовольственный паек) за участие в противоэпидемических мероприятиях (май 1919), организацию работы медицинских школ.

В восточных областях Белоруссии претерпевает существенное переустройство фармацевтическое дело. В местных органах управления здравоохранения выделены профильные подотделы. Утверждалась государственная монополия аптечного рынка, была осуществлена национализация аптек и аптечных складов. Важное значение имели неотложные противоэпидемические меры. Для координации и направления деятельности в соответствии с характером революционного времени организовывались в составе представителей исполнительной власти губернские Чрезвычайные комиссии (ЧК) по борьбе с эпидемиями и сыпным тифом.

Вопросы организации противоэпидемических мероприятий обсуждались на совещаниях, заседаниях, съездах.

Проводимые мероприятия включали: издание обязательных постановлений; налаживание учета и регистрации инфекционных заболеваний; оборудование и охрану водоисточников; удаление нечистот и отходов ассенизационными обозами; контроль за базарами, пекарнями, столовыми, парикмахерскими, гостиницами, общежитиями, дворами; национализацию бань, прачечных или выдачу талонов на льготное обслуживание; проведение компаний по обязательному оспопрививанию и других прививок; открытие и работу бактериологических лабораторий (в том числе и в ряде уездов), организацию курсов дезинфекторов; деятельность стационарных и передвижных противоэпидемических 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 губздрава (1920 г.), открыт первый дом санитарного просвещения (1920 г.). Организовались курсы санитарной грамоты, издавалась санитарно-просветительская литература, публиковались статьи в местной печати.

Однако следует констатировать, что число регистрируемых острозаразных заболеваний оставалось эпидемически высоким.

В рассматриваемое время проводились мероприятия против социальных болезней, а именно: образование специальных подотделов 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).

Вопросы охраны материнства и младенчества были переданы в ведение здравоохранения (1920) с выделением в структуре местных органов управления профильных подотделов. Проводились открытие детских медицинских учреждений, подготовка патронажных сестер, закрепление врачей за школами, детскими садами и площадками.

Таким образом, с образованием БССР связано учреждение центрального республиканского органа управления - Народного комиссариата здравоохранения. Однако его деятельность была прервана военными действиями, приведшими к установлению в центральной и Советской России, проходили значительные по характеру преобразования, а именно: учреждаются местные органы управления; осуществляется политика национализации и централизации, в том числе лечебного, фармацевтического и зубоврачебного дела, приведшая к ликвидации земской, страховой и, частично, ведомственной медицины, но не улучшившая в условиях послевоенной «разрухи» состояние медицинских учреждений, которые испытывали материально-технические трудности и проблему обеспеченности медицинским персоналом; проводятся санитарно-противоэпидемические мероприятия по борьбе, прежде всего, с сыпным тифом, носящие чрезвычайный характер; приобретают государственный характер борьба с социальными болезнями и вопросы охраны материнства, младенчества и детства, переданные в ведение здравоохранения

**3. Здравоохранение БССР в 1920-е годы**

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 губернии. В 1920-е годы общеисторические процессы («новая экономическая политика (нэп)» (1921-1929), переход к «плановому строительству» (1924) оказали существенное влияние на становление здравоохранения.

Восстанавливается центральный республиканский орган управления здравоохранением. В августе 1920 г. образован отдел здравоохранения Военревкома БССР, который в декабре переименован в Наркомздрав БССР. В 1924 г. правительство республики утвердило положение о Народном комиссариате здравоохранения БССР и Ученом медицинском совете при нем, определявшие их структуру и задачи.

Следует отметить, что Наркомздрав РСФСР оказывал организационно-координирующее, кадровое и материально-техническое содействие здравоохранению БССР. В республике утверждались и реализовывались теоретические принципы становления здравоохранения по «модели Н.А. Семашко».

С введением окружного административно-территориального деления (1924) ликвидируются уездные, а губернские преобразуются в окружные отделы здравоохранения.

Организационное значение имели и первые съезды профсоюзной организации «Всемедикосантруд» (январь 1921 г.), работников лечебно-санитарного дела (июль 1922 г.), заведующих отделами (октябрь 1924 г.) и окружных инспекторов (февраль 1928 г.) здравоохранения, которые после укрупнения республики приобрели всебелорусский характер.

Утверждение нэпа, которая 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, а именно: местного бюджета, страховых взносов, введения платы за лечение, привлечения пожертвований и средств общественных организаций (многоукладность финансирования).

Первоначально в связи с переводом со второй половины 1921 г. лечебных учреждений на местный бюджет происходит при сохранении материальных финансовых трудностей сокращение сети и кадров здравоохранения.

В 1923-1924 гг. состояние лечебной сети в Белоруссии постепенно стабилизировалось. Однако в сельской местности (1924) число жителей на одну койку в 9, на один участок в 2, а средняя площадь участка в 1,5 раза превышали нормы земского времени.

В период нэпа произошел возврат от бесплатности к платности лекарственного обеспечения. Со второй половины 1921 г. в Белоруссии стала взиматься плата за лекарства в аптеках (размер оплаты устанавливался по российской аптекарской таксе 1911 г., увеличенной в 25 раз). 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.

В 1924 г. в городах действовало 43 хозрасчетные, а в сельской местности - 72 небольшие арендованные аптеки.

В 1925 г. «Белмедторг» закупает за границей оборудование и приступает к созданию, а позже (1929) и открытию химико-фармацевтического завода в Минске для переработки местного лекарственного сырья. В Минске организуется научный фармацевтический кружок.

Важным событием явилось принятие Совнаркомом РСФСР декрета от 15 ноября 1921 г. «О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом», который предусматривал не только выплату социальных пособий, но и расходование страховых взносов на медицинскую помощь. Тем самым возрождал предвоенные традиции страховой медицины, а также реализовывал принцип примущественного медицинского обслуживания работающих застрахованных.

Новый опыт имел ряд отличий: более высокий и дифференцированный размер страхового взноса (5-7%); территориальный (а не производственный) принцип образования страховых касс; возложение организации медицинской помощи застрахованным на здравоохранение, для чего - учреждение отделов рабочей медицины; открытие рабочих амбулаторий (пунктов) и расширение оказываемых ими медицинских услуг.

Организовывалось оказание медицинской помощи и на дому. Для застрахованных в стационарах отводилось конкретное число коек. Вводились скидки по отпуску медикаментов из аптек. За счет страхового фонда выполнялись лабораторные и рентгенологические исследования, прививки, проводилось протезирование, оказывалась санаторная помощь, выделялись средства на работу яслей. Медицинскую помощь получали не только активные застрахованные, но и пассивные, а именно - члены их семей. Некоторые предприятия брали на себя обязанности по хозяйственным расходам медицинских учреждений для застрахованных.

Превалирующее число лечившихся в учреждениях здравоохранения составляли застрахованные.

В этот период некоторые ведомства возобновляют работу своих лечебных и санитарных учреждений.

В период нэпа была введена плата за медицинскую помощь в городах и для конкретных социальных групп.

От оплаты освобождались красноармейцы и члены их семей, безработные члены профсоюза, иждивенцы и беднейшее население по справкам социального обеспечения. Лечение инфекционных, венерических, психических больных тоже было бесплатным.

Плата была установлена на лабораторные исследования, скорую помощь. Стоимость медикаментов оплачивалась дополнительно.

В начале 1920-х годов для привлечения средств к финансированию здравоохранения и, прежде всего, мероприятий по охране материнства и детства, борьбе с социальными болезнями организовывались благотворительные и общественные акции. «Неделя ребенка», «Неделя охраны материнства и младенчества», Вместе с тем, в 1920-е годы для финансирования здравоохранения использовались средства Белорусского общества Красного Креста (БОКК, 1921; первая конференция, 1926). Доходы БОКК складывались за счет хозяйственной и коммерческой деятельности, отчислений предприятий, членских взносов, пожертвований.

Как явствует из таблицы 8, наряду с ростом расходов изменялись и приоритеты БОКК, а именно от помощи беженцам и неимущим к медико-лечебной, а затем - массово-санитарной работе.

В рассматриваемый период (и вплоть до 1938 г.) Белорусское общество Красного Креста, опираясь на исторические традиции, за собственные средства открывало и содержало медицинские учреждения.

Медико-лечебная и санитарно-оздоровительная деятельность БОКК была направлена, прежде всего, на борьбу с социальными болезнями, оздоровление детей, оказание стоматологической помощи, особенно - в сельской местности.

Во второй половине 1920-х годов наблюдается увеличение бюджетных ассигнований на здравоохранение.

В рассматриваемое время в БССР, как и в РСФСР, было создано единое государственное здравоохранение («советская медицина»). Количественные и качественные изменения организации медицинской помощи, однако, основывались на традициях, сети и кадрах городской и земской медицины. В городах для достижения доступности квалифицированной медицинской помощи увеличивалось число амбулаторий и больниц, вводилось районирование, оказание помощи на дому, 1921г. и скорой медицинской помощи, осуществлялось открытие пунктов первой помощи на предприятиях (1924), стали внедряться диспансерный метод (1927) и профилактическое направление. Первый съезд санитарных врачей (1926).

В работу медицинских учреждений, наряду с учетом инфекционных случаев, вводились карточная регистрация (1925), обязательное извещение о профессиональных отравлениях и болезнях (1926), а также венерических заболеваниях (1929).

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

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

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

Основные противоэпидемические мероприятия включали: выявление, учет и регистрацию инфекционных больных, их изоляцию и госпитализацию, прививки и санитарная обработку (помывка, острижка) населения, дезинфекция вещей и помещений.

Следует констатировать, что одновременно осуществлялись мероприятия по санитарному надзору. В 1922 г. в 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 телтником) отделения, изолятор; она имела общежитие и транспорт. В дальнейшем в ней организуются и другие отделения (малярийное, 1923; профессиональной гигиены, 1927).

Основными чертами формирующегося санитарного просвещения являлись: 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.

В течение 1920 -х годов наблюдалась тенденция постепенного перехода от чрезвычайных противоэпидемических мер к текущей санитарной работе, в том числе с участием населения.

Однако общий уровень инфекционной заболеваемости в Белоруссии (в 1924 г. - 265,8, 1926 г. - 382,9 на 10 тыс. населения), 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), созывается первая Белорусская тематическая конференция (сентябрь 1928).

С целью проведения общественной профилактики впервые образуются Советы социальной помощи (1923), а также комиссии по борьбе с детским туберкулезом (1925). К 1928 г.

В исследуемый период в Белоруссии организуются и венерологические диспансеры (1923), при которых образуются Советы по борьбе с проституцией (1928).

В борьбе с трахомой также использовались мероприятия общественно-профилактического и лечебного характера. В окружных городах вводились офтальмологические амбулаторные приемы, развертывались профильные койки, проводились осмотры школьников, в сельской местности - работали отряды, проводилась ликвидация санитарно-гигиенической неграмотности.

В соответствии с уровнем медицины, распространенностью патологии, особенностями социально-экономического устройства зарождались и применялись специальные виды медицинской помощи. Так, в Белоруссии открывались и действовали специальные учреждения для лечения трахомы. Для лечения фавуса и трихофитии начинает использоваться рентгенотерапия (1925), онкологических заболеваний - радиотерапия (1927), хирургической патологии - переливание крови (1928), первая операция при ранении сердца (1927).

В 1920-е годы, наряду со стационарным лечением психических больных, начинает проводиться диспансерная работа (патронат, трудовые колонии), зарождается детская психиатрическая помощь(1922), а также действовал (1920-1923) сухой закон. 1926 г. ― первый психоневрологический диспансер, Первый неврологический санаторий (1928).

В 1924 г. в Минске при клинике нервных болезней медицинского факультета Белорусского государственного университета организуется институт физических методов лечения (Государственный институт физиатрии, ортопедии и неврологии - ГИФОН, 1930). В Минске открываются первые ортопедические амбулатория (1926) и стационарное отделение (1930).

Среднее медицинское образование в Белоруссии использовало имевшие с предвоенных лет возможности, но претерпело ряд качественных изменений. 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 уже на основании 2-й подобной конференции (1926) средние медицинские учебные заведения реорганизуются в медицинские техникумы.

В сентябре 1926 г. Совнарком Белоруссии 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).

Происходит становление высшего медицинского образования в Белоруссии. В 1921 г. в Минске открыт Медицинский факультет Белорусского государственного университета.

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

Так, в течение первых пяти лет Белорусский государственный санитарно-бактериологический институт организовал производственную и научную работу, выразившуюся в изготовлении вакцин и лечебных сывороток, выполнении общемедицинских и серологических анализов, проведении эпидемиологических обследований и экспедиций, осуществлении подготовки врачей и лаборантов, опубликовании 70 научных статей.

В 1922-1928 гг. в Минске работал Институт белорусской культуры (Инбелкульт) как предшественник Академии наук БССР (1929). В нем была организована (1924) медицинская секция, при которой действовали комиссии: терминологическая, антропологическая, санитарного изучения Белоруссии, краевой патологии (склерома, зоб) и здоровья населения Белоруссии [298,338].

Таким образом становление здравоохранения Белоруссии в 1920-е годы осуществлялось с учетом общеисторических процессов, но на основе организационного историко-медицинского опыта, и имело сложный характер, проявившийся как в ошибках, так и в паритетах, и обусловивший такой, а не иной порядок его дальнейшего развития. В этот период произошел отказ от многоукладности финансирования и утвердилось единое государственное здравоохранение. В то же время на классовой основе сформулировалось преимущественное обслуживание ряда социальных групп. С другой стороны, в эти 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.

**4. Здравоохранение БССР в 1930-е годы**

В истории Белоруссии 1930-е годы являются одним из самых сложных периодов.

В годы первых пятилеток (1928-1932, 1933-1937, 1938-1941) здравоохранение Белоруссии получило качественное и количественное развитие, имевшее как достижения, так и существенные недостатки, и проходившее в соответствии с основными республиканскими директивными документами: «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); «О состоянии и задачах здравоохранения» (постановление ХI Всебелоруссского съезда советов от 22 января 1935 г.), а также с учетом его рассмотрения и обсуждения на сессиях (4-й - апрель 1940 г., 5-й - март 1941 г.) Верховного Совета БССР. Одновременно констатируем, что 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-, гор- здравотделы, а с введением (1938) областного административно-территориального деления - облздравотделы).

В 1930-е годы, в соответствии с проводимыми индустриализацией и коллективизацией, утвердился принцип преимущественного обслуживания работающих (в городе - рабочих, в сельской местности - колхозников. Осуществлялось открытие (в городах - на создаваемых предприятиях, в основном по производству товаров широкого потребления, в сельской местности - машинотракторных станциях, торфоразработках) 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 в рассматриваемое время проходило за счет открытия амбулаторных учреждений, утверждения участкового принципа (в том числе путем выработки нормативов врачебной нагрузки, Минск, 1938; введения бригадной формы работы, Минск, 1941, расширения помощи на дому (в том числе организация первых стационаров на дому, Минск, 1940, введения специализированных приемов (при том, что превалировали (1940) приемы общего профиля, в Минске были открыты первые онкологический (1934) и ревматологический (1938) диспансеры, а в городах росло количество зубоврачебных кабинетов, прикрепления амбулаторий к больницам (Минск, 1940), организации санитарной авиации (1935) и увеличения числа станций скорой помощи. Вместе с тем, новые прогрессивные организационные формы не имели широкого распространения, к тому же амбулаторные учреждения испытывали кадровые и материально-технические трудности. В республике имелась диспропорция в состоянии медико-санитарной помощи не только города и сельской местности, но и отдельных городов.

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. Многие сельские врачебные участки испытывали материально-технические трудности.

В 1930-е годы в Белоруссии 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, Гомель, 1941).

Вместе с тем, план строительства больниц не выполнялся. В имевшихся больницах не соблюдались санитарно-эпидемиологические требования (в том числе, по водообеспечению, удалению нечистот, размещению отделений и больных), ощущался недостаток медикаментов, инструментария, мягкого инвентаря, продуктов питания (даже хлеба), существовала проблема госпитализации, качественного лечения, ведения медицинской документации, взаимодействия с амбулаторными учреждениями.

В республике имелась общая профилизация коечного фонда. Инфекционные, родильные, терапевтические, хирургические, неврологические, детские специализированные, стоматологические, детские костнотуберкулезные койки.

Имелись физиотерапевтические установки, рентгеновские аппараты, лаборатории. Из-за недостатка подготовленного персонала нередко оборудование не использовалось.

ГИФОН организовывал курсы (в 1930 г. - первые) подготовки по физиотерапии медперсонала, оказывал консультативное содействие в организации физиотерапевтических кабинетов, широко применял физиопроцедуры), осуществлял (1933) диспансерное наблюдение рабочих заводов, проводил научные исследования (в 1936-1939 гг. издал четыре сборника работ, в том числе один по торфолечению), совместно со Всесоюзным болотным институтом и Институтом торфа АН Белоруссии выполнял экспедиционное выявление и изучение с последующим использованием сапропелитов и минеральных вод (Борисовский санаторий с электроводолечебницей, 1934; Бобруйская курортная лечебница с бальнеологическим отделением (1936) на основе первого открытого в республике (1927) минерального источника; торфолечение, Минск, Бобруйск, Борисов, 1937; пробное получение Минской минеральной воды, 1940).

Несмотря на развитие аптечной сети (1939 г. - 299 аптек, 218 аптечных пунктов, 7 складов, 2 базы, 7 городских контрольно-аналитических лабораторий, 2 лаборатории галеновых препаратов, химико-фармацевтический завод), 13% районов имели одну аптеку, 27% - один аптечный пункт, а в сельской местности одна аптека приходилась на 27420 жителей. Аптеки располагались в приспособленных помещениях, испытывали недостаток персонала (в 1939 г. в 400 фармацевтов), а также перебои в обеспечении медикаментами и предметами ухода. Не выполнялся план рецептурного отпуска. Только при 34 медицинских учреждениях восточных областей (1940) имелись аптеки.

Изменяется число и оформление санитарно-эпидемических учреждений. Открываются городские (Минск, 1931; Витебск, 1932; Могилев, 1932), межрайонные и районные санитарно-эпидемиологические станции (1938 г. - 34 СЭС). Вместе с тем (1938), станции располагались в приспособленных помещениях, только в половине из них действовали санитарно-бактериологические лаборатории, а 45 районов не имели санитарных врачей. В связи с введением (1938) областного административно-территориального деления открываются первые областные СЭС. В 1940 г. их в республике было 4.

Интенсивная коллективизация обусловила возникновение (1932-1933) в центральной и южной Белоруссии голода, который явился причиной смерти людей. Голод, миграция, а также неудовлетворительное состояние ряда территорий способствовали эпидемическому росту инфекционных заболевания (1933 г. ― сыпной тиф, брюшной тиф, 1934 г. - дизентерия. Принимаются и осуществляются противоэпидемические меры чрезвычайного характера (штабы, комиссии, ежедневные доклады о проделанной работе).

До 1941 г. актуальной и важной являлась дезинфекционная и прививочная работа, которая претерпевала количественные и качественные изменения, в частности: открытие первой типовой дезинфекционной станции, 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.

Государственная санитарная инспекция Беларуси осуществляла деятельность в соответствии с основными постановлениями правительства (О мерах по улучшению общественного питания, 1931; О развитии городского хозяйства, 1931; О санитарной охране водопроводов и источников водоснабжения, 1937), а также, руководствуясь и используя обобщение (1939) 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 Белоруссии 1930-х годов существенное значение продолжала иметь проблема краевой патологии (малярия, зоб, склерома).

В 1930-е годы в Белоруссии действовали ранее возникшие типы медицинских учреждений по оказанию помощи детям, женщинам, но их рост не всегда соответствовал потребностям и не сопровождался качественным улучшением. В контексте индустриализации и коллективизации следует воспринимать развертывание в городах - постоянных, сельской местности - постоянных и сезонных яслей, а также некоторые изменения их работы (круглосуточные группы, изоляторы для больных детей. Не выдерживался возрастной принцип, не образовывались группы для ослабленных детей, не проводилось медицинское наблюдение, недостаточно и некачественно выполнялась прививочная работа, имелись существенные санитарно-эпидемические недостатки.

Работа детских консультаций строилась по участковому принципу, приобретала профилактическую направленность, стала включать специализированную помощь и обслуживание больных детей преимущественно на дому, 1937. Многие детские консультации (особенно - в сельской местности) размещались в приспособленных помещениях и антисанитарных условиях, не имели фильтра, не проводили прививочную работу и патронаж, не были укомплектованы врачами.

В городах в рассматриваемое время был введен ряд родильных домов (в 1940 г. их было 53). Не было действенной связи с женскими консультациями. В сельской местности из-за низкого процента охвата родовспоможением осуществлялось (1935) открытие колхозных родильных домов.

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

Подобные неоднозначные преобразования претерпевает и высшее медицинское образование. Медицинский факультет БГУ реформируется (1930) в Белорусский (Минский) медицинский институт системы Наркомздрава. Увеличивается (1930) набор, впервые открываются факультеты - лечебный, санитарно-гигиенический, охраны материнства и младенчества, химико-фармацевтический. Его база используется для организуемого (1932) Белорусского института усовершенствования врачей.

В 30-е годы в Белоруссии открыты четыре научных института: охраны материнства и детства (Минск, 1931), кожно-венерологический, переливания крови и гематологии (Минск, 1932), трахоматозно-офтальмологический (Гомель, 1934). В 1930-е годы в Белоруссии состоялся ряд первых специализированных съездов и конференций (глазных врачей, 1931; по переливанию крови, 1934; невропатологов и психиатров, 1938. В республике проходили российские (московские) и украинские научные недели и декадники (первые, 1934), первая Всесоюзная конференция по проблеме склеромы (1936), выездная сессия (1940) Всесоюзного института экспериментальной медицины. В 1940 г. в Минске врачи различных специальностей вновь образуют единое Всебелорусское медицинское общество.

В 1930-е годы, в Белоруссии массовые распространялись и на медицинских работников. В республике эта политика впервые проявилась в 1929-1931 гг. в отношении, «так называемых», национал-демократических уклонистов. Около 100 представителей интеллигенции было арестовано и осуждено по ложному обвинению в контрреволюционной деятельности.

Структура и деятельность здравоохранения формировались исходя из возможной внешней угрозы. В соответствии с постановлением СНК Белоруссии от 11 января 1932 г. «О мерах по укреплению погранполосы БССР» предусматривалось первоочередное и в большем объеме финансирование, а также кадровое и материально-техническое обеспечение здравоохранения пограничных районов. Белорусское общество Красного Креста (БОКК) по аналогии с комплексом «Готов к труду и обороне» (ГТО, 1931) выступило (1933) с инициативой обучения населения в кружках по программе «Готов к санитарной обороне» (ГСО), а школьников - «Будь готов к санитарной обороне» (БГСО) (вместо кружков первой помощи), а в последующем(1939) стало проводить курсовую подготовку медицинских сестер запаса.

здравоохранение белорусский санитарный

БОКК также участвовало в санитарном обеспечении военных учреждений.

К рассматриваемому периоду относится и начало (1931) накопления в республике медико-санитарно-хозяйственного имущества для оборонных пунктов. В связи с весенним призывом и проведением сборов в марте 1941 г. были разбронированы и стали использоваться мобилизационные запасы медико-санитарно-хозяйственного имущества.

Призыв врачей в армию обострял существовавшую в республике кадровую проблему.

Проводимые мероприятия по подготовке здравоохранения к работе в условиях военного времени носили ограниченный и ошибочный характер.

В 1930-е наблюдалось количественное и некоторое качественное развитие здравоохранения, итогом которого явились как достижения, так и существенные недостатки; в эти годы имели место необоснованные репрессии медицинских работников, перед которыми «меркнут» все результаты развития здравоохранения; здравоохранение оказалось недостаточно подготовленным к организации медицинской помощи в военных условиях.

**Список использованных источников**

1. Сорокина Т.С. История медицины. Изд. 3-е, перераб. и доп. /Т.С. Сорокина. М., 2004. 384 с.

. Грицкевич В.П. С факелом Гиппократа: Из истории белорусской медицины / В.П. Грицкевич Мн.: Наука и техника, 1987. 272 с.

. Асветнiкi зямлi Беларускай: энцыкл. даведнiк / рэдкал. Г.П. Пашкоу [i iнш.] Мн.: БелЭн, 2001. 496 с.